



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

**“Depresión e ideación suicida en adolescentes del
Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja”**

**Tesis previa a la obtención del
título de Médico General**

AUTORA: Eliana Patricia Alejandro Jumbo

DIRECTOR: Dr. Jorge Vicente Reyes Jaramillo, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2020

Certificación

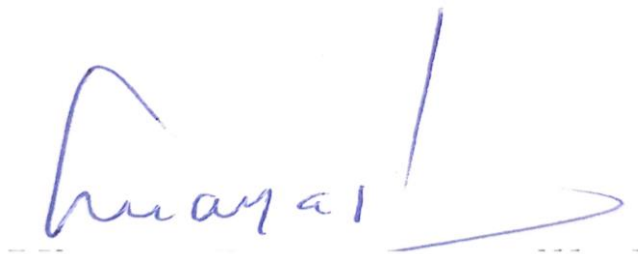
Dr. Jorge Vicente Reyes Jaramillo Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación titulado: “**DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA**” de autoría de la Señorita Eliana Patricia Alejandro Jumbo ha sido revisado, dirigido y concluido bajo mi dirección; y por considerar que cumple con los requisitos de fondo y forma, autorizo a la presentación de la misma, para fines de sustentación y defensa pública.

Loja, 9 de julio del 2020



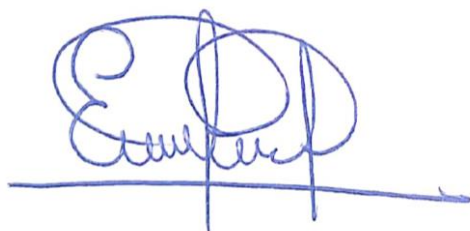
Dr. Jorge Vicente Reyes Jaramillo Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

Autoría

Eliana Patricia Alejandro Jumbo, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized, cursive script that appears to read 'Eliana Patricia Alejandro Jumbo'. The signature is written over a horizontal line.

Autora: Eliana Patricia Alejandro Jumbo

C.I. 1104313976

Fecha: 9 de Julio del 2020

Carta de autorización

Yo, Eliana Patricia Alejandro Jumbo, declaro ser autora de la presente tesis titulada: **DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA** cumpliendo el requisito que permite optar el Grado de: MÉDICO GENERAL; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de esta casa de estudios superiores, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo a través del RDI, en las redes de información del país y del extranjero con las cuales la universidad mantenga un convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, 9 de julio del 2020, firma su autor.



Autora: Eliana Patricia Alejandro Jumbo

Cédula: 1104313976

Dirección: Av. 18 de noviembre y Azuay

Correo Electrónico: elianapatricia10@ gmail.com

Teléfono: 0992225120

DATOS COMPLEMENTARIOS:

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Jorge Vicente Reyes Jaramillo, Mg. Sc.

TRIBUNAL DE GRADO:

Presidente: Dra. Ana Catalina Puertas Azansa, Mg. Sc

Vocal: Dra. María Susana González García, Mg. Sc

Vocal: Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc

Dedicatoria

Dedico esta investigación a Dios, por ayudarme a llegar a este momento tan especial en mi vida, dándome la oportunidad de vivir y siendo guía permanente en mi camino y fiel compañero en cada paso en mis triunfos y derrotas

A mis padres, Carmen Cumandá y José Laureano, por ser mi apoyo y fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más, porque con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

A mis hermanos; Dalton, Édison, José Luis y Yesenia, por siempre alentarme a seguir adelante a pesar de los tropiezos y acompañarme en cada paso que doy, por cada consejo que me han dado, siempre velando por mí bien, por mostrarme que el amor de una familia es lo más importante, los quiero muchísimo.

A mis sobrinos Andrés, Camila, Matías, Rafaela y José Emanuel, que con su amor, ternura y cariño, me han permitido estar junto a ellos y pueda servirles de ejemplo de superación para un futuro mejor.

A mi familia, por todo su apoyo para que yo pueda concluir mi carrera, que con su aliento de cariño me han apoyado siempre para culminar con esta carrera.

Eliana Patricia Alejandro Jumbo

iv. Agradecimiento

Quiero dejar constancia de mi más sincero agradecimiento a la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**, por medio de la Facultad de la Salud Humana, al haberme acogido en sus aulas y ser la principal fuente de enseñanza, aprendizaje y estímulo, que me ha permitido formarme profesionalmente.

A todos aquellos docentes, maestros y amigos que día a día compartieron sus conocimientos y experiencias de manera desinteresada, con el único objetivo de que logremos alcanzar el triunfo y la superación.

De igual manera, mi agradecimiento sincero al Dr. Jorge Vicente Reyes Jaramillo Mg. Sc. por haber respaldado el presente trabajo investigativo, así como por su invaluable guía y orientación para la realización del mismo.

Gratitud a mis padres, hermanos y sobrinos, quienes han sido los pilares fundamentales de mi vida, que con sus consejos, cuidados y amor incondicional han estado siempre a lado para permitirme desarrollar como hija, hermana y tía, sin dejar de lado el ser humano, amiga y excelente profesional.

Agradezco a todos quienes, me han proporcionado de alguna manera la información necesaria para la realización de este trabajo, de igual manera a mis amigos y demás familiares que de alguna u otra forma contribuyeran a que este trabajo se lleve a cabo.

Eliana Patricia Alejandro Jumbo

Índice

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice general.....	vii
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
Summary.....	3
3. Introducción.....	4
4. Revisión de literatura.....	8
4.1 Ideación suicida.....	8
4.1.1 Definición.....	8
4.1.2 Epidemiología.....	8
4.1.3 Etiopatogenia.....	8
4.1.4 Clasificación.....	9
4.1.5 Diagnóstico.....	9
4.1.6 Tratamiento.....	11
4.2 Depresión.....	12
4.2.1 Definición.....	12

4.2.2	Epidemiologia.....	12
4.2.3	Etiopatogenia.....	12
4.2.4	Diagnostico.....	13
4.2.5	Tratamiento.....	14
4.3	Adolescencia.....	16
4.3.1	Conceptualización.....	14
4.4	Etapas de la adolescencia.....	14
4.4.1	Adolescencia temprana.....	14
4.4.2	Adolescencia tardía.....	15
4.5	Cambios en la adolescencia.....	17
4.6	Adolescencia y vulnerabilidad.....	19
5	Materiales y métodos.....	20
6	Resultados.....	25
7	discusión.....	30
8	Conclusiones.....	34
9	Recomendaciones.....	35
10	Bibliografía.....	36
11	Anexos.....	41

Título

Depresión e ideación suicida en adolescentes del Colegio Adolfo Valarezo de
la Ciudad de Loja”

2 Resumen

Los adolescentes constituyen un grupo vulnerable que muestra conductas de riesgo y que pueden sufrir, de manera transitoria o permanente, depresión o ideación suicida, situación minimizada, soslayada o ignorada. Como respuesta se planteó determinar la prevalencia de la depresión e ideación suicida considerando el género, y la asociación entre depresión e ideación suicida. El estudio fue descriptivo, analítico, de corte trasversal; la muestra estuvo conformada por 260 estudiantes a quienes se aplicó la test de Beck para medir la depresión y la Escala de Beck para ideación suicida. De acuerdo a los principales resultados se evidencia que la prevalencia general de depresión fue de 39.6% (IC 95, LCI: 34,97%; LCS: 44,22%) sin diferencias significativas de acuerdo al género; la prevalencia general de ideación suicida fue de 44,2% (IC 95, LCI: 39,5%; LCS: 48,89%) sin diferencias significativas por género. En lo principal, el estudio permitió evidenciar que existe asociación estadísticamente entre depresión e ideación suicida ($\chi^2:p=0,000<0,05$); aquellos que presentan depresión, tiene 7,52 oportunidades de presentar ideación suicida ($OR_{95\%}: 8,52; LCI 4,82; LCS: 15,05$); asimismo, se estableció asociación entre los niveles de depresión e ideación suicida fue significativa ($\chi^2:8,37, p=0,015<0,05$); de manera selectiva, en las adolescentes mujeres se presenta asociación significativa ($\chi^2 8,839 p=0,012<0,05$), no así en los hombres ($\chi^2 1,38 p=0,502>0,05$), lo que permite inferir que la ideación suicida y los niveles de depresión se asociarían de acuerdo al género femenino. El presente aporta para conocer el medio y abre las posibilidades de estudiar esta problemática desde otras perspectivas.

Palabras Clave: Depresión, Ideación suicida, Adolescentes

SUMMARY

Adolescents are a vulnerable group that show risk of behaviors that may suffer temporarily or permanently depression, or suicidal ideation, a situation minimized or ignored. As an answer was proposed to determine the prevalence of depression and suicidal ideation considering the following aspects: gender and the association between depression and suicidal ideation. The study was descriptive, analytical, and based on transverse cut. The sample consisted of 260 students who were tested for Beck's depression and Beck Scale for suicidal ideation. According to the main results it is shown that the overall prevalence of depression was 39.6% (IC 95, LCI: 34.97%; LCS: 44.22%) without significant gender differences. The overall prevalence of suicidal ideation was 44.2% (IC 95, LCI: 39.5%; LCS: 48.89%) without significant differences by gender again. The main the study showed that there is a statistically association between depression and suicidal ideation (Chi2: $p-0.000 < 0.05$); those with depression have 7.52 opportunities to present suicidal ideation (OR95%: 8.52; LCI 4.82; LCS: 15.05). In addition, a significant partnership was established between the levels of depression and suicidal ideation (Chi2:8,37, $p-0.015 < 0.05$). It was selectively in adolescent women; showing a significant association (Chi2 8,839 $p-0.012 < 0.05$), but in men (Chi2 1.38 $p-0.502 > 0.05$), which makes it possible to infer that suicidal ideation and depression levels would be associated according to the female gender. The present research provides information in order to know the environment, also opens up the possibilities of studying this problem from different perspectives.

Key Words: Depression, Suicidal Ideation, Teens

1. Introducción

La depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (OMS, 2017)

La ideación suicida se define como pensamientos o cogniciones frecuentes sobre el cese de la propia vida y/o elaboración de planes para acabar con la propia vida, con diversos grados de intensidad y elaboración. La ideación suicida suele ser un paso previo de la conducta suicida, aunque no se sigue de esta necesariamente. (Santander, 2014)

En la adolescencia los hitos del desarrollo psicosocial incluyen: la consecución de la independencia de los padres, la relación con sus padres, el incremento de la importancia de la imagen corporal y el desarrollo de la propia identidad como individuo. Aunque la adolescencia ha sido tradicionalmente definida como una etapa turbulenta e inestable, la mayoría de los adolescentes se desarrollan sin dificultades. (Hidalgo, Fierro, & Vicario, 2017)

La depresión es un trastorno grave del estado de ánimo que afecta el desarrollo físico, emocional y sociocognitivo de niños y adolescentes, y se caracteriza por sentimientos de tristeza y falta de interés o placer (Clark et al. 2012) El trastorno de depresión se diagnostica en niños y adolescentes desde la década de 1970 (Schulterbrandt y Raskin 1977) Los síntomas principales son depresión, irritabilidad, sentimientos de inutilidad y culpa, problemas para dormir, pérdida de peso, pensamientos de muerte y suicidio, o abandono de actividades (sociales). Los síntomas pueden variar de leves a severos, y deben durar al menos 2 semanas para un diagnóstico de depresión. Además, el DSM-5 contribuyó a un mejor reconocimiento y

comprensión de la depresión en la infancia, agregando dos distinciones cruciales entre los síntomas en niños y adultos. Primero, los niños pueden expresar irritabilidad en lugar de estado de ánimo triste o deprimido. En segundo lugar, la pérdida de peso puede resultar en la imposibilidad de alcanzar los hitos de peso apropiados (DSM-5; American Psychiatric Association 2013) Los síntomas de depresión pueden estar presentes también antes o sin un diagnóstico de depresión. Los antecedentes de los síntomas de depresión en niños y adolescentes se investigan en la población general y clínica, así como las posibles consecuencias del desarrollo de la depresión. (Spruit, y otros, 2019)

Según la OMS Anualmente, cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.

El suicidio no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, en 2016, más del 79% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. El suicidio es un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo coste. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral. (OMS, EL SUICIDIO , 2019)

En relación con el resto del mundo el Ecuador –al igual que gran parte de América Latina– tiene una tasa de suicidios relativamente alta, respecto al suicidio de jóvenes y adolescentes,

Según Unicef Ecuador, las principales alertas del estudio son el incremento de suicidio en adolescentes. En el 2010 la tasa por 100 mil adolescentes fue 8, mientras que en 2016 se incrementó a 10 es una meta cuyo cumplimiento demanda desplegar esfuerzos importantes,

incluyendo la formulación e implementación de una política de salud mental dirigida hacia los y

Las adolescentes” sostienen los autores.

La tasa más alta de suicidios es la de Zamora Chinchipe, donde llega a 53 por 100 mil adolescentes, seguida por otra provincia amazónica: Napo, donde es de 33 por 100 mil adolescentes. Cañar y Azuay, con alta migración de padres y madres de familia, registran tasas de 33 y 22 respectivamente. Cotopaxi, con fuerte presencia de población indígena, tiene una tasa de 29. Otras provincias que superan el promedio nacional son Pastaza (13), Orellana (14), Carchi (14), Bolívar (15), Tungurahua (16) y Morona Santiago (20). Finalmente, Galápagos, donde no se registran muertes de adolescentes ni por accidentes de tránsito ni por homicidio, exhibe una tasa de suicidio de 25 por 100 mil adolescentes.

Las menores tasas de suicidio respecto del promedio nacional se registran en 6 provincias: El Oro (3), Esmeraldas (3), Guayas (4), Los Ríos (7), Santa Elena (2) y Manabí. (Gerstner, Soriano, Sanhueza, Caffè, & Kestel, 2018)

En nuestra ciudad, el doctor Miguel González, Médico Psiquiatra, considera que una década atrás, la ciudad no presentaba tan elevada incidencia de suicidios y que este fenómeno de la sociedad actual *“estaría sujeto a varios factores de orden social, familiar y de personalidad, que están influyendo en la alteración mental de las personas; en especial grupos poblacionales vulnerables como los adolescentes”*. (Suicidio, 2010)

En la actualidad, en nuestro medio, no existen estudios que demuestren la asociación entre depresión e ideación suicida en el grupo de adolescentes, por lo cual se planteó la pregunta de investigación ¿Existe relación entre la depresión e ideación suicida en los adolescentes del 2 y 3 año de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja periodo julio- diciembre 2018.

El objetivo general fue determinar la prevalencia y asociación entre depresión e ideación suicida en adolescentes de 2^{do} y 3^{er} año de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo de Loja, periodo Julio - Diciembre 2018; de manera específica se propuso: Establecer la frecuencia de depresión e ideación suicida según el género y la relación entre depresión e ideación suicida en este grupo de adolescentes.

El estudio fue descriptivo, analítico, de corte transversal; el universo estuvo constituido por 750 adolescentes; la muestra se conformó partiendo del criterio de una prevalencia del 50%, con el 95% de confianza, por 260 estudiantes 145 hombres y 115 mujeres, a quienes se aplicó la test de Beck para medir la depresión y la Escala de Beck para ideación suicida.

La presente investigación, se justica debido a que en nuestra ciudad, como en otras partes del país y del mundo, las alteraciones psicológicas e incluso psiquiátricas van en aumento y afecta a este grupo vulnerable- Adicionalmente; no existe un conocimiento específico que relaciones dos eventos estudiados que revisten mucha gravedad, por lo que este aporte al acervo científico tiene su relación con la utilización del conocimiento por los profesionales de salud, los docentes de los colegios, padres de familia y propios estudiantes, sobre situaciones que podría resultar en determinados casos muy grave los adolescentes. Por cierto, el conocimiento por padres de familia podría traer un efecto benéfico muy importante, conocerán la situación que viven cada uno de nuestros adolescentes para así mejorar la comunicación en cada uno de ellos y concienciar sobre el valor de la vida y que ningún problema que se presente sea motivo para tomar la decisión de suicidarse, así como también los resultados servirán como base para futuras investigaciones.

2. Revisión de la literatura

4.1 Ideación suicida

4.1.1 Definición. La ideación suicida se define como la “aparición de pensamientos, planes o ideas persistentes de cometer un suicidio”. Además, a esta definición se rodean aquellos pensamientos que manifiestan la falta de valor de la propia vida, deseos de acabar con la misma, fantasías de suicidio y planificación de un suceso letal. (OPS, 2016). La amenaza suicida se considera también la expresión verbal o no verbal, que manifiesta la posibilidad de una conducta suicida en un futuro próximo. (Buitrago & Parrab, 2018)

4.1.2 Epidemiología. El suicidio y sus intentos configuran uno de los problemas más graves de salud actuales. Según la World Health Organization (WHO 2012), el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte, lo que supone que al año mueren en el mundo alrededor de un millón de personas y 1,8% del total de fallecimientos son por este motivo. Los datos de suicidio entre los jóvenes son muy preocupantes, entre los 15 y 24 años se establece entre la segunda y tercera causa de muerte, igual para ambos sexos.

Las tasas de suicidio, aunque varían considerablemente entre países, han aumentado aproximadamente en un 60% en los últimos 50 años. El problema es de una gran magnitud si se tiene en cuenta que por cada suicidio consumado existen al menos 20 intentos. En España, el número de suicidios ascendió a 3451 suicidios en 2008, cifra probablemente mayor debido a los efectos posteriores de la crisis económica. Se estima que se realizan unos 10-50 intentos de suicidio por 1 suicidio consumado. La proporción varía con la edad, en los grupos mayores de 65 años, la proporción se estima de 1-4 intentos por cada suicidio; y en las poblaciones jóvenes, entre 30-200 por cada suicidio, en la población con antecedentes de tentativa de suicidio. La ideación suicida es frecuente y se estima una incidencia anual de un 2-5 % y una prevalencia de un 15 % en el curso de la vida en la población en general. En el curso de la vida una de cada

tres personas puede presentar ideas de suicidio, y éstas son más frecuentes en ciertas etapas del desarrollo. (Martí, 2013)

4.1.3 Etiopatogenia. La conducta suicida no se hereda, pero sí la predisposición genética para padecer determinadas enfermedades mentales; por consiguiente, en los pacientes con dicha intención hay que precisar si existen esos antecedentes patológicos familiares para poder intervenir en la reducción del riesgo suicida, pues para prevenir ese comportamiento deben promoverse modos de vida saludables como la práctica sistemática de deportes, una sexualidad responsable, los hábitos no tóxicos y el desarrollo de múltiples intereses que permitan un uso adecuado del tiempo libre. Para la toma de decisiones clínicas se deben identificar los factores subyacentes y estimar riesgo de muerte. Entre estos figuran los sociales, familiares, psicológicos y biológicos.

Según la experiencia de los autores, la proporción de suicidios es ligeramente menor, pero de todas maneras constituye un riesgo temible. Por causas ya descritas, el acto suicida tiene "lógica" para el individuo y se convierte en la "única salida", en la garantía de dejar de sufrir y en el refugio final. Por lo cual se presentan algunas teorías en que se puede presentar los suicidios. (Soto & Casate, 2016)

Teoría de Durkheim. Dividió los suicidios en tres categorías sociales: egoístas, altruistas y anómicos. El suicidio egoísta se aplica a los que no están bien integrados en ningún grupo social. La falta de integración familiar explicaría por qué los solteros son más vulnerables al suicidio que los casados y porque las parejas con hijos constituyen el grupo más protegido. Las comunidades rurales tienen más integración social que las urbanas y, por tanto, menos suicidios.

El suicidio altruista se aplica a los que llegan al suicidio por la excesiva integración en un grupo, siendo el suicidio el resultado de la integración –por ejemplo, el soldado japonés que sacrifica su vida en combate-. El suicidio anómico se aplica a quienes tienen alterada su integración social y no pueden seguir las normas de conducta habituales. La anomia explica por

qué un cambio drástico en su situación económica hace que la gente sea más vulnerable de lo que era antes. En la teoría de Durkheim también se considera anomia la inestabilidad social y la desintegración de los valores de la sociedad.

Teoría de Freud. El suicidio representa la agresión dirigida hacia dentro, contra un objeto introyectado, cargado libidinalmente de forma ambivalente. Freud dudaba de que pudiera darse un suicidio sin el deseo previo, reprimido, de matar a otra persona.

Teoría de Menninger. El suicidio como un homicidio invertido, causado por la cólera del paciente hacia otra persona. Este asesinato retroflejo se dirige hacia el interior o se usa como una excusa para el castigo. También describió un instinto de muerte auto-dirigido (el concepto de Thanatos de Freud) y tres componentes de hostilidad en el suicidio: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir.

Factores Fisiológicos. Los antecedentes familiares de suicidio están presentes con una frecuencia significativamente mayor en quienes han tratado de suicidarse que en los que nunca han hecho un intento

Factores Neuroquímicos: Déficit de serotonina. Los pacientes que emplearon métodos más violentos en su tentativa tenían un nivel más bajo en el líquido cefalorraquídeo que quienes lo hicieron de una forma menos violenta. En algunos estudios en seres humanos se ha encontrado una asociación entre un déficit en el sistema serotoninérgico central y el escaso control de los impulsos y algunos investigadores han asimilado el suicidio como un tipo de conducta impulsiva. (Kaplan & Sadock, 2015)

4.1.4. Clasificación: La ideación suicida comprende un campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

Idea suicida sin planeamiento de la acción: Es aquella idea en la cual el individuo expresa deseos de matarse aunque no sabe cómo hacerlo. Es frecuente que al preguntarle cómo ha pensado quitarse la vida, responda: “No sé”. La idea suicida. Variedades clínicas

Plan suicida: Es aquella idea que, además de expresar sus deseos de autoeliminación, contiene el método específico, el lugar determinado y las precauciones que ha de tomar para lograr no ser descubierto y alcanzar el propósito anhelado de morir. Es muy grave cuando se presenta (Barrero, 2015)

La conducta o la ideación suicida tienen lugar en el seno de algún tipo de crisis psíquica, existencial, o familiar-social, cuando no de un trastorno psiquiátrico; tiene mucho interés conocer con detalle la conducta suicida producida, si ésta ha tenido lugar; interés particular para identificar la existencia de crisis psicosociales que con tan alta frecuencia se presentan en los intentos autolíticos, especialmente crisis “diádicas” con la pareja o uno de los padres que actúan como precipitantes del acto. La exploración psicopatológica, en el caso de personas suicidas, tiene, naturalmente, el objetivo principal de explorar la ideación autolítica. (Cortés, Aguilar, Suárez, Rodríguez, & Durán, 2015)

4.1.5 Diagnóstico:

El primer contacto de ayuda o primera atención a la persona con ideación e intento suicida se realiza a través de una entrevista clínica diagnóstica inicial la cual se establece como el patrón de oro para el proceso a realizar e incluye la valoración de si la persona está o no trastornada, desesperada y/o desorganizada como para que el suicidio pueda ser un resultado final. Por esta razón, el profesional que realiza el primer contacto clínico con el paciente, asumirá una actitud directiva, realizará uso apropiado del tiempo (control adecuado), tratará de mantener a la persona con vida como objetivo fundamental y actuará teniendo en cuenta los siguientes puntos:

- Evaluación y reconocimiento del problema o incidente precipitante.
- Determinar el riesgo de mortalidad o evaluación del riesgo suicida
- Asegurar la supervivencia del paciente con intervención en crisis
- Determinar la necesidad de hospitalización y/o derivaciones a otros profesionales y realizarlas.

- Realizar un inventario de las razones para vivir.
- Llenado de la HC en la base de datos
- Establecer un vínculo con el paciente.

El proceso de intervención que se puede realizar en el Servicio de Psicología, es un proceso de primer nivel de atención. Con él que se pretende tratar las causas y las consecuencias de la enfermedad de base y actuar sobre los factores de riesgos modificables, para prevenir nuevos intentos y realizar una vigilancia continúa. La intervención clínica que se describe a continuación es un proceso de mediano plazo, que requiere un mínimo de 8 y 15 sesiones según la sicopatología de base y los riesgos evaluados. Las sesiones tendrán una duración de 40 minutos y una frecuencia semanal de una vez por semana. (Carballo, Fernández, González, & Arias, 2018)

4.2 Depresión.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (OMS, 2017)

4.2.1. Epidemiología. La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y

alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2017)

4.2.4. Diagnóstico. Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM) Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) La CIE-1056 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe ánimo depresivo pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar aumento de la fatigabilidad tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión. (MINISTERIO DE SANIDAD, 2014)

4.3. Adolescencia.

La adolescencia, es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y preuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo

de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro. (Muñoz, 2016)

4.4 **Etapas de la adolescencia.**

La Organización Mundial de la Salud, define la adolescencia como el periodo cronológico que oscila entre los 10 y 19 años de edad, considerándose dos fases la adolescencia temprana de 10 a 14 años de edad y la adolescencia tardía de 15 a 19 años

4.4.1 **Adolescencia temprana** Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental.

La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. (Calero, Quiñones, & Martínez, 2018)

4.4.2 Adolescencia tardía. El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal. La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, aunque este vuelve a ser completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés. Esta nueva capacidad les permite disfrutar con sus habilidades cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas y gozando de la discusión de ideas por el mero placer de la discusión. Son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones aunque su aplicación sea variable. (Rivero & Fierro, 2016)

4.5 Cambios en la adolescencia.

El comienzo y la progresión de la pubertad varían, como ya se ha comentado, de un adolescente a otro, con un amplio rango de normalidad. En los últimos 150 años, la pubertad se ha ido iniciando a edades cada vez más tempranas –tendencia secular del crecimiento y desarrollo–, lo que se ha relacionado con las mejoras de las condiciones de vida, como la nutrición, y parece haberse atenuado en las dos últimas décadas. En la adolescencia los hitos del desarrollo psicosocial incluyen: la consecución de la independencia de los padres, la relación con sus padres, el incremento de la importancia de la imagen corporal y el desarrollo de la propia identidad como individuo. Aunque la adolescencia ha sido tradicionalmente definida como una etapa turbulenta e inestable, la mayoría de los adolescentes se desarrollan sin dificultades. (Hidalgo, Fierro, & Vicario, 2017)

La adolescencia emerge con cambios hormonales que generan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el comienzo y la progresión de la pubertad varían de un adolescente a otro, con un amplio rango de normalidad los cambios físicos en la pubertad son: aceleración y desaceleración del crecimiento óseo y de órganos internos, cambios de la composición corporal y maduración sexual (gónadas, órganos reproductores y caracteres sexuales secundarios). (Hidalgo & Ceñal, 2016)

Existen factores externos que influyen en el momento de inicio puberal, como son: nutrición, ejercicio, estrés, factores sociales y psicológicos, ritmo circadiano y horas de luz o disruptores endocrinos ambientales, fundamentalmente pesticidas. La GnRH induce, en las células gonadotropas hipofisarias, la síntesis y liberación pulsátil de las gonadotropinas hipofisarias, LH (hormona luteinizante) y FSH (hormona folículo-estimulante), que actúan en la gónada para inducir la maduración de las células germinales (óvulos o espermatozoides) y la producción de esteroides sexuales, así como de otros péptidos gonadales (inhibinas, activinas, folistatina...) y otras hormonas circulantes (leptina...), que ejercen, a través de mecanismos de retrocontrol, acciones estimulantes e inhibitoras a diferentes niveles del eje hipotálamohipófiso-gonada. En el desarrollo psicosocial del adolescente valoramos cuatro aspectos de crucial importancia: la lucha dependencia-independencia en el seno familiar, preocupación por el aspecto corporal, integración en el grupo de amigos y el desarrollo de la identidad. (Viejo & Ruiz, 2017)

- **La lucha independencia-dependencia.** En la adolescencia temprana la relación con los padres se hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación el humor es variable y existe un “vacío” emocional, posteriormente estos conflictos llegan a su apogeo para ir declinando con mayor integración, independencia y madurez, en una especie de “regreso al hogar” aproximadamente a los 18 a 21 años.

- **Preocupación por el aspecto corporal.** Los cambios físicos y psicológicos que acompañan la aparición de la pubertad generan una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo en los primeros años, con rechazo del propio cuerpo, inseguridad respecto a su atractivo, crece el interés por la sexualidad, posteriormente se produce una mejor aceptación del cuerpo pero sigue preocupándoles la apariencia externa, las relaciones sexuales son más frecuentes. Entre los 18 y 21 años el aspecto externo tiene ya una menor importancia, con mayor aceptación de la propia corporalidad. (Diz J. I., 2013)

- **Integración en el grupo de amigos.** Desarrollo de aptitudes sociales, la amistad es lo más importante y desplaza el apego que se sentía hasta entonces por los padres, las relaciones son fuertemente emocionales y aparecen las relaciones con el sexo opuesto, estas son intensas, surgen las pandillas, los clubs, el deporte, los gustos por la música, salir con amigos, adoptan signos comunes de identidad (piercing, tatuajes, moda, conductas de riesgo), luego a los 18 a 21 años la relación con los amigos se vuelve más débil, centrándose en pocas personas y/o en relaciones más o menos estables de pareja.

- **Desarrollo de la identidad.** En la adolescencia temprana hay una visión utópica del mundo, objetivos irreales, pobre control de los impulsos y dudas. Sienten la necesidad de una mayor intimidad y rechazan la intervención de los padres en sus asuntos. Posteriormente, aparece mayor empatía, creatividad, progreso cognitivo con un pensamiento abstracto más acentuado y, aunque la vocación se vuelve más realista, se 16 sienten “omnipotentes” y asumen, en ocasiones conductas de riesgo. Entre los 18 y 21 años los adolescentes suelen ser más realistas, racionales y comprometidos, con objetivos vocacionales prácticos, consolidándose sus valores morales, religiosos y sexuales así como comportamientos próximos a los del adulto maduro (Diz J. L., 2013)

4.6 Adolescencia y vulnerabilidad

La adolescencia es realmente un período vulnerable para la aparición de conductas de riesgo, las cuales pueden encontrarse por sí solas y traer consecuencias para la salud, económicas y sociales, se requiere de programas que garanticen información y servicios, además de, potenciar los factores protectores para reducir las mencionadas conductas.

Pero la adolescencia no es solo una etapa de vulnerabilidad sino también de oportunidad, es el tiempo en que es posible contribuir a su desarrollo, ayudarla a enfrentar los riesgos y las vulnerabilidades, así como prepararlos para que sean capaces de desarrollar sus potencialidades.

Quizá la vulnerabilidad más característica de la adolescencia es su relativa fragilidad ante lo que podemos denominar estrés psicosocial, esto es, ante la presión derivada de contratiempos en sus relaciones personales o de las tensiones propias de éstas. Nos referimos a no encontrar su lugar en el grupo de pares, o tener que conformarse con un lugar no deseado, a los fracasos “amorosos”, a la ruptura de “amistades-de-toda-la-vida”, al enfrentamiento cotidiano con los padres, a las tensiones con los profesores o con los compañeros de la escuela, etc.

El encontrarse, además, en una fase de importantes cambios biológicos, y de carácter, hace más difícil el afrontar esas situaciones estresantes, por supuesto, a los adolescentes les faltan las herramientas que usan los adultos para luchar con esas situaciones de estrés y con los riesgos que han de afrontar, pues su cerebro no está todavía maduro sobre todo el de los chicos (Santesteban, 2014).

Los adolescentes son capaces de una acción racional, pero en determinadas circunstancias, razonan peor que los adultos, lo sintetizan con claridad:

“En principio, excluyendo tentaciones con elevadas recompensas y las diferencias individuales que reducen el autocontrol, los adolescentes son capaces de una toma racional de decisiones para alcanzar sus metas. En la práctica, mucho depende de la situación particular en que se toma la decisión. En el calor de la pasión, en presencia de pares, en caliente, en situaciones poco familiares, cuando el cálculo de riesgos y beneficios favorece resultados negativos a largo plazo, y cuando se requiere una inhibición de la conducta para obtener buenos resultados, es más probable que los adolescentes razonen peor que los adultos” (Pascual, y otros, 2014)

Además, no han adquirido aquellas herramientas mediante el aprendizaje de los comportamientos adultos. A ello ha ayudado poco la ausencia de los espacios híbridos, en los que, quizás, se aceleraba la adquisición de ese instrumental, o, al menos, se aminoraban las tensiones propias de un mundo adolescente “autocontenido”. En la actualidad, el mundo de los

adolescentes comporta vulnerabilidades específicas, derivadas de las nuevas oportunidades y retos que presenta la nueva oferta de los adultos a niños y adolescentes. Es decir, muchas de ellas no existían en el pasado, o no tenían la relevancia actual. Y, en buena medida, derivan de la ausencia de adultos cercanos como los padres. Ejemplos del tipo de vulnerabilidades propias de la adolescencia actual son:

- Embarazos no deseados y abortos
- Enfermedades de transmisión sexual y promiscuidad
- Adicciones a drogas y alcohol
- Fracaso escolar
- Conductas suicidas (Pascual, y otros, 2014)

5 Materiales y métodos

La presente investigación se realizó con los adolescentes del 2^{do} y 3^{er} año de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo situado en la ciudad de Loja, Parroquia Sucre, en las calles: Carlos Román Hinostroza, entre Adolfo Valarezo y Manuel Carrión Pinzano; el periodo de realización fue julio – diciembre 2018.

5.1 Enfoque:

Cuantitativo

5.2 Tipo de diseño utilizado:

Analítico

5.3 Unidad de estudio: Adolescentes del 2 y 3 año de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo.

5.4 Universo: 750 Estudiantes del Colegio Adolfo Valarezo de la Ciudad de Loja

5.5 Muestra:

A través del programa Epi Info con una población de 750 estudiantes del Colegio Adolfo Valarezo de la Ciudad de Loja, al intervalo de 5% confianza se obtuvo una muestra de 260 estudiantes.

Encuesta poblacional o estudio descriptivo mediante un muestreo aleatorio (no cluster)

Nivel confianza	Tamaño muestra
80%	135
90%	199
95%	254
97%	289
99%	352
99.9%	443
99.99%	502

Tamaño población:	750
Frecuencia esperada:	50%
Limites de confianza:	5%

5.6 Muestreo: Probabilístico aleatorio

5.7 Criterios de inclusión:

- Adolescentes matriculados que asisten regularmente a clases
- Adolescentes que asistieron el día de la aplicación del instrumento de Investigación.
- Adolescentes que firmaron el consentimiento informado

5.8 Criterios de Exclusión

- Adolescentes que presenta algún tipo trastorno de alteración mental
- Adolescentes que no accedieron voluntariamente a participar de la investigación

5.9 Técnicas:

- Para la recolección de la información del presente trabajo investigativo se recurrió a la utilización de la escala Beck, misma que nos ayudó a determinar tanto depresión como ideación suicida

5.10 Instrumentos:

- **Test de Beck para depresión.** La Escala de Beck de depresión (ver anexo) es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes. La versión original se introdujo en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh como una prueba autoadministrada; revisada en 1971 en el Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania resultando en la versión BDI-IA. La versión revisada y la original tienen alta correlación. La forma actual es el BDI-II: un instrumento autoadministrado de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. El cuestionario consta de 21 preguntas. El paciente debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Debe encerrar en un círculo el número del enunciado que escogió. Si encuentra más de un enunciado que lo identifique, marque cada uno de ellos

Se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de 3, y el más alto posible es 63. El puntaje menor para toda la prueba es de cero. Se suma solo un puntaje por cada ítem, el mayor si se marcó más de uno. Con los siguientes resultados:

- Normal : 0- 13
 - Depresión Leve: 14 – 19
 - Depresión moderada:20 – 28
 - Depresión grave: 29 – 63
- **Escala de Ideación Suicida de Beck.** Fue creado por Beck, Kovacs y Weissman en 1979 y adaptada al castellano por Comeche, Díaz y Vallejo en 1995, presenta validación internacional y alta fiabilidad, tiene como objetivo cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas y dimensiones de autodestructividad. Consta de 20 reactivos que miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, 26 el rango teórico del puntaje es de 0 a 38, estableciéndose como ideación suicida un puntaje igual o mayor a 10 puntos. La Escala de Ideación Suicida de Beck consta de 4 características:
 - ✓ Características de las actitudes hacia la vida/muerte. Reactivos del 1 al 5
 - ✓ Características de los pensamientos/deseos de suicidio. Reactivos del 6 al 11
 - ✓ Características del intento. Reactivos del 12 al 15
 - ✓ Actualización del intento.

5.11 Procedimiento:

Se realizó mediante una planificación minuciosa de las actividades, que consistieron en:

- Revisión bibliográfica necesaria para definir el tema.

- Presentación del proyecto de investigación para la aprobación por parte de la directora de la carrera de Medicina; posteriormente se solicitó la pertinencia y asignación del director de tesis.
- Trámites correspondientes ante el rector del colegio Adolfo Valarezo, Marco Gutiérrez Msg., con la finalidad de solicitar el permiso para la ejecución del presente trabajo investigativo.
- Información a los estudiantes el propósito del estudio; socialización del consentimiento informado y su respectiva autorización, aceptación y firma del consentimiento informado (ANEXO 1)
- Aplicación de los instrumentos de recolección de datos: Se presentó el instrumento de Investigación para determinar la ideación suicida mediante la (Escala de Ideación Suicida de Beck) (ANEXO 2); del test de Beck para depresión (ANEXO3), explicando la forma correcta para responder cada ítem del instrumento.
- Una vez obtenidos los datos se procedió a la elaboración de la base de datos en el programa Microsoft Excel para luego ser transferidos al programa SPSS Versión 24.0. Se procesaron los resultados mediante el uso del programa SPS Versión 24.0, para establecer la relación de variables entres depresión e ideación suicida se aplicó la prueba estadística Chi cuadrado. Los resultados se presentan en tablas de frecuencia y porcentaje.
- Finalmente, se procedió al análisis e interpretación de cada variable estudiada; y a establecer la relación entre la depresión e ideación Suicida

6 Resultados

Tabla 1

Prevalencia de depresión en los adolescentes de 2^{do} y 3^{er} año de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja. Periodo julio – diciembre 2018

Presencia de Depresión	F	%	LCI%	LCS%
Con depresión	103	39.6	34,97	44,22
Sin depresión	157	60.4	55,77	65,02
Total	260	100,0		

Fuente: Valoración de los Adolescentes Estudiantes

Elaborado por: Eliana Patricia Alejandro Jumbo

Análisis: El 39,6% de los adolescentes presenta depresión, con un intervalo de confianza (IC:95%) entre 34,97% y 44,22%, diferencia significativa.

Tabla 2

Nivel de depresión de acuerdo al género de los adolescentes de 2^{do} y 3^{er} año de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja. Periodo julio – diciembre 2018

Género	Nivel de depresión						Total	
	Leve		Moderado		Grave		F	%
Masculino	F	%	F	%	F	%	F	%
	21	40,1	19	36,5	12	23,1	52	100
Femenino								
	17	33,3	21	41,2	13	25,5	51	100
Total	38	36,9	40	38,8	25	24,3	103	100
Chi-cuadrado de Pearson: 0,759								

Fuente: Adolescentes Estudiantes

Elaborado por: Eliana Patricia Alejandro Jumbo

Análisis: No existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de depresión de acuerdo al género.

Tabla 3

Depresión de acuerdo al género de los adolescentes de 2^{do} y 3^{er} año de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja. Periodo julio – diciembre 2018

Género	Con depresión		Sin depresión		Total	
	f	%	f	%	f	%
Masculino	52	35,9	93	64,1	145	100
Femenino	51	44,3	64	55,7	115	100
Total	103	39,6	157	60,4	260	100

Chi-cuadrado de Pearson; 1,931; significación: 0,165

Fuente: Adolescentes Estudiantes

Elaborado por: Eliana Patricia Alejandro Jumbo

Análisis: El 44,3% de los adolescentes del género femenino presenta depresión frente al 35,9 % del género masculino, diferencias que no son estadísticamente significativas.

Tabla 4

Ideación suicida de los adolescentes de 2^{do} y 3^{er} año de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja. Periodo julio – diciembre 2018

	F	%	LCI%	LCS%
SI	115	44,2	39,5	48,89
NO	145	55,8	51,1	60,49
Total	260	100		

Fuente: Adolescentes Estudiantes

Elaborado por: Eliana Patricia Alejandro Jumbo

Análisis: EL 44,2% de los estudiantes presenta ideación suicida, siendo el intervalo de confianza, (IC:95%), 39,5% a 48,89%. Esta diferencia, de acuerdo a los intervalos de confianza.

Tabla 5

Ideación suicida de acuerdo al género de los adolescentes de 2^{do} y 3^{er} año de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja. Periodo julio – diciembre 2018

Ideación suicida	Género masculino		Género femenino	
	f	%	f	%
Si	64	44,1	51	44,3
No	81	55,9	64	55,7
Total	145	100	115	100

Chi-cuadrado de Pearson: 0,001; Sig. asintótica (2 caras) 0,973

Fuente: Adolescentes Estudiantes

Elaborado por: Eliana Patricia Alejandro Jumbo

Análisis: De acuerdo al valor de Chi2 calculado (0,001, para 1 grado de libertad) y del valor de p de 0,973, probabilidad, mayor a 0,05, no existe diferencias significativas de los porcentajes de ideación suicida entre el género masculino y femenino.

Tabla 6

Depresión e ideación suicida de acuerdo al género de los adolescentes de 2^{do} y 3^{er} año de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja. Periodo julio – diciembre 2018

Género	Presencia de depresión	Ideación suicida				Total	
		Sí		No		f	%
Masculino		F	%	f	%	f	%
	Con depresión	39	75,0	13	25,0	52	100
	Sin depresión	25	26,9	68	73,0	93	100
	Total	64	44,1	81	55,9	145	100
Femenino							
	Con depresión	37	72,5	14	27,5	51	100
	Sin depresión	14	21,9	50	78,1	64	100
	Total	51	44,3	64	55,7	115	100
Total							
	Con depresión	76	73,8	27	26,2	103	100
	Sin depresión	39	24,8	118	75,2	157	100
	Total	115	44,2	145	55,8	260	100

Fuente: Adolescentes Estudiantes

Elaborado por: Eliana Patricia Alejandro Jumbo

Análisis: En cada uno de los géneros y a nivel general, de acuerdo al valor de Chi 2 ($p=0,000<0,05$) existe alta diferencia significativa entre las frecuencias observadas de depresión e ideación suicida; el Odds Ratio (8,52; LCI 4,82; LCS: 15,05) demuestra que aquellos que presentan depresión, tiene 8,52 veces más razón de oportunidades de presentar ideación suicida.

Tabla 7

Nivel de depresión e ideación suicida de acuerdo al género de los adolescentes de 2^{do} y 3^{er} año de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja. Periodo julio – diciembre 2018

Género	Ideación suicida	Nivel de depresión						Total	
		Leve		Moderado		Grave		f	%
Masculino		f	%	f	%	f	%	f	%
	Si	14	35,9	15	38,5	10	25,6	39	100
	No	7	53,8	4	30,8	2	15,4	13	100
	Total	21	40,4	19	36,5	12	23,1	52	100
Femenino	Si	8	21,6	17	45,9	12	32,4	37	100
	No	9	64,3	4	28,6	1	7,1	14	100
	Total	17	33,3	21	41,2	13	25,5	51	100
Total	Si	22	28,9	32	42,1	22	28,1	76	100
	No	16	59,3	8	29,6	3	11,1	27	100
	Total	38	36,9	40	38,8	25	24,3	103	100

Fuente: Adolescentes Estudiantes

Elaborado por: Eliana Patricia Alejandro Jumbo

Análisis: En general, para los dos géneros, de acuerdo al valor de Chi², (8,37, p=0,015 < 0,05) se establece que existe diferencias significativas entre las frecuencias observadas y esperadas de la ideación suicida y los niveles de depresión, observando relación entre el género y los niveles de depresión.

7 Discusión

En general, los resultados determinan que el 39.6% de los adolescentes presentan algún nivel de depresión, y el 44.5% ideación suicida, lo que significa un grave problema de este grupo vulnerable de la población que requiere atención prioritaria ya que es un tema de salud mental que puede ser un desencadenante y afectar a toda una población juvenil en desarrollo.

Estos resultados guardan relación con los obtenidos en el estudio realizado en 119 estudiantes de ambos géneros, de la carrera de Tecnología Médica Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, a quienes se les aplicó el test de Beck para Depresión, que indican que el 38,7% presentaron algún nivel de depresión (Rosas, Yampufé, López, Carlos, & Pacheco, 2015). De igual manera con los resultados obtenidos en el estudio *Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar*, en 292 adolescentes de secundaria, con edades comprendidas entre 12 y 15 años, mediante el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Ideación Suicida de Beck, Kovacs y Weissma, que mostraron que el 30,08% presentó algún tipo de depresión (Romo & Mir, 2015).

En cuanto al nivel de depresión de acuerdo al género nuestro estudio no mostró diferencias significativas. Esto se puede relacionar con los resultados del estudio realizado en Colombia *Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta*, con una población de 242 adolescentes a quienes se aplicó el test de Beck, en cuyas conclusiones se establece ausencia de relación entre el género y los niveles de depresión (Ceballos Ospino Guillermo Augusto, 2014); de igual manera con el estudio denominado *Depresión y su relación con el Sexo en la localidad de Bosa de Bogotá- Colombia*, realizado a 111 adolescentes cuyos resultados evidenciaron que no hay diferencias significativas en la relación nivel de depresión y sexo (Sanchez Toro, Cardona Toro , 2016).

La ideación suicida se presentó en un 44,2 % de los adolescentes este cifras concuerdan con un estudio denominado *Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana*, aplicado a 12424 adolescentes de escuelas públicas, en cual se determinó una prevalencia de ideación suicida del 47% (Pérez Berenice, 2015) Así mismo otro estudio realizado por denominado *Ideación suicida en adolescentes del área rural: estilo de crianza y bienestar psicológico*, en 186 adolescentes, en los cual se evidenció una prevalencia de ideación suicida en un 45% (Claudia Andrea Aburto, 2017)

La ideación suicida de acuerdo al género no presentó diferencias significativas lo que se puede relacionar con el estudio realizado por Rosales en el cual el porcentaje de presencia de ideación suicida, fue de 13.4%, en el grupo de jóvenes del género masculino y de 13.1%, en el grupo de jóvenes del género femenino (Rosales Pérez José Carlos, 2016) En otro estudio realizado en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja – Colombia con 258 estudiantes universitarios con edades comprendidas entre 18 a 24 años, el que se determinó que la ideación suicida fue de 33.3 % en las mujeres y al 28 % de los hombres (Siabato & Salamanca, 2015)

En México, se realizó un estudio sobre la *Relación entre ideación suicida y depresión en adolescentes*, que evaluó un total de 292 alumnos de una secundaria del Distrito Federal; los resultados respecto a la depresión indicaron que 207 jóvenes (70.08%) no presentaron síntomas de depresión o ésta fue nula; se ubicaron con depresión leve 52 jóvenes (17.8%), y 22 jóvenes (7.5%) mostraron depresión moderada; por último, se encuentra con depresión severa 3.0% (11 jóvenes). Asimismo, se encontró que 21.21% de la población (62 jóvenes) presenta ideación suicida y 78.7% no la presenta (230 jóvenes). (Eguiluz, Ayala, 2015).

Nuestro estudio mostró una alta asociación estadística entre depresión e ideación suicida, tanto general como de acuerdo al sexo, por lo que se aceptamos que los adolescentes que

presentan depresión tienen mayormente ideación suicida en ambos géneros. Estos resultados se pueden relacionar con los obtenidos en el estudio denominado *Detección temprana de ideación suicida e identificación de los factores de riesgo asociados, en adolescentes de dos unidades educativas del sur de la ciudad de Quito*, realizado con 304 adolescentes de bachillerato, mediante el test de Beck para depresión e ideación suicida, que establecieron relación estadísticamente significativa, así, ante la presencia de síntomas de depresión se tiene un riesgo de mayor probabilidad de presentar ideación suicida. (Gordon & Salcan, 2018)

En el estudio *Prevalencia de depresión e ideación de 8º, 9º, 10º y 11º grado, en ocho colegios oficiales de Manizales* a una población de 1298 estudiantes, establecieron que la relación entre depresión y género fue altamente significativa para ambos grupos de género. (Amezquita Medina María Eugenia, 2015) Así mismo, el estudio denominado *Influencia de la depresión en la ideación suicida de los estudiantes de la selva peruana*, a 431 estudiantes, se evidenció que existe una asociación (valor $p < 0,01$) entre la ideación suicida y la depresión que tuvieron los estudiantes realizado por (Altamirano, Vidal, Ruiz, & Mejía, 2019)

Finalmente, mencionemos que un estudio realizado a adolescentes en México identificó la correlación positiva entre ideación suicida y depresión, resultados que coincide con un gran número de estudios (Garrison, Lewinsohn, Marsteller, Langhinrichsen & Lann, 2008; Beck, 2006; Arias, Cárdenas Navarrete, Alonzo, Morales & López-García, 1994; Saucedo, Montoya & Higuera, 2005; Jiménez, Sentís & Ortega, 2012) en los que el afecto o ánimo depresivo es el articulador entre la ideación suicida o cualquier otra conducta suicida y pautas familiares disfuncionales, conflictos en la familia, trastornos de la personalidad y conductas adictivas. (Romo & Mira, 2015)

Como epílogo, retomando al doctor Miguel González, Médico Psiquiatra, mencionemos que “*crisis familiar, la depresión son factores que predisponen al suicidio, porque los papeles de cada uno de los miembros de la familia lojana ha cambiado en las últimas décadas, y las*

transformaciones no han ido acompañados de un desarrollo de la mentalidad”. Ahora los adolescentes encuentran la casa vacía; la televisión, los juegos el internet, estos llenas los vacíos comunicacionales con diferentes mensajes alienantes y valores que los desorientan. “Esta ruptura del diálogo entre padres e hijos y la falta de comunicación, los conduce al suicidio. Los chicos están sufriendo la falta de afecto de sus padres. No tienen una buena orientación y sus actos no son controlados; generalmente están regidos por terceras personas”. (Suicidio, 2010)

8 Conclusiones

La presencia de ideación suicida en los adolescentes del 2^{do} y 3^{er} año de bachillerato del colegio “Adolfo Valarezo” es significativa, lo que constituye un verdadero problema de Salud Pública. La ideación suicida en cuanto al género no presenta una diferencia significativa ya al presentarse en un porcentaje similar en ambos géneros, por lo antes mencionado constituye como un factor de riesgo para el progreso al eslabón siguiente de la cadena suicida; es decir al intento de suicidio o suicidio consumado.

La depresión en los adolescentes se presentó en valores significativos lo cual de igual manera constituye un importante problema de salud pública. En cuanto al género se evidencio que no existe diferencia significativa ya que tanto los hombres como las mujeres se deprimen en porcentajes similares.

En cuanto a la relación entre depresión e ideación suicida se puede se demostró que existe una alta asociación entre depresión e ideación suicida entre las frecuencias observadas y esperadas, por lo que se acepta que los adolescentes que presentan depresión tienen mayormente riesgo de presentar ideación suicida en ambos géneros.

9 Recomendaciones

Los conocimientos generados debe ser aplicados en beneficio de la población estudiada, por tal razón se debe realizar los esfuerzos necesarios para la creación de un programa de intervención o fortalecer los programas de prevención y promoción de salud mental con el objetivo de disminuir la persistencia del riesgo de depresión e ideación suicida en los y las estudiantes del Colegio Adolfo Valarezo.

Educar y concientizar a docentes de la Institución, padres de familia y comunidad en general sobre el problema encontrado en el Establecimiento estudiado, a través de una casa abierta, charlas, reuniones con el objetivo de dar conocer las consecuencias de la depresión e ideación suicida en el desarrollo físico y mental de los adolescentes.

Se recomienda al Departamento de Consejería Estudiantil del colegio Adolfo Valarezo, fomentar los servicios de atención psicológica existentes en los colegios, especialmente en momentos de elevado estrés académico, con la finalidad de conocer si existen factores asociados a la depresión e ideación suicida y prevenir la realización de una primera tentativa.

10 Referencias Bibliográficas

- Aguirre Gordon Alexandra Maricela, A.S (2018). *Detección temprana de ideación suicida e identificación de los factores de riesgo asociados, en adolescentes de dos unidades educativas del sur de la ciudad de QUITO . QUITO .*
- Alba Cortés Alfaro, J., Valdés Ramón, A., Suárez Medina, E., & Rodríguez Dávila, J. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *SCIELO*.
- Alfaro, M. A. (2014). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Scielo*.
- Altamirano, A., Vidal, J., Ruiz, L. E., & Mejia, C. (2019). Influencia de la depresión en la ideación suicida de los estudiantes de la selva peruana. *Scielo*.
- Amezquita Medina María Eugenia, G. P. (2015). PREVALENCIA DE DEPRESIÓN E IDEACIÓN DE 8º, 9º, 10º Y 11º GRADO, EN OCHO COLEGIOS OFICIALES DE MANIZALES. *Scielo* .
- Barrero, D. S. (2015). La idea suicida, Semiología y Semiotecnia. *Asociación Mundial de Psiquiatría*.
- Betancourt, A. (2011). El suicidio en el Ecuador:. *FLACSO SEDE ECUADOR*.
- Bogaer, G. H. (2014). LA DEPRESIÓN: ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO. *Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*.
- Calero, G. Á., Quiñones, J. A., & Martínez, P. M. (2018). Adolescencia temprana y parentalidad. Fundamentos teóricos y metodológicos acerca de esta etapa y su manejo. *Scielo*.
- Cano, P., Peña, J. M., & Ruiz, M. (2012). Las conductas suicidas Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. *Universidad de Malaga, Servicio de Psiquiatria del Hospital Universitario de Malaga*.

- Ceballos Ospino Guillermo Augusto, C. Y. (2014). IDEACIÓN SUICIDA, DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN DOLESCENTES ESCOLARES DE SANTA MARTA. *Artículo de Investigación Científica y Tecnológica*.
- Claudia Andrea Aburto, K. D. (2017). Ideación suicida en adolescentes del área rural:. *Revista Colombiana* .
- Cortés, A., Aguilar, J., Suárez, R., Rodríguez, E., & Durán, J. (2015). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adole. *Scielo*.
- Diz, J. I. (marzo de 2013). *Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
- Diz, J. L. (Marzo de 2013). *Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
- Eguiluz, Ayala, L. M. (DICIEMBRE de 2015). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *IBEROAMERICANA*. Obtenido de REVISTA PANAMERICANA : <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133938134009.pdf>
- Garcia Herrera Bryan, M. C. (2015). GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL TRATAMIENTO DE DEPRESION ATENCION PRIMARIA .
- Garcia, L. D. (2008). LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD COMO ETAPAS DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD. DISTINTAS CONCEPCIONES EN TORNO A LA DETERMINACIÓN DE SUS LÍMITES Y REGULARIDADES.
- Gordon, A. M., & Salcan, I. d. (2018). *Detencion temprana de Ideacion Suicida e identificacion de los factores de riesgo asociados, en adolescentes de dos uniddaes educativas de la Ciudad de Quito* . QUITO.

- Hidalgo, M. G., Fierro, M. G., & Vicario, M. H. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. *Peditaria Integral*.
- Juan Carlos Sánchez-Sosa, M. E.-G. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Scielo* .
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2015). Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. *Salud Psicología* .
- Lopez, J. E. (2011). Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud. *Scielo* .
- Martí, M. d. (2013). *PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO INICIAL DE LA IDEACIÓN SUICIDA*. Obtenido de https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf
- MINISTERIO DE SANIDAD, S. S. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *guiasalud*.
- Morillas, J. M.-H.-E. (2013). Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad. *CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL*.
- Muñoz, H. P. (2016). ADOLESCENCIA. *UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR*.
- OMS. (2017). Depresion . *Organizacion mundial de la salud* .
- OPS. (2014). *Prevencion del Suicidio*. Obtenido de http://www.who.int/mental_health/prevention/es/
- Pascual Pascual, . P. (2012). El paciente suicida. *As Guías de Fisterra*.
- Pascual, P. P., Ferrer, A. V., S, S. M., J.M, L., Téllez, & C, L. G. (Julio de 2014). *As Guías de Fisterra*. Obtenido de http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2015/07/12A_Fisterra_N12_3.pdf

- Pérez Berenice, L. R.-L.-A. (2015). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Publica de Mexico* .
- Pineda, S., & Aliño, M. (2011). El Concepto De La Adolescencia.
- Ramón Florenzano, M. V. (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Scielo*.
- Rivera Castro Luis Alberto, R. V. (2016). Depresion . *Instituto Nacional de la Salud Mental*.
- Rivero, J. C., & Fierro, M. G. (2016). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatrica Integral*.
- Romo, L. d., & Mir, M. A. (12 de Julio - diciembre de 2015). *Psicología Iberoamericana*.
Obtenido de Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal:
<https://www.redalyc.org/html/1339/133938134009/>
- Romo, L. d., & Mira, M. A. (2015). *Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes*. Obtenido de Scielo:
<http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=133938134009>
- Rosales Pérez José Carlos, C. O. (2016). Ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos. *Scielo* .
- Rosas, M., Yampufé, M., López, M., Carlos, G., & Pacheco, A. S. (11 de octubre de 2015). *Scielo*. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v72n3/a05v72n3.pdf>
- Sanchez Toro, Cardona Toro , A. M. (Octubre de 2016). Depresion y su Relacion con el genero en un grupo de adolescentes de la localidad de Bosa.
- Santander, U. I. (2014). Guia para la atencion primaria de pacientes con ideación o intento suicida .

Santiesteban, T. (Enero -Marzo de 2014). *Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad*. Obtenido de scielo:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002

Siabato, E. F., & Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Scielo*.

Soto, P. A., & Casate, R. E. (2016). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MEDISAN*.

Suicidio, j. L. (2010). Suicidio juvenil en Loja las estadísticas alarman. *La Hora*.

Viejo, C., & Ruiz, R. O. (2017). Cambios y riesgos asociados a la adolescencia. *Psychology, Society, & Education*.

11 Anexos

ANEXO 1



Universidad Nacional de Loja

Área de la Salud Humana

Carrera de Medicina

TEMA: DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO ADOLFO

VALAREZO DE LA

CIUDAD DE LOJA

Fecha: ___/___/2016

Formulario_____

Consentimiento informado:

Yo _____, portador de cédula de identidad _____, manifiesto que he recibido información acerca del presente proyecto de investigación **Depresión e Ideación suicida en los adolescentes del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja**. En consecuencia autorizo libre y voluntariamente a la estudiante de la Carrera de Medicina, la Srta. Eliana Patricia Alejandro Jumbo el aplicar la encuesta, cuyos resultados permitirán conocer la actualidad real de los adolescentes del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja en el ámbito de la depresión e ideación suicida, además de que servirá como base a futuras investigaciones, pues, en la actualidad, no existen estudios similares en la ciudad de Loja.

Firma

ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TEMA: DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL

COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA

CIUDAD DE LOJA

Sr. (Srta.) estudiante sírvase en contestar la siguiente encuesta le pedimos que el siguiente cuestionario lo responda con toda franqueza. Marque con una “X” el espacio correspondiente y recuerde seleccionar una sola opción. La información que se obtenga en el siguiente cuestionario será confidencial

SEXO: F () M ()

TEST DE BECK PARA IDEACION SUICIDA

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.

A. Deseo de vivir. ()

0. Moderado a fuerte

1. Poco (Débil).

2. Ninguno (No tiene).

B. Deseo de morir. ()

- 0. Ninguno (No tiene).
- 1. Poco (Débil).
- 2. Moderado a fuerte.

C. Razones para Vivir/Morir. ()

- 0. Vivir supera a morir.
- 1. Equilibrado (es igual).
- 2. Morir supera a vivir.

D. Deseo de realizar un intento de suicidio activo. ()

- 0. Ninguno (inexistente).
- 1. Poco (Débil).
- 2. Moderado a fuerte.

E. Deseo pasivo de suicidio. ()

- 0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
- 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte. }
- 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO**F. Duración. ()**

- 0. Breves, periodos pasajeros.
- 1. Periodos largos.
- 2. Continuos (Crónicos), casi continuos.

G. Frecuencia. ()

- 0. Rara, ocasionalmente.
- 1. Intermitente.

2. Persistentes y continuos

H. Actitud hacia los pensamientos/deseos. ()

0. Rechazo.

1. Ambivalente, indiferente.

2. Aceptación.

I. Control sobre la acción/deseo de suicidio. ()

0. Tiene sentido de control.

1. Inseguridad de control

2. No tiene sentido de control **J. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida**

(familia, religión, irreversibilidad o fallar). ()

0. No lo intentaría porque algo lo detiene.

1. Cierta duda que lo detiene.

2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.

K. Razones para pensar/desear el intento suicida. ()

0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.

1. Combinación de 0-2.

2. Escapar, acabar, salir de problemas.

II. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO.

L. Método: Especificidad/oportunidad de pensar en el intento. ()

0. Sin considerar.

1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.

2. Detalles elaborados / bien formulados.

M. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar en el intento. ()

0. Método no disponible, no oportunidad.

1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.

2. Método y oportunidad disponible

2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.

N. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento. ()

0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.

1. No está seguro de tener valor.

2. Está seguro de tener valor.

O. Expectativa/ anticipación de un intento real. ()

0. No.

1. Sin seguridad, sin claridad.

2. Sí.

IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO.

P. Preparación real. ()

0. Ninguna.

1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).

2. Completa.

Q. Nota Suicida. ()

0. Ninguna.

1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.

2. Escrita. Terminada.

R. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos). ()

0. No.

1. Sólo pensados, arreglos parciales.

2. Terminados

S. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida. ()

0. Revela las ideas abiertamente.

1. Revela las ideas con reservas.

2. Encubre, engaña, miente.

T. Intento de suicidio Anteriores. ()

0. No.

1. Uno.

2. Más de uno.

ANEXO 3**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA****ÁREA DE LA SALUD HUMANA****CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA: DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL
COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA
CIUDAD DE LOJA**

Sr. (Srta.) estudiante sírvase en contestar la siguiente encuesta le pedimos que el siguiente cuestionario lo responda con toda franqueza. Marque con una "X" el espacio correspondiente y recuerde seleccionar una sola opción. La información que se obtenga en el siguiente cuestionario será confidencial

SEXO: F () M ()

TEST DE BECK PARA DEPRESION

1.

- 1 No me siento triste
- 2 Me siento triste.
- 3 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 4 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2._

- 1 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- 2 Me siento desanimado respecto al futuro.
- 3 Siento que no tengo que esperar nada. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

- 1 No me siento fracasado.
- 2 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 3 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- 4 Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

- 1 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 2 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 3 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- 4 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

- 1 No me siento especialmente culpable.
- 2 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 3 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 4 Me siento culpable constantemente.

6).

- 1 No creo que esté siendo castigado.
- 2 Me siento como si fuese a ser castigado.

- 3 Espero ser castigado.
- 4 Siento que estoy siendo castigado.

7).

- 1 No estoy decepcionado de mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado de mí mismo.
- 3 Me da vergüenza de mí mismo.
- 4 Me detesto.

8).

- 1 No me considero peor que cualquier otro.
- 2 Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- 3 Continuamente me culpo por mis faltas.
- 4 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

- 1 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 2 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- 3 Desearía suicidarme.
- 4 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- 1 No lloro más de lo que solía llorar.
- 2 Ahora lloro más que antes.
- 3 Lloro continuamente.
- 4 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- 1 No estoy más irritado de lo normal en mí.
- 2 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 3 Me siento irritado continuamente.
- 4 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- 1 No he perdido el interés por los demás.
- 2 Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 3 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- 4 He perdido todo el interés por los demás.

13).

- 1 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- 2 Evito tomar decisiones más que antes.

- 3 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 4 Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- 1 No creo tener peor aspecto que antes.
- 2 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- 3 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo. Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- 1 Trabajo igual que antes.
- 2 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- 3 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- 4 No puedo hacer nada en absoluto.

16)

- 1 Duermo tan bien como siempre.
- 2 No duermo tan bien como antes.
- 3 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- 4 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- 1 No me siento más cansado de lo normal.
- 2 Me canso más fácilmente que antes.
- 3 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 4 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- 1 Mi apetito no ha disminuido.
- 2 No tengo tan buen apetito como antes.
- 3 Ahora tengo mucho menos apetito.
- 4 He perdido completamente el apetito.

19).

- 1 **Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.**
- 2 He perdido más de 2 kilos y medio.
- 3 He perdido más de 4 kilos.
- 4 He perdido más de 7 kilos.
- 5 Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- 1 No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- 2 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- 3 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- 4 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa

21).

- 1 No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- 2 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- 3 Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- 4 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

MEMORÁNDUM NRO.0176 D-CMH-FS-UNL

PARA: Srta. Eliana Patricia Alejandro Jumbo.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

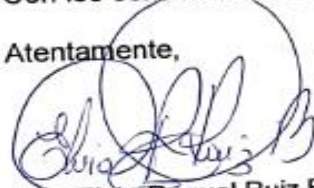
FECHA: 24 de mayo 2018

ASUNTO: APROBACION DE TEMA DE TESIS

En atención a su comunicación presenta en esta Dirección, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se aprueba su tema de trabajo de tesis denominado: "DEPRESION E IDEACION SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA" por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C.c Archivo.- ALA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro. 463 CCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Susana González.
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 03 de julio de 2018

ASUNTO: **INFORME DE PERTINENCIA.**

Por medio del presente me permito enviar a usted el Proyecto de Tesis "**DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA**", de autoría de la Srta. **Eliana Patricia Alejandro Jumbo**, estudiante de la Carrera de Medicina, a fin de que se sirva emitir la respectiva pertinencia, en cuanto a su coherencia y organización, debiendo recordar que la emisión será remitida la Dirección de la Carrera dentro de ocho días laborable.

En la seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**
C.c.- Archivo
B.castillo



1104313976

05/07/2018



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.567 CCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Jorge Reyes Jaramillo
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 18 de julio de 2018

ASUNTO: DESIGNAR DIRECTOR DE TESIS

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema, "DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA", autoría de la Srta. Eliana Patricia Alejandro Jumbo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE SALUD HUMANA -UNL
C.c.- Archivo
B.castillo.



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro. 619 CCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Marco Gutiérrez Mg. Sc
**RECTOR DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE
LOJA**

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 1 de agosto del 2018

**ASUNTO: SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN**

Por medio del presente. Me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones. Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que a Srta. **Eliana Patricia Alejandro Jumbo** estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, Pueda tener acceso: Para aplicar un Test a los adolescentes del Segundo y Tercer año de bachillerato; y, que cumplan con los criterios de inclusión del proyecto, información que le servirá para la realización de la tesis: "**DEPRESIÓN IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA**", trabajo que lo realizara bajo la supervisión del Dr. Jorge Reyes Jaramillo, Catedrático de esta institución

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA.UNL**
C.c.- Archivo
B.c.

Recibido

02-08-2018

10:00
M. S. S. S. S.



Loja – Ecuador
 Teléfonos de secretaria: 2571003
 Rectorado: 2571339
 Coord. B.I 2588202

Dirección: Calle Carlos Román H.
 E-mail: adolfovalarezo@hotmail.com
 Fax: 24576828



Mgs. Marco Vinicio Gutiérrez N.
RECTOR (e) DE LA UNIDAD EDUCATIVA "ADOLFO VALAREZO"

CERTIFICA:

Que la Srta. Eliana Patricia Alejandro Jumbo, con cedula de identidad Nro. 1104313976, Estudiante de la Carrera de Medicina, de la Universidad Nacional de Loja, aplicó las encuestas a los estudiantes de 2° y 3er año de bachillerato con la finalidad de obtener información para el desarrollo del tema tesis denominado: **"Depresión e Ideación Suicida en Adolescentes del Colegio Adolfo Valarezo de la Ciudad de Loja"**.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Loja, 7 de Agosto del 2018

Mgs. Marco Vinicio Gutiérrez N.
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA ADOLFO VALAREZO

UNIDAD EDUCATIVA
 "ADOLFO VALAREZO"
 RECTORADO
 LOJA - ECUADOR

CERTIFICACION DE TRADUCCIÓN

JOSÉ LUIS ALEJANDRO JUMBO
LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN MENCIÓN INGLES

Certificación.-

Que he realizado la traducción de español al idioma ingles del artículo científico y resumen derivado de la tesis denominada "DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA" de autoría de la Srta.: **ELIANA PATRICIA ALEJANDRO JUMBO**, portador de la cedula de identidad: **1104313976**, estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, la misma que se encuentra bajo la dirección del Dr. Jorge Reyes Jaramillo, previo a la obtención de médico general.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Loja, 1 de julio de 2019



JOSÉ LUIS ALEJANDRO JUMBO

LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN INGLES

NUMERO DE CEDULA: 1104313307

NUMERO DE REGISTRO DEL SENECYT: 1031-2017-1903844

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

PROYECTO DE TESIS

TEMA:

**DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA
EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO**

**ADOLFO VALAREZO DE LA
CIUDAD DE LOJA**

AUTORA:

ELIANA PATRICIA ALEJANDRO JUMBO

TUTOR:

DR. JORGE REYES JARAMILLO

LOJA- ECUADOR

2018



TEMA:

**Depresión e ideación suicida en
adolescentes del Colegio Adolfo Valarezo
de la Ciudad de Loja**

PROBLEMA:

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (OMS, 2017)

La ideación suicida se define como Pensamientos o cogniciones frecuentes sobre el cese de la propia vida y/o elaboración de planes para acabar con la propia vida, con diversos grados de intensidad y elaboración. La ideación suicida suele ser un paso previo de la conducta suicida, aunque no se sigue de esta necesariamente. (Santander, 2014)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) reportó que para el año 2012 se registraron en el mundo 804000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual ajustada de 11.4 por cada 100000 habitantes (15 para hombres y 8 para mujeres). Esto supone que el 50% de todas las muertes violentas registradas en hombres y el 71% en mujeres son explicadas por el suicidio. En años anteriores, la OMS (2002) ya señalaba que el suicidio genera altos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares. Por su parte, los estudios sobre suicidio realizados por Bertolote y Fleischmann (2002) sugieren un aumento en las tasas de suicidio que oscila entre 10 y 20 veces para el año 2020. Actualmente, se estima que la depresión afecta a 350 millones de personas, estableciéndose como un importante contribuyente de la carga global de enfermedad y la principal causa de discapacidad en el mundo (OMS, 2012).

En México se realizó un estudio sobre Relación entre ideación suicida y depresión en adolescentes mismo que evaluó un total de 292 alumnos de una secundaria del Distrito Federal, los resultados respecto a la depresión indicaron que 207 jóvenes (70.08%) de la muestra no presentaron síntomas de depresión o ésta fue nula; se ubicaron con depresión leve 52 jóvenes (17.8%), y 22 jóvenes (7.5%) mostraron depresión moderada; por último, se encuentra con depresión severa 3.0% (11 jóvenes). Por su parte, se encontró que 21.21% de la población (62 jóvenes) presenta ideación suicida y 78.7% no la presenta (230 jóvenes). (Eguiluz Romo L. d., 2014)

Otro estudio realizado a adolescentes en México se identificó una correlación entre ideación suicida y depresión además esto coincide con un gran número de estudios tanto en como en el mundo (Garrison, Lewinsohn, Marsteller, Langhinrichsen & Lann, 2008; Beck, 2006; Arias, Cárdenas Navarrete, Alonzo, Morales & López-García, 1994; Saucedo, Montoya & Higuera, 2005; Jiménez, Senties & Ortega, 2012) en los que el afecto o ánimo depresivo es el articulador entre la ideación suicida o cualquier otra conducta suicida y pautas familiares disfuncionales, conflictos en la familia, trastornos de la personalidad y conductas adictivas. (Lourdes & Ayala Mira, 2014)

En Colombia se realizó un estudio en que participaron 289 estudiantes (163 mujeres y 126 hombres) pertenecientes a los grados noveno, décimo y undécimo de cuatro colegios públicos de la ciudad de Tunja del cual se concluyó, que el 30% de los participantes se ubicó en un nivel alto de ideación suicida además se hallaron puntuaciones significativamente mayores en las mujeres en las subescalas de ánimo negativo con respecto a los hombres . (Elsa, Forero Mendoza, & Camargo, 2016)

Un estudio realizado en la Universidad Nacional de Colombia sobre la ideación suicida en **184 individuos entrevistados**, 93 (47%) fueron de género femenino y 104 (53%) de género masculino. Su rango de edad estuvo entre 15 y 17 años, Nueve de los estudiantes (4,57%) tenían ideación suicida actual y 26 (13,2%) la habían tenido durante más de una semana en el último año. Se concluyó que Cinco estudiantes realizaron un intento de suicidio en el último año; seis (3%) vivían solos y tres (1,52%) aseguraron no tener red de apoyo. Una persona informó maltrato físico en el momento de la entrevista y 16 (8%), maltrato físico persistente durante la infancia. (JOSÉ M. CALVO G., 2015)

En un estudio realizado a adolescentes en México se identificó una correlación entre ideación suicida y depresión además esto coincide con un gran número de estudios tanto en como en el mundo (Garrison, Lewinsohn, Marsteller, Langhinrichsen & Lann, 2008; Beck, 2006; Arias, Cárdenas Navarrete, Alonzo, Morales & López-García, 1994; Saucedo, Montoya & Higuera, 2005; Jiménez, Senties & Ortega, 2012) en los que el afecto o ánimo depresivo es el articulador entre la ideación suicida o cualquier otra conducta suicida y pautas familiares disfuncionales, conflictos en la familia, trastornos de la personalidad y conductas adictivas. (Lourdes & Ayala Mira, 2014)

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), la depresión se encuentra relacionada con signos como la tristeza, la desesperanza, la disminución del interés en las actividades que antes se evaluaban como placenteras, la culpabilidad, el llanto frecuente. Signos que de una u otra manera influyen en la aparición de pensamientos e ideas suicidas; pensamientos de terminar con la propia existencia. Otro autor indica que las experiencias o eventos negativos como los cambios físicos, las relaciones con los pares, los conflictos existenciales, espirituales y familiares, constituyen grandes predictores para la consumación de suicidio en adolescentes (Guillermo Augusto Ceballos-Ospino, 2015)

En relación con el resto del mundo el Ecuador –al igual que gran parte de América Latina– tiene una tasa de suicidios relativamente alta. De acuerdo al banco de datos de la OMS (cuya principal fuente de información es el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC), el país presenta una tasa de 6.1 por cada 100.000 habitantes en el 2008, cifra que se sitúa muy por debajo de la tasa promedio de la región europea de 15.74 en el mismo año; sin embargo, estadísticas más recientes del INEC muestran tasas de 7.1 para el 2010 y 9.7 para el 2011. Pese a que las tasas continúan siendo bajas respecto a otros países, llama la atención el constante incremento de los suicidios en las últimas

tres décadas. En 1971, el país registraba una tasa de 2.3 que ascendió a 2.8 en 1980, la cual a mediados de esta última década había subido en más de un punto, situándose en 4.2. El suicidio tiende a manifestarse principalmente en las áreas urbanas del Ecuador, por lo que es un fenómeno que puede y debe ser tratado desde la perspectiva de la seguridad ciudadana. Las áreas urbanas en la última década han concentrado más del 68% del total de los suicidios nacional. Entre el 2008 y el 2011, más del 70% de los suicidios se situaron en las áreas urbanas. Por su parte, las provincias con el número de casos más altos fueron Pichincha (206 suicidios) y el Guayas (143), en donde se encuentran las ciudades más grandes del país. El área urbana de Pichincha concentró el 82% de los suicidios mientras que el área urbana de Guayas concentró el 93%.

Las dos provincias que les siguen con números de casos suicidas altos son Azuay y Manabí (63 casos en ambas provincias), donde la mayor parte de los casos se dieron en Cuenca y Manta (tercera y cuarta ciudad más poblada del país) (Betancourt, 2011)

En Loja Miguel González, Médico Psiquiatra, aseguró que una década atrás, la ciudad no presentaba elevada incidencia de suicidios, el fenómeno de la sociedad actual estaría sujeto a varios factores de orden social, familiar y de personalidad, que están influyendo en la alteración mental de las personas; en especial grupos poblacionales vulnerables como los adolescentes. La crisis familiar, la depresión son factores que predisponen al suicidio, porque los papeles de cada uno de los miembros de la familia lojana ha cambiado en las últimas décadas, y las transformaciones no han ido acompañados de un desarrollo de la mentalidad. Hoy en día no es posible mantener a un padre o una madre en el hogar. Antes la mamá estaba cuidando y formando a sus hijos, pero cuando decide ingresar a la vida laboral, para ayudar a su esposo al sustento del hogar, es cuando deja abandonada la casa; en este momento hay muchos hijos que llegan de la escuela o el colegio y lo único que encuentran es la vivienda vacía. La televisión y ahora el Internet llena estos vacíos con mensajes y valores que los desorientan. Esta ruptura del diálogo entre padres e hijos y la falta de comunicación, los conduce al suicidio. Los chicos están sufriendo la falta de afecto de sus padres. No tienen una buena orientación y sus actos no son controlados; generalmente están regidos por terceras personas que son sus tíos o abuelos y, hay muchos casos, en los que están bajo la vigilancia de sus hermanos mayores, que no es lo ideal. Una joven de 18 años, quien intentó suicidarse por dos ocasiones cuando tenía 14 años, confesó a este rotativo que ella pensó en el suicidio porque le parecía que no le quedaba otro recurso para terminar con sus aflicciones. Yo pensaba que nadie me quería y que no servía para nada. Mi depresión solamente me dejaba ver las cosas malas. (Suicidio juvenil en Loja las estadísticas alarman, 2010)

OBJETIVOS

Determinar la depresión e ideación suicida en adolescentes de 2do y 3er año de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo de Loja, periodo Julio - Diciembre 2018

Objetivos específicos

- ✓ Establecer la frecuencia de depresión según el género en los adolescentes del Colegio Adolfo Valarezo
- ✓ Determinar la ideación suicida según el género en los adolescentes del Colegio Adolfo Valarezo
- ✓ Calcular la relación entre depresión e ideación suicida en los adolescentes del Colegio Adolfo Valarezo

JUSTIFICACIÓN

El suicidio es un importante problema de salud pública en todo el mundo. Afecta a las familias, a las comunidades y a países enteros. El suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. Aunque mueren más hombres por suicidio, las mujeres tienen más intentos. ((OPS), 2017)

En Ecuador, de acuerdo a datos de la OMS cuya principal fuente de información Es el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) el país presentó una tasa de suicidio de 6.7%.

A nivel local no hay estudios relacionados entre la depresión e ideación suicida, por lo cual es de importancia promover estudios de este tipo con la finalidad de detectar a tiempo situaciones que a lo largo de la vida podrían desencadenar en actos en contra de la propia integridad física, es así que prevenir o identificar dichas situaciones resultan importantes a la hora de intervenir y los consecuentes resultados a obtener.

Actualmente en nuestra ciudad hay un estudio realizado sobre BAJA AUTOESTIMA, E IDEAS DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES QUE SUFREN BULLYING EN LOS COLEGIOS MANUEL CABRERA LOZANO Y EUGENIO ESPEJO (Calero, 2014) pero No conocemos si la depresión está asociada la ideación suicida y en qué grado de depresión puede existir mayor relación.

Por lo cual nos planteamos la realización de la presente investigación, para así determinar científicamente si existe asociación entre la depresión e ideación suicida se realizara la presente investigación, debido a que en nuestra ciudad los suicidios van en aumento y afecta a un grupo vulnerable de nuestra sociedad los adolescentes, por medio de este trabajo investigativo se pretende beneficiar a los padres a lo cuáles les permitirá conocer la situación que viven cada uno de nuestros adolescentes para así mejorara la comunicación en cada uno de ellos y concientizar a cada uno de ellos sobre el valor de la vida y que ningún problema que se presente sea motivo para tomar la decisión de suicidarse, así como también ayudara como base para futuras investigaciones.

ESQUEMA DE MARCO TEÓRICO

1. Ideación suicida

- 1.1 Definición
- 1.2 Etiopatogenia
- 1.3 Epidemiología
- 1.4 Clasificación
- 1.5 Diagnostico
- 1.6 Tratamiento

2. Depresión

- 2.1. Definición
- 2.2. Etiopatogenia
- 2.3 Clasificación
- 2.4 Diagnostico
- 2.5 tratamiento

3. Adolescentes

- 3.1 Conceptualización
- 3.2. Teoría Psicoanalítica
- 3.3 Teoría psicológica
- 3.4 Teoría de Piaget
- 3.5 Etapas de la adolescencia
 - 3.5.1 Adolescencia temprana
 - 3.5.2 Adolescencia tardía
- 3.6 Cambios en la adolescencia

METODOLOGIA

Enfoque:

- ✓ Cuantitativo

Tipo de estudio:

- ✓ Observacional (Analítico)

Unidad de estudio:

- ✓ Adolescentes del Colegio Adolfo Valarezo

Periodo

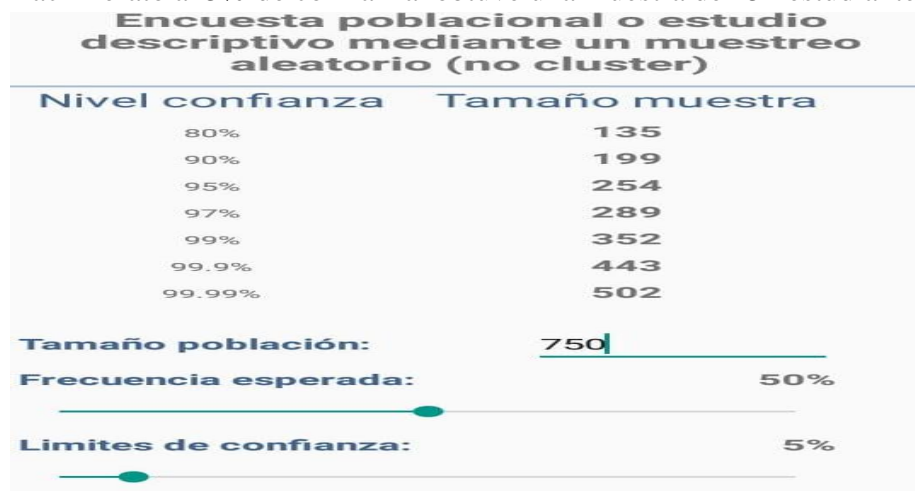
Julio – Diciembre 2018

Universo:

✓ **Estudiantes del Colegio Adolfo Valarezo de la Ciudad d Loja**

Muestra:

A través del programa Epi Info con una población de 750 estudiantes de 2 y 3 de Bachillerato al 5% de confianza obtuve una muestra de 254 estudiantes



Muestreo

- ✓ Probabilístico

Criterios de inclusión:

- ✓ Adolescentes que asisten regularmente a clases
- ✓ Adolescentes que aceptan participar el día de la aplicación del instrumento de Investigación.

Criterios de Exclusión

- ✓ Adolescentes que no accedieron voluntariamente a participar de la investigación
- ✓ Adolescentes que no concurrieron al establecimiento el día que se aplicó el instrumento de Investigación

OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Depresión	La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración	Psicológica	<p>Test de Beck para Depresión</p> <p>Estos altibajos son considerados normales</p> <p>Depresión Leve</p> <p>Depresión moderada</p> <p>Depresión grave</p>	<p>1-10</p> <p>11- 20</p> <p>21-30</p> <p>31-40</p>
Ideación suicida	Se define como la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia". Además, en esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal	Psicológica	<p>Test de Beck para ideación suicida</p> <p>No presenta ideación suicida</p> <p>Si Presenta ideación suicida</p>	<p>0-10</p> <p>11-38</p>
Sexo	El sexo es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer, hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética	Biológica	Condición biológica	<p>Hombre</p> <p>Mujer</p>

MÉTODOS E INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTO

Método: Para la recolección de la recolección de la información se recurrirá a la utilización del instrumento para determinar la presencia o ausencia de depresión e ideación suicida y si existe relación en cada uno de los participantes, por lo cual se utilizara lenguaje comprensible y acorde al grupo de estudio

INSTRUMENTO: Para el desarrollo de la investigación, en primera instancia se efectuaran las gestiones correspondientes ante la rector del colegio Adolfo Valarezo, con la finalidad de solicitar el permiso para la ejecución del presente trabajo investigativo.

Se realizara una conferencia a los estudiantes y docentes de la mencionada institución con el objetivo de explicar la importancia del estudio y la necesidad de que todos colaboremos, para que los resultados sean reales.

Así también como la presentación del consentimiento informado (ANEXO 1) para aplicación del instrumento de investigación. Posteriormente se aplicara el instrumento de Investigación para determinar la ideación suicida mediante la (Escala de Ideación Suicida de Beck) (ANEXO 2).

Explicando la forma correcta para responder cada ítem del instrumento. La Escala de Ideación Suicida de Beck fue creada por Beck, Kovacs y Weissman en 1979 y adaptada al castellano por Comeche, Díaz y Vallejo en 1995, presenta validación internacional y alta fiabilidad, tiene como objetivo cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas y dimensiones de autodestructividad, consta de 20 reactivos que miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, 26 el rango teórico del puntaje es de 0 a 38, estableciéndose como ideación suicida un puntaje igual o mayor a 10 puntos. La Escala de Ideación Suicida de Beck consta de 4 características:

- Características de las actitudes hacia la vida/muerte. Reactivos del 1 al 5
- Características de los pensamientos/deseos de suicidio. Reactivos del 6 al 11
- Características del intento. Reactivos del 12 al 15
- Actualización del intento.

Así también se Realizara la presentación del Test de Beck de depresión Anexo (3) para una correcta respuesta en cada uno de los ítem del instrumento. La Escala de Beck de depresión es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes. La versión original se introdujo en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh como una prueba

autoadministrada; revisada en 1971 en el Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania resultando en la versión BDI-IA. La versión revisada y la original tienen alta correlación. Beck definió depresión como “un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos. La forma actual es el BDI-II: un instrumento autoadministrado de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. El cuestionario consta de 21 preguntas. El paciente debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Debe encerrar en un círculo el número del enunciado que escogió. Si encuentra más de un enunciado que lo identifique, marque cada uno de ellos

Se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de 3, y el más alto posible es 63. El puntaje menor para toda la prueba es de cero. Se suma solo un puntaje por cada ítem, el mayor si se marcó más de uno.

Plan de tabulación y análisis de los datos: Luego de la recolección de la información con el instrumento, se procesarán y almacenarán los datos obtenidos en el programa (EXCEL) y SPSS,

Presentación de datos: Se representarán gráficamente los resultados obtenidos en tablas de frecuencia, porcentaje o mediante pasteles gráficos.

RECURSOS:

Recursos Humanos:

- ✓ **Muestra:** Adolescentes que cursan el 2do y 3er año de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo Autoridades de la universidad Nacional de Loja (UNL) específicamente Decano de la facultad de la Salud Humana y Directora de la Carrera de Medicina además de autoridades del Colegio Adolfo Valarezo
- ✓ **Tesista:** Eliana Patricia Alejandro Jumbo
- ✓ **Director de tesis:** Docente de la carrera de medicina

Recursos y Materiales:

Equipos, suministros, Instalaciones

Suministros:

- ✓ Impresora
- ✓ Material de Escritorio
- ✓ Textos/ Bibliografía

- ✓ Computadora
- ✓ Transporte

Instalaciones:

- ✓ Colegio Adolfo Valarezo

PRESUPUESTO

Concepto	Cantidad	Costo unitario (USD)	Costo total (USD)
Esferos	10	0.40ctvs	\$ 4.00
Copias	100	0.02 ctvs	\$ 2.00
Impresión de proyecto en borrador para su revisión	80 hojas	0.20 ctvs	\$ 16.00
Impresión proyecto final	90 hojas	0.20 ctvs	\$ 18.00
Anillado	3	\$ 2	\$ 6.00
Empastado	3	\$ 60	\$ 180.00
Otros		\$ 20	\$ 20.00
Total			\$ 255 dólares

