

PS  
54(2)



**UNAP**

FACULTAD DE ENFERMERIA

TESIS

SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y RIESGO DE SUICIDIO, EN  
ADOLESCENTES DE AMBOS SEXOS, DE LA  
I.E.S. LORETO, IQUITOS, 2011

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

AUTORAS:

Bach. Enf. CHUMPITAZ MAGIPO, Paula Rosa

Bach. Enf. GARCÍA ACHO, Gladys

Bach. Enf. NAVAS LIAO, Aylin Karina

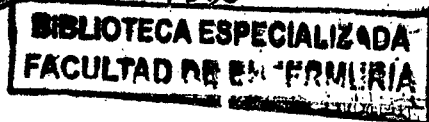
ASESORA:

Dra. Marina Guerra Vásquez

ASESOR ESTADISTICO:

Juan de Dios Jarra Ibarra

IQUITOS - 2011



70/01/12

## RESUMEN

### SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y RIESGO DE SUICIDIO, EN ADOLESCENTES DE AMBOS SEXOS, DE LA I.E.S. LORETO, IQUITOS, 2011

#### PRESENTADO POR:

Bach. Enf. CHUMPITAZ MAGIPO, Paula Rosa<sup>1</sup>, Bach. Enf. GARCÍA ACHO  
Gladys<sup>2</sup>, Bach. Enf. NAVAS LIAO Aylin Karina<sup>3</sup>.

La presencia de síntomas depresivos identificados especialmente en adolescentes, constituyen siempre un riesgo de suicidio en los mismos, siendo el grupo etáreo de mayor vulnerabilidad entre las edades de 15 a 18 años, etapa en la que los procesos de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos, son radicales, convirtiéndose en estresores psicosociales que el adolescente muchas veces no puede controlar ni manejar eficazmente. En éste contexto se ha realizado el presente estudio, con el objetivo general de determinar la relación entre los síntomas depresivos y riesgo de suicidio, en adolescentes de ambos sexos, estudiantes de la I.E.S. Loreto, Iquitos, 2011, y los objetivos específicos de: identificar los síntomas depresivos (leve, moderado y grave) y establecer la relación entre el riesgo de suicidio (sin riesgo, riesgo leve, riesgo moderado y riesgo grave). Se utilizó el método cuantitativo con diseño no experimental, transversal, descriptivo, correlacional; en una muestra de 127 adolescentes, en quienes se aplicó dos instrumentos: el cuestionario autoadministrado de síntomas depresivos (validez: 80% y confiabilidad: 0,81 con alfa de Crombach) y de riesgo de suicidio (validez: 75% y confiabilidad: 0,98 con alfa de Crombach), en cuyos resultados se aplicó la estadística descriptiva (promedios, porcentajes) y la estadística inferencial con la prueba paramétrica de Chi cuadrada (nivel de significancia de alfa = 0.025 < 0.05), y el paquete estadístico SPSS versión 18, para Windows XP 2007. El resultado obtenido es que: existe relación estadística significativa entre los síntomas depresivos y el riesgo de suicidio en los adolescentes estudiados con una  $\chi^2 = 14,5$ ;  $gl = 6$ ; donde:  $p = 0.025 < 0.05$  (alfa) lo cual permitió aceptar la hipótesis de estudio.

**Palabras Claves:** Síntomas depresivos, Riesgo de suicidio, Adolescentes.

## **ABSTRACT**

### **DEPRESSIVE SYMPTOMS AND SUICIDE RISK, IN ADOLESCENTS OF BOTH SEXES, FROM THE I.E.S. LORETO, IQUITOS, 2011**

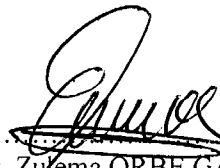
#### **PRESENTED FOR:**

**Bach. Enf. CHUMPITAZ MAGIPO, Paula Rosa<sup>1</sup>, Bach. Enf. GARCÍA ACHO  
Gladys<sup>2</sup>, Bach. Enf. NAVAS LIAO Aylin Karina<sup>3</sup>.**

The presence of depressive symptoms identified especially teenagers, are always a risk of suicide in the same, being the most vulnerable age group between the ages of 15 to 18 years, the stage in the processes of physical, psychological, sociocultural and cognitive, radical, becoming the adolescent psychosocial stressors often can not effectively control or manage. In this context it has conducted the present study, the overall objective of determining the relationship between depressive symptoms and suicide risk in adolescent girls and boys, students at IES Loreto, Iquitos, 2011, and the specific objectives: to identify depressive symptoms (mild, moderate and severe) and establish the relationship between suicide risk (no risk, slight risk, moderate risk and severe risk). Quantitative method was used with non-experimental, cross-sectional, descriptive, correlational, in a sample of 127 adolescents, who used two instruments: the self-report questionnaire of depressive symptoms (valid and reliable 80% CI 0.81 to alpha Crombach) and risk of suicide (validity: 75% reliability: Cronbach's alpha 0.98), the results of applied descriptive statistics (averages, percentages) and inferential statistics with chi-square parametric test (level significance of  $\alpha = 0.025 < 0.05$ ), and SPSS version 18 for Windows XP 2007. The result is that: there is a statistically significant relationship between depressive symptoms and suicide risk in adolescents studied with a  $\chi^2 = 14.5$ ,  $df = 6$ , where:  $p = 0.025 < 0.05$  ( $\alpha$ ) which allowed to accept the study hypothesis.

**Keywords:** depressive symptoms, suicide risk, Adolescents.

TESIS APROBADO EN SUSTENTACION PUBLICA EN LA FACULTAD DE ENFERMERIA, EL 28 DE OCTUBRE... DEL AÑO 2011, ANTE EL JURADO CALIFICADOR, CONFORMADO POR:



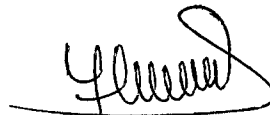
.....  
Mgr. Zulema ORBE GAVIOLA

PRESIDENTA



.....  
Dra. Elva Lorena REATEGUI DEL CASTILLO

MIEMBRO



.....  
Dra. Marina GUERRA VASQUEZ

MIEMBRO- ASESORA



.....  
Dr. Juan de Dios JARA IBARRA

ASESOR ESTADISTICO

## **DEDICATORIA**

A Dios, por la oportunidad de vivir, por la sabiduría con que dirige y guía mis pasos y me da fortaleza para en todos los momentos de mi vida.

A mi madre y hermano, por su amor, porque creyeron en mí y me ayudaron a salir adelante en los momentos más difíciles de mi carrera dándome ejemplos dignos de superación y entrega, por lo que hoy puedo ver alcanzada mi meta.

A mi familia que gracias a sus consejos y palabras de aliento crecí como persona.

**Paula Rosa**

## **DEDICATORIA**

A Dios, quien me dio la fe y fortaleza necesaria para salir siempre adelante pese a las dificultades, por guiarme en el camino correcto, iluminando cada paso de mi vida.

A mis padres, por darme la vida, su amor, paciencia y comprensión; por su empeño y fuerza para salir adelante. A mi abuelita y hermanos por compartir las alegrías, penas y por tener siempre palabras de aliento.

A mi amiga María Azucena que no alcanzo ver los resultados por su partida temprana, pero que sigue viva en mi corazón por su estímulo e impulso para llegar al final y sobre todo por ser la inspiración de este proyecto.

**Gladys**

## **DEDICATORIA**

A mis padres Wilson y Sandra, por confiar en mí, por haberme ayudado a completar este sueño. Ustedes son la base de mi vida profesional y toda la vida les estaré eternamente agradecida.

A mis hermanas Rosario y Manuela, por su apoyo espiritual y aunque físicamente no están acá, sé que siempre me acompañaran por donde vaya y que nuestro lazo jamás se va a romper.

A toda la persona que supieron enfrentar sus problemas y salir adelante a pesar de haber tenido alguna vez depresión e ideas suicidas. No se rindan en su lucha diaria para lograr sus sueños.

**Aylin Karina**

## RECONOCIMIENTOS

- A la Mgr. Zulema Orbe Gaviola, Dra. Lorena Reátegui del Castillo, miembros del jurado calificador, por sus valiosos y oportunos aportes en todas las etapas de ejecución de la tesis.
- Al señor Romer Gil Reatgui Torres, Director de la I.E.S. Loreto, por todas las facilidades brindadas en su institución; a todos los docentes, por su apoyo en la recolección de datos; y a los estudiantes de 4º y 5º de secundaria por su valiosa participación como sujetos de estudio en la ejecución de la tesis.
- Al Dr. Néstor Aguilar, Psic. Carlos Paz, Psic. Edith Mamani, Psic. Luis Mendoza Navarro, Dra .Eva Matute, Dra. Juana Fernández y Lic. Johana Pinedo, por el apoyo brindado como expertos para la validación de los instrumentos.
- A la Dra. Marina Guerra Vasquez, nuestra asesora académica por su dedicación constante que hicieron posible que este trabajo termine exitosamente.
- Al Dr. Juan de Dios Jara Ibarra, por su constante dedicación en la asesoría estadística, para la sistematización de los resultados.
- A la Facultad de Enfermería de la UNAP, nuestra casa de estudios, por la oportunidad de formarnos con calidad y calidez y cumplir nuestro gran sueño de aportar y contribuir en el desarrollo de la salud de la población.



## INDICE DE CONTENIDO

	Página
<b>CAPITULO I</b>	
Introducción	1
Problema de investigación	4
Objetivos	5
<b>CAPITULO II</b>	
Marco teórico	6
Definiciones operacionales	29
Hipótesis	31
<b>CAPITULO III</b>	
Método y diseño de la investigación	32
Población y muestra	33
Técnicas e instrumentos	37
Procedimiento de la recolección de datos	38
Plan de tabulación y análisis de datos	40
Limitaciones	40
Protección de los derechos humanos	41
<b>CAPITULO IV</b>	
Resultados	42
Discusión	46
Conclusiones	49
Recomendaciones	50
Referencia bibliográfica	51
<b>ANEXOS</b>	

## INDICE DE TABLAS

	Página
TABLA 1: Síntomas depresivos en adolescentes de la institución educativa de nivel secundario Loreto-2011	42
TABLA 02: Riesgo de suicidio en adolescentes de la institución educativa de nivel secundario Loreto-2011	43
TABLA 03: Síntomas depresivos Riesgo de suicidio en adolescentes de la institución educativa de nivel secundario Loreto-2011	44

## **CAPITULO I**

### **1. INTRODUCCIÓN**

Todos los seres humanos, nos vemos expuestos continuamente a un sin número de vivencias y emociones positivas o negativas, ante las cuales la mayoría son capaces de verlos desde una perspectiva realista para lograr superarlos y encontrar el modo de seguir adelante con esperanza y determinación; sin embargo, otras personas no logran afrontarlos de modo eficaz y reaccionan huyendo de ellos o no aceptando que existen en la realidad, en consecuencia manifiestan alteraciones emocionales como los síntomas depresivos que en su versión leve , moderada y grave se relaciona con el riesgo de suicidio. <sup>1</sup>

Asimismo, observamos la dinámica cambiante de la sociedad contemporánea, donde todo avanza tan aprisa dejando a un lado los sentimientos, emociones, formas de pensar y los valores morales de las personas, que impone muchas veces una carga difícil de conllevar por la falta de oportunidades, la pobreza y la exclusión social, afectando con mayor significancia a los adolescentes quienes están en una etapa comúnmente de carácter conflictivo, de cambios radicales a nivel biológico (en el cuerpo, la voz, menarquía), psicológico (establecimiento de la identidad, estructuración de la personalidad, logro de autonomía) y social (acercamiento a sus pares o amigos, distanciamiento de sus padres), que lo enfrentan a experiencias perturbadoras o estresores psicosociales que percibe como amenazantes para su integridad biopsicosocial, complementado con las crisis evolutivas y situacionales que debe afrontar como parte de su desarrollo vital. <sup>2</sup>

Es así que , a escala mundial se registra que 450 millones de personas sufren de trastornos mentales, donde la depresión tiene una carga de 150 millones de personas afectadas y las proyecciones para el año 2020 muestran que

epidemias que afecta a la humanidad en los últimos decenios.<sup>3</sup> Además sustituye un problema que crece y se extiende cada vez más debido al actual estilo de vida y cultura, sobre todo en los países en vías de desarrollo y urbanizados, donde afecta mayormente a los niños y adolescentes, siendo la edad de inicio del primer episodio depresivo generalmente en la etapa escolar que tiende a ser invisible y pasar desapercibido porque pueden disimular la sintomatología o retraerse y los que tienen riesgo de suicidio potencial suelen ser ocultados; que al no ser tratados oportunamente, se manifiestan plenamente en la adolescencia, donde el suicidio es la segunda causa de muerte en el 30% de estudiantes se podría evitar si un adolescente depresivo es detectado y tratado a tiempo por especialistas y el soporte de su familia.<sup>4</sup>

Así mismo el suicidio se ha convertido en un problema de gran importancia en salud pública a nivel mundial, en particular en la población de 15 a 24 años (adolescentes y adultos jóvenes) donde constituye actualmente la segunda causa de muerte en la mayoría de países. En este grupo etario la tasa de mortalidad por suicidio se ha incrementado, en comparación con el resto de grupos etarios, en los últimos 40 años, alcanzando la cifra de 14,2 por 100 000 en varones y 12 por 100 000 en mujeres en el año 2006 a nivel mundial.<sup>5</sup>

En el año 2007 en el Perú el suicidio representa un problema de salud pública en el adolescente ya que termina con el desarrollo de vidas potencialmente productivas en su período óptimo de formación y desarrollo Psicosocial además la afectación emocional, social y económica a los familiares, amigo y comunidad causar pérdidas irreparables para la sociedad.<sup>6</sup>

Se calcula que aproximadamente un 90% de las personas que han puesto fin a su vida suicidándose tenían un trastorno mental, y un 60% de ellas estaba deprimida al momento de suicidarse, pues todos los trastornos del estado de ánimo han sido claramente relacionados con el comportamiento suicida; por ello la presencia de síntomas como: tristeza, aletargamiento, ansiedad,

irritabilidad, alteraciones del sueño y de la alimentación, deben alertar a la familia sobre el posible riesgo de suicidio. En los casos de suicidios de adolescentes, hay un mayor índice de perturbación psiquiátrica familiar, menor respaldo de la familia, ideación o comportamiento suicida previo, problemas disciplinarios o legales y presencia de armas de fuego cargadas en la casa, y en adolescentes que han sufrido abuso por parte de sus compañeros y de personas adultas. <sup>7</sup>

Frente a esta realidad se ha considerado conveniente realizar una Investigación que permita determinar la relación entre los Síntomas depresivos y Riesgo de suicidio, en Adolescentes de ambos sexos, de la I.E.S. Loreto, Iquitos, 2011, para lo cual se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Existe relación entre los Síntomas depresivos y Riesgo de suicidio, en Adolescentes de ambos sexos, de la I.E.S. Loreto, Iquitos, 2011?

Los resultados del estudio, brindarán aportes científicos porque darán respuesta a un problema planteado, brindará aporte social porque permitirá plantear recomendaciones específicas de acuerdo a la realidad existente ; brindara aporte profesional además porque servirán como fuente de información primaria de futuras investigaciones y otros estudios; y finalmente aportes tecnológicos en cuanto a la metodología utilizada y a los instrumentos ya que volverán a hacer validados para ser utilizado por los interesados en el tema.

## **2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:**

**¿EXISTE RELACION ENTRE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y  
RIESGO DE SUICIDIO, EN ADOLESCENTES DE AMBOS  
SEXOS, DE LA I.E.S. LORETO,  
IQUITOS, 2011?**

### **3. OBJETIVOS:**

#### **Objetivo general:**

- Determinar la relación entre los síntomas depresivos y riesgo de suicidio, en adolescentes de ambos sexos, de la I.E.S. Loreto, Iquitos, 2011

#### **Objetivos específicos:**

1. Describir los síntomas depresivos: leve, moderado y grave, en los adolescentes, de ambos sexos, de la I.E.S. Loreto, Iquitos, 2011.
2. Describir el riesgo de suicidio: sin riesgo, riesgo bajo y riesgo alto, en adolescentes de ambos sexos, de la I.E.S. Loreto, Iquitos, 2011.
3. Establecer la relación que existe entre los síntomas depresivos y riesgo de suicidio, en adolescentes de ambos sexos, de la I.E.S. Loreto, Iquitos, 2011.

## CAPITULO II

### 1. MARCO TEORICO

#### ANTECEDENTES:

Hernández, M. (Puerto Rico, 2004), en un estudio sobre depresión y riesgo de suicidio en una muestra de 113 adolescentes en la etapa de adolescencia intermedia de los cuales, 61 eran mujeres y 52 eran hombres, encontró que un 5% de los/as adolescentes que participaron en el estudio no manifestaron sintomatología depresiva, mientras que un 31% presentó un nivel de sintomatología depresiva moderado y un 64% manifestó síntomas severos de depresión, y de ellos el 19% no presentó riesgo suicida, mientras que el 81% presentó riesgo suicida leve.<sup>8</sup>

Por otro lado Álvarez, N. (Colombia, 2006), en un estudio realizado en Bogotá sobre prevalencia de síntomas depresivos en una muestra de 129 adolescentes en dos centros educativos, donde el 73,6% son de sexo femenino y 26,4% de sexo masculino, encontró que: 55% manifestó síntomas depresivos leves, 14% manifestó síntomas depresivos moderados y 1.5% manifestó síntomas depresivos grave.<sup>9</sup>

Al respecto Álvarez, S. (México, 2009), en un estudio sobre depresión y su relación con los conflictos familiares en adolescentes en una muestra de 342 adolescentes encontró que: el nivel de depresión leve tuvo un menor porcentaje 13,1%, el nivel de depresión moderada tuvo un alto porcentaje 18%, y el nivel de depresión grave tuvo un regular porcentaje 16,8 %.<sup>10</sup>



Así mismo Vlaicu, B. (Rumania, 2009), en un estudio sobre el comportamiento suicida e identificar los factores predictores de intento de suicidio en una población de 2 908 estudiantes concluyó que durante los 12 meses previos a la evaluación el 1,4% de estudiantes habían presentado riesgo de suicidio leve el 7,5% habían presentado riesgo de suicidio moderado y un 6.1% había presentado riesgo de suicidio grave.<sup>11</sup>

También Egaña, J. (Chile, 2010), en un estudio sobre la prevalencia de ideación e intento suicida en una población de 1567 adolescentes entre 14 y 19 años mediante una encuesta auto administrada encontró lo siguiente que el 19% no presento riesgo de suicidio, el 62% presento riesgo de suicidio leve y el 19% riesgo de suicidio grave.<sup>12</sup>

Por otro lado Vásquez F. (Perú, 2004), en un estudio de seguimiento de pacientes que presentaron intento de suicidio, atendidos en el servicio de emergencia del INSM Honorio delgado-Hideyo Noguchi, encontró que el suicidio asociado a diferentes cuadros ocupa el cuarto lugar como causa de muerte violenta en lima, constituyendo el 8% de estas, siendo algunos de los diagnósticos más frecuentes asociados al suicidio, el trastorno depresivo grave con 39,4% y el trastorno depresivo leve con 35,5 %.<sup>13</sup>

Al respecto Eddorregaray, J. (Perú, 2006), en un estudio realizado sobre Niveles de depresión en adolescentes del 5° de secundaria de un Colegio Nacional del Distrito de Los Olivos conformada por 92 alumnos de ambos sexos cuyas edades fluctúan entre los 15 a 17 años de edad, señala que los niveles de depresión, son los siguientes: depresión leve: 10%, moderada: 86,57%, grave: 3,43%.<sup>14</sup>

Así mismo Cano, P. (Perú, 2009). En un estudio sobre la prevalencia del riesgo suicida y su relación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros en una población de 5651 adolescentes encontró que el 31,3% de los encuestados presentó riesgo de suicidio leve, 21,1% riesgo de suicidio moderado y el 18,1% riesgo de suicidio grave.<sup>15</sup>

Por otro lado, la Dirección Regional De Salud. (Iquitos, 2007), indica que durante el año 2005 - 2006 se presentaron 266 casos de intento de suicidio en los diferentes centros hospitalarios (HAI, HRL, ESSALUD, CREMI). Con respecto a la incidencia del intento de suicidio en el HAI , se presentaron un total de 230 casos de los cuales 150 corresponden al grupo de mujeres que representan el 65.22%, 80 corresponden al grupo masculino que representan el 34.78%, a diferencia del Hospital III Es Salud donde se encontró un total de 32 casos estudiados durante esos años, de los cuales 24 son mujeres y hacen un 13.79% y 8 son varones que hacen un 8.69%, en comparación con los casos reportados por el CREMI, los sujetos con diagnóstico esquizofrénico se encontraron 4 casos de intento de suicidio que hacen un 4.34% prevalente del sexo masculino. Por otro lado, la distribución de casos de intentos de suicidio según edad y sexo en el HAI en el año 2005 y 2006 (octubre), el grupo más afectado fue la gente joven entre los 15 y 20 años correspondiendo el 44.34%.<sup>16</sup>

Actualmente en los hospitales del MINSA. (Iquitos, 2011), se reportaron un total de 120 casos de intento de suicidio durante los meses de enero y agosto; encontrándose la incidencia más alta en el Hospital Apoyo Iquitos con 65 casos de los cuales 36 fueron adolescentes con edades que fluctúan entre los 14 y 22 años, por otro lado en el Hospital Regional de Loreto se registraron 55 casos de los cuales 41 fueron adolescentes de las edades de 14 y 24 años; demostrándose la prevalencia del intento de suicidio en la etapa de la adolescencia.<sup>17</sup>

## BASES TEORICAS:

### A. SÍNTOMAS DEPRESIVOS:

#### Breve reseña histórica:

La historia hace múltiples referencias a la melancolía, equivalente a lo que hoy llamamos depresión. Es así que en el siglo I a.c. el romano Galeno afirmaba que la tristeza era la bilis negra, uno de los cuatro humores del cuerpo según las teorías predominantes de la época, más adelante en el siglo V a.c. el griego Hipócrates confirmaba lo dicho por Galeno y posteriormente en el siglo I d.c, el griego Areteo de Capadocia consideraba a la manía y la melancolía como trastornos relacionados al observar que "algunos pacientes después de estar melancólicos cambiaban su estado hacia la manía".

Luego, en la Edad Media el oscurantismo y la superstición en que se sumergió la medicina, hizo que la enfermedad mental sea considerada de origen demoníaco. Posteriormente en el Renacimiento, considerado la edad de oro de la melancolía, se acuñó el término depresión y sufrimiento como una característica de la profundidad del espíritu humano.

Asimismo, el siglo XVIII fue decisivo en la definición del trastorno bipolar, donde en 1854 Jean Pierre Falret acuñó el término 'folie circulaire' o 'locura circular', que describió como una sucesión de estados maníacos y melancólicos con intervalos lúcidos. Esta definición marcó la diferencia con la depresión aislada. Al mismo tiempo en 1854, Francois Baillarger describió la "locura de doble forma", caracterizada por la sucesión de dos períodos, uno de excitación y otro de depresión, diferenciando la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Finalmente, en 1875 sus hallazgos llevaron a la denominación de psicosis maníaco-depresiva. A principios del siglo XX, el psiquiatra alemán Emil

Kraepelin propuso una nueva clasificación de los trastornos mentales en tres grandes grupos: esquizofrenia, demencia y maníaco-depresiva, introduciendo como entidad diferenciada el trastorno bipolar nombre que toma en 1980 según el DMS-III.<sup>18</sup>

Síntomas depresivos:

Definición: La depresión es un trastorno mental que afecta al estado de ánimo, sea de forma situacional o de forma estable y permanente, caracterizado por un estado de infelicidad y abatimiento, muy frecuente en el mundo actual, donde los adolescentes están entre los grupos más vulnerables.<sup>19</sup>

Por su parte, Herreros G. (Chile , 2010) define a la depresión como un trastorno afectivo que varía desde episodios transitorios del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico de gravedad y larga duración con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.<sup>20</sup>

Asimismo, Gail W. (España, 2006) coincide con la OMS al definir a la depresión como una enfermedad clínica grave, mal adaptativa e incapacitante que puede variar desde los estados leve y moderado a estados graves con o sin rasgos psicóticos.<sup>21</sup>

Por otro lado, Stephen F. (México, 2008) considera a los síntomas depresivos como signos o señales que indican la existencia de un trastorno del estado del ánimo, evidenciado en sentimientos persistentes de tristeza, culpa, cambios en el sueño y desánimo, cuya manifestación clínica repercute y afecta los aspectos emocionales del adolescente, quienes por naturaleza frecuentemente presentan contextos de estrés y de ansiedad, que puede llevarlos a un estado de depresión transitoria.<sup>22</sup>

Síntomas depresivos en la adolescencia:

Cualquier adolescente en un momento dado puede sentirse triste o desanimado. Si ese sentimiento de tristeza y desánimo permanece acompañado de baja autoestima y desinterés en las actividades diarias, ocasiona múltiples problemas, ya que el proceso normal de maduración causa estrés debido a la influencia de los cambios hormonales en su sexualidad, de los conflictos de independencia con los padres y por los diversos conflictos que se manifiestan motivados por ese estado de transición hacia la madurez y ocasiona que el adolescente a veces no sepa dónde ubicarse y viva confuso.<sup>2</sup>

Por otro lado, Nieves (México, 2009) clasifica a la adolescencia en: Adolescencia Temprana, que comprenden las edades de 10 a 13 años, donde suceden cambios fisiológicos propios de la pubertad, son más concretos en su pensamiento, reflejan una separación de los padres con una actitud rebelde pero sin distanciamiento interno; Adolescencia Media, de 14 a 16 años, donde la separación con los padres es más evidente y la cercanía de los amigos es más selectiva dejando las actividades grupales por las de pareja, se acentúa el pensamiento abstracto con ideas filosóficas; y la Adolescencia Tardía, de 17 a 19 años, donde surgen relaciones interpersonales estables, con cercanía mutua que lleva muchas veces a aproximaciones físicas que incluye contacto sexual, en el plano cognitivo o del pensamiento la capacidad de abstraer se modifica hacia la planificación concreta del futuro respecto a estudios, trabajo y vida de pareja.<sup>23</sup>

Epidemiología: Las cifras de prevalencia de los síntomas depresivos varían, Así las cifras de prevalencia en países occidentales es de aproximadamente 3 por ciento en la población general para trastorno depresivo mayor y una incidencia anual del 1 al 2 por mil, siendo casi el doble en la mujer que en el hombre. Algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo,

las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con el alto riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, tener un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general.<sup>24</sup>

El National Institute of Mental Health (NIMH), en un estudio de adolescentes de 10 a 17 años encontró que la ocurrencia de síntomas depresivos es del 6 por ciento en un período de 6 meses antes de la pubertad, donde los adolescentes tienen la misma probabilidad de desarrollar síntomas depresivos, asimismo, encontró que los síntomas depresivos se están manifestando cada vez a más temprana edad en la vida con respecto a décadas pasadas y que cuando ocurre esto, a menudo persisten y continúan durante la adultez con un trastorno más severo.<sup>25</sup>

#### Manifestaciones clínicas:

La clasificación internacional de enfermedades (CIE - 10), considera la presencia de 10 síntomas necesarios para caracterizar a un estado depresivo incluyendo de forma separada como un factor influyente a la baja autoestima.

Así:

- Por lo general, el enfermo sufre de una tristeza profunda
- Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas
- Disminución de la vitalidad con reducción de la actividad y cansancio exagerado incluso tras un esfuerzo mínimo.
- Disminución de la atención y concentración.
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y de inutilidad.
- Perspectiva sombría del futuro.

- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresión.
- Trastornos del sueño
- Pérdida de apetito.<sup>26</sup>

Por su parte Martínez (España, 2008) considera 9 síntomas incluyendo a los “sentimientos de inutilidad y de culpa excesiva o inapropiada. Un adolescente deprimido puede presentar por lo menos 5 de los 9 síntomas siguientes indicados y por un periodo de dos a más semanas:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día y casi todos los días, según el propio sujeto u otras personas. En adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades, la mayor parte del día y casi cada día.
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida aumento del apetito casi cada día.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o de culpa, que pueden ser delirantes.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, tentativa suicida o plan para suicidarse.<sup>27</sup>

Clasificación de los Síntomas Depresivos:

En el presente trabajo se utilizó la Escala de Depresión de Zung, autoaplicado, que fue elaborado por ZUNG en el año 1965 con el propósito de identificar el nivel de sintomatología depresiva que experimentan los adolescentes y adultos,

cuya clasificación coincide con la CIE-10 de la OMS y es como sigue:

- Síntomas depresivos Leves: cuando la persona afectada, manifiesta un comportamiento “angustiado” más que como enfermo con un trastorno mental, evidencia un descenso de su bienestar subjetivo y falta de interés en las actividades diarias por dos semanas o más. Es considerado el primer síntoma de depresión.
- Síntomas depresivos Moderados: cuando la persona afectada, presenta ideas negativas de sí mismo, desánimo, baja autoestima, sentimientos de culpa inapropiados que se expresan como autoreproches por acciones pasadas, lentitud psicomotora manifestado en descenso de la actividad motora y de la actividad verbal, dificultades en la concentración e indiferencia emocional.
- Síntomas depresivos Graves: cuando la persona afectada, presenta pérdida marcada de la confianza en sí misma, sentimientos de inferioridad, sentimiento de culpa, falta de interés total en las actividades y cosas que antes le interesaban, ideas negativas, pensamientos recurrentes de muerte, el cual puede incluso impedirle que realice sus actividades de la vida diaria.<sup>28</sup>

Factores protectores:

Algunos factores protectores que retrasan o disminuyen la aparición de nuevos casos, son:

- Estar acompañado y confiar en alguna persona, es siempre mejor que estar solo y no hablar con nadie.
- Participar en actividades que le ayuden a sentirse mejor.
- Hacer ejercicios suaves, ir al cine, a un espectáculo deportivo, o participar en actividades recreativas, religiosas, sociales o de otro tipo.
- Esperar que el estado de ánimo mejore gradualmente y no de inmediato, puede sentirse un poco mejor cada día, porque eso toma tiempo.
- Posponer las decisiones o cambios importantes hasta que la depresión



mejore: cambiar de trabajo, casarse, divorciarse, es mejor consultarlo con personas que lo conozcan bien y tengan una visión más objetiva de su situación.

- Tener patrones de pensamiento positivos para eventualmente reemplazar los pensamientos negativos que son parte de la depresión y que van a desaparecer tan pronto la depresión responda al tratamiento.
- Permitir o dejar que la familia y amigos le ayuden. <sup>29</sup>

#### Factores de riesgo:

Los síntomas depresivos no tienen una causa única, son muchos los factores intervinientes en su génesis, es multifactorial, tales como:

- Genéticos/hereditarios: los síntomas depresivos son en su mayoría de éste tipo, pues algunos hijos heredan los genes paternos con predisposición o que los hacen más propensos a desarrollar la enfermedad, pero no todos necesariamente presentan estos síntomas o se deprimen.
- Biológicos u orgánicos: el estado de salud y los cambios hormonales, pueden afectar el estado de ánimo de las personas, ocasionando múltiples problemas de salud que pueden resultar en un riesgo para su integridad física y mental.
- Personales/individuales: determinados patrones de pensamiento pueden afectar las reacciones de la persona ante acontecimientos específicos como la muerte de un amigo íntimo, la ruptura amorosa, problemas de aprendizaje, que al no diagnosticarse pueden impedir un buen desempeño o fracaso escolar, laboral y otros, porque el dolor deja de ser normal hacia una tristeza patológica; asimismo, el abuso de sustancias adictivas puede provocar cambios químicos en el cerebro que alteran negativamente el ánimo en lo social y personal, derivando en una profunda depresión.
- Familiares: la familia desempeña un rol importante en la vida del adolescente, por ello una atmósfera familiar negativa, estresante o infeliz,

complementada con sucesos inesperados de la vida como la muerte de un familiar cercano, conlleva a sufrir síntomas depresivos.

- Ambientales y del entorno social: manifestados como acontecimientos o condiciones sociales que enfrenta el adolescente, como la pobreza, vivir con falta de un hogar y violencia en todas sus formas en la comunidad, que aumentan las posibilidades de presentar síntomas depresivos.<sup>22</sup>

Tratamiento:

El tratamiento se realiza sobre la base del diagnóstico, la edad, las características clínicas y sociofamiliares del paciente. El resultado es más efectivo cuando se combinan diversos tipos de tratamiento. Así, tenemos:

- Tratamiento médico: a cargo del especialista o psiquiatra, quien previa evaluación clínica y la elaboración de la historia clínica determina el diagnóstico del paciente y prescribe los fármacos pertinentes.
- Tratamiento Farmacológico: utilizando medicación antidepresiva como la Amitriptilina, durante al menos 6 meses en los casos severos que no han respondido a intervenciones psicoterapéuticas. Los casos severos repercuten notablemente sobre el funcionamiento escolar y son un claro indicio de existencia de riesgo de suicidio. Si el paciente necesita seguir utilizando fármacos como fase de mantenimiento (en trastornos depresivos recurrentes), el médico prescribe para una duración desde 1 año a indefinidamente y si no consigue respuesta positiva, incrementa la dosis o cambia la medicación.
- Psicoterapéuticas: a cargo del psicólogo clínico, quien utiliza estrategias de intervención que inciden sobre las alteraciones afectivas, cognitivas y conductuales del adolescente afectado. Las psicoterapias pueden ser:
  - Terapia interpersonal: es una psicoterapia breve desarrollada para usarla en adolescentes depresivos, está centrada en las relaciones sociales y su estado actual. Su objetivo es, disminuir la sintomatología depresiva y

mejorar el funcionamiento interpersonal en el contexto de las interacciones.

- Grupal: dirigida a todos los pacientes con similares características patológicas y biopsicosociales. Ayuda a afrontar la problemática utilizando estrategias exitosas de otros pacientes tendientes a mejorar el comportamiento.
- Familiar: dirigida al grupo familiar, para mejorar su dinámica y funcionalidad, convirtiéndose en una familia terapéutica para el paciente.
- Terapia Cognitivo-conductual: es la más utilizada. Incluye el análisis cognitivo, el reconocimiento de emociones, la relación de éstas con la conducta y la cognición, el cambio de atribuciones cognitivas negativas, así como el entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en relajación, entrenamiento en resolución de problemas e intervenciones multidisciplinarias. Es eficaz en adolescentes con síntomas depresivos y en la prevención de recaídas. Dura aproximadamente entre 12 a 20 sesiones.
- Hospitalización: recomendado solamente si el adolescente presenta riesgo de suicidio o cuando existe una importante conflictividad a nivel familiar.<sup>30</sup>

En el Perú, la atención de pacientes con síntomas depresivos se rige por la guía de práctica clínica para depresión, según los niveles de atención y complejidad.

Así:

Nivel de Complejidad I: donde las acciones son:

- Referencia de los casos a niveles de mayor complejidad.
- Motivar a quienes se haya encontrado valores que ameriten atención médica.
- Dar consejería, charlas informativas y educativas a individual y grupal.

- Psicoeducación.
- Apoyo social y familiar, mediante: entrevista familiar, contacto con grupos comunitarios, derivación a instituciones comunitarias, derivación a organizaciones comunales.
- Trabajo en habilidades sociales con niños y adolescentes.
- Enseñanza de pautas de crianza a padres de familia.
- Prevención del maltrato.

Nivel de Complejidad II: donde las acciones son:

- Detección precoz de los probables casos.
- Explicar la naturaleza del problema a los familiares y brindar psicoeducación
- Dar apoyo psicoterapéutico con un manejo individual y grupal de los casos
- Implementar un programa de reducción de daños haciendo énfasis en lo positivo, promoviendo la actividad física.
- Referir los casos más severos a niveles de mayor complejidad.
- Apoyo social y familiar (entrevista familiar, contacto con grupos comunitarios, derivación a instituciones comunitarias, derivación a organizaciones comunales).
- Trabajar en habilidades sociales con niños y adolescentes, enseñanza de pautas de crianza y prevención del maltrato a los padres de familia.

En éste nivel, la responsabilidad del médico se resume en: realizar la historia clínica del paciente para descartar causas de naturaleza médica no psiquiátrica como endocrinopatías (hipotiroidismo, enfermedad de Addison), enfermedades infecciosas (mononucleosis, brucelosis), entre otras; el examen Físico para identificar síntomas principales y prescribir el tratamiento farmacológico con antidepresivos con evaluaciones periódicas.

Nivel de Complejidad III – IV: donde las acciones son:

- Atención de pacientes que eventualmente requieran de hospitalización por no presentar respuesta satisfactoria en el tratamiento ambulatorio.
- Tratamiento médico integral de otros trastornos concomitantes.
- Atención de conductas suicidas.
- Aplicación de protocolos de manejo de la depresión.
- Tratamiento psicoterapéutico.
- Programa de seguimiento.
- Generación de redes de soporte, de redes de derivación, referencia y coordinación con otros equipos terapéuticos.
- Psicoeducación.
- Apoyo social y familiar (entrevista familiar, contacto con grupos comunitarios, derivación a instituciones comunitarias, derivación a organizaciones comunales).
- Trabajo en habilidades sociales con niños y adolescentes, enseñanza de pautas de crianza y prevención del maltrato a los padres de familia.
- Tratamiento médico.<sup>28</sup>

### Pronóstico

Aproximadamente el 70 por ciento de los pacientes con depresión mayor responden al tratamiento de primera línea con monoterapia farmacológica y el 30 por ciento restante responde con clases alternativas de antidepresivos. Pero también existe un importante porcentaje de pacientes que no muestran progresos o son considerados casos rebeldes debido al tratamiento inadecuado en términos de posología y duración. Asimismo, un 15 por ciento de los casos evolucionan a la cronicidad. No obstante, el tratamiento con psicofármacos y/o psicoterapia, consiguen en la inmensa mayoría de los casos, aliviar parcialmente o en su totalidad los síntomas, y en algunos casos el tratamiento

deberá prolongarse de por vida.

La presencia de síntomas psicóticos en el trastorno depresivo mayor es un factor de pronóstico desalentador, a pesar de que comúnmente se tiene éxito a corto plazo, generalmente es de esperarse una recurrencia de los síntomas. En los adolescentes los factores de mal pronóstico para la recurrencia de depresión o aparición de otra enfermedad psiquiátrica son: género femenino, varios episodios depresivos antes de los 18 años, historia familiar de depresión, rasgos de personalidad limítrofe, conflictos de la hija mujer con el padre y la contribución genética que es del 37%; mientras que el bajo riesgo de recurrencia se relacionan con: historia de un solo episodio depresivo, pocos miembros en la familia con depresión mayor, bajos puntajes para trastornos de personalidad límite o antisocial y una visión positiva de la vida. La depresión es frecuente en los adolescentes y tiende a seguir un curso crónico con recaídas en la etapa del adulto joven.<sup>28</sup>

La Escala de Zung: En el presente estudio se ha utilizado la Escala de Depresión de Zung, autoaplicado, que ha sido elaborado con el propósito de identificar el nivel de sintomatología de la depresión que experimentan los adolescentes y adultos joven y medio (excepto en el adulto mayor quienes tienen instrumentos más específicos para ese grupo de edad) en un momento de interacción personal y social, aportando información clínica muy valiosa específicamente sobre el estado de ánimo. Contiene 20 ítems o aseveraciones, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos relativos a síntomas psicomotores. Cada ítem de la escala proporciona una puntuación entre 1 a 4. Califica a los síntomas depresivos como: leve, de 0 a 26 puntos; moderado, de 27 a 53 puntos; y grave, de 54 a 80 puntos.<sup>31</sup>

## Teorías de los síntomas depresivos

Este estudio tiene como referente teórico a la siguiente teorías presentadas:

- Teoría de la agresividad interiorizada (Freud): que refiere la tendencia del ser humano a la interiorización del instinto agresivo, que por alguna razón no se dirige al objeto adecuado y se acompaña de sentimientos de culpabilidad. Este proceso se inicia con la pérdida de un objeto amado que se expresa de forma ambivalente donde siente ira y amor a la vez pero es incapaz de expresar su ira porque la considera inapropiada o irracional e incluso puede haber desarrollado un patrón de contener o interiorizar sus sentimientos de ira a lo largo de su vida sobre todo si los considera negativos.
- Teoría de la pérdida del objeto: si la persona sufre la separación traumática de objetos significativos a la que esta apegada, según esta teoría se destacan dos cuestiones: si la pérdida fue en la infancia es un factor predisponente para la depresión en la edad adulta y si la separación fue en la vida adulta es un factor estresante desencadenante. En el primer caso, el niño crea lazos con la figura materna a los 6 meses de edad y cuando estos lazos se rompen, experimenta ansiedad, pena y duelo por la separación, que afecta al desarrollo de la personalidad y lo predispone a enfermedades psiquiátricas.
- Teoría de la organización de la personalidad: Esta teoría se centra en la principal variable psicosocial de la autoestima baja. El autoconcepto del paciente es una cuestión subyacente, ya se exprese como abatimiento y depresión o como sobre compensación, con una capacidad suprema, como se observa en los episodios maníacos e hipomaniacos. Las amenazas a la autoestima se originan por un mal desempeño de los roles, por la percepción de un bajo nivel de funcionamiento diario y por la ausencia de una autoidentidad clara.<sup>21</sup>

## B. RIESGO DE SUICIDIO:

### Breve reseña histórica del suicidio:

En la antigua Europa, sobre todo durante el Imperio Romano, el Suicidio se consentía e incluso era considerado un acto honroso. El filósofo romano Séneca lo ensalzaba como el último acto de una persona libre. Sin embargo, para San Agustín, el suicidio era un pecado, incluso los primeros concilios de la iglesia cristiana decretaron no celebrar funeral a personas suicidas. En las legislaciones medievales se ordenaba la confiscación de todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones.

Según Abascal refiere que el suicidio es un fenómeno sociológico, resultado de la falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista. Las sociedades modernas continúan manteniendo unos niveles de suicidio muy elevados, producto, en parte, de la permisividad social y del considerable grado de tolerancia a este respecto. Por otro lado, los medios tecnológicos y las sustancias tóxicas precisas, son fácilmente accesibles. Aunque este tipo de actos todavía hoy se encuentran sometidos a una notable crítica social, lo cierto es que el fenómeno del suicidio se aborda desde una perspectiva psicosocial, con la principal finalidad de comprender las razones profundas que impulsan a los individuos a cometer semejante acción, e incorporar los resultados de estas investigaciones a los tratamientos y terapias individuales para prevenir este tipo de acciones.<sup>32</sup>

### Riesgo de suicidio:

Para entender el riesgo de suicidio, es necesario reconocer que el suicidio propiamente dicho, es el acto por el cual un ser humano toma la decisión de terminar su propia vida, generalmente, como consecuencia de vivencias de episodios traumáticos como la muerte inesperada de un ser querido, un



accidente, una violación, entre otros.<sup>33</sup>

Así, Álvarez M., define al suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados.”<sup>34</sup>

Por otro lado, la definición de riesgo de suicidio, refiere que es la probabilidad que tiene la persona de autoeliminarse, debido a situaciones que las percibe como amenazantes o peligrosas que complementado con la vulnerabilidad emocional que presenta, se convierten en un riesgo. Sin embargo, pueden reducirse o manejarse si se es cuidadoso y se está consciente de las debilidades y vulnerabilidades frente a las amenazas existentes, se puede tomar medidas para asegurar que éstas no se conviertan en peligro.<sup>35</sup>

Suicidio en la adolescencia:

La adolescencia es un período de cambios normales muy importantes generadores de estrés: cambios en el cuerpo, cambios en las ideas y cambios en los sentimientos, que a veces se acompañan por otros hechos o cambios en la familia como el divorcio o la mudanza a una nueva comunidad, cambios de amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, que pueden causar gran perturbación y resultar abrumadoras. Los problemas pueden apreciarse como demasiado violentos o difíciles de sobrellevar de tal manera que para algunos, el suicidio puede parecer una solución. Del 12 al 25 por ciento de los adolescentes experimentan algún tipo de idea acerca del suicidio (pensamiento suicida) en algún momento, cuando los sentimientos o pensamientos se vuelven más persistentes y vienen acompañados de cambios en el comportamiento o planes específicos de suicidio, el riesgo de suicidio se incrementa.<sup>36</sup>

Epidemiología: Se considera que el suicidio es la tercera causa principal de muerte en jóvenes de 15 a 24 años de edad, y la tercera causa principal de muerte en niños de 10 a 14 años de edad. El Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH), encontró: de 8 a 25% de intentos de suicidio por cada suicidio concretado, y la proporción es aun mayor entre los jóvenes, siendo los principales factores de riesgo para el intento de suicidio la depresión, el abuso de sustancias y los comportamientos agresivos o perturbadores.

Según el Dr. Tango, los Centros para la Prevención y el Control de las Enfermedades reportan que: los hombres tienen una probabilidad cuatro veces mayor de morir a causa del suicidio que las mujeres, que las mujeres tienen mayor probabilidad de intentar el suicidio que los hombres, y que las armas de fuego se utilizan en más de la mitad de los suicidios en jóvenes.<sup>35</sup>

Manifestaciones clínicas:

Signos verbales que manifiestan un riesgo de suicidio: El sujeto manifiesta ideas de muerte de manera directa o indirecta. Ejemplo, “Estarían mejor sin mí”, “En esta casa estoy demás”, “La vida no vale la pena”, “Si esto... sigue así me mato”, “Quisiera terminar con todo”, “Quisiera dormirme y no despertar”, “Voy a matarme”, “Cuando ya no esté se van a arrepentir”, “Fulano hizo bien en matarse, la tenía clara...”, y otras.

Señales no verbales:

- Auto mutilaciones.
- Bajar el rendimiento escolar.
- Regalar cosas significativas sin motivo aparente.
- Abandono de actividades que antes disfrutaba.
- Aislamiento.
- Abandono personal
- Como su concurrencia al centro escolar o su comportamiento personal

- Falta de interés en las actividades cotidianas
- Descenso general en las calificaciones
- Disminución del esfuerzo académico
- Comportamiento inadecuado en la clase
- Ausencias inexplicadas, repetidas o inasistencia sin permiso
- Fumar excesivamente, consumir alcohol o uso inadecuado de drogas
- Incidentes que conducen a violencia estudiantil o a intervención de la policía.

Estos factores ayudan a identificar a los estudiantes con aflicción mental y social que puedan albergar pensamientos de suicidio que finalmente los conduzca a comportamientos suicidas o al riesgo de suicidio.<sup>37</sup>

#### Clasificación del Riesgo Suicida: Según Aaron T. Beck

- Sin Riesgo de Suicidio: Es cuando las expectativas sobre su futuro no se ven alteradas, en su punto de vista no hay una verdadera intención suicida y lo único que quiere es atraer la atención de los demás.
- Riesgo de suicidio leve: Es cuando la persona ha tenido pensamientos suicidas como “no puedo seguir adelante”, “desearía estar muerto”, pero no ha hecho plan alguno.
- Riesgo de suicidio moderado: Es cuando la persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no piensa cometer el suicidio inmediatamente.
- Riesgo de suicidio grave: Es cuando la persona tiene un plan definido, tiene los medios de hacerlo y planea hacerlos inmediatamente.<sup>38</sup>

#### Factores de Riesgo suicida:

- Factores Biológicos: Relacionados con los trastornos metabólicos, factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de

consanguinidad, enfermedades y dolor crónico (accidentes vasculares, sida, neoplasias).

- Factores Psicológicos: Relacionados con el intento de autoeliminación, pérdidas familiares, frustraciones intensas, ansiedad, depresión, cambio brusco del estado anímico, baja autoestima, alteraciones del sueño y abandono personal.
- Factores Familiares: Relacionados con un funcionamiento familiar problemático, con abandono afectivo, desamparo, violencia doméstica, alta carga suicida familiar, familia inexistente y abuso sexual.
- Factores sociales: Relacionados con problemas en la interacción y redes sociales de apoyo, como el cambio de posición socio económico por pérdidas personales o laborales, tensión social y aislamiento, exposición al suicidio de otras personas y exposición a violencias (ambiental, de género o intergeneracional).<sup>33</sup>

#### Factores protectores:

- Patrones familiares: buena relación con los miembros de la familia, apoyo de la familia.
- Estilo cognitivo y personalidad, confianza en sí mismo, en su propia situación y logros.
- Buenas habilidades sociales, integración social con buena relación con sus compañeros, profesores y otros adultos, por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades.
- Apoyo de personas relevantes, búsqueda de ayuda ante las dificultades y de consejo antes de tomar decisiones.
- Receptividad hacia los conocimientos nuevos, experiencias y soluciones de otras personas.
- Factores culturales y sociodemográficos.<sup>39</sup>

Escala de riesgo suicida (Beck Hopelessness Scale, BHS 1974): La BHS es un instrumento autoaplicado, diseñado para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Fue elaborada por Aaron T. Beck y colaboradores en el Centro de Terapia Cognitiva del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pennsylvania, para evaluar el pesimismo en los pacientes psiquiátricos con riesgo de suicidio, y posteriormente se utilizó en poblaciones normales de adultos y adolescentes. Es muy utilizada en el ámbito de la Psicología Clínica, por su simple administración, rápida evaluación, y en tanto posibilita una primera aproximación a la manera en que la persona percibe su realidad inmediata, permitiendo estimar las actitudes y expectativas negativas hacia el futuro y la detección de desesperanza en población general adolescente y adulta normal y como técnica de "screening" de riesgo suicida y depresión. Se califica sumando todos los ítems, que oscila entre 0 a 20.

Sin riesgo	: 0-3 puntos
Riesgo Leve	: 4-8 puntos
Riesgo Moderado	: 9-14 puntos
Grave	: 15-20 puntos. <sup>38</sup>

Teorías del suicidio:

Este estudio tiene como referente teórico a la siguiente teorías presentadas:

Teorías Sociológicas:

Durkheim, indica que según la relación que ejerce el individuo con el grupo social, se establecen 4 tipos de suicidio:

- Suicidio Egoísta: cuando el individuo no está fuertemente integrado en el grupo social.
- Suicidio Altruista: cuando están fuertemente integrados en el grupo social,

pero sufren de falta de individualidad (enfermos desahuciados, militares derrotados).

- Suicidio Anónimo: cuando la integración al grupo está alterada o distorsionada (ruina repentina, divorcio, cambios drásticos de hábitos o de vida).
- Suicidio Fatalista: Como resultado de un exceso de reglamentación o presión, se sienten aplastados por la disciplina o las normas (militares y jóvenes ante el fracaso escolar).

#### Teorías Psicológicas:

- Psicoanálisis (Freud). Elaboró una interpretación sobre el tema, en el que es Thanatos o instinto de muerte autodirigido, el que nos induce a este tipo de comportamiento. El suicidio representa la hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente introyectado, por regla general, de forma ambivalente.
- Menninger (1938). El suicidio sería un homicidio invertido, el resultado de la rabia o la ira contenida contra otra persona, que se dirige al interior o se utiliza como una excusa para el castigo. Se distingue en toda idea suicida tres componentes: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir.
- Psicología Cognitiva. Han hallado que es la desesperanza la que está ligada a la consumación del suicidio, por tanto, su tratamiento se encamina a corregir los pensamientos negativos e infundir esperanza. El suicidio desde el punto de vista psicopatológico, no es más que un síntoma de tipo conductual que hay que estudiar desde todas las vertientes posibles.<sup>40</sup>

## **2. DEFINICIONES OPERACIONALES:**

### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

**SÍNTOMAS DEPRESIVOS:** Es el conjunto de signos y síntomas que evidencian alteración del estado de ánimo, como: comportamiento angustiado, bajo bienestar subjetivo/desánimo, ideas negativas de sí mismo/sentimientos de inferioridad, baja autoestima, sentimientos de culpa, lentitud psicomotora y en la actividad verbal, dificultades en la concentración, pérdida de la autoconfianza, indiferencia emocional/desinterés total en las actividades diarias y cosas que antes le interesaban, ideas negativas y pensamientos recurrentes de muerte, que manifestó sentir el adolescente sujeto de estudio, desde 15 días antes y al momento de la entrevista. Fue medido con los siguientes indicadores:

- Síntomas depresivos leves: Cuando al aplicar la escala de depresión de Zung, obtuvo un puntaje de 0 a 26 puntos.
- Síntomas depresivos moderados: Cuando al aplicar la escala de depresión de Zung, obtuvo un puntaje de 27 a 53.
- Síntomas depresivos graves: Cuando al aplicar la escala de depresión de Zung, obtuvo de 54 a 80 puntos.

### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

**RIESGO DE SUICIDIO:** Referido a la probabilidad de causar o no daños o lesiones en contra de su propia vida, desde 15 días antes y al momento de la entrevista, expresado por el adolescente sujeto de estudio. Fue valorado como:

- Sin riesgo: Cuando al aplicar la escala de riesgo suicida, el adolescente obtuvo de 0 a 3 puntos.
- Riesgo leve: Cuando al aplicar la escala de riesgo suicida, el adolescente

obtuvo de 4 a 8 puntos.

- Riesgo moderado: Cuando al aplicar la escala de riesgo suicida, el adolescente obtuvo de 9 a 14 puntos.
- Riesgo grave: Cuando al aplicar la escala de riesgo suicida, el adolescente obtuvo de 15 a 20 puntos.



### **3. HIPOTESIS**

Hipótesis General:

- Existe relación estadística significativa, entre los síntomas depresivos y riesgo de suicidio, en adolescentes de ambos sexos, estudiantes del I.E.S. Loreto, Iquitos, 2011.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA**

#### 1. Método y Diseño de investigación:

##### Método:

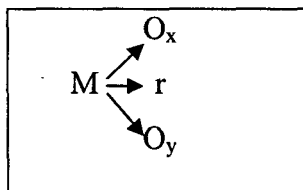
Se empleó el método cuantitativo, porque está orientada a determinar si existe relación entre 2 variables de estudio, para lo cual cuenta con un marco teórico que la sustenta dos instrumentos estandarizados para la recolección sistemática de la información, también porque los procedimientos de recolección, procesamiento y análisis de datos investigados fueron expresados cuantitativamente ya que se utilizó pruebas estadísticas para probar la hipótesis planteada y dar respuesta al problema de investigación.<sup>41</sup>

##### Diseño:

Se empleó el diseño no experimental, correlacional y transversal, de tipo descriptivo.

No experimental, porque las variables se estudiaron tal y como se presentan en su contexto natural o la realidad, sin manipularlas intencionalmente al ser analizadas. Correlacional, porque nos permitió evidenciar la relación entre las variables síntomas depresivos y riesgo de suicidio. Transversal, porque se recolectaron los datos en un momento dado en el tiempo. Descriptivo, porque nos permitió describir y explicar las variables en estudio de manera independiente.<sup>42</sup>

Diafragma es el siguiente:



Donde:

M = Muestra

O<sub>x</sub> = Variable Independiente

O<sub>y</sub> = Variable Dependiente

r = Relación entre variables

## 2. Población y Muestra:

Población:

La población del presente estudio estuvo constituida por 189 estudiantes de 4° y 5° de secundaria, entre 15 a 18 años, de ambos sexos, del turno de la mañana, matriculados durante el año 2011 en la IES Loreto – Iquitos.

Muestra:

La muestra, fue seleccionada de la población objetiva, haciendo un total de 127 adolescentes.

a) Tamaño de la muestra: Para determinar el tamaño de la muestra de estudio, se aplicó la fórmula estadística para poblaciones finitas.

$$n_0 = \frac{Z\alpha^2 \cdot p_e \cdot q_e}{E^2}$$

Si  $n/N > 0.10$  entonces se utilizó el factor de corrección.

$$n_f = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}, \text{ Si: } n/N > 0.10$$

Donde:

$n_0$ : Cantidad teórica de elementos de la muestra.

$n_f$ : Cantidad real de elementos de la muestra a partir de la población asumida.

$N$ : Número total de elementos que conforman la población.

$Z$ : Valor estandarizado en función del 95% de grado de confiabilidad de la muestra (1.96 para dos colas).

$E$ : Error asumido en el cálculo debido a la selección de la muestra

$p$ : Probabilidad poblacional que presenta las características del estudio.

$q$ : Probabilidad poblacional que no presenta las características del estudio.

$n$  = Muestra.  $p_e = 0.50$ ;  $q_e = 0.50$ ;  $E = 0.05\%$

Aplicando la formula:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.50)(0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n = 384$$

$$n = 384 / 540 = 0.71 > 0.10$$

Como se conoce el tamaño de la población:  $384/540 = 0.71$  y este valor es mayor a 0.10 entonces se aplicó la siguiente fórmula.

$$n_o = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n_f = \frac{384}{1 + \frac{384}{189}} = 127$$

Entonces: El tamaño de la muestra fue de 127 adolescentes en estudio.

b) Tipo de Muestreo: Se empleó el muestreo aleatorio simple, eligiendo al sujeto del estudio mediante el método de la rifa o lotería, utilizando 189 balotas en base al Registro de asistencia del docente tutor de cada grado y sección y obteniendo de ellas solo 127 en la misma institución. Los grados y secciones son:

GRADO/SECCION	TOTAL DE MATRICULADOS	ALUMNOS
4° A	22	12
4° B	21	13
4° C	25	13
4° D	22	13
5° A	34	26
5° B	32	24
5° C	33	26
TOTAL	189	127

c) Selección de la Muestra: La selección de la muestra se realizó utilizando los criterios de inclusión hasta completar el número total de la muestra, con la

probabilidad de reemplazar a aquellos que no quisieran participar. Pero, no se necesitó reemplazar a ninguno.

d) Criterios de Inclusión: Participaron en la investigación los adolescentes que reunieron los criterios:

- Estar matriculados, en el año académico 2011 en la I.E.S. Loreto
- Ser alumno de 4° y 5° grado de secundaria, del turno de la mañana.
- Tener de 15 a 18 años.
- Participación voluntaria.

### 3. Técnicas e Instrumentos:

Técnica:

En el presente estudio se empleó la técnica de encuesta, para la aplicación de los instrumentos previamente elaborados y recolectar la información requerida sobre las variables en estudio: síntomas depresivos y riesgo de suicidio, la cual fue de tipo autoadministrada.

Instrumentos:

Se utilizó los siguientes instrumentos:

Escala de Depresión de Zung: Instrumento estandarizado tipo Lickert, elaborado por Zung, autoaplicado. Permite identificar el nivel de sintomatología de la depresión en adolescentes y adultos joven y medio, debido a su interacción personal y social, aportando información clínica y específica sobre su estado de ánimo. Incluye 20 ítems o aseveraciones, formulados en términos positivos y negativos: 8 para síntomas somáticos y cognitivos, 2 sobre

el estado de ánimo y 2 sobre síntomas psicomotores, con cuatro alternativas de respuestas: nunca, a veces, casi siempre, siempre, con una puntuación entre 1 a 4 para un total de 80 puntos y se califica como síntomas depresivos: leve, de 0 a 26 puntos; moderado, de 27 a 53 puntos; y grave, de 54 a 80 puntos. Cuyo tiempo de aplicación fue de 20 minutos.

Su validez y confiabilidad fue comprobado por Ruíz Gómez A. y Arriaga Otiniano P. (Perú, 2009), en un estudio con una muestra de 116 estudiantes de la Universidad Cesar Vallejo de Chiclayo. La prueba de validez mediante el método Delphi o Juicio de expertos, utilizando el estadístico Producto Momento de Pearson, obtuvo una validez del 80%, y la de confiabilidad mediante el método de Alpha de Crombach obtuvo un valor de 0,81, demostrando que es un instrumento válido y confiable.<sup>43</sup>

Escala de Riesgo Suicida BHS (Beck Hopelessness Scale): Es un instrumento autoaplicado, elaborado por Aaron T. Beck y colaboradores (1974), en el Centro de Terapia Cognitiva (CCT) del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pennsylvania, para evaluar desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas de la persona sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.

Inicialmente se propuso para evaluar el pesimismo en pacientes psiquiátricos con riesgo de suicidio, posteriormente se utilizó en poblaciones normales de adultos y adolescentes. Es de simple administración, de rápida evaluación y posibilita una primera aproximación a la manera en que la persona percibe su realidad inmediata, permitiendo estimar las actitudes y expectativas negativas hacia el futuro, para la detección de desesperanza y como técnica de "screening" de riesgo suicida y depresión. La puntuación total se obtuvo sumando todos los ítems, oscilando entre 0 y 20. Cuyo tiempo de aplicación fue de 15 minutos.

Sin riesgo	: 0-3 puntos
Riesgo Leve	: 4-8puntos
Riesgo Moderado	: 9-14puntos
Grave	: 15-20puntos

Su validez y confiabilidad, en nuestro medio fue determinado por las investigadoras. La validez se comprobó utilizando el método Delphi o Juicio de expertos, con la participación de 06 profesionales de la salud: 2 enfermeras que laboran en el área de salud mental, 3 psicólogos y 1 psiquiatra, obteniendo una validez de 75 %. La confiabilidad, se determinó mediante una Prueba Piloto con el 10% de la muestra definitiva de estudio, en estudiantes de cuarto y quinto de secundaria de otra institución educativa con similares características de los sujetos de estudio, se realizó la confiabilidad mediante el método de Alpha de Crombach obteniendo un valor de 0,983, demostrando que es un instrumento válido y confiable.

#### 4. Procedimiento de recolección de datos:

La recolección de datos estuvo bajo la responsabilidad de las investigadoras que asistieron a la Institución Educativa con uniforme de salud pública, en dos días en el turno de la mañana. Cada una tenía bajo responsabilidad a un promedio de 15 estudiantes y se realizó las actividades según el tiempo programado en el cronograma.

##### 1. Antes de la recolección de datos:

- Se solicitó a la Decana de la Facultad de Enfermería un documento de autorización dirigida al director de la Institución Educativa donde se llevó a cabo el estudio de investigación.
- Aprobada la autorización se coordinó personalmente con el director de la



institución educativa.

- Se coordinó con la docente responsable del área de tutoría y con los docentes y auxiliares encargados de cada grado, para determinar la muestra según los registros de asistencia y entregar a través de responsable de tutoría el formato del Consentimiento informado dirigido a los padres de los estudiantes.

## 2. Durante la recolección de datos:

- Se recepcionó el Consentimiento informado previamente firmado por los padres y se entrega el asentimiento informado para ser firmado por el estudiante seleccionado.
- Se ubicó a los alumnos en un aula proporcionada con tal fin, suficientemente distantes entre uno y otro, a fin de evitar interferencias.
- Se procedió a entregar los instrumentos y explicar a los estudiantes el propósito del estudio, solicitando respuesta veraz y responsable.
- Los instrumentos fueron autoadministrados por los sujetos de estudio y guiados por las investigadoras durante un tiempo de 15 minutos para el test de riesgo suicida y 20 minutos para la escala de depresión de Zung , haciendo un total de 35 minutos para el desarrollo de los mismos.

## 3. Después de la recolección de datos:

- Se verificó que los instrumentos estén correctamente llenados
- Se elaboró la base de datos con la información y se procedió a la sistematización de la información para su análisis estadístico SPSS versión 18.0 en español, para Windows XP 2007.
- Se aplicó las pruebas estadísticas descriptivas e inferencial.
- Terminado el análisis y la interpretación de los hallazgos se procedió a eliminar los instrumentos de recolección de datos.



- Finalmente se elaboró el informe final del proyecto.

#### 5. Plan de tabulación, análisis e interpretación de los datos:

El análisis e interpretación de los datos de estudio se realizó de la siguiente manera:

- Estadística descriptiva: Se llevo a cabo a través de frecuencias absolutas y porcentuales en tablas unidimensionales y bidimensionales
- Estadística Inferencial: Se uso la prueba no paramétrica de libre distribución chi  $x^2$  para la determinación de la asociación entre v las variables (síntomas y riesgo) con una significancia (p) menos de 0.05 (nivel de significancia) para la aceptación de la hipótesis planteadas en la investigación, todo esto con la ayuda del programa estadístico SPSS versión 18.0 en español, para Windows XP 2007. Así mismo el programa Excel para la redacción de los datos y el programa: Office Word 2007 para la redacción del informe final del estudio.

6. Limitaciones: No tuvimos ninguna limitación.

#### 7. Protección de los Derechos Humanos:

En la ejecución del proyecto se tuvo en cuenta los principios éticos y bioéticos tales como:

- Se aplicó los instrumentos usando códigos, por respeto al anonimato.
- Se solicitó la autorización de los padres para la participación de su menor hijo (a), mediante el consentimiento informado.
- La participación de los estudiantes fue voluntaria y registrada mediante la

firma del asentimiento informado.

- La aplicación de los instrumentos no alteró la salud física, mental, social, ni moral, de los estudiantes participantes.
- Los datos fueron analizados en forma grupal, por ningún motivo se realizó análisis individualizado de los datos.
- Los datos recolectados fueron utilizados solamente para fines de la investigación, terminada la cual éstos fueron destruidos.

## CAPITULO IV

### UNIVARIADOS

TABLA 01

SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN  
EDUCATIVA DE NIVEL SECUNDARIO LORETO.  
IQUITOS – 2011

SÍNTOMAS DEPRESIVOS	Nº	%
Síntomas depresivos leve	13	10,2
Síntomas depresivos moderado	113	89,0
Síntomas depresivos grave	1	0,8
TOTAL	127	100,0

Fuente: Escala de Depresión de Zung

En la tabla 01, sobre Síntomas depresivos en 127 (100%) adolescentes de la I.E.S. Loreto, que participaron en el estudio, se aprecia que:

El 89,0% (113 adolescentes) presentan síntomas depresivos moderado, 10,2% (13 adolescentes) síntomas depresivos leve, y 0,8% (1 adolescente) síntomas depresivos grave.

TABLA 02

RIESGO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN  
EDUCATIVA DE NIVEL SECUNDARIO LORETO.

IQUITOS – 2011

RIESGO DE SUICIDIO	N°	%
Sin riesgo	33	26,0
Riesgo leve	89	70,1
Riesgo Moderado	3	2,4
Riesgo grave	2	1,6
TOTAL	127	100,0

Fuente: Escala de Riesgo Suicida BHS (Beck Hopelessness Scale)

En la tabla 02, sobre Riesgo de suicidio en 127 (100%) adolescentes de la I.E.S. Loreto, que participaron en el estudio, se aprecia que:

El 70,1% (89 adolescentes) presentan riesgo de suicidio leve, 26,0% (33 adolescentes) no presentan riesgo de suicidio, 2,4% (3 adolescentes) presentan riesgo de suicidio moderado y 1,6% (2 adolescentes) presentan riesgo de suicidio grave.

BIVARIADO

TABLA 03

SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y RIESGO DE SUICIDIO, EN  
 ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
 DE NIVEL SECUNDARIO LORETO,  
 IQUITOS - 2011

SINTOMAS DEPRESIVOS	RIESGO DE SUICIDIO									
	Sin Riesgo		Riesgo Leve		Riesgo Moderado		Riesgo Grave		TOT.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Síntomas depresivos Leve	9	7,1	4	3,1	0	0,0	0	0,0	13	
Síntomas depresivos Moderado	24	18,9	84	66,1	3	2,4	2	1,6	113	
Síntomas depresivos Grave	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	
TOTAL (127)	33	26,0	89	70,1	3	2,4	2	1,6	127	

Fuente: Elaborado por las autoras.

$$X^2 = 14,5 \quad gl = 6 \quad p = 0,025 < 0.05 \text{ (alfa)}$$

En la tabla 03 se muestra la relación de los Síntomas Depresivos con el Riesgo de Suicidio de los 127 adolescentes, de ambos sexos, estudiantes de la I.E.S. Loreto de Iquitos, que han participado en el estudio, del cual se deduce lo

siguiente:

De los 33 adolescentes sin riesgo de suicidio: 18,9% (24 adolescentes) presentan síntomas depresivos moderado, 7,1% (24 adolescentes) presentan síntomas depresivos leve, y ningún adolescente presenta síntomas depresivos grave.

En cuanto a los 89 adolescentes que tuvieron Riesgo de suicidio Leve, se tiene que: 66,1% (84 adolescentes) presentan Síntomas depresivos moderado, 3,1% (4 adolescentes) presentan Síntomas depresivos Leve, y 0,8% (1 adolescente) Síntomas depresivos Grave.

Para contrastar la hipótesis planteada se ha utilizado la prueba no paramétrica de la Chi-cuadrada, con un 95% de confianza, obteniéndose:  $X^2 = 14,5$  y  $gl = 6$ , donde:  $p = 0,025 < 0,05$  (alfa), por lo que se concluye que existe relación estadística significativa, entre los Síntomas depresivos y el Riesgo de suicidio, aceptándose la hipótesis planteada.

## DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó con 189 adolescentes de ambos sexos, de la I.E.S. Loreto, Iquitos, 2011, para determinar si existe relación entre los síntomas depresivos y el riesgo de suicidio.

Los síntomas depresivos de los adolescentes de ambos sexos, de la I.E.S. Loreto, Iquitos, 2011, fueron: síntomas depresivos leve: 10,2%, síntomas depresivos moderados: 89,0%, síntomas depresivos graves: 8,0%. Este resultado coincide con lo encontrado por Eddorregaray J. (Perú, 2006), quien en un estudio realizado sobre niveles de depresión en adolescentes del 5° de secundaria, de ambos sexos, de un colegio nacional del distrito de Los Olivos, con edades entre los 15 a 17 años, encontró que: 10% presenta depresión leve, 86,57% con depresión moderada, y 3,43% con depresión grave. Asimismo, tiene similitud con Álvarez S. (México, 2009) quien en un estudio sobre depresión y conflictos familiares en adolescentes encontró: 13,1% con depresión leve, 18% con depresión moderada y 16,8% con depresión severa. Estos resultados evidencian que más personas y cada vez en etapas más tempranas de la vida, presentan síntomas depresivos con tendencia a convertirse en trastornos del estado de ánimo como la depresión en adolescentes; éste incremento confirma la presencia de estresores psicosociales desde la infancia que son mal manejados y que impiden la adaptación saludable a los cambios radicales, expresándose plenamente en la adolescencia.

En relación con el riesgo de suicidio en adolescentes de ambos sexos, de la I.E.S. Loreto, Iquitos, 2011, fueron: sin riesgo: 26,0%, riesgo leve: 70,1%, riesgo moderado: 2,4%, riesgo grave: 1,6%. Este resultado concuerda con algunos valores encontrados por Vlaicu B. (Rumania, 2009) quien en un estudio sobre comportamiento suicida y factores predictores de intento de suicidio en estudiantes, encontró que: 1,4% presentan riesgo de suicidio leve,



7,5% con riesgo de suicidio moderado y 6,1% presenta riesgo de suicidio grave. También concuerda con Cano P. (Perú, 2009) quien al estudiar la prevalencia del riesgo suicida y su relación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros, en adolescentes, encontró que: 31,3% presentan riesgo de suicidio leve, 21,1% riesgo de suicidio moderado y 18,1% riesgo de suicidio grave. Finalmente, concuerda con Egaña J. (Chile, 2010) quien al estudio la prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes entre 14 a 19 años, encontró que: 19% no presenta riesgo de suicidio, 62% presenta riesgo de suicidio leve y 19% riesgo de suicidio grave. Este resultado, confirma la alta frecuencia de riesgo de suicidios aún si éste riesgo se leve, es un indicador de la necesidad de reorientar el trabajo del profesional de enfermería en éste grupo etáreo; es probable que la influencia de ciertos aspectos y vivencias lo están fortaleciendo como ser humano, como el compartir con buenos amigos, comunicar sus dificultades a docentes de confianza y con escucha activa, tener padres que no descuidan sus responsabilidades a pesar del trabajo y otras actividades, que los motivan a seguir adelante a pesar de las dificultades entendiendo que no todo en la vida es fácil, y que deben plantearse un proyecto de vida para orientar su futuro.

Vásquez F. (Perú, 2004), en un estudio de seguimiento de pacientes que presentaron intento de suicidio, atendidos en el servicio de emergencia del INSM Honorio delgado-Hideyo Noguchi, encontró que el suicidio asociado a diferentes cuadros ocupa el cuarto lugar como causa de muerte violenta en Lima, constituyendo el 8% de éstas, siendo algunos de los diagnósticos clínicos más frecuentes asociados al suicidio, el trastorno depresivo mayor con 39,4% y el trastorno reactivo con síntomas depresivos con 35,5%.

En relación con los síntomas depresivos y el riesgo suicida se obtuvo lo siguiente:

Al relacionar los síntomas depresivos y el riesgo suicida se encontró relación estadística significativa entre ambas variables con una  $p=0.025 < 0.05$  (alfa), aceptándose la hipótesis planteada: existe relación estadística significativa entre los “Síntomas depresivos y el riesgo de suicidio” en adolescentes de la I. E.S.M Loreto. Este resultado tiene similitud con lo encontrado por Vásquez F. (Perú, 2004), en un estudio de seguimiento de pacientes que presentaron intento de suicidio, atendidos en el servicio de emergencia del INSM Honorio delgado-Hideyo Noguchi, donde el 8% presentó intentos de suicidios y al relacionarlo con el trastorno depresivo, encontró: 39,4% con trastorno depresivo grave y 35,5% con trastorno depresivo leve. Así mismo guarda relación con lo encontrado por Hernández, M. (Puerto Rico, 2004), respecto al riesgo de suicidio donde 19% de adolescentes no presentan riesgo de suicidio ante un 81% riesgo de suicidio; pero no coincide en el aspecto de síntomas depresivos pues encontró: 5% sin síntomas depresivos, 31% síntomas depresivos moderado y 64% síntomas depresivos grave. Este resultado, evidencia que la alteración del estado de ánimo que es el responsable de nuestro deseo y motivación de vivir, de aceptar retos y disfrutar la vida diaria; tiene consecuencias negativas en la conservación de la integridad de la persona sino tiene el manejo oportuno de un profesional especializado y el soporte de la familia; de allí la responsabilidad del profesional de enfermería de ser capaz de reconocer la presencia de síntomas depresivos en el comportamiento humano, especialmente en los grupos más vulnerables como son los adolescentes, porque el riesgo de suicidio es una probabilidad en todos los niveles, ello implica intervenir con actividades preventivo promocionales en el desarrollo saludable del ser humano.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación y según los objetivos planteados, de un total de 127 (100%) adolescentes estudiantes, se concluye que:

- Los síntomas depresivos leve, en los adolescentes estudiantes de 4° y 5° de secundaria, de la I.E.S. Loreto, el año 2011, es de 10,2%.
- Los síntomas depresivos moderado, en los adolescentes estudiantes de 4° y 5° de secundaria, de la I.E.S. Loreto, el año 2011, es de 89,0%.
- Los síntomas depresivos grave, en los adolescentes estudiantes de 4° y 5° de secundaria, de la I.E.S. Loreto, el año 2011, es de 0,8%.
- El 26,0% de los adolescentes estudiantes de 4° y 5° de secundaria, de la I.E.S. Loreto, el año 2011, no presentaron riesgo de suicidio.
- El riesgo de suicidio leve, en los adolescentes estudiantes de 4° y 5° de secundaria, de la I.E.S. Loreto, el año 2011, es de 70,1%.
- El riesgo de suicidio moderado, en los adolescentes estudiantes de 4° y 5° de secundaria, de la I.E.S. Loreto, el año 2011, es de 2,4%.
- El riesgo de suicidio grave, en los adolescentes estudiantes de 4° y 5° de secundaria, de la I.E.S. Loreto, el año 2011, es de 1,6%.
- En cuanto a la relación entre los síntomas depresivos y el riesgo de suicidio, se obtuvo relación significativa ( $p=0,025 < 0,05$  (alfa) entre ambos.

## **RECOMENDACIONES:**

Los hallazgos del presente estudio de investigación nos permiten hacer las siguientes recomendaciones:

- A la Dirección Regional de Salud:

Para que los profesionales de salud que trabajan en el área de salud mental realizar visitas y actividades que refuercen las habilidades sociales, actitudes positivas y destrezas, en los estudiantes de la institución educativa de tal manera que vean con optimismo su entorno social, familiar y personal.

- A la Facultad de Enfermería:

A través de la asignatura del área de salud mental a fines de motivar y sensibilizar a los estudiantes de enfermería en el trabajo con adolescentes para que realicen sesiones educativas, talleres y habilidades sociales, en las instituciones educativas ya sea del sector público o privado.

- A la Institución Educativa:

Que las autoridades, docentes y los otros miembros del equipo institucional, busquen fortalecer su salud mental, para asegurar su equilibrio y bienestar emocional, y sean capaces de entablar relaciones interpersonales armoniosas, desarrollar sus potencialidades y transmitirlo a los estudiantes y compañeros de trabajo.

- A la comunidad:

Que los padres cumplan su rol dentro de sus familias, haciendo sentir seguros a sus miembros, que los ayuden a afrontar sus problemas, les brinden confianza, en el marco de una buena comunicación, expresión de afectos y límites.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. D'Arcy L. Suicidio. [Serie en Internet]. 2010 [2011 mayo 12]; [Alrededor de 15 páginas]. Disponible en: [http://kidshealth.org/teen/en\\_espanol/mente/suicide\\_esp.html](http://kidshealth.org/teen/en_espanol/mente/suicide_esp.html)
2. Cárdenas S. Cómo inicia la depresión juvenil. [Serie en Internet]. 2004 [2011 mayo 12]; [Alrededor de 10 páginas]. Disponible en: [http://www.esperanzaparalafamilia.com/Rev/Articulos/2004/HTM0104\\_02.php](http://www.esperanzaparalafamilia.com/Rev/Articulos/2004/HTM0104_02.php).
3. Rodríguez J. Salud mental en la comunidad. La salud mental desde una perspectiva mundial. 2º Edición. Editorial Paltex. ISBN: 978-92-75-33065-4. Pág. 13 – 14. Washington, USA. 2009.
4. Cacabelos D. La adolescencia. [Serie en Internet]. 2006 [2011 mayo 12]; [Alrededor de 10 páginas]. Disponible en: [http://html.rincondelvago.com/adolescencia\\_17.html](http://html.rincondelvago.com/adolescencia_17.html)
5. National Adolescent Health Information Center. 2006 Fact sheet on suicide: adolescent& young adults [documento en internet]. San Francisco: University of California; 2004. [Fecha de acceso: Abril 2011]. Disponible en:<http://nahic.ucsf.edu/downloads/suicide.pdf>
6. OMS. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible. [Serie en internet].2007; [2011 mayo 12]; [alrededor de 2 páginas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>  
PS

7. Apuntes de psicología. Suicidio en adolescentes. [Serie en internet].2009; [2011 mayo 12]; [alrededor de 5 páginas]. Disponible en: <http://www.apuntesdepsicologia.com/terapias-psicologicas/suicidio-en-adolescentes.php>
8. Hernández. M. Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos De Vida Estresantes Y Autoestima.[Serie en Internet]. 2004 [2011 Agosto 23]; [Alrededor de 10 páginas]. Disponible en: <http://www.psicorip.org/resumos/PerP/RIP/RIP036aO/RIP038312.pdf>
9. Álvarez N. Prevalencia de síntomas depresivos en niños y adolescentes de dos colegio de Bogotá. [Serie en internet].2006; [2011 Agosto 23]; [alrededor de 5 páginas]. Disponible en: [http://www.javeriana.edu.co/fcea/convocatorias/memorias1congreso\\_sp/carteles/211w.pdf](http://www.javeriana.edu.co/fcea/convocatorias/memorias1congreso_sp/carteles/211w.pdf)
10. Álvarez .S. depresión y conflictos familiares en adolescentes [Serie en internet].2009; [2011 Agosto 23]; [alrededor de 10 páginas]. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacion-entre-depresion-y-conflictos-ES.pdf>
11. Ursoniu S,Putnoky S, Vlaicu B, Vladescu C. Predictors of suicidal behavior in a high school student population: a cross-sectional study. WienKlin Wochenschr.2009;121(17-18):564-73.
12. Ventura-Juncá D R , Carvajal C,UndurragaS,Vicuña P, Egaña J, Garib MJ. [Prevalence of suicidal ideations and suicidal attempts among adolescentsliving in Metropolitan Santiago].Rev Med Chil. 2010

Mar;138(3):309-15. Epub 2010 May 1942.

13. Vásquez F. Seguimiento de pacientes que presentaron intento de suicidio, atendidos en el servicio de emergencia del INSM Honorio delgado-Hideyo Noguchi. 2004. XIV: 65-76.
14. Edorregaray. J. .Niveles de depresión en adolescentes del 5° de secundaria de un colegio nacional. [Serie en Internet]. 2006 [2011 Agosto 23]; [Alrededor de 5 páginas]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos35/depresion-estudiantes/depresion-estudiantes.shtml>
15. Cano P, Gutiérrez C, Nizama M. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2009.
16. DIRECCION REGIONAL DE LORETO. Suicidio. Boletín informativo en Salud. Iquitos - Perú. [Serie en internet].2007; [2011 mayo 12]; [alrededor de 5 páginas]. Disponible en: [http://www.transparencia.org.pe/documentos/salud\\_loreto\\_carey.pdf](http://www.transparencia.org.pe/documentos/salud_loreto_carey.pdf)
17. DIRECCION REGIONAL DE LORETO. Intento de suicidio: cuaderno de registro del servicio de emergencia. HAI – HRL 2011.
18. Info depresión. Depresión en la historia. [Serie en Internet]. 2007 [2011 agosto 22]; [Alrededor de 1 páginas]. Disponible en: <http://info-depresion.blogspot.com/2007/02/la-depresin-en-la-historia.html>
19. Sebastián M. Definición de Depresión. [Serie en Internet]. 2006 [2011

- mayo12]; [alrededor de 5 páginas]. Disponible en:  
<http://www.innatia.com/s/c-combatir-la-depresion/a-definicion-de-depresion.html>
20. Herreros G. Trastornos del Humor (Afectivos). OMS CIE 10 - F30-39. [Serie en Internet]. 2010 [2011 septiembre 17]; [alrededor de 51 páginas]. Disponible en: <http://www.herreros.com.ar/melanco/cie10.htm>
21. Gail W, Stuart, Michele T. Enfermería psiquiátrica" Principios y practicas". 8° Edición. Editorial ELSEVIER MOSBY: Madrid - España - 2006: 331- 380
22. Stephen F, Davis, Joseph J, Palladino. Psicología. 5° Edición. Editorial PEARSON: México – 2008: 1031
23. Nieves E. La adolescencia. [Serie en internet]. 2009. [2009 setiembre 12]; [alrededor de 5 páginas]. Disponible en:  
[http://iglesiadediosrd.org/cid/index.php?option=com\\_content&task=view&id=80&Itemid=88&joscclean=1&comment\\_id=14](http://iglesiadediosrd.org/cid/index.php?option=com_content&task=view&id=80&Itemid=88&joscclean=1&comment_id=14)
24. Instituto Tecnológico de Sonora. Depresión. [Serie en internet].2009; [2009 setiembre12]; [alrededor de 6 páginas]. Disponible en:  
<http://biblioteca.itson.mx/oa/psicologia/oa5/depresion/d6.htm>
25. National Institute of Mental Health. La depresión en niños y adolescentes de sexo masculino. [Serie en internet].2008; [2011 mayo 10]; [alrededor de 10 páginas]. Disponible en:  
<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-hombres-y-la-depresion-folleto/la-depresi-n-en-ni-os-y-adolescentes-de-sexo-masculino.shtml>



26. Organización Mundial de la Salud. CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid, Meditor; 2006
27. Martínez V. Sintomatología depresiva en adolescentes: Estudio de una muestra de alumnos de la Zona Sur de Madrid Capital. [Serie en internet].2008; [2011 mayo 10]; [alrededor de 10 páginas]. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/13-No.3.pdf>
28. Minsa. Guía de práctica clínica en depresión. [Serie en internet].2007; [2011 septiembre 17]; [alrededor de 34 páginas]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084\\_DGSP261.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084_DGSP261.pdf)
29. Strock. M. depresión síntomas y tratamiento. 2004; [2011 Agosto 22]; [alrededor de 6 páginas]. [serie en internet]. Disponible en <http://www.psicomedica.cl/?sub=48>.
30. Equipo médico. Depresión. [Serie en internet].2009; [2011 mayo12]; [alrededor de 3 páginas]. Disponible en: <http://www.tuotromedico.com/temas/depresion.htm>
31. Alex O. Escala de Zung. [Serie en internet].2009; [2011 mayo 18]; [alrededor de 2 páginas]. Disponible en: [http://grupos.emagister.com/documento/escala\\_de\\_depresion\\_de\\_zung/1000-352729](http://grupos.emagister.com/documento/escala_de_depresion_de_zung/1000-352729)
32. Abascal . M. El Suicidio. [Serie en Internet]. 2010 [2011 mayo 22]; [Alrededor de 30 páginas]. Disponible en:

[http://webs.ono.com/aniorte\\_nic/archivos/trabaj\\_suicidio.pdf](http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/trabaj_suicidio.pdf)

33. Buendía, J., Riquelme A, y Ruiz, J. Factores de riesgo y Factores protectores para el suicidio. [Serie en internet].2004; [2011 mayo 12]; [alrededor de 3 páginas]. Disponible en: <http://biblioteca.itson.mx/oa/psicologia/oa9/suicidio/y2.htm>
34. Álvarez M, Atienza G, De las Heras E. El suicidio en la infancia y en la adolescencia. [Serie en internet].2010; [2011 mayo 12]; [alrededor de 38 páginas]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/egpc/depresion\\_infancia/completa/apartado09/suicidio.html](http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/apartado09/suicidio.html)
35. *Tango*. Suicidio de Adolescentes. [Serie en internet].2004; [2011 mayo 12]; [alrededor de 3 páginas]. Disponible en: <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal8202.htm>
36. Enciclopedia de salud del hospital de niños. Suicidio en adolescentes. [Serie en internet].2004; [2011 mayo 12]; [alrededor de 3 páginas]. Disponible en: <http://www.childrenscentralcal.org/Espanol/xHealthS/P05677/P05681/Pages/P05694.aspx>
37. Foro de Depresión. Síntomas característicos de la depresión durante el crecimiento y el desarrollo. [Serie en Internet]. 2008 [2011 mayo 12] [Alrededor de 10 páginas]. Disponible en: [http://www.depresion.psicomag.com/sinto\\_caract.php](http://www.depresion.psicomag.com/sinto_caract.php)
38. Milena L. La P.C.U del intento suicida. [Serie en internet].2009; [2009

setiembre12]; [alrededor de 5 páginas]. Disponible en:  
<http://usuarios.discapnet.es/border/tlpmerce.htm>

39. OMS .Prevención Del Suicidio. [Serie en internet].2005; [2011 mayo 12]; [alrededor de 24 páginas]. Disponible en:  
[http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/12  
DOCENTES.pdf](http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/12_DOCENTES.pdf)
40. Royo. J. Trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia. [Serie en internet].2007; [2011 Julio 10]; [alrededor de 5 páginas]. Disponible en:  
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple8a.html>
41. Díaz A. Metodología de la investigación científica." una manera práctica y sencilla para realizar la formulación de los proyectos de investigación en ciencias naturales y sociales". 2º Edición. Editorial UNAP-LORETO: Iquitos- Perú – 2008
42. Hernández R. Metodología de la investigación. 4ª Edición. Editorial Mc GrawHill Interamericana: México: DF- 2006
43. Ruíz A, Arriaga P. Validación de la escala de depresión de Zung en estudiantes de la Universidad Cesar Vallejo. [Serie en internet].2009; [2011 Julio 10]; [alrededor de 7 páginas]. Disponible en:  
[http://grupos.emagister.com/documento/escala\\_de\\_ansiedad\\_de\\_zung/746  
2-352724](http://grupos.emagister.com/documento/escala_de_ansiedad_de_zung/7462-352724)

# **ANEXOS**

**ANEXO N° 01**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado padre de familia, somos Bachilleres en Enfermería y estamos realizando un estudio de investigación con el fin de determinar si existe relación entre los Síntomas Depresivos y Riesgo de Suicidio en Adolescentes, de ambos sexos, de la IES Loreto, año – 2011. Con este motivo, solicitamos su autorización para que su menor hijo(a) participe en la misma, con la seguridad de que se resguardará adecuadamente su identidad y la información que nos brinde serán de uso únicamente con fines de la investigación, no será accesible a otros fines salvo autorización expresa de usted, respetando la privacidad y los derechos que como ser humano tiene su hijo(a). Si usted acepta que su menor hijo(a) participe, sírvase llenar los siguientes datos y firmar la presente autorización.

¡Muchas Gracias!

---

**AUTORIZACION**

Yo..... con DNI N° ....., habiendo tomado conocimiento previo de la presente investigación, autorizo a mi menor hijo(a), para que participe del mismo, y lo hago en plena libertad de mi decisión voluntaria, por lo que firmo la presente en señal de conformidad.

Iquitos.....de.....del 2011

.....  
FIRMA

**ANEXO N° 02**  
**ASENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado estudiante, somos Bachilleres en Enfermería y estamos realizando un estudio de investigación con el fin de determinar si existe relación entre los Síntomas Depresivos y Riesgo de Suicidio en Adolescentes, de ambos sexos de la IES Loreto. Año – 2011. Con este motivo, solicitamos su participación voluntaria, brindándonos información veraz sobre el tema, con la seguridad de que su identidad y la información que nos brinde serán resguardadas adecuadamente y usado únicamente con fines de la investigación, no será accesible a otros fines salvo su autorización, respetando su privacidad y derechos que como ser humano tiene. Si usted desea participar, sírvase a llenar los siguientes datos y firmar la presente autorización.

Grado de estudio: 4° sec.	5° sec.
Turno de estudio:	Seudónimo:

¡Muchas Gracias!

---

**AUTORIZACION**

Acepto, participar en la presente investigación, habiendo tomado conocimiento previo del mismo, lo hago en plena libertad de mi decisión voluntaria, por lo que firmo la presente autorización en señal de conformidad.

Iquitos.....de.....del 2011

.....  
FIRMA

**ANEXO N° 03**  
**ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG**

**I. PRESENTACION:**

Señores estudiantes, buenos días, somos bachilleres en Enfermería y estamos desarrollando una investigación sobre Síntomas depresivos y riesgo de suicidio en adolescentes, en la que usted aceptó participar de manera voluntaria, por lo que le solicitamos darnos respuestas veraces y le agradecemos anticipadamente.

**II. INSTRUCTIVO:**

Marque con una X la respuesta que usted considere pertinente, según como se está sintiendo en los últimos 15 días. Duración 15 minutos.

N = NUNCA

AV = A VECES

CS = CASI SIEMPRE

S = SIEMPRE

**III. CONTENIDO:**

**A. DATOS GENERALES:**

Fecha:.....	Grado y sección.....
Hora de inicio.....	Hora de término.....
Edad: .....	Sexo: M F
Nombre del encuestador: .....	

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	N	AV	CS	S
1. Me siento triste o apesadumbrada frecuentemente				
2. Me siento mejor en las mañanas				
3. Tengo crisis de llanto o ganas de llorar				
4. Tengo problemas para dormir todas las noches				
5. Me alimento como de costumbre				
6. disfruto mirar, hablar o estar con personas de interés				
7. Estoy perdiendo peso				
8. Tengo problemas de estreñimiento				
9. Siento que mi corazón palpita más rápido que siempre				
10. Me canso sin razón				
11. Mi mente está clara como de costumbre				
12. Me es fácil hacer las cosas como de costumbre				
13. Me siento inquieto y no puedo quedarme tranquilo				
14. Me siento optimista con relación al futuro				
15. Me siento más irritable que de costumbre				
16. Me es fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida es bastante llena o plena				
19. Siento que otros estarían mejor si yo estuviera muerto				
20. Aún disfruto las cosas como de costumbre				

CALIFICACION: Total de puntos = 80 (100%)

- Síntomas depresivos leve : De 0 a 26 puntos.
- Síntomas depresivos moderados: De 27 a 53 puntos.
- Síntomas depresivos grave : De 54 a 80 puntos.

OBSERVACIONES:

.....

¡Muchas gracias!



**ANEXO N° 04**

CODIGO.....

**ESCALA DE RIESGO SUICIDA BHS (BECK HOPELESSNESS SCALE)**

**I. PRESENTACION:**

Señores estudiantes, buenos días, somos bachilleres en Enfermería y estamos desarrollando una investigación sobre Síntomas depresivos y riesgo de suicidio en adolescentes, cuyos resultados serán de beneficio para la población en general, los mismos que serán manejados en forma confidencial y anónima. En este marco solicitamos su participación voluntaria, dando respuestas veraces para esta investigación.

**II. INSTRUCTIVO :**

Marque con una X la respuesta que usted considere pertinente, según como se está sintiendo en los últimos 15 días. Duración 10 minutos.

**III. CONTENIDO:**

**A. DATOS GENERALES:**

Fecha:.....	Grado y sección.....
Hora de inicio.....	Hora de término.....
Edad: .....	Sexo: M F
Nombre del encuestador: .....	

<b>CRITERIOS DE EVALUACION</b>	<b>V</b>	<b>F</b>
1. A veces desearía no despertar nuevamente.		
2. Puedo darme por vencido y renunciar, ya que no puedo hacer nada mejor.		
3. las cosas van mal me alivia saber que no pueden permanecer así indefinidamente.		
4. ¿Puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años?		
5. Tengo suficiente tiempo y medios para llevar a cabo las cosas que me interesan, o espero lograr conseguir las.		
6. La vida puede considerarse como un juego. Después de cometer varios o importantes errores, es mejor retirarse de él.		
7. El día a día, ¿tiene algún sentido para mí?		
8. Preferiría estar o haber nacido en otro mundo.		
9. No existen razones para creer en el futuro, y no tengo la fuerza para cambiar mi vida.		
10. Al ver mi pasado, hay demasiadas experiencias que me hirieron.		
11. Puedo compartir mi vida con alguien que realmente me interesa.		
12. ¿Seguir viviendo, se puede considerar realmente tan importante?		
13. Siempre se puede caer más y más, en cambio no así al revés.		
14. Es mejor morir ahora, que seguir existiendo miserablemente.		
15. Vivir sin un sentido trascendente, simplemente vivir, es suficiente para mí.		
16. La existencia es sólo sufrimiento. Sufrir o hacer sufrir. Ser complaciente debido al bienestar en que uno se encuentra y no mirar más allá, es auto engañarse. Todos son tan falsos, no quiero formar parte de todo esto.		
17. A pesar de todo, quiero creer en un mañana mejor para mí y los demás.		
18. Sufrir un accidente grave que me limite grandemente, o sufrir de por vida una enfermedad. Eso no lo podría soportar.		
19. Estás de acuerdo con la sgte afirmación: No pienso aferrarme mucho a la vida. Viviré como quiera y estaré listo para morir en cualquier momento		
20 Morir joven, es mejor. Siempre ha sido así y lo será.		

**CALIFICACION:** Total de puntos = 20 (100%)

- Sin riesgo de suicidio : De 0 a 3 puntos.
- Riesgo de suicidio leve : De 4 a 9 puntos.
- Riesgo de suicidio moderado: De 10 a 14 puntos.
- Riesgo de suicidio grave : De 15 a 20 puntos.

**OBSERVACIONES:**

.....

### ANEXO N° 05

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA
<p><b>Variable Independiente:</b> SÍNTOMAS DEPRESIVOS</p> <p><b>Variable Dependiente:</b> RIESGO DE SUICIDIO</p>	<p>Conjunto de signos y síntomas que evidencian alteración del estado de ánimo, como: comportamiento “angustiado”, bajo bienestar subjetivo, ideas negativas de sí mismo, desánimo, baja autoestima, sentimientos de culpa, lentitud psicomotora, dificultades de concentración, pérdida de la autoconfianza, sentimientos de inferioridad, desinterés total en las actividades diarias, ideas negativas, pensamientos recurrentes de muerte, que manifiesta tener el adolescente sujeto de estudio, desde 15 días antes y al momento de la entrevista. Será medido con los siguientes indicadores:</p> <p>Referida a la probabilidad de presentar o no daños o lesiones en contra de la propia vida, en un periodo de 15 días o más antes del momento de la entrevista, expresado por el adolescente sujeto de estudio. Será valorado como:</p>	Leve	Cuando al aplicar la escala de depresión de Zung, obtenga entre 0 a 26 puntos.	Ordinal
		Moderado	Cuando al aplicar la escala de depresión de Zung, obtenga entre 27 a 53 puntos.	
		Grave	Cuando al aplicar la escala de depresión de Zung, obtiene de 54 a 80 puntos.	
		Sin Riesgo	Cuando al aplicar la escala de riesgo suicida, obtiene un puntaje de 0-3.	
		Riesgo leve	Cuando al aplicar la escala de riesgo suicida, obtenga un puntaje entre 4 -8.	
		Riesgo moderado	Cuando al aplicar la escala de riesgo suicida, obtenga un puntaje entre 9-14.	
Riesgo grave	Cuando al aplicar la escala de riesgo suicida, obtenga un puntaje entre 15-20.			