

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA  
INDOAMÉRICA**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA  
SALUD**

**CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**TEMA:**

---

**“DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA “LUCIANO ANDRADE MARÍN” DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018”**

---

Trabajo de investigación previo a la obtención del Título de Psicóloga General de la Universidad Tecnológica Indoamérica. Modalidad Proyecto de Investigación.

**Autora**

Ponce Moreno Andrea Mikaela

**Tutora**

Ps.ci Pérez Vega Doris Jacqueline MSc

**Quito**

**2019**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, Pérez Vega Doris Jacqueline, en mi calidad de tutor del trabajo de titulación nombrado por el Comité Curricular de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Tecnológica Indoamérica:

Certifico:

Que el Trabajo de Titulación “DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA “LUCIANO ANDRADE MARÍN” DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018”, desarrollado por Ponce Moreno Andrea Mikaela, estudiante de la Carrera de Ciencias Psicológicas para optar por el Título de Psicólogo General ha sido revisado en todas sus partes y considero que dicho informe investigativo, reúne los requisitos técnicos, científicos y reglamentarios, para ser sometido a sustentación pública y evaluación por parte del tribunal Examinador.

---

Ps.cl Pérez Vega Doris Jacqueline MSc

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

El abajo firmante, en calidad de estudiante de la Carrera de Psicológica de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Tecnológica Indoamérica, declara que los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de su persona como autor de este Trabajo de Titulación.

Quito, de julio del 2019

---

Andrea Mikaela Ponce Moreno  
171506766-4

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA  
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN  
ELECTRÓNICA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, Ponce Moreno Andrea Mikaela, declaro ser autor del Proyecto de Tesis, titulado (a) **DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA “LUCIANO ANDRADE MARÍN” DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018**”, como requisito para optar al grado de “Psicóloga”, autorizo al Sistema de Bibliotecas de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional (RDI-UTI).

Los usuarios del RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo, acepto que los Derechos de Autor, Morales y Patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes, producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Ambato, a los (días) del mes de (mes) de (año), firmo conforme:

**Autor:** Ponce Moreno Andrea Mikaela

**Firma:**.....

**Número de Cédula:** 171506766-4

**Dirección:** Ernesto Delgado y Rigoberto Heredia

**Correo Electrónico:** [mikaelaponcem@gmail.com](mailto:mikaelaponcem@gmail.com)

**Teléfono:** 0996175841

## **APROBACIÓN TRIBUNAL**

El trabajo de Investigación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema **DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA “LUCIANO ANDRADE MARÍN” DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018**”, previo a la obtención del Título de Psicólogo, reúne los méritos suficientes para ser sometido a disertación pública.

**Para constancia firman:**

.....

**PRESIDENTE**

.....

**VOCAL 1**

.....

**VOCAL 2**

## **DEDICATORIA**

La presente investigación la dedico principalmente a Dios, por darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados de mi vida.

A mi Mamita Anita por su amor, apoyo y consejos a lo largo de mi vida.

A mi madre Andrea, por su amor y sacrificio constante, por la enseñanza de valores y darme ánimos siempre Gracias por siempre estar ahí.

A mi hermanito Stefano, gracias por tu amor incondicional y darme una razón para seguir esta hermosa carrera.

A mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida, gracias sin duda cuento con la mejor familia.

**Mikaela**

## **AGRADECIMIENTO**

A mi padre Bismark, a mi Tío Gregory a mis abuelos Pilar y Luis por su apoyo constante en mi educación.

A mi tía Patricia por su amor y apoyo incondicional.

A mi tío José por sus consejos y cariño constante.

A ti amiga gracias por acompañarme en este proceso, has sido un apoyo constante e importante en mi vida, gracias por ser leal y saber estar en las buenas, en las malas espero que esto siga por muchos años más.

A mis amigos esos 6 que estuvieron en las buenas y en las malas conmigo les quiero dar gracias por brindarme su cariño, pues he tenido la gran suerte de poder contar con cada uno de ustedes a lo largo de estos 5 años.

A mi tutora de tesis, Ps.cl Doris Pérez MSc por haberme guiado, en la elaboración de este trabajo de titulación.

A mis queridos maestros de la facultad de psicología por confiar en mí, gracias a cada uno de ellos por haber tomado la excelente decisión de hacerse partícipes del arte de enseñar, por su apoyo constante y enseñarme que la ética debe ser pilar de mi vida profesional. Pero en especial quiero agradecer a la Msc. Diana Montero porque me enseñó lo bella que es la psicología y que sin duda elegí estudiar la mejor carrera.

**Mikaela**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>DECLARACIÓN DE AUTORÍA .....</b>	<b>3</b>
<b>AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA .....</b>	<b>4</b>
<b>APROBACIÓN TRIBUNAL.....</b>	<b>5</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>6</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>7</b>
<b>ÍNDICE DE CONTENIDOS.....</b>	<b>8</b>
<b>UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA.....</b>	<b>13</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO .....</b>	<b>13</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>3</b>
<b>Contextualización .....</b>	<b>4</b>
Macro.....	4
Meso .....	5
Micro .....	5
Antecedentes.....	5
Contribución .....	5
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>7</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>7</b>
Ideación Suicida .....	7
Factores Asociados a la ideación suicida .....	8
Factores Psicológicos .....	9
Factores Familiares.....	9
Factores Sociales .....	10
Depresión .....	11
Factores De Riesgo .....	12
Factores Personales y Sociales.....	12



Factores Familiares.....	13
Factores Cognitivos.....	14
Factores Conductuales.....	14
Clasificación de la depresión Según El DSM-V	15
Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo 296.99 (F34.8).....	15
Trastorno de depresión mayor .....	16
Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1) .....	17
Trastorno disfórico premenstrual 625.4 (n94.3).....	18
Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento .....	19
Trastorno depresivo debido a otra afección médica .....	20
Otro Trastorno Depresivo Especificado 311 (F32.8) .....	21
Otro Trastorno Depresivo No Especificado 311 (F32.9) .....	22
Depresión En Adolescentes .....	22
<b>Justificación.....</b>	<b>24</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>25</b>
Objetivo General.....	25
Objetivos Específicos.....	25
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>26</b>
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>26</b>
Diseño del trabajo .....	26
Área de estudio .....	26
Población y muestra .....	26
Instrumentos De Investigación .....	27
Procedimientos para obtención y análisis de datos .....	28
Actividades .....	28
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>30</b>
Análisis de resultados .....	30
Hipótesis.....	36
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>37</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>37</b>
Conclusiones .....	37
Recomendaciones .....	37

Discusión.....	38
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>39</b>
<b>PROPUESTA .....</b>	<b>39</b>
Justificación .....	39
Objetivos.....	40
Objetivo General .....	40
Objetivos Específicos .....	40
Estructura Técnica De La Propuesta .....	41
Argumentación Teórica .....	41
Desarrollo de la Propuesta .....	44
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>54</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Test BDI-II.....	27
Tabla 2. Escala de Ideación suicida IS.....	28
Tabla 3. Medias y Desviación Estándar.....	32
Tabla 4. Edad y niveles de depresión.....	33
Gráfico 5. Edad y Niveles de depresión.....	33
Tabla 5. Sexo y niveles de depresión.....	34
Tabla 6. Correlación de Depresión – Ideación suicida.....	35
Tabla No 7: Diseño Técnico de la Propuesta.....	43
Tabla No 8: Hablemos de depresión.....	44
Tabla No 9: Autoestima aprendiendo juntos aceptándose y conociéndose.....	46
Tabla No 10: “El libro de las emociones”.....	48

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad.....	30
Gráfico 2. Sexo.....	31
Gráfico 3. Niveles de depresión.....	31
Gráfico 4. Ideación suicida.....	32
Gráfico 5. Edad y Niveles de depresión.....	33
Gráfica 6. Sexo y niveles de depresión.....	34

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD**  
**CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
**RESUMEN EJECUTIVO**

**Tema:** “IDEACIÓN SUICIDA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO “LUCIANO ANDRADE MARÍN” DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL AÑO 2018-2019”

**AUTOR:** Ponce Moreno Andrea Mikaela

**TUTOR:** Ps.cl Pérez Vega Doris Jacqueline MSc

**RESUMEN**

La ideación suicida es un factor que se presenta antes de la ejecución del suicidio, es considerada un problema de salud pública a nivel mundial, ya que su incidencia se ha incrementado en los últimos años en adolescentes, por varios factores de riesgo como problemas familiares, personales y sociales entre otros.

El objetivo de este estudio es determinar la relación entre la ideación suicida y la depresión, analizando los niveles y factores asociados. Es un estudio descriptivo, de corte transversal, en una muestra de 152 estudiantes pertenecientes al 10° de bachillerato. Los instrumentos para la recolección de datos fueron el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y Escala de ideación suicida de Beck. Los resultados obtenidos muestran una correlación altamente significativa entre la depresión y la ideación. Se plantea una propuesta para reducir los niveles de depresión y prevenir la presencia de ideación suicida.

**Palabras clave:** Adolescentes, Depresión, Ideación Suicida, Salud pública

**TECHNOLOGICAL UNIVERSITY INDOAMERICA**

**FACULTY OF HUMAN SCIENCES AND HEALTH**

**CAREER OF PSYCHOLOGICAL SCIENCES**

**EXECUTIVE SUMMARY**

**Topic:** "SUICIDE IDEATION AND DEPRESSION IN STUDENTS OF BACCALAUREATE OF THE SCHOOL" LUCIANO ANDRADE MARÍN "OF THE CITY OF QUITO IN THE YEAR 2018-2019"

**AUTHOR:** Ponce Moreno Andrea Mikaela

**TUTOR:** Ps.ci Pérez Vega Doris Jacqueline MSc

### **SUMMARY**

Suicidal ideation is a factor that occurs before the execution of suicide, it is considered a public health problem worldwide, since its incidence has increased in recent years in adolescents, due to several risk factors such as family problems, personal and social among others.

The objective of this study is to determine the relationship between suicidal ideation and depression, analyzing the levels and associated factors. It is a descriptive, cross-sectional study in a sample of 152 students belonging to the 10th high school. The instruments for data collection were the Beck-II Depression Inventory (BDI-II) and the Beck suicide ideation scale. The results obtained show a highly significant correlation between depression and ideation. A proposal is proposed to reduce levels of depression and prevent the presence of suicidal ideation.

**Keywords:** Adolescents, Depression, Suicidal Ideation, Public Health.

## INTRODUCCIÓN

La depresión se presenta como uno de los trastornos de mayor prevalencia en las personas, afectando de manera significativa a nivel mundial; los trastornos depresivos comienzan generalmente en edades tempranas como la adolescencia. En este sentido la depresión se caracteriza por una sintomatología manifestada por un periodo prolongado de cambios en el estado de ánimo, sentimientos de tristeza, desesperanza, ira, aislamiento, frustración, pérdida de apetito. La combinación de estos síntomas interfiere de manera significativa en la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer, e incluso disfrutar de las actividades placenteras.

La valoración del riesgo de suicidio supone la presencia de ideas suicidas, trastornos psiquiátricos y aquellos factores que están asociados con un mayor riesgo de suicidio, si bien es claro el aumento de la incidencia de psicopatología en la población adolescente. (Florenzano, Valdes, Caceres, & Santander, 2011)

Durante la etapa de la adolescencia suceden sistemáticos cambios relacionados con las actitudes asumidas en los aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos, que generan algunas conductas que inciden negativamente en el medio familiar y social, que afecta el desarrollo físico y psicológico del adolescente. (Cortes, Rodríguez, & Duran, 2011).

El conjunto de toda esta sintomatología y los factores de riesgo a los que las personas se encuentran expuestas, pueden ser un elemento importante para que se presente la ideación suicida que se refiere a básicamente al pensamiento o idea constante de quitarse la vida, abarcando todo lo relacionado al suicidio desde la planeación, la intención, el intento autolítico hasta que se produzca el suicidio.

Este escrito se compone de seis capítulos, que son:

**CAPÍTULO I.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:** la contextualización, los antecedentes investigativo, contribución teórica, social y económica del proyecto.

**CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO:** contiene la conceptualización de las variables depresión e ideación suicida., la justificación y los objetivos.

**CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA:** Se detalla el diseño del trabajo, el enfoque, población y los instrumentos psicológicos.

**CAPÍTULO IV.- ANÁLISIS DE RESULTADOS:** se expone el análisis e interpretación de los datos, la comprobación de la hipótesis planteada.

**CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:** se expone los porcentajes obtenidos en los hallazgos investigativos y las recomendaciones al respecto.

**CAPÍTULO VI. - LA PROPUESTA:** exponer un plan de intervención sobre la problemática planteada.



## **CAPÍTULO I**

### **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Actualmente existe una mutación de la sociedad que trae como consecuencia una exacerbación de las manifestaciones clínicas de los trastornos mentales. La adolescencia es una etapa compleja y difícil por los cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales que afectan la estabilidad emocional de los jóvenes.

Debido a estos factores los adolescentes son propensos a presentar manifestaciones o características relacionadas con la Depresión dicho ya que consideran que los problemas no tienen solución, presentando síntomas preocupantes, que muchas veces no son detectados por sus familiares.

Al momento que ocurre esto, lo más probable es que tiendan a presentar ideación suicida, lo que puede conducir a un Intento Autolítico que se muestran como conductas autoagresivas que se muestran en diversos niveles de gravedad, con el propósito de lograr un cambio en la situación personal, demostrando en ocasiones valentía, ira que muchas veces son un llamado de atención.

## **Contextualización**

### **Macro**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) realiza el primer informe de la sobre prevención del suicidio el cual obtiene como resultados que cada año 800.000 personas se suicidan, aproximadamente el 75 % proviene de países con ingresos medios y bajos. Australia, Canadá, Estados Unidos, Japón, Nueva Zelanda y algunos países europeos dieron a conocer que la apertura a estos medios puede contribuir a la prevención del suicidio. Se conoce que solo 28 países tienen estrategias nacionales de prevención del suicidio.

La depresión, es una enfermedad que aqueja a muchas personas dentro del mundo moderno. La misma, afecta a todos los grupos sociales que existen, lo que la convierte en un padecimiento sufrido a nivel mundial y sus cifras son alarmantes. Este padecimiento no es único en la niñez o la etapa adulta; en la juventud los síndromes y trastornos depresivos además simbolizan un difícil problema de salud pública y mental. Esto quiere decir, que la enfermedad puede afectar a cada ciudadano y ninguna persona queda exenta de sufrirla.

En el presente trabajo, se trata a depresión desde dos enfoques principales. En primer lugar, se debe generalizar a la depresión como tal y analizarla como una enfermedad mundial. Por lo tanto, se comienza por definirla a la par con su etimología, analizar su etiología, sintomatología y los diferentes niveles que existen. En segundo lugar, se toma en cuenta a un grupo particular que es muy propenso a sufrir de este mal, que son los pacientes oncológicos. A la vez, se define a este tipo de pacientes, se analiza la psicología de los mismos al paso de la enfermedad y el impacto que puede traer consigo dentro de su mente.

Cubillas, Pérez, Valdez & Galaviz (2012) realiza un estudio en los estudiantes de educación media superior en Sonora acerca de la depresión y el comportamiento suicida, con el cual determina que la depresión aparece en 67.3% de los estudiantes que han intentado suicidarse, y en el 81.1% de quienes manifiestan ideas suicidas.

## **Meso**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) presenta una investigación en la que se determina que el Ecuador presenta una tasa de 6.1% por cada 100.000 habitantes, lo cual lo ubica en cuarto lugar según el ranking de los países de Latino América.

En Latinoamérica, la investigación en suicidología ha incluido tanto el aspecto cognitivo (ideación suicida) como el conductual (intento de suicidio y suicidio consumado) en diversas poblaciones.

Según la Dirección Nacional de Delitos contra la Vida y Muertes Violentas (DINASED) (2016) indico que el Ecuador tuvo un incremento en el porcentaje en relación a los suicidios, según su investigación determina que una de las principales causas es la depresión. Ecuador presenta en el año 2015 720 casos de suicidio, mientras que en el 2016 esta tasa incrementa a 789 casos.

## **Micro**

En la Unidad Educativa “Luciano Andrade Marín” de la ciudad de Quito, no se han encontrado investigaciones sobre el tema de ideación suicida y depresión esto se comprueba por medio de la búsqueda de información y la referencia que brindan las autoridades de la misma.

## **Antecedentes**

Auqui (2012) realizó una investigación sobre la “Relación existente entre depresión e Intentos Autolíticos en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Enrique Garcés”, se observó que 96 pacientes ingresaron por Intento Autolítico de los cuales el 77% utilizaron un método no cruento para efectuarlo mientras que el 23% restante lo hizo por medio de laceración.

Al momento de analizar las causas se determinó los siguientes resultados el 55% tomo la decisión por conflictos con la pareja, el 30% por problemas

familiares, el 11% por presentar abuso físico y el 1% restante lo hizo por ser víctima de abuso sexual.

En Loja Miguel González, Médico Psiquiatra, aseguró que una década atrás, la ciudad no presentaba elevada incidencia de suicidios, el fenómeno de la sociedad actual estaría sujeto a varios factores de orden social, familiar y de personalidad, que están influyendo en la alteración mental de las personas; en especial grupos poblacionales vulnerables como los adolescentes (Suicidio juvenil en Loja las estadísticas alarman, 2002)

La presente investigación busca reflexión y análisis sobre este problema de Salud Pública orientado a brindar resultados reales sobre la ideación suicida en los estudiantes del mencionado establecimiento educativo.

Los resultados obtenidos, servirán como base a futuras investigaciones, puesto que, en la actualidad, no existen artículos similares dirigidos a este grupo poblacional lo que sostiene el interés de realizar el presente estudio.

### **Contribución**

La siguiente investigación en el ámbito **Teórico** contribuirá con cifras y porcentajes que reflejan la importancia de la relación entre ideación suicida y depresión con la población urbana de la “Unidad Educativa Luciano Andrade Marín”, ya que en la misma no se han realizado investigaciones previas con ambas variables. La contribución **Social** va orientada a los estudiantes de la unidad educativa con un trabajo diseñado a través de talleres que disminuyan y prevengan la ideación suicida y la depresión. La contribución **Económica** será dirigida a los estudiantes y la escuela con el aporte de los materiales necesarios para la realización de talleres.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### **Ideación Suicida**

Las ideas suicidas son propias de un pensamiento irracional que está vinculado al deseo de quitarse la vida, abarcando todo lo relacionado al suicidio desde la planeación, la intención hasta la ejecución del suicidio. “Algunos autores sostienen que la ideación suicida puede surgir desde la etapa infantil” (Aguilera, Carreño, & Juárez, 2004, págs. 57-66)

Según Borges, Orozco y Benjet el estudio de las conductas suicidas, desde el punto de vista epidemiológico, es diferente al suicidio consumado, que se basa en gran medida en estadísticas recolectadas rutinariamente por las instancias oficiales a través del certificado de defunción. En el caso del intento de suicidio, no hay organismo que disponga de información veraz sobre este problema ya que no es obligatorio reportarlo, mucho menos el reportar la ideación o los planes suicidas. (Borges, Orozco, Benjet, & Medina, 2010, págs. 292-304)

Para (Pérez, 1999):

La mortalidad por suicidio entre los adolescentes y jóvenes está incrementándose, particularmente en los varones, por lo que se hace impostergable su prevención eficaz. Para lograrlo es necesaria la promoción de salud, la protección específica de los grupos de riesgo, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y adecuado de aquellas afecciones que lleven al suicidio y al intento de autodestrucción en cualquiera de sus variantes. La promoción de salud para prevenir esta conducta debe involucrar no sólo a profesionales de la salud pública, sino a otras personas que se relacionan, muchas veces durante mayor cantidad de tiempo, con los adolescentes, como son: los familiares, los maestros y los propios adolescentes. (p.41)

Según Durkheim el Suicidio melancólico:

Se relaciona con un estado general de extrema depresión, de exagerada tristeza, que hace que el enfermo no aprecie seriamente los vínculos que tiene con las personas y cosas que le rodean; los. Placeres carecen para él de atractivo, lo ve todo negro; la vida le parece fastidiosa y dolorida. Como estas disposiciones son constantes, ocurre lo mismo con la idea del suicidio; están dotadas de una gran fijeza y los motivos generales que los determinan son siempre los mismos. Una muchacha, hija de padres sanos, después de haber pasado la infancia en el campo, se ve obligada, hacia los catorce años, a alejarse de él, para completar su educación; en este momento la ataca un tedio inexplicable, un gusto pronunciado por la soledad; luego, un deseo de morir, que nada puede disipar permanece, durante horas enteras, inmóvil, con los ojos fijos sobre la tierra, con el pecho oprimido, en el estado de una persona que teme un acontecimiento siniestro. (p.43)

La ideación suicida se define como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”. Además, en esta definición se incluye aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. (Durkheim, 2001)

Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto autolesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte. (Bastereo, 2014)

### **Factores Asociados a la ideación suicida**

Según Cheng & Otros (2009) define a la ideación suicida como la etapa inicial del suicidio es un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado en donde intervienen factores psicológicos, sociales contextuales y biológicos.

El campo del riesgo suicida, un fenómeno con etiología multidimensional, se ha abordado a través del pensamiento suicida, antes de cualquier intento, estos pensamientos alcanzan un pico en la adolescencia, período delicado de profundidad redefinición personal y social. (Spilka & Beck, 2014)

Según la organización mundial de la salud (2018), existe una relación entre suicidio y las patologías mentales, principalmente la depresión y el

alcoholismo, otros factores relacionados, principalmente en países de altos ingresos, son los suicidios de manera impulsiva motivados por crisis que provocan mucha tensión emocional, así como las patologías crónicas y los problemas de pareja.

### **Factores Psicológicos**

Según Saavedra (2012):

La ideación suicida comparte los mismos riesgos del intento de suicidio y pese a su gran variedad, es posible destacar entre los más comunes en la edad adolescente los siguientes: depresión, problemas de relación con sus pares, mal funcionamiento familiar, factores socioeconómicos, dificultad escolar y bullying, en este sentido, se estima que la ideación suicida presenta la depresión como uno de sus factores de riesgo, ha sido considerado como el mayor factor psicológico y constituye el 50% de las causas de intentos de auto lesiones en adolescentes. (p.36)

Los factores psicológicos dentro de la ideación suicida son varios, sin embargo, todos estos causan un malestar al paciente bastante significativo ya que dichos riesgos son determinantes para tener pensamientos sobre el suicidio, con la posibilidad de luego ejecutarlos y convertirlos en un intento autolítico.

### **Factores Familiares**

Para Cañon (2011):

La familia está cargada de una serie de elementos que provocan el desarrollo de la ideación suicida, siendo la base fundamental para el crecimiento del adolescente, los conflictos, la violencia y las relaciones negativas que se generen entre miembros, están estrechamente relacionados con la conducta suicida, más aún cuando entre los miembros de su propia familia el adolescente recibe maltratos, agresiones físicas y sexuales, castigos exageradamente fuertes o delimitación deficiente de las normas y reglas de casa, experimenta acontecimientos vitales relevantes como la muerte de seres queridos, todos estos elementos claramente relacionados con la conducta suicida. (p.25)

En este sentido la familia es un factor importante de la ideación suicida puesto que, los progenitores son los encargados de brindar herramientas de apoyo, guía y afrontamiento en los adolescentes. Sin embargo, muchas veces estos son los causantes de ejecutar maltrato (verbal, físico y psicológico) causando un malestar significativo que puede llevarlo a presentar ideación suicida.

### **Factores Sociales**

Según Greenberg y Shaffer (2003):

El bullying es uno de los uno de los principales factores de riesgo en el ámbito escolar, mayormente tangible cuando el adolescente presenta algún trastorno psicológico o psiquiátrico de base, el adolescente víctima de acoso, suele presentar adicionalmente dificultades en las relaciones interpersonales, problemas de aprendizaje o de atención y bajo rendimiento académico. (p.54)

El factor de riesgo social, es de vital importancia en edad adolescente puesto que en este periodo de tiempo el círculo de pares es vital importancia, debido al tiempo que se comparte y a las experiencias que se presentan en el mismo, sin embargo, en la actualidad el ámbito escolar presenta riesgos como el acoso, el bajo rendimiento académico, relaciones amorosas, problemas académicos, etc.



## Depresión

Según la OMS (2018) define a la depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

Sin embargo, la OMS (2018) señala que “la depresión es uno de los trastornos de mayor prevalencia en la población, afectando a todas las comunidades en el mundo; los trastornos depresivos comienzan a menudo a temprana edad. En adolescentes de todo el mundo el predominio de la depresión es del 4 al 8 %; a nivel latinoamericano la prevalencia se encuentra entre el 7 y 9 %, mientras que en Colombia se presenta un predominio del 3 al 5 %. Así, la depresión es considerada uno de los problemas psicológicos que más afecta a la población juvenil.

Fonseca (2012) señala que:

Las mayores tasas de depresión en la edad adulta están asociadas con la depresión en la infancia y la adolescencia, por lo que actualmente los esfuerzos se encaminan a detectar y tratar precozmente a niños y adolescentes con síntomas depresivos. En los últimos años, ha habido un aumento en la incidencia de la depresión a edades tempranas, además de un incremento de las tasas o intentos de suicidio por lo que, al igual que ocurre con la depresión adulta, la depresión infantil y adolescente constituyen también uno de los mayores problemas de salud en nuestra sociedad actual. (p.218).

La depresión es uno de los cuadros más presentados por niños, adolescentes e incluso adultos, puesto que es una manifestación de síntomas de tristeza, desesperanza, insomnio, hipersomnia falta de apetito que influye de manera significativo en la rutina de la persona puesto que las cosas que sabía disfrutar, ya no le atraen y esto afecta en el ámbito personal, familiar, cognitivo y conductual.

La Sociedad Americana de Psiquiatría define a la depresión como una enfermedad mental en la que la persona experimenta tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades. En contraste con la tristeza normal, la depresión tiene impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo. (Aguilar & Ávila, 2006)

La depresión afecta el ánimo, puede variar este estado de manera abrupta, existen situaciones emocionales que son el producto de problemas específicos y que frecuentemente duran poco tiempo.

Existen señales que pudieran llevar a pensar que se está frente a una depresión, si por lo menos durante dos semanas se observa que existe falta de interés en las cosas, problemas del sueño o del apetito, falta de concentración falta de energía, humor depresivo, pudieran estar padeciéndose de una depresión. Aun y cuando se conoce que existen episodios de tristeza muy cortos que son normales.

Cuando una persona sufre de depresión generalmente sus diferentes áreas de funcionamiento, tales como su vida laboral, afectiva, relacional y personal, se ven alteradas negativamente ya que la persona pierde el interés en las actividades que realiza diariamente. (Bacca, González, & Uribe, 2005)

### **Factores De Riesgo**

Dentro de la depresión existen algunos factores característicos, entre los cuales se encuentran los personales, sociales, familiares, conductuales y cognitivos, a continuación, y detallara cada uno de ellos de acuerdo a varios autores, que brindan características propias del mismo.

### **Factores Personales y Sociales**

Los trastornos depresivos son prevalentes e incidentes mayormente en mujeres que, en hombres, ya que por lo general comienzan en la adolescencia y se mantienen en la edad adulta (Ariza, 2014, p. 36)

La sociedad es un factor determinante al momento de ir creciendo, pues los estándares, reglas y leyes de lo que puede hacer una mujer vs un hombre,

lo que está de moda y lo que son un factor determinante al momento de tratar de encajar en la sociedad ya que esto repercute de manera significativa en el control y manejo de las emociones y sentimientos. Estos elementos mencionados anteriormente repercuten de manera significativa para la presentación de síntomas depresivos, siendo más propensos en edad adolescente.

Sin embargo, en edad adulta se presentan otro tipo de dificultades y preocupaciones que vienen a ser de económico, laboral, cuidado de personas a su cargo (hijos, padres, etc.), entre otros, estos elementos son un desencadenante importante para presentar síntomas depresivos.

### **Factores Familiares**

Almonte (2009) expone que:

El sistema familiar constituye el principal campo de expresión emocional, por lo que juega un papel preponderante en el inicio y mantenimiento de los trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos; su importancia en el desarrollo de la autonomía es fundamental. Las características del ejercicio del papel parental facilitan o perturban este proceso. Los padres sobreprotectores dificultan el logro de la autonomía al tratar al hijo como menos capaz de lo que realmente es y los permisivos, al no poner límites, dificultan que el hijo adquiriera su propio control interno. (p.45)

La familia es un pilar importante al momento de criar, dirigir y apoyar a sus hijos en edad adolescente ya que una época de cambio constante donde se ven expuesto al manejo de varios sentimientos y emociones. El papel de los padres durante este proceso es fuertemente importante ya que son los encargados de brindar pautas de afrontamiento en las dificultades que se presentan, sin embargo, es común que lo adolescente prefieran confiar en su círculo de “amigos”, lo cual muchas veces es un desencadenante de síntomas depresivos puesto que estos se encuentran en el mismo proceso.

## **Factores Cognitivos**

Según un estudio realizado por Vásquez (2018) en el cual afirma que los factores cognitivos se centran en los nuevos desarrollos elaborados con relación a aspectos cruciales del modelo cognitivo de la depresión, así como los nuevos procesos que se han comenzado a estudiarse. Así, se describen los avances realizados en la comprensión de los esquemas negativos, la autoestima o los procesos de memoria. Así mismo, se detalla la supresión de pensamientos en los procesos de vulnerabilidad a la depresión. (p. 139)

Como ya sabe el trastorno depresivo se caracteriza por la tristeza, este factor hace que las personas que lo padecen, muchas veces eleven los problemas a un nivel extremo, lo que claramente provoca que les cueste encontrar una solución o si la hallan muy pocas veces es asertiva, esto se relaciona de manera significativa con las ideas irracionales que se presentan durante el mismo.

## **Factores Conductuales**

Los factores conductuales de riesgo como es el modo de resolver situaciones de conflicto, la utilización de determinados mecanismos habituales de defensa frente a situaciones desestabilizadoras de su identidad, la percepción subjetiva del impacto de las experiencias que le toca vivir, la capacidad de afrontamiento con que se maneja, grado de capacidad y flexibilidad cognitiva para la resolución de problemas. (Gómez M. T., 2014, p. 3)

Los adolescentes cursan por una etapa complicada ya que en este tiempo se presentan diferentes crisis, que pueden ser en el ámbito familiar, personal, relaciones amorosas, relaciones de amistad entre otras. Estas experiencias contribuyen de manera importante a la percepción de los problemas y a su manera de actuar ante ellos por dicha razón, tienden a reaccionar de mala forma, en especial ante sus autoridades, ya que son los que colocan las reglas, debido a esta razón presentan una dificultad para controlar los impulsos. Se considera que los adolescentes no se toman en el tiempo para pensar y luego actuar lo que provoca una cierta tendencia a tomar una conducta negativa ante las situaciones.

## Clasificación de la depresión Según El DSM-V

Es de suma importancia reconocer la sintomatología, clasificación, periodos de tiempo, de cada uno de los trastornos depresivos, con la finalidad de brindar un tratamiento acorde a la situación de cada paciente, puesto que si se aplica de manera adecuada el paciente logrará obtener una mejora de los síntomas y esto le brindará una mejor calidad de vida.

Según el DSM en su quinta edición clasifica a la depresión en ocho trastornos a continuación se expondrán la característica diagnosticas de cada uno de ellos.

### **Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo 296.99 (F34.8)** (Pérez, 2018)

A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.
D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).
E. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.
F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.
G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
H. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años.
I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.
J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro del autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de

separación, trastorno depresivo persistente (distimia).

K. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica. (Pérez, 2018)

El Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo es una afección que presenta frecuentemente irritabilidad crónica, cambios de humor súbitos que están fuera de proporción en relación a los escenarios diarios donde se desenvuelve el niño o adolescente.

### **Trastorno de depresión mayor (Pérez, 2018)**

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

La depresión mayor se presenta como un trastorno que se caracteriza por el cambio del estado de ánimo, sentimientos de tristeza, ira, aislamiento, frustración, desesperanza, pérdida de apetito por un tiempo prolongado lo cual interfiere en el diario vivir de la persona que la presenta.

### **Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1) (Pérez, 2018)**

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.

2. Insomnio o hipersomnias.

3. Poca energía o fatiga.

4. Baja autoestima.

5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.
Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (Pérez, 2018)

(Asociacion, 2014, págs. 108,109)

La distimia se presenta como un tipo de depresión grave y persistente caracterizada principalmente por el estado de ánimo bajo, baja autoestima, pérdida de apetito e insomnio lo cual provoca repercusiones en el ámbito físico y psicológico de la persona.

### **Trastorno disfórico premenstrual 625.4 (n94.3) (Pérez, 2018)**

A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del Trastorno disfórico premenstrual inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.
B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:
1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor; de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
2. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales.
3. Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.



4. Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.
C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.
1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnia o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.
7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.
D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).
E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) Trastornos depresivos o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).
F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos.
G. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

El Trastorno disfórico premenstrual es una afección presentada por las mujeres durante el periodo de la menstruación de 5 a 11 días antes del mismo y se presenta con síntomas físico o emocionales por ejemplo la de depresión, irritabilidad y tensión.

### **Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento (Pérez, 2018)**

A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
--

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente:
D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

### **Trastorno depresivo debido a otra afección médica (Pérez, 2018)**

A. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.
B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).
D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

(Asociacion, 2014, págs. 116,117)

## Otro Trastorno Depresivo Especificado 311 (F32.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando “otro trastorno depresivo especificado” y a continuación el motivo específico (p. ej., “episodio depresivo de corta duración”). Algunos ejemplos de presentaciones que se puede especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. Depresión breve recurrente: Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.

2. Episodio depresivo de corta duración (4–13 días): Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.

3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para depresión breve recurrente.

(Asociacion, 2014, págs. 117,118)

## **Otro Trastorno Depresivo No Especificado 311 (F32.9) (Pérez, 2018)**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

(Asociacion, 2014, págs. 118,119)

Esta categoría se refiere básicamente al incumplimiento de los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos, puesto que solo cuentan con uno o dos de los mismo, razón por la cual no son suficientes para determinar un diagnóstico al paciente.

### **Depresión En Adolescentes**

La adolescencia está caracterizada por ser una etapa de mucha presión y grandes preocupaciones, cambios rápidos y exigencias cada vez mayores del entorno, provocando alteraciones emocionales intensas en el joven, existe una gran necesidad de aceptación por sus pares, principalmente en el ámbito escolar, situación que, de no lograrse a cabalidad, provoca ansiedad, desaliento y frustración, aspectos que pueden desarrollar violencia, inseguridad, conductas adictivas, ideas suicidas. (Mena & Muñoz, 2010)

En el artículo llamado “LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE” se define a este periodo como que:

En la adolescencia, la presencia de temas depresivos representa una dimensión transorganizacional, que puede aparecer sustancialmente en todos los individuos, independientemente de la organización de significado personal. La difusión transorganizacional de los temas depresivos confirma cómo su elaboración representa un elemento fundamental para la maduración ideo-afectiva, la construcción de la identidad y la aceptación de sí mismo, igualmente como ocurre con otras funciones psicológicas. (Nardi, 2004)

En la edad adolescente la depresión es un factor común, que se presenta por diversos temas sociales como son el alcoholismo, embarazo adolescente, bullying, decepciones amorosas, problemas familiares entre otros. Sin embargo, se dice que este proceso podría ser lidiado de mejor manera si se trabajara en el autocontrol de las emociones.

## **Justificación**

Esta investigación es de gran importancia para el campo de la psicología como ciencia ya que aportará una visión multifactorial de la problemática del suicidio, por tratarse de un diseño cuantitativo. En este sentido permitirá a la psicología clínica diseñar las estrategias más pertinentes para mejorar la calidad de vida y mitigar los síntomas asociados a la depresión y la ideación suicida. A la población de la Unidad Educativa “Luciano Andrade Marín”, la presente investigación brindará un conocimiento más amplio acerca de la sintomatología que pueden presentar los jóvenes, con la intención de prevenir posibles intentos autolíticos.

Es original ya que han existido muy pocas investigaciones en adolescentes estudiantes de bachillerato de la ciudad de Quito, que relacionen estas dos variables en función del diseño de estrategias de intervención oportunas y con una visión preventiva. Es una investigación factible, debido a la apertura que existe por parte de la Unidad Educativa “Luciano Andrade Marín” para realizar la presente investigación

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

- Determinar la relación entre depresión y la ideación suicida en estudiantes de bachillerato de la unidad educativa “Luciano Andrade Marín en el año 2018.

### **Objetivos Específicos**

- Establecer la presencia o ausencia de ideación suicida en estudiantes de bachillerato del colegio “Luciano Andrade Marín” mediante el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y Escala de ideación suicida de Beck.
- Identificar los niveles de Depresión en estudiantes de bachillerato del colegio “Luciano Andrade Marín” en el año 2018. Mediante el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y Escala de ideación suicida de Beck
- Diseñar una estrategia de intervención que permita disminuir los niveles de depresión y prevenir el Intento Autolítico en estudiantes de bachillerato del colegio “Luciano Andrade Marín” en el año 2018. Mediante el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y Escala de ideación suicida de Beck

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **Diseño del trabajo**

La presente investigación es de corte transversal, de tipo descriptivo y correlacional, que permiten evidenciar datos y características específicas de la población a partir de datos numéricos ofreciendo una relación entre las variables planeadas que son ideación suicida y depresión.

#### **Área de estudio**

**Campo:** Psicología

**Área:** Clínica

**Aspecto:** Afectividad

**Delimitación espacial:** Colegio Luciano Andrade Marín

**Provincia:** Pichincha

**Cantón:** Quito

**Delimitación Temporal:** Año lectivo 2018-2019

**Enfoque:** cuantitativo.

#### **Población y muestra**

La población es de 152 alumnos de la Unidad Educativa “Luciano Andrade Marín” del décimo de bachillerato paralelos A, B, C, D, E, F, G.



## Instrumentos De Investigación

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. Los cuales miden síntomas de depresión, cada reactivo consiente en una escala de tipo descriptivo con cuatro opciones; a mayor puntuación, mayor riesgo de los síntomas. La puntuación total del inventario puede fluctuar entre 0 y 63 puntos. El inventario presentó una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.89.

**Tabla 1. Test BDI-II**

<b>Nombre en español:</b> Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)	<b>Procedencia:</b> Estados Unidos
<b>Administración:</b> Individual y colectiva	<b>Duración:</b> Tiempo aproximado 10 a 15 minutos
<b>Autor:</b> Aaron Beck	<b>Adaptación española:</b> J. Sanz, C. Vázquez
<b>Ámbito de Aplicación:</b> 13 años en adelante	<b>Estandarización en América Latina:</b> American Psychological Association.

**Autora:** Investigadora

Escala de Ideación Suicida; que tiene como objeto asignar una puntuación y evaluar el grado de intensidad con él que una persona piensa en el suicidio, consta de 21 ítems. En las que se indaga sobre características relacionadas a la actitud ante la vida y la muerte, pensamientos suicidas, plan de intento de suicidio, realización del intento previo de suicidio. Este reactivo consiente en una escala de tipo descriptivo en cada ítem se encuentran tres alternativas de respuesta que indican un grado de intensidad en relación a la intencionalidad suicida. Se ha determinado una consistencia interna alta con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.89-0.96 y una fiabilidad inter examinador de 0.83.

**Tabla 2. Escala de Ideación suicida IS**

<b>Nombre en español:</b> Escala de Ideación Suicida SSI	<b>Procedencia:</b> Estados Unidos
<b>Administración:</b> Individual y colectiva	<b>Duración:</b> Tiempo aproximado 15 a 20 minutos
<b>Autores:</b> Aaron Beck, Kovacs, A. Weissman,	<b>Adaptación española:</b> J. Sanz, C. Vázquez
<b>Ámbito de Aplicación:</b> 13 años en adelante	<b>Estandarización en América Latina:</b> American Psychological Association.

**Autora:** Investigadora

### **Procedimientos para obtención y análisis de datos**

- Selección de la muestra.
- Selección de los instrumentos psicológicos.
- Aplicación de consentimiento informado.
- Aplicación de instrumentos psicológicos.
- Realización del análisis estadístico a través del programa SPSS.
- Elaboración gráficos y tablas.

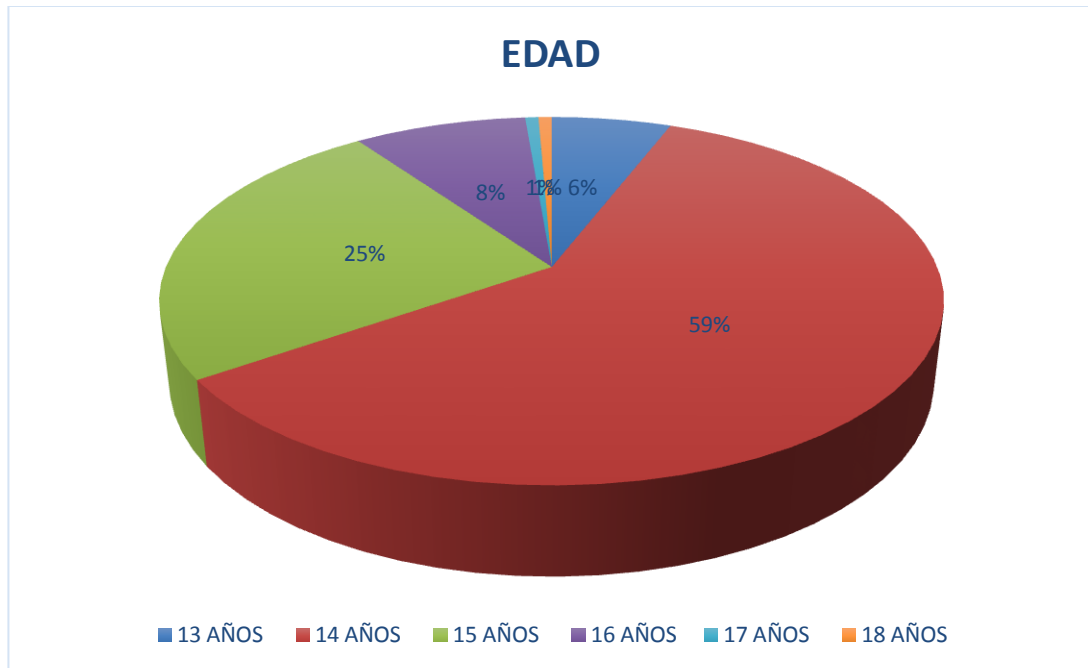
### **Actividades**

- Búsqueda de fuentes bibliográficas que apoyen el tema de investigación.
- Elaboración de un cronograma de actividades desde el mes de octubre del 2018.
- Búsqueda de reactivos que midan las variables depresión e ideación suicida.
- Elaboración del Marco teórico: conceptualización de las variables del estudio.
- Aplicación de instrumento en la Unidad Educativa “Luciano Andrade Marín”.
- Tabulación de los datos: una vez obtenida la información de los reactivos se empezó a ingresar los datos a una tabla de Excel, con el fin de visualizar los resultados y elaborar gráficos estadísticos.

- Resultados tabulados: los datos de Excel fueron traspolados al software estadístico SPSS con el fin de poder aplicar medidas de tendencia central y coeficiente de correlación Pearson.

## CAPÍTULO IV

### Análisis de resultados



**Gráfico 1.** Edad

**Elaborado por:** Investigadora

**Fuente:** Investigación de campo



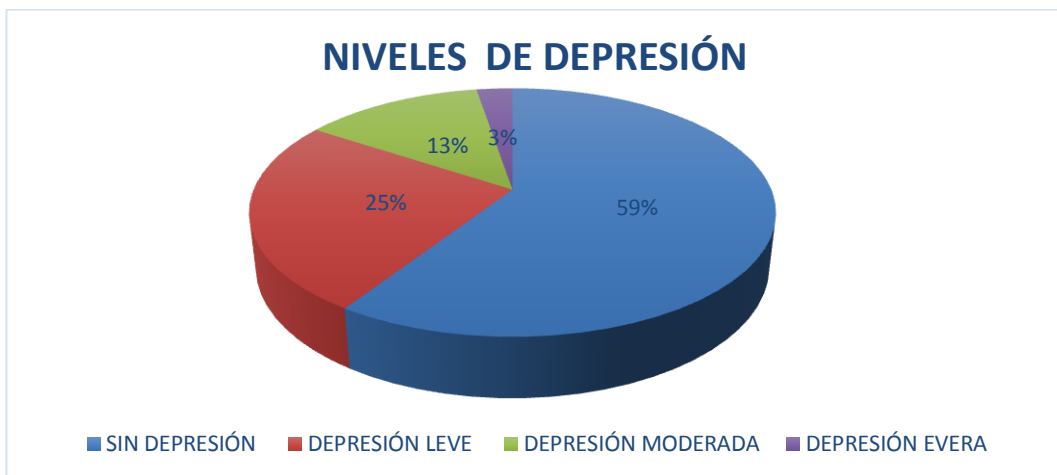
**INTERPRETACIÓN:** El gráfico No.1 muestra que el 6% de los participantes se encuentra en los 13 años, 59% en los 14 años, el 25% en los 15 años, el 8% en 16 años, el 1% en los 17 años y el 1% en los 18 años.

**Gráfico 2.** Sexo

**Elaborado por:** Investigadora

**Fuente:** Investigación de campo

**INTERPRETACIÓN:** El gráfico No.2 muestra que el 46% de los participantes son hombres mientras que el 54% son mujeres.



**Gráfico 3.** Niveles de depresión

**Elaborado por:** Investigadora

**Fuente:** Investigación de campo

**INTERPRETACIÓN:** El gráfico No.3 muestra que los niveles de depresión en el 59% de los participantes no presentan depresión (SD), el 25% con depresión leve (DL), el 13% con depresión moderada (DM), mientras que el 3 % con depresión severa (DS).



**Gráfico 4.** Ideación suicida

**Elaborado por:** Investigadora

**Fuente:** Investigación de campo

**INTERPRETACIÓN:** El gráfico No.4 muestra que en la Ideación suicida el 34% de los participantes si la presenta, mientras que el 66% no la presenta ideación suicida.

**Tabla 3.** Medias y Desviación Estándar

#### Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación estándar	N
Edad	14,3947	,79866	152
Sexo	,5395	,50009	152
Ideación Suicida Puntaje	3,3092	7,00920	152
Depresión Puntaje	9,9671	8,66172	152

**Elaborado por:** Investigadora

**Fuente:** Investigación de campo

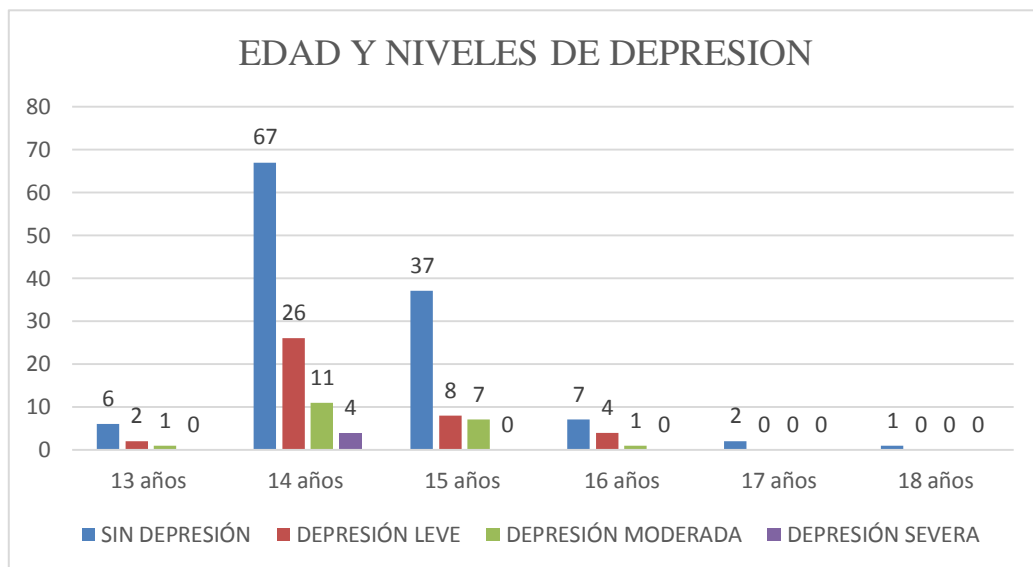
**INTERPRETACIÓN:** La tabla No.3 muestra que la variable edad tiene una media de 14,3 y una desviación estándar de ,798. La variable sexo tiene una media de ,539 y una desviación estándar de ,500. En la variable ideación suicida presenta una media de 3,30 con una desviación estándar de 7,00. Y la variable depresión con una media de 9.96 y una desviación estándar de 8.66.

**Tabla 4.** Edad y niveles de depresión

EDAD	SIN DEPRESIÓN	DEPRESIÓN LEVE	DEPRESIÓN MODERADA	DEPRESIÓN SEVERA
13 años	6	2	1	0
14 años	67	26	11	4
15 años	37	8	7	0
16 años	7	4	1	0
17 años	2	0	0	0
18 años	1	0	0	0

**Elaborado por:** Investigadora

**Fuente:** Investigación de campo



**Gráfico 5.** Edad y Niveles de depresión

**Elaborado por:** Investigadora

**Fuente:** Investigación de campo

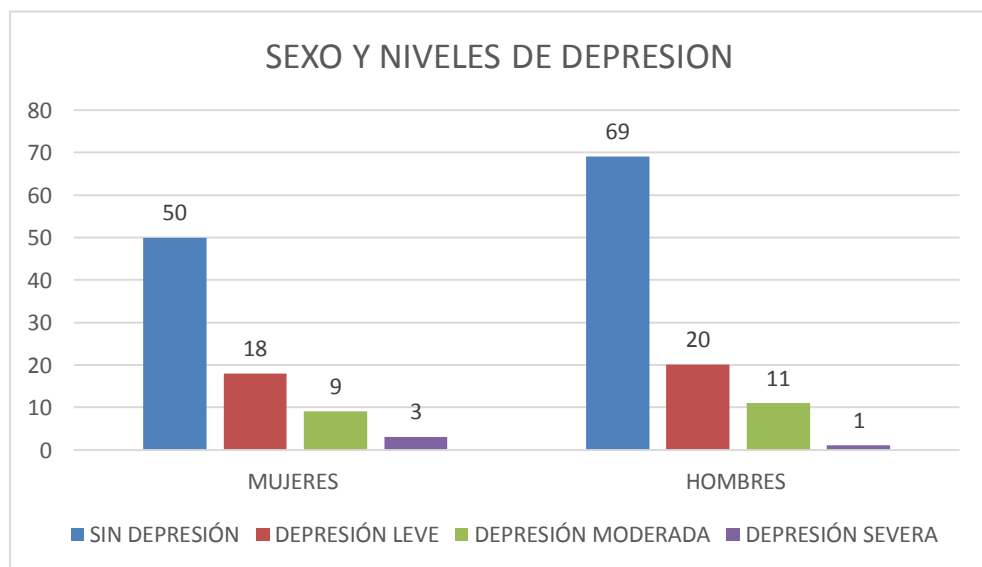
**INTERPRETACIÓN:** El gráfico No.5 muestra en el nivel sin depresión (SD) en la edad de 13 años con 6 participantes, de 14 años con 67, 15 años con 37, 17 años con 2 s y en la edad de 18 años 1. En el nivel depresión leve (DL) en la edad de 13 años con 2 participantes, 14 años con 26, 15 años con 8 ,16 años con 4. En el nivel depresión moderada (DM) en la edad de 13 años con 1 participante, 14 años con 11, 15 años con 7,16 años con 1. En el nivel depresión severa (DS) en la edad de 14 años hay 4 participantes.

Tabla 5. Sexo y niveles de depresión

SEXO	SIN DEPRESIÓN	DEPRESIÓN LEVE	DEPRESIÓN MODERADA	DEPRESIÓN SEVERA
MUJERES	50	18	9	3
HOMBRES	69	20	11	1

**Elaborado por:** Investigadora

**Fuente:** Investigación de campo



**Gráfica 6.** Sexo y niveles de depresión

**Elaborado por:** Investigadora

**Fuente:** Investigación de campo

**INTERPRETACIÓN:** El gráfico No. 6 muestra que el nivel sin depresión (SD) con 50 participantes mujeres y 69 hombres; El nivel depresión leve (DL) con 18 mujeres y 20 hombres; El nivel depresión moderada (DM) con 9 mujeres y 11 hombres; El nivel depresión severa (DS) con 3 participantes mujeres y 1 hombre.



**Tabla 6.** Correlación de Depresión – Ideación suicida

		Edad	Sexo	Ideación Suicida Puntaje	Depresión Puntaje
Edad	Correlación de Pearson	1	-,172*	-,014	-,054
	Sig. (bilateral)		,034	,867	,512
	N	152	152	152	152
Sexo	Correlación de Pearson	-,172*	1	-,057	,003
	Sig. (bilateral)	,034		,483	,975
	N	152	152	152	152
Ideación Suicida Puntaje	Correlación de Pearson	-,014	-,057	1	,609**
	Sig. (bilateral)	,867	,483		,000
	N	152	152	152	152
Depresión Puntaje	Correlación de Pearson	-,054	,003	,609**	1
	Sig. (bilateral)	,512	,975	,000	
	N	152	152	152	152

**Elaborado por:** Investigadora

**Fuente:** Investigación de campo

**INTERPRETACIÓN:** En la tabla No.6 se evidencia una correlación de Pearson de 609\*\* ente la variable depresión e ideación suicida siendo un resultado estadísticamente muy significativo.

## **Hipótesis**

H0 = No existe relación directa entre la ideación suicida y la depresión en estudiantes de bachillerato del colegio “Luciano Andrade Marín” de la ciudad de Quito en el año 2018-2019.

H1 = Existe relación directa entre la ideación suicida y la depresión en estudiantes de bachillerato del colegio “Luciano Andrade Marín” de la ciudad de Quito en el año 2018-2019.

Los resultados obtenidos durante la investigación determinaron que se cumple la H1 y se rechaza la H0, por el análisis de correlación de Pearson entre las variables ideación suicida y depresión donde existe correlación bilateral significativa de 0,00 siendo estadísticamente significativa. Expresando una relación entre las variables a medida que aumentan los niveles de depresión se manifiesta la ideación suicida.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### Conclusiones:

- Este estudio muestra una relación significativa entre la depresión y la ideación suicida en los estudiantes de la Unidad Educativa Luciano Andrade Marín, debido a factores familiares y sociales en los que están inmersos.
- Los niveles de depresión en los participantes se encuentran en el 25% leve (DL), el 13% depresión moderada (DM), mientras que el 3 % presenta depresión severa (DS). Es decir que el 41% de la muestra presenta depresión mientras que el 59% no presenta, debido a los diversos cambios que ocurren en la etapa de la adolescencia sumados a factores externos.
- El 34% de los participantes presentan ideación suicida mientras que el 66% no la presenta, debido a las relaciones familiares disfuncionales o desestructuradas.
- En el colegio no se han generado propuestas de intervención para disminuir los niveles depresivos en los estudiantes de la Unidad Educativa Luciano Andrade Marín.

#### Recomendaciones:

- Realizar evaluaciones periódicas para prevenir el surgimiento y desarrollo de la depresión enfocándose en estudiantes con mayor vulnerabilidad.
- Desarrollar planes y programas informativos sobre la depresión y sus riesgos dentro de la Unidad Educativa.
- Fomentar actividades recreativas, extracurriculares para fortalecer las relaciones interpersonales que mejoren la comunicación y eviten la presencia de ideación suicida.

- Talleres para fomentar un manejo adecuado de la depresión y prevenir la ideación suicida en los alumnos de la Unidad Educativa “Luciano Andrade Marín”.

### **Discusión:**

En la época actual existe una mutación de la sociedad que trae como consecuencia nuevas presentaciones sintomáticas y una agudización de los trastornos mentales. Siendo la depresión una de las más frecuentes en la adolescencia al ser una etapa compleja y difícil por los cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales que conlleva.

Según la Dirección Nacional de Delitos contra la Vida y Muertes Violentas (DINASED) (2015) indicó que el Ecuador tuvo un incremento en el porcentaje de suicidios, según su investigación determina que una de las principales causas es la depresión. Ecuador presenta en el año 2015 720 casos de suicidio, mientras que en el 2016 esta tasa incrementa a 789 casos. Debido a las cifras encontradas en el estudio en la Unidad Educativa “Luciano Andrade Marín” muestra que los niveles depresivos que presentan los adolescentes son congruentes con las cifras que determina la DINASED, tomando en cuenta que los niveles de depresión se encuentran en la mayoría de la muestra, debido a estos resultados es importante tomar medidas de carácter diagnóstico y preventivo, para poder prevenir el suicidio.

Cubillas (2012) realiza un estudio sobre los estudiantes de educación media superior en Sonora acerca de la depresión y el comportamiento suicida, con el cual determina que la depresión aparece en 67.3% de los estudiantes que han intentado suicidarse, y en el 81.1% de quienes manifiestan ideas suicidas. En relación con esta investigación se evidencia un porcentaje debido a que la muestra utilizada es menor a la del estudio de Cubillas, Sin embargo ambos estudios determinaron niveles altos en relación a su población de estudio.

## CAPÍTULO VI

### PROPUESTA

**Tema: TALLERES PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LA UNIDAD EDUCATIVA “LUCIANO ANDRADE MARÍN”**

#### **6.2. Justificación**

La depresión es uno de los trastornos de mayor prevalencia en las personas, por lo general los trastornos depresivos se empiezan a desarrollar a menudo en edad temprana es decir la adolescencia. La depresión se caracteriza por una sintomatología que se presenta por un periodo prolongado que conlleva cambios en el estado de ánimo, sentimientos de tristeza, desesperanza, ira, aislamiento, frustración, pérdida de apetito. La combinación de estos síntomas interfiere de manera significativa en la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer, e incluso les cuesta disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras en su diario vivir.

La presencia de esta sintomatología y los factores de riesgo a los que los adolescentes se encuentran expuestos, pueden ser un elemento trascendente para que se llegue a presentar la ideación suicida que es básicamente la idea constante de quitarse la vida, abarcando todo lo relacionado al suicidio desde la planeación, la intención, el intento autolítico hasta que se produzca un suicidio.

Es de carácter **importante** puesto que este estudio brindará un conocimiento más amplio acerca de la sintomatología que pueden presentar los jóvenes, en cuanto a la depresión e ideación suicida, con la intención de brindar diagnóstico y carácter de prevención a los alumnos del décimo año de la Unidad Educativa “Luciano Andrade Marín” que no presentan esta sintomatología.

Es **original** ya que no existe un estudio realizado dentro de la Unidad Educativa “Luciano Andrade Marín”, que relacionen la variable depresión e ideación suicida, en este sentido la investigación trabajará ambas variables en función de un diseño de estrategias de intervención oportunas y con una visión preventiva.

Es **factible**, debido a la apertura que existe por parte de las autoridades de la institución para realizar la presente investigación, ya que se han detectado algunos casos en el alumnado por parte del departamento de consejería estudiantil (DECE) acorde a la sintomatología de la depresión.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

- Realizar talleres con acciones encaminadas a mejorar y prevenir síntomas depresivos en los estudiantes de la Unidad Educativa “Luciano Andrade Marín” en el periodo 2018-2019.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar signos y síntomas de la depresión por medio de una charla explicativa para los estudiantes de la Unidad Educativa Luciano Andrade Marín.
- Proponer actividades integrativas para que los estudiantes de la Unidad Educativa Luciano Andrade Marín puedan mejorar su autoestima.
- Fomentar el desarrollo de actividades sobre inteligencia emocional para que los estudiantes de la Unidad Educativa Luciano Andrade Marín puedan manejar de mejor manera sus emociones.
- Crear un ambiente de confianza en los estudiantes de la Unidad Educativa Luciano Andrade Marín con el fin de conseguir aceptación de las diferentes técnicas.

## **Estructura Técnica De La Propuesta**

La propuesta pretende reducir los niveles depresivos en los estudiantes de la Unidad Educativa Luciano Andrade Marín por medio de herramientas informativas y psicológicas que permitan mejorar la autoestima, inteligencia emocional, motivación.

La fase introductoria del taller permitirá que los estudiantes de la Unidad Educativa Luciano Andrade Marín conozcan la propuesta como: el diseño, desarrollo, el objetivo general y los específicos. Puesto que se pretende realizar un taller introductorio en la que se presentará una exposición teórica, con información importante a cerca de la temática a tratar. Al finalizar, se entregará material de apoyo e insumos que formarán parte del taller.

Durante la fase de prevención y disminución de los niveles depresivos el taller se enfocará en trabajar con los estudiantes y los maestros de la institución, actividades y herramientas psicológicas que permitan de una manera integral trabajar en la prevención y disminución de los niveles depresivos del adolescente buscando principalmente el bienestar emocional de los mismos. A través de estas técnicas, se trabajará el manejo de los pensamientos distorsionados y los hábitos negativos que intervienen en el desenvolvimiento del adolescente y perturban su bienestar emocional.

### **Argumentación Teórica**

Las instituciones educativas deben poner mucha atención en relación a los trastornos depresivos, puesto que por lo general se desarrollan en edad adolescente. La depresión se caracteriza por síntomas tales como: cambios en el estado de ánimo, sentimientos de tristeza, desesperanza, ira, aislamiento, frustración e incluso pérdida del apetito. La combinación de esta sintomatología interfiere de manera significativa en la capacidad del adolescente para estudiar, dormir, comer e incluso les cuesta disfrutar de las actividades que les resultaban placenteras.

Ruiz como se citó en Jadan, C. (2017) expone que la inteligencia emocional es un indicador útil para valorar el bienestar emocional y el ajuste psicológico de las personas. Por medio de investigaciones se ha demostrado que la persona al presentar un bajo nivel de IE influye de manera directa en los indicadores que miden la depresión. Asistir a cursos de IE puede ayudar a mejorar esta habilidad y, por tanto, a prevenir la depresión de manera oportuna.

Según Cañón (2011) expresa que mantener la estabilidad emocional es importante, ya que permite sentir confianza, y percibir una visión más positiva de ellos mismos y el mundo que los rodea. Es comprobado que una baja autoestima provoca una visión distorsionada, y negativa. Ya que hace que sean excesivamente críticos en relación al modo de ser y actuar. Provoca que se sienta insatisfecho por no ser capaz de conseguir lo que desea.

Por esta razón es importante trabajar con el alumnado de la Unidad Educativa Luciano Andrade Marín, talleres en los que se trabaje inteligencia emocional y la autoestima, ya que les permitirá afrontar de mejor manera sus pensamientos y emociones.



**Tabla No 7: Diseño Técnico de la Propuesta**

<b>ETAPA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>EFFECTOS DESEADOS</b>	<b>RESPONSABLES</b>
<b>LOGÍSTICA</b>	Demarcar las salas audiovisuales donde se realizará el taller.	Estipular con las autoridades del DECE los temas, espacios y horarios.	Autoridades de la Unidad Educativa Luciano Andrade Marín	2 horas	Aprobación de las autoridades del DECE acerca de los temas, espacios y horarios.	Coordinadora del DECE Vicerrector. Psicóloga Clínica
<b>VINCULACIÓN</b>	Socializar los resultados al departamento de consejería estudiantil (DECE) de la Unidad Educativa Luciano Andrade Marín.	Informar sobre los resultados obtenidos durante el estudio en base a los reactivos utilizados aplicados.	Computadora, proyector, informes de los reactivos psicológicos, pizarra.	2 horas	Aprobación de las autoridades del DECE acerca de los temas, espacios y horarios.	Coordinadora del DECE Psicóloga Clínica


**Elaborado por:** Investigadora

**Fuente:** Investigación de campo

## Desarrollo de la Propuesta

**Tabla No 8: Hablemos de depresión**

TALLER 1 ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA LUCIANO ANDRADE MARÍN		
<b>Título del taller</b>	“ Hablemos de depresión”	
<b>Lugar</b>	Unidad Educativa Luciano Andrade Marín	
<b>Auditorio N°</b>	1 Edificio Rectorado	
<b>Responsable</b>	Mikaela Ponce	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Socializar los conceptos de la depresión a los estudiantes de la Unidad Educativa Luciano Andrade Marín.</li><li>• Identificar sintomatología y características de la depresión con los estudiantes de la Unidad Educativa Luciano Andrade Marín.</li></ul>	
<b>Metodología</b>	Participativa	
<b>Tiempo</b>	1 h 30 min	
	<b>Introducción</b>	Se empezará el taller con una dinámica rompe hielo llamada “Historia” que básicamente se trata de hacer una ronda con los participantes y la persona que empieza dirá una palabra, la siguiente persona deberá decir la palabra anterior y agregará una nueva y así sucesivamente hasta que participen todos.
	<b>Contenido</b>	Se realizará una presentación a los estudiantes con la siguiente temática, se les brindará material de apoyo sobre: <ul style="list-style-type: none"><li>• Qué es la depresión</li><li>• Características de la depresión.</li></ul>

<b>Desarrollo del taller</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de riesgo de la depresión.</li> <li>• Sintomatología de la depresión. (ideación suicida )</li> <li>• Adolescencia y depresión</li> </ul>
	<b>cierre</b>	<p>Se pasará un video acerca de la depresión en adolescentes y jóvenes.</p>  <p><b>Depresión en adolescentes y jóvenes</b></p> <p><b>Link:</b> <a href="https://www.youtube.com/watch?v=8QQ5EyDoIEQ">https://www.youtube.com/watch?v=8QQ5EyDoIEQ</a></p> <p>Se realiza un conversatorio con los estudiantes donde se realizará una retroalimentación (preguntas y respuestas), sobre la depresión con el afán de que los estudiantes reconozcan la sintomatología y características de la misma.</p>
<b>Recursos</b>	Computador, proyector, sillas, parlantes, material de apoyo.	

**Elaborado por:** Investigadora

**Fuente:** Investigación de campo

**Tabla No 9: Autoestima aprendiendo juntos aceptándose y conociéndose**

TALLER 2 ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA LUCIANO ANDRADE MARÍN	
<b>Título del taller</b>	“ Autoestima aprendiendo juntos aceptándose y conociéndose ”
<b>Lugar</b>	Unidad Educativa Luciano Andrade Marín
<b>Auditorio N°</b>	2 aula 10
<b>Responsable</b>	Mikaela Ponce
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer las virtudes, deseos y malestares de cada estudiante por medio de comunicación.</li> <li>• Mejorar la autoestima en los estudiantes mediante técnicas que expresen las virtudes y debilidades.</li> </ul>
<b>Metodología</b>	Participativa
<b>Tiempo</b>	1 h 30 min
<b>Desarrollo del taller</b>	<b>Introducción</b> Se empezará el taller con una dinámica para fomentar la confianza llamada “yo sé” que básicamente se trata de hacer una ronda con los participantes y la persona que empieza tendrá 40 segundos para decir su nombre cosas positivas, negativas, virtudes deseos y malestares, la siguiente persona deberá hacer lo mismo y después de haberse escuchado todos harán grupos con las personas que tengan al menos una cosa en común.
	<b>Contenido</b> Una vez que se hayan realizado los grupos entre hombres y mujeres realizaran un collage, de aspectos positivos y negativos con la pauta de que por cada estudiante deberá poner 10 cualidades positivas, y 2 negativas sin que se repita con ninguno del grupo esto con el fin de que se den cuenta de que los

		<p>aspectos positivos son mayores a los negativos. Al culminar cada participante expondrá porque cree que posee cada característica.</p>
	<p><b>cierre</b></p>	<p>Se pasará un video acerca de la autoestima en adolescentes y jóvenes.</p>  <p><b>Link:</b> <a href="https://www.youtube.com/watch?v=yaNEmg6cyVM">https://www.youtube.com/watch?v=yaNEmg6cyVM</a></p> <p>Se realiza un conversatorio con los estudiantes donde se realizará una retroalimentación (preguntas y respuestas), sobre la autoestima con el afán de que los estudiantes reconozcan que sus virtudes son mayores a sus fallas.</p>
<p><b>Recursos</b></p>	<p>Computador, proyector, sillas, parlantes, material de apoyo, tijeras, pliego de papel periódico, revistas, pegamento, marcadores.</p>	

**Elaborado por:** Investigadora

**Fuente:** Investigación de campo

**Tabla No 10: “El libro de las emociones”**

<b>TALLER 3 ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA LUCIANO ANDRADE MARÍN</b>	
<b>Título del taller</b>	“ El libro de las emociones ”
<b>Lugar</b>	Unidad Educativa Luciano Andrade Marín
<b>Auditorio N°</b>	2 aula 10
<b>Responsable</b>	Mikaela Ponce
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender a identificar las emociones que experimenta cada estudiante.</li> <li>• Promover el trabajo en equipo entre los estudiantes.</li> </ul>
<b>Metodología</b>	Participativa
<b>Tiempo</b>	1 h 30 min
<b>Desarrollo del taller</b>	<p><b>Introducción</b></p> <p>Se empezará el taller con una dinámica para fomentar confianza, la cooperación y la cohesión llamada “monumento” que básicamente se trata de hacer parejas de manera indistinta cada pareja tendrá una venda, con la cual una persona de la pareja se vendara los ojos mientras que la otra realizara una postura, la persona con los ojos cubiertos replicará la figura y al final el facilitador descubrirá los ojos con el fin de que los participantes se den cuenta sus aciertos y errores, repetir el ejerció cambiando roles.</p>
	<p><b>Contenido</b></p> <p>Una vez que se hayan realizado los grupos entre hombres y mujeres realizaran un pequeño libro donde cada estudiante escribirá una emoción y le dará un significado propio, al final se propondrá un espacio de reflexión para poder hablar de las emociones y poder dramatizarlas, al final escogerán</p>

		<p>las emociones positivas y en conjunto le brindarán un significado que les caracterice a todos.</p>
	<p><b>cierre</b></p>	<p>Se pasará un video acerca de la inteligencia emocional en adolescentes.</p> <div data-bbox="794 468 1370 792" data-label="Image"> </div> <p>Link: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=bGYTx0Lwja0">https://www.youtube.com/watch?v=bGYTx0Lwja0</a></p> <p>Se realiza un conversatorio con los estudiantes donde se realizará una retroalimentación (preguntas y respuestas), sobre la importancia de la inteligencia emocional con el afán de que los estudiantes reconozcan que es posible manejar de mejor manera sus emociones.</p>
<p><b>Recursos</b></p>	<p>Computador, proyector, sillas, parlantes, material de apoyo, vendas, esferos, colores hojas, pegamento, tijeras.</p>	

**Elaborado por:** Investigadora

**Fuente:** Investigación de campo

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, S., & Ávila, J. (2006). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Clínica de Geriatria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. *Revista Gaceta Médica de México*, 141-148. Recuperado el 26 de febrero de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g>
- Aguilera, R., Carreño, S., & Juárez, F. (2004). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, 57-66.
- Almonte, C. (2009). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Santiago: Mediterráneo.
- Ariza, B. (2014). *Factores personales y sociales que influyen en las ideas suicidas*. Argentina: Buenos Aires.
- Auqui, A. (2012). *Relación existente entre depresión e Intentos Autolíticos en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Enrique Garcés*. Quito: UCE.
- Bacca, A., González, A., & Uribe, A. (2005). Validación de la escala de depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *PRISMA. Publicaciones y Revistas Sociales y Humanísticas*, 53-63. Recuperado el 26 de febrero de 2018, de <http://search.proquest.com.v.biblioteca.ucuenca.edu.ec/docview/750061871/fulltextPDF/C84CA8BC92294375PQ/2?accountid=36749>
- Barrionuevo, J. S. (26 de febrero de 2018). *Etimología de...* Recuperado el 27 de febrero de 2018, de <http://etimologias.dechile.net/>  
<http://etimologias.dechile.net/?depression>
- Bastereo, F. (2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de [www.who.int/mediacentre](http://www.who.int/mediacentre).



- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: *Literatura Biomédica*, 304.
- Cañón, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*.
- Cheng, T., Riley, L., Kan, L., Tian, X., Tian, B., & Che, D. (2009). Factores protectores relacionados con la disminución de los riesgos de comportamiento suicida en adolescentes. *Revista cuidado y salud*.
- Cortes, A., Rodriguez, E., & Duran, S. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista cielo*, 27.
- Cubillas, M. J., Pérez, R., Valdez, E., & Galaviz, A. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Mental*, 35(1).
- DINASED. (2016). *Incremento de porcentaje en relación a los suicidios*. Quito: DINASED.
- Durkreim, E. (2012). Factores asociados al suicidio melancólico. *Revista Neuropsicologica*.
- Fernanda, A. S. (2012). *Relación existente entre depresión e intentos autolíticos, en pacientes atendidos en el servicio de emergencia*. Quito: UCE.
- Florenzano, A., Valdes, C., Caceres, M., & Santander, P. (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *revista cielo*, 139.
- Fonseca, A. (2012). *mayores tasas de depresión en la edad adulta*.
- Gómez, M.T (2014). Factores conductuales asociados a las ideas suicidas en adolescentes. *Archivos de Psicología* .

- Gonzales, M. (2002). Suicidio juvenil en Loja: las estadísticas alarman. La Hora. Recuperado de <https://lahora.com.ec/noticia/1000048569/suicidio-juvenil-en-loja-las-estadisticas-alarman>
- Greenberg, T., & Shaffer, D. (2003). *Riesgo de suicidio juvenil e intervenciones preventivas: una revisión de los últimos 10 años*.
- Mena, A., & Muñoz, P. (2010). *Presión social y consumo de alcohol en los adolescentes. Tesis previa a la obtención del título de licenciada en psicología*. Cuenca: Universidad de Ciencia.
- Nardi, B. (2004). La Depresión adolescente. *Psicoperspectiva*, 95-126.
- Organización Mundial de la Salud. (17 de abril de 2017). *Depresión*. Recuperado el 15 de febrero de 2018, de <http://www.who.int: http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Suicidio*. OMS.
- Pérez, F. (30 de junio de 2018). *Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo*. Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com: https://lamenteesmaravillosa.com/trastorno-de-desregulacion-disruptiva-del-estado-de-animo/>
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento, prevención. *Cubana Med Gen Integr*, 196-217.
- Saavedra, B. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista Neuropsiquiátrica*.
- Soler, I., & Gascón, B. (2010). Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. *Revista de comité de consenso de Catalunya*.
- Spilka, J., & Beck, A. (2014). Información y uso de sustancias psicoactivas chez les Suicide, sante en 2014 adolescents franc. *Revista de Suicidio Salud mental y uso de sustancias*.

Vásquez, C. (2008). *Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos*. Madrid: Mc Graw-Hill.

Vásquez, F. (12 de junio de 2000). *DEPRESIÓN: DIAGNÓSTICO, MODELOS TEÓRICOS Y TRATAMIENTO A FINALES DEL SIGLO XX*. Recuperado el 26 de febrero de 2018, de [http://www.google.com.ec: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj55bu\\_-MPZAhVyT98KHVIvACAQFggI MA A&url=http%3A%2F%2Fwww.psicologiaconductual.com%2FPDFespanol%2F2000%2Fart02.3.08.pdf&usg=AOvVaw2vyzgKJuf0-BKC6FnEeO-S](http://www.google.com.ec: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj55bu_-MPZAhVyT98KHVIvACAQFggI MA A&url=http%3A%2F%2Fwww.psicologiaconductual.com%2FPDFespanol%2F2000%2Fart02.3.08.pdf&usg=AOvVaw2vyzgKJuf0-BKC6FnEeO-S)

## ANEXOS

### Escala (SSI).

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

#### I. Características de la actitud hacia la vida/muerte

1. Deseo de vivir
  0. Moderado a intenso
  1. Débil
  2. Ninguno
2. Deseo de morir
  0. Ninguno
  1. Débil
  2. Moderado o intenso
3. Razones para vivir/morir
  0. Las razones para vivir son superiores a las de morir
  1. Iguales
  2. Las razones para morir son superiores a las de vivir
4. Deseo de realizar un intento activo de suicidio
  0. Ninguno
  1. Débil
  2. Moderado a intenso
5. Intento pasivo de suicidio
  0. Tomaría precauciones para salvar su vida
  1. Dejaría su vida/muerte en manos del azar (por ej.: cruzar descuidadamente una calle muy ... transitada).
  2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej.: un diabético que deja de tomar la insulina)

**Nota:** Si en los 4 códigos de los ítems 4 y 5 la puntuación es 0, sáltese las secciones II, III, IV, puntuando "8" (no aplicable) en cada uno de los espacios codificados en blanco "()".

#### II. Características de los pensamientos/deseos suicidas

6. Dimensión temporal: duración
  0. Breve, períodos pasajeros
  1. Períodos más largos
  2. Continuo (crónico), o casi continuo
7. Dimensión temporal: frecuencia

- 0. Rara, ocasional
  - 1. Intermitente
  - 2. Persistente o continuo
8. Actitud hacia el pensamiento/deseo
- 0. Rechazo
  - 1. Ambivalencia, indiferencia
  - 2. Aceptación
9. Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.
- 0. Tiene sensación de control
  - 1. No tiene seguridad de control
  - 2. No tiene sensación de control
10. Factores disuasorios del intento activo. El terapeuta debe anotar cuáles son (ej.: familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad).
- 0. No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio
  - 1. Los factores disuasivos tienen cierta influencia
  - 2. Influencia mínima o nula de los factores disuasorios (si existen factores disuasorios, .....indicarlos)
11. Razones del proyecto de intento
- 0. Manipular el medio, atraer la atención, venganza
  - 1. Combinación de 0 y 2
  - 2. Escapar, acabar, resolver problemas
- III. Características del proyecto de intento**
12. Método: especificación/planes
- 0. No los ha considerado
  - 1. Los ha considerado, pero sin detalles específicos
  - 2. Los detalles están especificados/bien formulados
13. Método: accesibilidad/oportunidad
- 0. Método no disponible; no hay oportunidad
  - 1. El método llevaría tiempo/esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente
  - 2 a. Método y oportunidad accesible
  - 2 b. Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado
14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento.
- 0. No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
  - 1. Inseguro de su coraje, competencia
  - 2. Seguro de su competencia, coraje
15. Expectativas/anticipación de un intento real

- 0. No
- 1. Incierto, no seguro
- 2. Sí

#### **IV. Realización del intento proyectado**

##### 16. Preparación real

- 0. Ninguna
- 1. Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras)
- 2. Completa (ej.: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

##### 17. Notas acerca del suicidio

- 0. No escribió ninguna nota
- 1. Empezaba, pero no completada, solamente pensó en dejarla
- 2. Completada

##### 18. Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej.: seguro, testamento, donaciones)

- 0. Ninguno
- 1. Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados
- 2. Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado

##### 19. Engaño/encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea al terapeuta).

- 0. Reveló estas ideas abiertamente
- 1. Fue reacio a revelarlas
- 2. Intentó engañar, encubrir, mentir

#### **V. Factores de fondo**

##### 20. Intentos previos de suicidio

- 0. Ninguno
- 1. Uno
- 2. Más de uno

##### 21. Intención de morir asociada al último intento

- 0. Baja
- 1. Moderada, ambivalente, insegura
- 2. Alta

## Inventario de BDI-II de Beck

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

- 01 0.- No me siento triste.  
1.- Me siento triste.  
2.- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.  
3.- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 02.- No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.  
1.- Me siento desanimado de cara al futuro.  
2.- Siento que no hay nada por lo que luchar.  
3.-El futuro es desesperanzador y las cosas no mejoraran.
- 03.- No me siento como un fracasado.  
1.- He fracasado más que la mayoría de las personas.  
2.- Cuando miro hacia atrás, lo único que veo que es un fracaso tras otro.  
3.- Soy un fracasado total como persona.
- 04 0.- Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
1.- No disfruto de las cosas tanto como antes.  
2.- Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.  
3.- Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.
- 05 0.- No me siento especialmente culpable.  
1.- Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
2.- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
3.- Me siento culpable constantemente.
- 06 0.- No creo que esté siendo castigado.  
1.- Siento que quizá esté siendo castigado.  
2.- Espero ser castigado.  
3.-Siento que estoy siendo castigado.
- 07 0.- No estoy descontento de mí mismo.  
1.- Estoy Descontento de mí mismo.  
2.- Estoy a disgusto conmigo mismo.  
3.- Me detesto.

- 08 0.- No me considero peor que cualquier otro.
- 1.- Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
  - 2.- Continuamente me culpo por mis faltas.
  - 3.- Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 09 0.- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1.- A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
  - 2.- Desearía poner fin a mi vida.
  - 3.- Me suicidaría si tuviese oportunidad.
- 100.- No lloro más de lo normal.
- 1.- Ahora lloro más que antes.
  - 2.- Lloro continuamente.
  - 3.- No puedo dejar de llorar, aunque me lo proponga.
- 11 0.- No estoy especialmente irritado.
- 1.- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
  - 2.- Me siento irritado continuamente.
  - 3.- Ahora me irritan cosas que antes no me irritaban.
- 12 0.- No he perdido el interés por los demás.
- 1.- Estoy menos interesado en los demás que antes.
  - 2.- He perdido gran parte del interés por los demás.
  - 3.- He perdido todo el interés por los demás.
- 13 0.- Tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1.- Evito tomar decisiones más que antes.
  - 2.- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
  - 3.- Me es imposible tomar decisiones.
- 14 0.- No creo tener peor aspecto que antes.
- 1.- Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
  - 2.- Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
  - 3.- Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15 0.- Trabajo igual que antes.
- 1.- Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
  - 2.- Tengo que obligarme a mí mismo a hacer algo.
  - 3.- Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
- 16 0.- Duermo también como siempre.
- 1.- No duermo también como antes.
  - 2.- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
  - 3.- Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir.
- 17 0.- No me siento más cansado de lo normal.
- 1.- Me canso más que antes.
  - 2.- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.



- 3.- Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18 0.- Mi apetito no ha disminuido.  
 1.- No tengo tan buen apetito como antes.  
 2.- Ahora tengo mucho menos apetito.  
 3.- He perdido completamente el apetito.
- 19 0.- No estoy preocupado por mi salud.  
 1.- Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarras, etc.  
 2.- Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.  
 3.- Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otra cosa.
- 20 0.- No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.  
 1.- La relación sexual me atrae menos que antes.  
 2.- Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.  
 3.- He perdido totalmente el interés sexual.
- 21 0.- No he perdido de peso últimamente.  
 1.- He perdido más de dos kilos.  
 2.- He perdido más de cuatro kilos.  
 3.- He perdido más de siete kilos.
- 22 estoy tratando intencionalmente de perder peso comiendo menos:  
 SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_  
 Total: \_\_\_\_\_  
 0-9 S/D  
 10-18 DL  
 19-29 DM  
 30-63 DS

## Consentimiento Informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 07-01-2019

La presente investigación tiene como objetivo investigar los factores y los niveles que presentan los adolescentes en relación al tema de investigación.

Para lograr estos objetivos se utilizarán dos encuestas que son **el BDI-II y el ISS de Beck** con un tiempo estimado de aplicación de **30 minutos**.

El único beneficio que se obtendrá de la presente investigación es de carácter científico.

La investigación no conlleva ningún riesgo para el participante.

En todo momento se respetará estrictamente la confidencialidad. El nombre del participante no será utilizado en ningún informe o publicación de los resultados de la investigación.

La participación es absolutamente voluntaria y el participante puede retirarse de la investigación en el momento que lo considere oportuno sin ninguna consecuencia por esta decisión.

Para expresar mi consentimiento de participar en la investigación firmo la presente:

\_\_\_\_\_

Firma del Participante

\_\_\_\_\_

Firma del Representante