



FACULTAD DE PSICOLOGIA

DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES DE
UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE PUENTE PIEDRA

Línea de investigación:

Salud Mental

Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología con
mención en psicología clínica

Autor:

Leva Prado, Cristopher Manuel

Asesor:

Castillo Gómez, Gorqui

ORCID: 0000000157486126

Jurado:

Figueroa Gonzáles, Julio Lorenzo

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

Franco Guanilo, Roxana Lorena

Lima - Perú

2022

Referencia:

Leva, P. (2022). *Depresión e ideación suicida en pacientes drogodependientes de un centro de rehabilitación de Puente Piedra* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5862>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE PSICOLOGIA

**DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES
DROGODEPENDIENTES DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE
PUENTE PIEDRA**

Línea de investigación: Salud Mental

**Tesis para optar el Título de Profesional de Licenciado en Psicología con
mención en psicología clínica**

Autor:

Leva Prado, Cristopher Manuel

Asesor:

Castillo Gómez, Gorqui

ORCID: 0000000157486126

Jurado:

Figueroa Gonzáles, Julio Lorenzo

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

Franco Guanilo, Roxana Lorena

Lima – Perú

2022

Dedicatoria

A todas las personas que forman parte de mi vida
en especial a Dios porque nada se mueve si él no lo permite,
a mi madre Alejandrina y a todas mis tías
que siempre me dan un cariño incondicional

Agradecimiento

Un especial reconocimiento a la facultad de Psicología de la UNFV y a sus docentes por formarme profesionalmente y como persona para ser competitivo para contribuir al desarrollo de nuestro país.

Sin el apoyo de las autoridades del Centro de Rehabilitación que me abrieron sus puertas para la ejecución del presente estudio, también he conocido bastante de la realidad y del comportamiento de las personas.

La fortaleza y el soporte que tengo en Dios me ha servido como un apoyo en mis momentos de flaqueza; de igual manera, mi agradecimiento a mi familia por su comprensión, amor y paciencia; con su ejemplo aprendí a ser responsable, perseverante y a luchar por lo que más quiero. Toda mi familia ha influido sobre mi persona para llegar a culminar mi profesión.

Índice

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Índice de Tablas	vi
Índice de Figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. Introducción	1
1.1 Descripción y formulación del problema	3
1.2 Antecedentes	7
1.2.1 Antecedentes nacionales	7
1.2.2 Antecedentes internacionales	10
1.3 Objetivos	14
1.3.1 Objetivo general	14
1.3.2 Objetivos específicos	14
1.4 Justificación	14
1.5 Hipótesis	16
II. Marco teórico	17
2.1 Depresión	17
2.1.1 Conceptualización	17
2.1.2 Teorías	18
2.1.3 Clasificación de los episodios depresivos	20
2.1.4 Tipos de depresión	21
2.2 Ideación suicida	21
2.2.1 Conceptualización	22
2.2.2 Teorías	22

2.3	Drogodependencias	23
2.3.1	Síntomas	24
2.3.2	Factores	24
2.3.3	Teorías	24
III.	Método	27
3.1	Tipo de investigación	27
3.2	Ámbito temporal y espacial	27
3.3	Variables	27
3.4	Población y muestra	28
3.5	Instrumentos	30
3.6	Procedimientos	33
3.7	Análisis de datos	34
IV.	Resultados	35
4.1	Descripción-Interpretación	35
4.1.1	Análisis de normalidad	35
4.1.2	Sintomatología de la depresión	36
4.1.3	Ideación suicida	40
4.1.4	Resultados de los objetivos generales	45
V.	Discusión de resultados	48
VI.	Conclusiones	52
VII.	Recomendaciones	53
VIII.	Referencias	54
IX.	Anexos	61

Índice de Tablas

1.	Características Demográficas de la Muestra	28
2.	Test de Normalidad de las Variables Depresión e Ideación Suicida	36
3.	Distribución de la Muestra Según los Niveles de Depresión	36
4.	Estadísticos de la Variable Depresión	37
5.	Estadísticos de los Ítems del Cuestionario de Depresión	38
6.	Niveles de Depresión Según las Variables Sociodemográficas	40
7.	Distribución de la Muestra Según los Niveles de Ideación Suicida	41
8.	Estadísticos de la Variable Ideación Suicida y Dimensiones	42
9.	Estadísticos de los Ítems de la Variable Ideación Suicida	42
10.	Niveles de Ideación Suicida Según las Variables Sociodemográficas	44
11.	Prueba de Correlación de Spearman Entre las Variables Depresión e Ideación Suicida	46
12.	Prueba de Correlación de Spearman entre la Variable Depresión y Dimensiones De Ideación Suicida	47

Índice de Figuras

1.	Distribución de la Muestra Según los Niveles de Depresión	37
2.	Distribución de la Muestra Según los Niveles de Ideación Suicida	41

Resumen

La investigación tiene como objetivo general determinar si existe relación entre la depresión e ideación suicida en pacientes drogodependientes de un centro de rehabilitación del distrito de Puente Piedra. Para ello, se realizó una investigación de nivel descriptivo – correlacional y diseño transversal. Para dicho estudio, la muestra fue censal y se utilizó un muestreo no aleatorio intencional conformada por 52 pacientes drogodependientes del centro de Puente Piedra, sus edades oscilan entre los 14 a 56 años y estuvo conformado por 52 hombres. En este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos: a) Ficha Sociodemográfica b) El Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 2006) C) El inventario de Ideación Suicida para adultos: BSS (Beck, Steer y Ranieri, 1988). Los resultados arrojan en depresión menores niveles de una sintomatología depresiva severa (7.7%), seguido por niveles de depresión moderada y leve (13.5%). Respecto a la ideación suicida la muestra presenta menores niveles de “mayor tendencia (23.1%), se encontró que el nivel “tendencia intermedia” se evidencia con una mayor frecuencia (50%). Se puede afirmar que existe correlación significativa entre Depresión e Ideación suicida al 95% de confianza. Así mismo, se muestra una relación significativa entre la sintomatología depresiva y dos dimensiones de ideación suicida que son actitud hacia la vida o muerte (sig.=0.021) y características de la ideación o del deseo de muerte (sig.=0.007).

Palabras clave: depresión, drogodependientes, ideación suicida, sintomatología suicida

Abstract

The general objective of the research is to determine if there is a relationship between depression and suicidal ideation in drug-dependent patients at a rehabilitation center in the Puente Piedra district. For this, a descriptive-correlational level investigation and cross-sectional design was carried out. For this study, the sample was census and an intentional non-random sample was used, made up of 52 drug-dependent patients from the Puente Piedra center, their ages ranged from 14 to 56 years and consisted of 52 men. In this study, the following instruments were used: a) Sociodemographic File b) The Beck Depression Inventory II (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 2006) C) The Suicidal Ideation Inventory for adults: BSS (Beck, Steer and Ranieri, 1988). The results show lower levels of severe depressive symptomatology in depression (7.7%), followed by levels of moderate and mild depression (13.5%). Regarding suicidal ideation, the sample shows lower levels of “greater tendency (23.1%), it was found that the “intermediate tendency” level is evidenced with a higher frequency (50%). It can be stated that there is a significant correlation between Depression and suicidal ideation at 95% confidence. Likewise, a significant relationship is shown between depressive symptoms and two dimensions of suicidal ideation, which are attitude towards life or death (sig. = 0.021) and characteristics of ideation or death wish (sig. = 0.007).

Key words: depression, drug addicts, symptoms, suicidal ideation

I. Introducción

La investigación tiene como objetivo determinar si existe relación entre la depresión e ideación suicida en pacientes drogodependientes de un centro de rehabilitación del distrito de Puente Piedra. Hoy en día hay pocas investigaciones sobre la variable Ideación Suicida y esto limita las posibilidades de desarrollar estrategias eficaces para prevenir tanto intentos de suicidio como suicidios consumados. La depresión es un trastorno que nos permite identificar los elementos que intervienen en la relación dada entre sus situaciones cognitivas y emocionales. Así, se considera que este trastorno depresivo actúa como perturbador y podría verse afectada la salud de forma negativa cuando se manifiesta una depresión grave ya que esta aumenta el riesgo de mortabilidad. La depresión es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por tristeza o irritabilidad, abatimiento e infelicidad, y que puede ser transitorio o permanente (Beck, 2006 citado por Bustamante, 2010).

La ideación suicida se ha relacionado con la depresión. En algunos estudios la ideación suicida se considera como un síntoma de los trastornos depresivos (Goldberg, 1981 citado por Fernández e Hipólito, 2001). En cambio, en el estudio Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños de Rossello y Berrios (2004) la depresión aparece como un factor que influye en la aparición de la ideación suicida. Por lo tanto, en ese estudio dan a conocer una relación entre depresión e ideación suicida, pero no una correspondencia exacta. Ni todos los depresivos presentan ideación suicida, ni todos los que presentan ideación suicida son depresivos. El suicidio es un acto intencional causado a uno mismo, que pone en peligro la vida y que da como resultado

la muerte (Beck, Kovacs y Weissma, 1979 citado por Fernández e Hipólito, 2001), por eso, es un grave problema de salud pública a nivel mundial, ya que se da también en los países que se encuentran en vías de desarrollo (García, 1998 citado por Kou, 2013).

Es por ello que se hace importante asociar la depresión y la ideación suicida ya que permitirá establecer una comprensión mayor sobre el paciente en su tratamiento ya que la visión de la depresión como el de la ideación suicida nos permite entender la influencia de factores emocionales y cognitivos. Lo que intentamos es aclarar cómo es la relación entre estas dos variables, ya que ambas son determinantes para explicar en qué circunstancias se está llevando a cabo su proceso de rehabilitación y permitir un mejor tratamiento a lo largo de su recuperación. Por otro lado, se seleccionó esta población como estudio porque la depresión e ideación suicida en pacientes drogodependientes se da por varios factores emocionales o cognitivos, como por ejemplo una falta de motivación de cara a su tratamiento, pensamientos negativos, afecto, rechazo o una falta de apoyo por parte de sus familiares. También se utilizará esta población por la necesidad de contribuir en el impedimento de depresión y pensamientos negativos que aturden a un paciente drogodependiente. Por esto, dicho trabajo adquiere mayor relevancia cuando estudiamos a la drogodependencia, ya que es considerado un gran problema de la salud mental a nivel mundial. He planteado esta investigación para estudiar los índices y la asociación de depresión e ideación suicida para prevenir los pensamientos de suicidio y la depresión en pacientes drogodependientes.

Para ello, la presente investigación se ha desarrollado en varias partes, en la primera se presenta el planteamiento del problema en términos de nuestra pregunta de investigación y objetivos. En la segunda parte se incluye el marco teórico que incluye la presentación de aspectos

básicos respecto a pacientes drogodependientes, concluyendo con la presentación de la relación entre las variables de estudio. La tercera parte precisa la metodología de estudio, tanto en término de nivel, tipo, diseño, muestra, instrumentos, procedimientos y análisis de datos. En la cuarta parte se presenta los resultados de estudio y la quinta parte está la discusión de los mismos, la cual se encontrará en describir las características de la muestra y las relaciones encontradas entre depresión e ideación suicida. Finalmente, se presentarán las conclusiones y recomendaciones.

1.1. Descripción y formulación del problema

La depresión se ha convertido en la principal causa de salud mental en el mundo, afectando a 340 millones de personas y convirtiéndose así en el trastorno mental más importante a nivel mundial (Organización mundial de la Salud, 2013). Sus consecuencias son graves debido a que las personas podrían quitarse la vida, indicando que un 12% de la población adulta presenta depresión. Al año se observan 1 millón 700 mil casos nuevos de depresión en el Perú (Instituto de Salud Mental, 2012 citado por Jasauri, 2014). Se puede observar en nuestra ciudad, donde el 19% de la población de Lima Metropolitana y Callao ha atravesado o atraviesa actualmente un episodio depresivo, también repercute en la población adolescente ya que resulta ser el trastorno clínico más frecuente en esta etapa de la vida afectando aproximadamente al 8,6% de los adolescentes de nuestra ciudad. El director del Instituto de Salud Mental informo que de ese millón se encuentran personas que recurren muchas veces al suicidio por no saber cómo enfrentar la depresión. La depresión se define como un trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por tristeza, irritabilidad, abatimiento y que puede ser transitoria o permanente (Beck, 2006 citado por Bustamante, 2010). Así mismo, dicho trastorno se clasifica en episodio depresivo leve, moderado y grave. La depresión leve se caracteriza cuando las personas podrán seguir con normalidad sus

actividades cotidianas. La segunda, se manifiesta cuando tiene dificultad para realizar sus actividades laborales. Finalmente, la última, se da por episodios depresivos graves, son mayormente la pérdida de la autoestima y las ideas de autodesprecio o culpa, también son comunes las ideas o actos suicidas y también suelen estar presentes síntomas somáticos (CIE – 10, Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento). A mediano plazo la depresión predice una conducta antisocial, consumo de alcohol y otras drogas; y actúa como factor de riesgo para el desarrollo de cualquier otro tipo de psicopatología (Rice et al., 2007 citado por Aquino et al., 2011).

El suicidio es un acto intencional causado a uno mismo, que pone en peligro la vida y que da como resultado la muerte (Beck et al., 1979 citado por Kou, 2013), es un grave problema de salud pública a nivel mundial, ya que se da también en los países que se encuentran en vías de desarrollo (García, 1998 citado por Kou, 2013). Según la Organización Mundial de Salud (2013), en el mundo se aumentó el número de cifras de suicidio a más de 800.000 muertes en el 2012, de acuerdo a estos datos se quitaron la vida 3.300 españoles, en Argentina 4.418 y en el Perú 942 personas, el 65% fueron varones entre un promedio de 15 a 29 años en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (2013) ha llegado a estimar que para el año 2020 las víctimas de suicidio bordearan el millón y medio de personas en todo el mundo. En el Perú, en el 2010 en el instituto de salud mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi” registraron un aumento de suicidio de un 9%. Por otro lado, el Ministerio de Salud en el 2010, detectó que entre enero y junio de ese año se registraron 18 suicidios en menores de edad. La ideación suicida, son aquellas ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamientos sobre el tema de la muerte,

además tienen planes y deseos de tener suicidio, pero no ha hecho evidente el intento (Beck, 1979 citado por Kou, 2013).

Es por ello que la ideación suicida se ha relacionado con la depresión. En algunos estudios la ideación suicida se considera como un síntoma de los trastornos depresivos (Goldberg, 1981 citado por Fernández e Hipólito, 2001). En cambio, en el estudio *Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños* de Rossello y Berrios (2004) la depresión aparece como un factor que influye en la aparición de la ideación suicida. Por lo tanto, en ese estudio dan a conocer una relación entre depresión e ideación suicida, pero no una correspondencia exacta. Ni todos los depresivos presentan ideación suicida, ni todos los que presentan ideación suicida son depresivos.

La drogodependencia es uno de los riesgos más problemáticos para la salud a nivel mundial (CEDRO, 2010). El Ministerio de Salud del Perú en el año 2010 registro 1,150 adolescentes de 12 entre 17 años que han recibido atención médica en los hospitales públicos del país por sufrir adicciones a sustancias psicoactivas. Por otro lado, el Departamento de Adicciones del Hospital “Hermilio Valdizan”, afirmó que los menores de edad adquieren una fuerte dependencia a las drogas ya que solo ocurría en pacientes mayores de 40 años, pero ahora prevalece en adolescentes y jóvenes. La drogodependencia es un importante factor para las conductas suicidas, y se ha sugerido que individuos con dependencia a una sustancia tienen un riesgo de suicidio mayor que la población normal (Sherr, 2006 citado por Kou, 2013).

Los pacientes drogodependientes que presentan ideación suicida han tenido el pensamiento de atentar contra su vida a lo largo de su tratamiento, ya sea por los diferentes factores que han intervenido durante su tratamiento o como lo lleva a cabo; si es por motivación propia al cambio o por una presión por parte de su familia. Los factores que más predominan a lo largo de su etapa de tratamiento son los factores emocionales o cognitivos, como por ejemplo una falta de motivación de cara a su tratamiento, pensamientos negativos, afecto, rechazo o una falta de apoyo por parte de sus familiares.

Teniendo como referencia investigaciones sobre la ideación suicida a universitarios, en dadas investigaciones se han realizado diferentes estudios de la ideación suicida asociados al consumo de drogas, depresión, impulsividad y factores psicosociodemográficos, pude concluir que el apoyo por parte de los padres es un factor fundamental para que el joven no se sienta solo y pueda ayudarle a afrontar sus problemas cotidianos, de ese modo el joven no toma como alternativa quitarse la vida. Asimismo, se puede trabajar con él la prevención o darles instrumentos o estrategias para afrontar el problema de una mejor manera.

Es por ello que se hace importante asociar la depresión y la ideación suicida ya que permitirá establecer una comprensión mayor sobre el paciente en su tratamiento, ya que la visión de la depresión como el de la ideación suicida nos permite entender la influencia de factores emocionales y cognitivos.

Este tema adquiere mayor relevancia cuando estudiamos a la drogodependencia, ya que es considerado un gran problema de la salud mental a nivel mundial y en nuestro país, en el cual el

drogodependiente enfrenta un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de una sustancia que, típicamente, incluye deseo intenso de consumir la droga, y dificultades para controlar el consumo persistente. He planteado esta investigación para estudiar los índices y la asociación de depresión e ideación suicida para prevenir los pensamientos de suicidio y la depresión en pacientes drogodependientes, ya que no se evidencia muchos estudios con esas dos variables y la población de mi estudio. Así mismo, estudiar ambas variables también contribuirá a entender cómo se comporta el drogodependiente a lo largo de su tratamiento bajo situaciones de tristeza, estrés, aburrimiento y su síndrome de abstinencia. Por ello, la pregunta de investigación consiste en:

¿Existe relación entre la depresión e ideación suicida en pacientes drogodependientes de un centro de rehabilitación de Puente Piedra?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Bustamante (2010) buscó describir la relación entre sintomatología depresiva y los estilos y estrategias de afrontamiento, en una muestra de 52 mujeres con cáncer de mama, cuyas edades eran entre los 40 y 75 años. Los instrumentos aplicados fueron el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE). Los resultados mostraron una relación alta significativa entre sintomatología depresiva y el estilo evitativo de afrontamiento, así como una correlación media entre dicha sintomatología y la estrategia desentendimiento conductual.

Tataje (2013) investigó la relación entre la sintomatología depresiva y las dimensiones de perfeccionismo en una muestra de 285 jóvenes universitarios entre los 18 y 29 años de una universidad privada de Lima Metropolitana. Los instrumentos aplicados fueron la adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck –II (BDI –II) (Beck et al., 2006) y la adaptación española de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Rodríguez, Rojo y Sepúlveda, 2009). Los resultados mostraron una relación directa y significativa entre la sintomatología depresiva y dos dimensiones del perfeccionismo: perfeccionismo auto orientado y perfeccionismo socialmente prescrito. Se encontraron diferencias significativas según la carrera elegida y lugar de procedencia tanto para la sintomatología depresiva, como para las dimensiones de perfeccionismo.

Jasauí (2014) comparó los niveles de alexitimía según la severidad de la sintomatología depresiva en un grupo de pacientes con depresión, también buscó comparar los diferentes grados de sintomatología depresiva entre sí, Para dicho estudio, se aplicó a 51 pacientes el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y Escala de Alexitimía de Toronto (TAS-20). Se encontró una alta correlación entre depresión y alexitimía, donde los pacientes con mayor severidad de sintomatología depresiva presentaron niveles más altos de alexitimía. Los resultados sugieren que los pacientes con mayor severidad de sintomatología depresiva, tienden a puntuar más alto en la escala de alexitimía debido a las dificultades en la identificación y verbalización de las emociones que se encuentran en ambas.

Kou (2013) exploró la relación entre la impulsividad y las conductas suicidas. Para alcanzar dicho objetivo se evaluó a 50 pacientes alcohólicos entre los 20 y 67 años que se encontraban internados en 9 comunidades terapéuticas de Lima. Se utilizó el Inventario de Impulsividad de

Dickman, que distingue entre impulsividad disfuncional e impulsividad funcional y la Escala de Ideación Suicida de Beck desarrollada por Beck (1988). Adicionalmente se utilizó una ficha de datos generales elaborada por el autor que recoge información demográfica, así como datos referidos al internamiento y consumo. En los resultados se encontró que los individuos con tendencia a impulsividad disfuncional se encuentran en mayor riesgo de suicidio.

Muñoz et al. (2005) trabajaron sobre la prevalencia de ideación suicida y su asociación como pertenecer a familias de muy bajos y muy altos niveles de cohesión familiar en estudiantes entre 15 y 24 años del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CEPUSM). Se realizó un estudio transversal analítico, se aplicó un cuestionario auto administrado formado por la sub escala de cohesión familiar del Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III y cinco preguntas sobre conducta suicida del Cuestionario de Salud Mental adaptado. Para alcanzar el objetivo se seleccionaron aleatoriamente 1500 estudiantes de una población de 4500 del CEPUSM, divididos en adolescentes (15 - 19 años) y adultos jóvenes (20 - 24 años). En los resultados se encontró que existe una prevalencia elevada de ideación suicida en estudiantes entre 15 y 24 años del CEPUSM y está asociada, sólo en adolescentes, a pertenecer a familias con niveles muy bajos de cohesión familiar.

Córdova et al. (2007) investigaron la relación entre la ideación suicida y sus aspectos psicosociodemográficos en universitarios. Se empleó la Escala de Ideación Suicida de Beck y una ficha psicosociodemográfica. Se evaluó a 521 estudiantes de una universidad. En los resultados se encontró que un 59.9% presentó ideación suicida y los aspectos psicosociodemográficos relacionados significativamente con la ideación suicida fueron: cuando no trabaja, el haber vivido

la infancia o adolescencia con sólo la madre o un familiar, consumir alcohol, drogas, percibir que su vida ha sido trastornada por algún evento, cuando el dinero no cubre sus necesidades, manifestar pensamientos negativos sobre sí mismos y percibir un futuro difícil e incierto.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Tahisin et al. (2013) en su investigación sobre depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá, se muestra que hay una correlación significativa entre las dos variables reflejando similitudes con otras investigaciones. Se trabajó con una muestra compuesta por 88 estudiantes seleccionados intencionalmente, de los cuales 44 eran niños y 44 niñas. El rango de sus edades comprendió los 12 a 17 años, de estrato socioeconómico 2, de grado 8°. Se les aplicó el cuestionario CDS para depresión y el DUSI -R abreviado para determinar el consumo de sustancias psicoactivas.

Fernández e Hipólito (2001) estudiaron los índices de la ideación suicida en adolescentes y la capacidad del auto concepto y de la depresión para predecir los pensamientos de suicidio, teniendo en cuenta las diferencias asociadas al sexo. Para dicho objetivo se evaluaron a 161 adolescentes de 16 a 19 años escolarizados en BUP, COU y FP del segundo ciclo con la escala de ideación suicida de Beck, la escala de auto concepto de Villa y el inventario de depresión de Beck (BDI). Los resultados indicaron que las chicas tenían niveles más altos de ideación suicida que los chicos. Las diferencias observadas entre ambos sexos señalan la aproximación de género para incidir en la ideación suicida en la población adolescente.

Eguiluz y Ayala (2014) describieron la relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. La muestra estuvo formada por 292 alumnos de secundaria, con edades entre 12 y 15 años. Los instrumentos aplicados fueron el Inventario de Depresión de Beck (1976), Escala de Ideación Suicida de Beck et al. (1979) y Escala de Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune (2006). El diseño fue transversal correlacional, en un grupo con tres mediciones, en un solo momento. Se encontró una correlación positiva entre ideación suicida y depresión, y entre depresión e involucramiento afectivo funcional. No se encontró correlación entre patrones de comunicación disfuncionales con depresión e ideación suicida, respectivamente.

Galán et al. (2014) investigaron la prevalencia, la influencia de género, y las relaciones entre el agotamiento, la depresión y la ideación suicida en el último año entre los estudiantes de odontología 2º, 4º y 5º año. Se realizó un estudio transversal, estuvo formado por 212 estudiantes de odontología matriculados en el 2º, 4º y 5º año de la Facultad de Odontología de Sevilla utilizando la Encuesta de inventario y Estudiantes Maslach Burnout y la Encuesta de Servicios Humanos-MBI y las preguntas sobre la ideación suicida y los intentos de suicidio. Se observó una asociación significativa entre el agotamiento y la depresión, y entre la depresión y la ideación suicida, pero no se encontró ninguna asociación entre el agotamiento y la ideación suicida.

Ceballos y Suárez (2012) investigaron la relación entre la ideación suicida y las características de inteligencia emocional en estudiantes de psicología de una universidad estatal del departamento de Magdalena (Colombia). Realizaron un estudio de tipo descriptivo-correlacional y diseño trasversal con una población de 328 estudiantes, la selección de la muestra

se realizó de manera intencional, formada por 157 sujetos a los cuales se les aplicaron el Traid Meta Mood Scale-24 y la Escala de Ideación Suicida de Beck. Los resultados de dicha investigación indicaron una prevalencia de Ideación Suicida de 5,1%, además se registraron adecuados estados en las habilidades de Inteligencia Emocional y se encontró relación negativa entre la Ideación Suicida y el componente reparación emocional, además, no se encontraron correlaciones entre la Ideación Suicida y la atención.

Aquino et al. (2011) relacionaron el soporte familiar, sintomatología depresiva y creencias irracionales. Participaron en el estudio 377 voluntarios de una universidad del Estado de Sao Paulo, con edad media de 20,69 años (DP= 2,29) y prevalencia del sexo femenino (68,2%), que respondieron al Inventario de Percepción de Soporte Familiar – IPSF, el Inventario de Depresión de Beck – BDI y la Escala de Creencias Irracionales – ECI. Los resultados indicaron correlaciones entre el IPSF con el BDI y el ECI, indicando que, cuanto mayor la percepción de soporte familiar, menores son los resultados de síntomas depresivos y de creencias irracionales. Correlaciones entre BDI y ECI también fueron encontradas, indicando que, cuanto mayor el número de creencias irracionales, mayores los síntomas depresivos.

Gómez (2007) buscó presentar una caracterización de adolescentes escolarizados en términos de afecto positivo y negativo, pensamientos automáticos negativos y positivos y sintomatología depresiva. Se tomó una muestra aleatoria de 1096 adolescentes (55,7% hombres) entre 12 y 16 años, tanto de instituciones educativas públicas como privadas. Los resultados indican diferencias significativas en las tres variables estudiadas. Las mujeres adolescentes se caracterizan a nivel cognitivo por mayor presencia de pensamientos automáticos negativos y a

nivel emocional por niveles más altos de afecto negativo y mayor presencia de sintomatología depresiva. Los hombres adolescentes presentaron más pensamientos positivos y niveles más altos de afecto positivo y menor tendencia a presentar sintomatología depresiva.

Ramírez (2012) presentó la prevalencia de los síntomas depresivos, ansiosos y factores de riesgo familiares, medioambientales y personales, en una población de adolescentes entre 14 y 18 años de edad de un colegio privado de Medellín. Se aplicó una encuesta sociodemográfica, y las escalas de BAI (inventario de ansiedad de Beck) y BDI- II (inventario de depresión de Beck-II), para detectar la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. Se encuestaron 152 adolescentes, el promedio de edad fue de $15,4 \pm 0,9$ años, la prevalencia de síntomas ansiosos fue de 25%, y de síntomas depresivos, de 25,7%. De los 38 estudiantes que tuvieron puntajes positivos en el BAI, 26 presentaron puntajes positivos en el BDI, y de los 39 alumnos que tuvieron puntajes positivos para BDI, en 26 estudiantes se hallaron puntajes positivos para el BAI. Los factores de riesgo para sintomatología ansiosa y depresiva fueron: ser mujer, ser víctima de matoneo y el maltrato. Tener amigos fue factor protector para sintomatología depresiva. Se encontró asociación estadística entre el autor reporte de sintomatología depresiva en el adolescente y sintomatología de ansiedad.

García et al. (2012) evaluaron la presencia de alteraciones psicopatológicas en una muestra de adictos a la cocaína y examinar la relación entre estas alteraciones y el rendimiento neuropsicológico en tareas de funcionamiento ejecutivo. La muestra se compuso por 50 participantes que habían solicitado tratamiento por su adicción a la cocaína. En el inicio del tratamiento, se aplicó a cada sujeto el EuropASI, el SCL-90-R, el BDI y una batería neuropsicológica compuesta por varias tareas sensibles a la detección de alteraciones en diferentes

componentes de las funciones ejecutivas. Los resultados de dicha investigación mostraron que al menos un 26% de la muestra puntuaba por encima del punto de corte de riesgo psicopatológico establecido en cada una de las escalas del SCL-90-R y que el 81,6% presentaba síntomas depresivos. Un mayor nivel de depresión y de ansiedad fóbica se relacionaron con la presencia de dificultades atencionales y de velocidad de procesamiento de información. Como vemos, cada uno de los investigadores dedicados al tema siempre han presentado aportes que han hecho posible el desarrollo del presente trabajo porque han servido de insumo para llegar a comprender mejor el problema.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la depresión e ideación suicida en pacientes drogodependientes de un centro de rehabilitación de Puente Piedra.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Describir la sintomatología depresiva en pacientes drogodependientes.
2. Describir la ideación suicida en pacientes drogodependientes.

1.4. Justificación

Las implicancias de este estudio se encuentran a nivel teórico y práctico ya que contribuye fundamentalmente a brindar conocimientos científicos para dos constructos psicológicos importantes: la depresión y la ideación suicida, ambas variables son consideradas relevantes para explicar parte del ajuste del paciente drogodependiente frente a lo largo de su tratamiento, sin

embargo, las relaciones entre estas variables no han sido muy estudiadas en nuestro medio. Así mismo, lo obtenido de esta investigación ayudara a contribuir al campo de la psicología del desarrollo y la psicología de la salud en nuestro medio en tanto presenta la forma en que los drogodependientes se enfrentan a situaciones de depresión importantes y utilizar estrategias y estilos que le permiten un manejo exitoso del mismo. Por ello, lo encontrado en esta investigación puede brindar conocimientos útiles para el diseño de programas de prevención en pacientes drogodependientes. Por otro lado, consideramos que el periodo de tratamiento de pacientes drogodependientes es marcadamente estresante, depresivo y muchas veces con ideación suicida, ya que la situación de incertidumbre es fuerte frente a su síndrome de abstinencia y especialmente al estar encerrados, ya que no pueden estar al lado de sus familiares, estos pacientes requieren habilidades para enfrentar esta y otras condiciones para su nuevo estilo de vida y para ello, el conocimiento de la depresión y la ideación suicida permitirá entender cuáles mecanismo serias favorables para llevar a cabo un mejor tratamiento posible.

Se seleccionó la población del estudio porque la depresión e ideación suicida en pacientes drogodependientes se da por varios factores emocionales o cognitivos, como por ejemplo una falta de motivación de cara a su tratamiento, pensamientos negativos, afecto, rechazo o una falta de apoyo por parte de sus familiares. Por otro lado, también se utilizará esta población por la necesidad de contribuir en el impedimento de depresión y pensamientos negativos que aturden a un drogodependiente en su tratamiento.

A largo plazo, la implicancia práctica de esta investigación permitiría el desarrollo de propuestas de tratamiento del paciente drogodependiente, ya que conociendo los factores o

implicancias que predominan en una población particular se podría favorecer programas que ayuden a lo largo de su etapa de tratamiento.

Finalmente, en nuestra realidad son muy pocos los estudios que se centran en población de drogodependientes, sin embargo, la ideación suicida ha sido poco estudiada, y esto limita las posibilidades de desarrollar estrategias eficaces para prevenir tanto intentos de suicidio como suicidios consumados.

1.5. Hipótesis

H1: La depresión se relaciona de forma con la ideación suicida en pacientes drogodependientes de un centro de rehabilitación de Puente Piedra.

HO: La depresión NO se relaciona de forma con la ideación suicida en pacientes drogodependientes de un centro de rehabilitación de Puente Piedra.

II. Marco teórico

2.1. Depresión

2.1.1. Conceptualización

Según Beck (2006 citado por Bustamante, 2010) define la depresión como un trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por tristeza, irritabilidad y abatimiento, y que esta puede ser transitorio o permanente. La depresión es cuando el paciente sufre un estado de ánimo bajo y una disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse esta reducida, y la persona presenta un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido (CIE – 10, 2004). Clasificación de los Trastornos Mentales del Comportamiento). La depresión es la presencia de un ánimo triste, irritable, cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional del individuo. Lo que le diferencia es la duración. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM – 5).

Según la Organización Mundial de la Salud (1992) define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de disfrutar de las cosas. Además, de una alteración que afecta la funcionalidad del individuo en sus principales áreas de actividad. La depresión se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo triste o irritable, así como por la pérdida de interés o de la capacidad para el placer, también se presenta por pérdida de peso, alteraciones del apetito, insomnio, desmotivación, poca energía, sentimientos de culpa, dificultades para concentrarse, ideación suicida o intento de suicidio (Asociación Americana de Psicología, 2000 citado en Bustamante, 2010).

La teoría de la depresión de Beck se considera una de las principales explicaciones cognitivas de la depresión. Esta teoría se basa en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que se activan ideas de pensamiento distorsionados que ayudan a contribuir a la forma negativa en que el individuo percibe el mundo, así mismo, interpreta la información sobre sí mismo, el mundo y sobre el futuro. Además, debido a la activación de creencias irracionales la persona puede atribuir síntomas fisiológicos, emocionales o conductas disfuncionales. A partir de esta explicación apareció el Inventario de Depresión de Beck (BDI), para detectar los síntomas depresivos en adultos (Beck, 1967 citado por Beltrán et al., 2011).

2.1.2. Teorías

A. Teoría Cognitiva de la depresión de Beck. La terapia cognitiva conductual es un procedimiento estructurado que se utiliza para las alteraciones psiquiátricas, se basa en que las conductas de un individuo están determinadas por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. El objetivo de las técnicas cognitivas es poner a prueba las creencias que tiene el paciente, se le enseña al paciente a pensar, resolver problemas y actuar de una forma más realista en relación a sus problemas psicológicos y a la modificación de sus pensamientos. El modelo cognitivo postula tres conceptos para explicar la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. (Beck, 1979 citado por Ferrer, 2010).

B. Teorías Conductuales. Entre otras, tenemos:

1. Autocontrol de Rehm. Es un modelo de autocontrol para la depresión en el que se agrupa los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. El entrenamiento en autocontrol sirve para manejar la depresión, esta se puede dar a través de la consecución progresiva de la meta, autorrefuerzo y rendimiento conductual. Se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. Su objetivo de la teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas. Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino explica que los acontecimientos positivos ocurren con una mínima frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol (Rehm, 1977 citado en Mendels, 1989).

2. Auto focalización Lewinsohn. El modelo de Auto focalización de Lewinsohn (1975 citado por Gómez, 2007), nos indica que la depresión es una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta, esta produce un estado de ánimo deprimido y a una reducción en el número de conductas. La pérdida de refuerzos positivos se debe:

- Un ambiente que no proporciona el reforzamiento suficiente.
- Falta de habilidades sociales para obtener reforzamiento de un ambiente dado.
- Incapacidad para disfrutar de los reforzadores disponibles debido a altos niveles de ansiedad social.

C. Teorías Biológicas

1. Teoría Biológica de la depresión de Friedman y Thase (1995). La depresión, desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales:

- Facilitación conductual
- Inhibición conductual
- Grado de respuesta al estrés
- Ritmos biológicos
- Procesamiento ejecutivo cortical de la información.

El déficit en estos sistemas podría ser heredado o adquiridos, la anomalía en alguno de estos sistemas puede generar depresión en un individuo, se producen como consecuencia de la interacción entre los sucesos estresantes que experimentan dicho sujeto y su vulnerabilidad biológica (Friedman y Thase ,1995 citado en Chinchilla, 2008).

2.1.3. Clasificación de los episodios depresivos

Según el CIE – 10 (Clasificación de los Trastornos Mentales del Comportamiento), el trastorno de depresión se clasifica en episodio depresivo leve, moderado y grave: El Leve se caracteriza porque las personas que presentan episodios depresivos leves podrán seguir con muchas de las actividades que realiza. En el Moderado las personas que presentan episodios depresivos leves tendrán dificultad para realizar sus actividades laborales. En el grave las personas que presentan episodios depresivos graves tienen con frecuencia pérdida de la autoestima y las ideas de autodesprecio o culpa. También son comunes las ideas o actos suicidas y suelen estar presentes unos cuantos síntomas somáticos.

2.1.4. Tipos de Depresión

Depresión unipolar: Durante los episodios depresivos del individuo existe un estado de ánimo deprimido, que se caracteriza por la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar al hacer las cosas, todo esto sucede durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión presentan síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño, sentimientos de culpa, baja autoestima y dificultades de concentración (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Trastorno bipolar: Este tipo de depresión consiste en episodios maníacos y depresivos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos presentan un estado de ánimo elevado o irritable, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Trastorno depresivo recurrente: Caracterizado por episodios repetido de depresión, sin antecedentes de episodios independientes de elevación del estado de ánimo o aumento de energía (manía). Puede haber breves episodios de elevación leve del estado de ánimo y actividad excesiva (hipomanía) independientemente después de un episodio depresivo, a veces producidos por el tratamiento antidepresivo.

2.2. Ideación Suicida

Según Beck (1979, citado por Kou, 2013), la ideación suicida son aquellas ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamientos reiterativos sobre el tema de la muerte, tienen planes y deseos de tener suicidio, pero no ha hecho evidente el intento. Para Saldaña (2001, citado en Márquez, 2004) la ideación suicida son procesos cognitivos y afectivos que reiteradamente presentan sentimientos sobre la falta de sentido de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida y preocupaciones referidas a la autoeliminación. Como vemos, la ideación

suicida está siempre relacionada con la depresión, detrás de ésta siempre se va a encontrar una baja autoestima, maltrato, pobre autoconcepto.

2.2.1. Conceptualización del Suicidio

Según Beck et al. (1979, citado por Fernández e Hipólito, 2001), han definido el suicidio como un acto intencional causado a uno mismo, que pone en peligro la vida y que da como resultado la muerte. Según la Organización Mundial de la Salud (2013) propuso los siguientes términos: Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida. Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte. Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a si mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. De todas maneras, debemos tener en cuenta que una persona no se suicida por un impulso irresistible, sino que detrás de todo ello hay un conjunto de variables que han intervenido y que han generado un proceso acumulativo que va desde la baja autoestima, maltrato, familia, etc.

2.2.2. Teorías

1. Teoría Cognitiva Conductual de la ideación suicida de Beck (1988). Su planteamiento teórico cognitivo-conductual, subrayan algunos factores que podrían determinar la aparición y funcionamiento de la ideación y conducta suicida. Las personas suicidas mantienen una perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, así como una depresión que establece una causa interna, estable y global sobre los eventos negativos (Beck, 1988 citado por De la Torre, 2013).

2. Teoría Social

Teoría estresor-diátesis de Oquendo y colaboradores (2004). El modelo teórico estresor-diátesis propuesto por Oquendo y colaboradores (2004) explica la conducta suicida diferenciando entre estresores que provocan el acto suicida (eventos vitales, dificultades económicas, pérdidas afectivas, enfermedades depresivas) y que se caracteriza por la tendencia al pesimismo, desesperanza, abuso de sustancias y la presencia de características de agresividad o impulsividad (Oquendo y colaboradores, 2004 citado en Kou, 2013).

2.3. Drogodependencia

La drogodependencia es definida como una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para sentirse bien o para no sentirse mal (Organización Mundial de la Salud, 1994). El trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas relacionados con dichas sustancias (Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM – 5). Es cuando un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de una sustancia y que la persona tiene un deseo intenso de consumir la droga, así mismo presenta dificultades para controlar el consumo a pesar de las consecuencias dañinas, también tienen un aumento de la tolerancia y un cuadro de abstinencia física (CIE – 10, Clasificación de los Trastornos Mentales del Comportamiento). Es el uso desmesurado y crónico de una sustancia que produce una dependencia severa. Este se caracteriza por el desarrollo de tolerancia y la aparición del síndrome de abstinencia cuando se deja de consumir alcohol (Sher, 2006 citado por Kou, 2013).

2.3.1. Síntomas

Conductuales: En los síntomas conductuales se encuentra el consumo compulsivo en sí mismo y se afectan otras actividades laborales o sociales (Organización Mundial de la Salud, 1994). Se encuentran otros síntomas como: ansiedad, depresión, angustia, pensamientos suicidas cuando están en la etapa del síndrome de abstinencia. También se encuentran conductas psicopáticas porque la persona cuando le falta dinero empieza robando cosas de su casa y poco a poco va engañando a su familia, amigos, conocidos y hasta puede llegar a cometer actos delictivos terminando en problemas con la policía donde también compromete a su familia.

Fisiológicos: En los síntomas fisiológicos se observa el desarrollo de tolerancia hacia la droga y el malestar durante la abstinencia (Organización Mundial de la Salud, 1994).

2.3.2. Factores

1. Factores individuales en el desarrollo de la dependencia. Dependencia Fisiológica. Es un estado que se caracteriza por la necesidad de mantener ciertos niveles de droga en el organismo, lo cual puede llevar al desarrollo de la tolerancia y al aumento del consumo. Además, si se suspende el consumo puede generar un síndrome de abstinencia agudo (Lorenzo, 2009).

Dependencia Psicológica. La dependencia psicológica es el fuerte deseo de consumir para obtener los efectos agradables y placenteros de la droga, para evitar el malestar de su ausencia (Lorenzo, 2009).

2.3.3. Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1986)

La teoría del aprendizaje social es una de las teorías más utilizadas e importantes dentro del campo de las drogodependencias. Es una teoría psicológica basada en los principios del

aprendizaje y a los aspectos del ambiente en que se lleva a cabo la conducta. Además, se propone la existencia de tres procesos implicados en la regulación de la conducta:

- 1) El primero estaría constituido por los estímulos externos, que afectarían a la conducta a través del condicionamiento clásico.
- 2) El segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercerían su influencia a través del condicionamiento operante o instrumental.
- 3) El tercero lo forman los procesos cognitivos, que regulan la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de estos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.

Es una teoría comprensiva de la conducta humana que considera un tiempo, los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos, y la parte social en la que la persona vive y se desarrolla (Bandura, 1986 citado en De Lucas y Montañés, 2006).

2.3.4. Teorías conductuales

A. Teoría Conductual de Prochaska y Diclemente (1984). Según el modelo transteórico de cambio conductual, las personas que ingresan a tratamiento con la finalidad de rehabilitarse se encuentran en la fase “acción”, etapa en que la persona tiene más voluntad para salir victorioso en relación a su tratamiento (Prochaska y Diclemente, 1984 citado por Koe, 2013).

B. *Teoría de la Conducta Problema de Jessor y Jessor (1997).* El desarrollo de diferentes conductas problemáticas durante la adolescencia son el consumo de drogas, la delincuencia y las actividades sexuales prematuras o arriesgadas. De hecho, fue este modelo el que acuñó el término de “conducta problema” para referirse a diversos comportamientos adolescentes, que son de reprobación por parte de la sociedad convencional, que pueden ser explicados por los mismos factores de riesgo (Jessor y Jessor, 1997, citado por García et al., 2012).

C. *Teoría de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985).* El modelo de Marlatt y Gordon (1985, citado en Lorenzo, 2009) identifican disparadores de consumo de tipo intrapersonal (emociones negativas, emociones positivas, craving) e interpersonal (conflictos interpersonales, exposición a situaciones sociales donde hay expectativa de consumo, eventos estresantes). Estos autores dan cuenta de la importancia de que el paciente pueda emitir respuestas de afrontamiento adecuadas al enfrentarse con los disparadores de consumo mencionados, con la finalidad de ir ganando la sensación de control sobre el consumo.

III. Método

3.1. Diseño de investigación

Siguiendo con la clasificación que presentan Sánchez y Reyes (2002), y conforme a la naturaleza de los problemas, dicha investigación es de tipo sustantiva, ya que trata de responder a ciertos problemas teóricos abordados en dicha investigación, depresión e ideación suicida en una muestra de pacientes drogodependientes de un centro de rehabilitación de Puente Piedra. Por ello se buscará describir, explicar o predecir la relación entre las variables nombradas anteriormente. Este estudio corresponde al nivel correlacional, planteada por Hernández et al. (2006) busca la relación que existe entre dos variables, tanto de depresión e ideación suicida. En cuanto al diseño, este constituye a una investigación de diseño no experimental transversal ya que se recolectarán datos en un solo momento y tiempo único. Dicho fin es describir y analizar las variables.

3.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio se llevó a cabo en el presente año académico en un centro de readaptación de Puente Piedra que está ubicado en dicho distrito, en el departamento de Lima.

3.3. Variables

Depresión. Según Beck (2006 citado por Bustamante, 2010), define la depresión como un trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por tristeza, irritabilidad y abatimiento, y que esta puede ser transitorio o permanente.

Definición Operacional: Puntaje obtenido del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II).

Ideación Suicida. Según Beck (1979, citado por Kou, 2013), la ideación suicida son aquellas ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamientos reiterativos sobre el tema de la muerte, tienen planes y deseos de tener suicidio, pero no ha hecho evidente el intento.

Definición Operacional: Puntaje obtenido de la Escala de Ideación Suicida para adultos de Beck (BSS)

3.4. Población y muestra

Para la presente investigación, la población tomada en cuenta son un total de 130 pacientes drogodependientes. Es seleccionado por ser un centro de rehabilitación formal y no clandestino. Para la muestra se utilizó una muestra censal, seleccionando a los pacientes que contestaran con un puntaje de 1 o 2 los ítems 4 o 5 se obtuvo un total de 52 internos.

Tabla 1

Características Demográficas de la Muestra

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje	Etapas de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
41 a más años	5	9.6%	Final	14	26.9%
21 a 40 años	38	73.1%	Intermedio	12	23.1%
Hasta 20 años	9	17.3%	Inicio	26	50.0%
Total	52	100.0%	Total	52	100.0%

Lugar de nacimiento	Frecuencia	Porcentaje	Consumo de marihuana	Frecuencia	Porcentaje
Provincia	15	28.8%	No	18	34.6%
Lima	37	71.2%	Si	34	65.4%
Total	52	100.0%	Total	52	100.0%

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Consumo de PBC	Frecuencia	Porcentaje
Conviviente	5	9.6%	No	35	67.3%
Divorciado	4	7.7%	Si	17	32.7%
Soltera	43	82.7%	Total	52	100.0%
Total	52	100.0%			

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Consumo de alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Superior completa	1	1.9%	No	28	53.8%
Superior incompleta	11	21.2%	Si	24	46.2%
Técnico completa	2	3.8%	Total	52	100.0%
Secundaria completa	22	42.3%			
Secundaria incompleta	16	30.8%			
Total	52	100.0%			

Nivel socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje	Consumo de tabaco	Frecuencia	Porcentaje
Alto	5	9.6%	No	33	63.5%
Medio	39	75.0%	Si	19	36.5%
Bajo	8	15.4%	Total	52	100.0%
Total	52	100.0%			

Nivel socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje	Consumo de otras drogas	Frecuencia	Porcentaje
Alto	5	9.6%	No	34	65.4%
Medio	39	75.0%	Si	18	34.6%
Bajo	8	15.4%	Total	52	100.0%
Total	52	100.0%			

La Tabla 1 presenta la distribución de la muestra de acuerdo en el caso de grupo etario, la mayor cantidad de personas tenía entre 21 y 40 años (73.1%, 38 evaluados) muy por encima del resto de grupos. Por otro lado, la muestra fue mayoritariamente limeña (71.2%, 37 evaluados). La mayoría de los entrevistados eran solteros (82.7%, 42 entrevistados). Asimismo, el grado de

instrucción más frecuente fue Secundaria completa (42.3%, 22 evaluados) luego, Secundaria incompleta (30.8%, 16 evaluados) y finalmente Superior incompleta (21.2%, 11 evaluados). En cuanto al nivel socioeconómico, la mayoría manifestó pertenecer al nivel medio (75%, 39 personas). Finalmente, respecto de la etapa de tratamiento en la que se encontraban los participantes, la mayoría estaba en el inicio (50%, 26 entrevistados).

Respecto del consumo de drogas, las prevalentes de consumo fueron marihuana y PBC (65.4%, 67.3%, respectivamente). En término medio, los participantes manifestaron consumir alcohol (53.8%, 28 evaluados), siendo la droga menos consumida el tabaco (36.5%, 19 consumidores) y otros tipos de droga (34.6%, 18 participantes).

3.5. Instrumentos

- 1. Ficha de datos sociodemográficos.** Esta ficha busca tomar los datos sociodemográficos de los participantes, con ello se busca cumplir con la selección de la muestra puesto que se debe cumplir con todos los criterios de inclusión.
- 2. Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II).** El Inventario de Depresión de Beck en su segunda versión (A2), al igual que el primero, se fundamenta en el modelo teórico de Beck para explicar la depresión. Es una escala que consta de 21 ítems, fue construido con el objetivo de medir los niveles de depresión en población normal o psiquiátrica, a partir de los 13 años. En tal sentido, este inventario persigue describir la presencia y el grado de síntomas depresivos en dichas poblaciones, los que coinciden con los especificados en el DSM-IV, sin pretender establecer un diagnóstico clínico (Beck et al., 2006).

Puntaje y calificación. En cuanto a la puntuación, cada ítem es puntuado de acuerdo a una escala de 0 a 3 puntos y la puntuación total máxima que se puede obtener es de 63. En comparación a la primera versión ha surgido cambios, por lo que los ítems 16 y 18 ahora cuentan con tres alternativas más de respuesta, que sirven para diferenciar entre incrementos y disminuciones de la conducta y de la motivación, y se toma el valor más alto de la respuesta, en caso de que el evaluado marque más de una alternativa (Beck et al., 2006).

A nivel hispano, el instrumento cuenta con algunas adaptaciones como la española realizada por Sanz, y García - Vera (2013) con una muestra de 322 pacientes adultos ambulatorios con diversos trastornos psicológicos, para la cual se obtuvo puntuaciones totales del BDI-II que oscilaron entre 0 y 51, con una media igual a 19.8 (DT = 10.9), mientras que el coeficiente alfa de Cronbach de fiabilidad de consistencia interna fue de .91. Estos valores fueron similares a los encontrados en estudios previos realizados en otros países con muestras iguales. En nuestro país, aún no se cuenta con una adaptación propia del instrumento, sin embargo, se puede resaltar la importancia de su empleo en numerosas investigaciones que se han realizado en el Perú, las cuales persiguen entender la forma en que el cuadro clínico o la sintomatología depresiva, se van configurando en diferentes tipos de poblaciones. Así mismo, se puede destacar el estudio llevado a cabo por Tataje (2013) con 234 estudiantes Universitarios, ya que en éste se obtuvo para el instrumento, una confiabilidad por consistencia interna elevada ($\alpha = .91$, α factor 1 cognitivo-afectivo = .87 y α factor 2 somático = .80), así como una validez de constructo factorial confirmatoria, en la cual los ítems se agruparon bajos los dos factores del inventario original.

3. Escala de Ideación Suicida para adultos de Beck (BSS). La escala de Ideación Suicida para adultos de Beck fue destinada para evaluar la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada ítem cuenta con 3 alternativas de respuesta que muestran el grado creciente de la seriedad de la intencionalidad suicida. Respecto a la calificación, cada ítem es puntuado de 0-2, la puntuación global de la escala se obtiene mediante la suma de valores asignados a los 19 primeros ítems (con un rango de puntuación entre 0 y 38), ya que los ítems 20 y 21 (los cuales hacen referencia a intentos previos de suicidio) solo tienen un valor descriptivo (Beck et al., 1988, citado por Kou, 2013).

Puntaje y calificación. Las propiedades psicométricas de la escala de Ideación Suicida fueron puestas a prueba en pacientes hospitalizados (n=50) y en pacientes ambulatorios (n=55), obteniéndose un alfa de Cronbach de 0.90 y 0.87 respectivamente. Además, se encontró una confiabilidad test-retest de 0.54, indicando moderada estabilidad temporal. Para determinar la validez factorial de la escala EBIS, los autores realizaron el método de componentes principales junto una rotación varimax a las respuestas dadas por una muestra de 126 pacientes hospitalizados. De esta forma se obtuvieron 5 factores con un auto-valor superior a 1.0, estos factores explicaban el 64% de la varianza total. El patrón encontrado en estos 5 factores apoya la generalización de los 3 factores reportados inicialmente por Beck (1979 citado por Kou, 2013), ya que 3 de los 5 factores corresponden con las dimensiones inicialmente propuestas inicialmente. Los 2 factores restantes hacen referencia a la intensidad de la ideación suicida en general (4 ítems) y al ocultamiento de la intencionalidad suicida (2 ítems). El BSS fue aplicado en Perú. Se aplicó la escala en diferentes estudios que se llevó a cabo con estudiantes universitarios y adolescentes. La investigación de Kou (2013) busco explorar la relación entre la impulsividad y las conductas suicidas. Para alcanzar

dicho objetivo se evaluó a 50 pacientes alcohólicos entre los 20 y 67 años que se encontraban internados en 9 comunidades terapéuticas de Lima.

3.6. Procedimiento

Las etapas de la presente investigación se detallan a continuación:

Fase I: Para la primera etapa se solicitará a las respectivas autoridades de los centros de rehabilitación para la aplicación de dichas pruebas. Se solicitará que los pacientes participen voluntariamente. Dicha aplicación se realizará con el fin de registrar indicadores de importancia, como el tiempo y la dificultad para entender los ítems.

II Fase: Luego de la selección de la muestra a partir de la población se procederá a entablar una entrevista con cada una de las autoridades de los centros de rehabilitación. De esta manera se establecerá los lineamientos para la ejecución del proyecto de investigación, exponiendo los requerimientos y el valor que representará haber participado de la investigación.

III Fase: Se procederá a entrar, ordenar a los pacientes para poder mejorar el alcance de observación y apoyo. Se repartirá la ficha de consentimiento informado, de datos sociodemográficos, Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) y Escala de Ideación Suicida para adultos de Beck (BSS). Luego, se pedirá que lean el consentimiento informado, de estar de acuerdo firmar, e inmediatamente se procederá a explicar las pautas para ejercer adecuadamente el desarrollo de la prueba. Una vez se inicie el proceso, los examinadores auxiliares estarán atentos a las dudas y otros percances que se puedan presentar.

3.7. Análisis de datos

Para el análisis de los datos se empleó las técnicas estadísticas a través del paquete estadístico SPSS versión 22.0 versión en español. Se utilizó estas técnicas estadísticas en dos etapas:

1ra. Estadística descriptiva: Con la cual se obtuvo los datos de frecuencia y porcentajes para describir los niveles o categorías.

2da. Estadística inferencial:

El análisis exploratorio para determinar la bondad ajuste de la muestra a través de la prueba no paramétrica K-S

El Alpha de Cronbach para establecer la confiabilidad de las escalas.

La prueba paramétrica de la correlación de Spearman se utilizó para establecer la validez de constructo. Teniendo en cuenta los siguientes criterios de aceptación o rechazo de la H_0 de acuerdo con Ávila (1998).

IV. Resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos respondiendo a los objetivos de investigación. En primer lugar, se describe el análisis de normalidad de las variables depresión e ideación suicida. En segundo lugar, se describe los hallazgos encontrados a partir de la administración del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), exhibiendo datos descriptivos relevantes tanto a nivel global, a los que se adiciona las comparaciones pertinentes de los resultados del instrumento en función a las variables sociodemográficas. En tercer lugar, se sigue la misma línea de presentación con el Inventario de Ideación Suicida de Beck, detallando en un inicio los resultados descriptivos, seguidos por los análisis comparativos pertinentes. Finalmente se muestran los análisis de correlación de ambos constructos, describiéndose la correlación entre los puntajes obtenidos del Inventario de Ideación Suicida con la puntuación total para el BDI-II.

4.1. Descripción – Interpretación

4.1.1. *Análisis de Normalidad*

Según en la Tabla 2 se aprecia en la tabla precedente, al 95% de confianza, se afirma que tanto los puntajes de Depresión ($p=0.009<0.05$) así como también los de Ideación suicida ($p=0.003<0.05$) no se ajustan a la Normal, por lo tanto, los análisis de dichas variables corresponde realizarlos mediante pruebas estadísticas no paramétricas, cuantificar la relación existente entre dos variables. Las pruebas estadísticas no paramétrica se utilizan con variables dependientes cualitativas, ya sean ordinales o nominales. También cuando se cuenta con variables cuantitativas, pero no se alcanza el tamaño mínimo recomendado.

Tabla 2*Test de Normalidad de las Variables, Depresión e Ideación Suicida*

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Puntaje total de Depresión	.143	52	.009
Puntaje total de Ideación suicida	.157	52	.003

4.1.2. Sintomatología depresiva

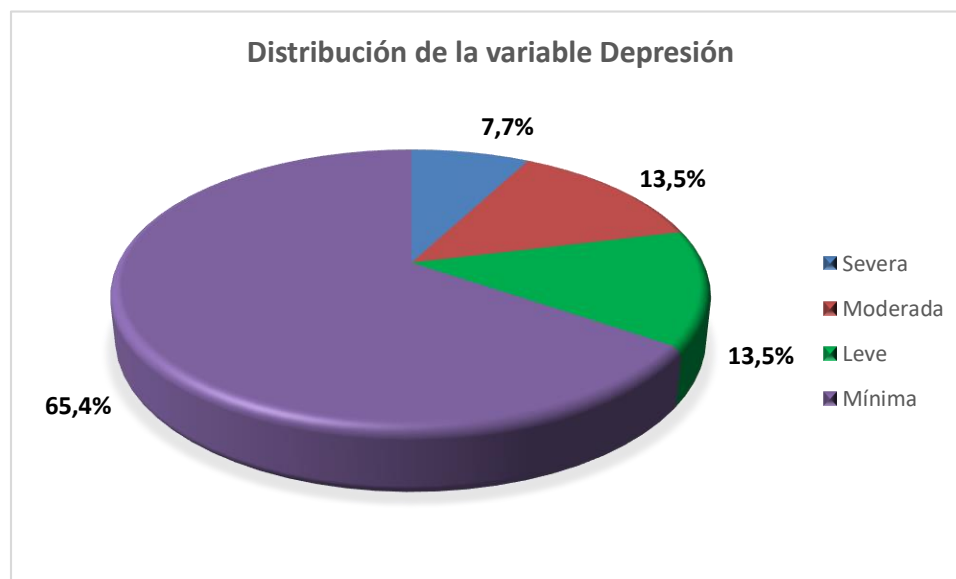
Los resultados de la sintomatología depresiva de los pacientes drogodependiente de un centro de rehabilitación del Distrito de Puente Piedra se presentan tomando en cuenta los resultados descriptivos y calificarlos de acuerdo con rangos cualitativos (como mínima, leve, moderada o severa). Respecto a los síntomas depresivos, se analizó la relación entre la puntuación total de la prueba, y las variables sociodemográficas. A nivel descriptivo, se encontró que los resultados arrojan en depresión menores niveles de una sintomatología depresiva severa (7.7%), seguido por niveles de depresión moderada y leve (13.5. %). (Tabla 3 y Grafico 1).

Tabla 3*Distribución de la Muestra Según los Niveles de Depresión*

Niveles de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Severa	4	7.7%
Moderada	7	13.5%
Leve	7	13.5%
Mínima	34	65.4%
Total	52	100.0%

Figura 1

Distribución de la Muestra Según los Niveles de Depresión



Por otro lado, con la finalidad de establecer el predominio de los resultados de acuerdo a la sintomatología depresiva y de los ítems que la conforman, se trabajó con el cálculo de la media y la desviación estándar, donde se puede visualizar los puntajes obtenidos dentro de cada ítem, en primer lugar, para Pérdida de Placer (0.96), en segundo lugar, Sentimiento de Culpa y Sentimiento de castigo (0.88) y finalmente se encuentra Autocrítica (0.87). En otras palabras, el ítem de Pérdida de placer fue la que obtuvo mayor puntaje según las respuestas de los pacientes. (Tabla N°4 y N°5).

Tabla 4

Estadísticos de la Variable Depresión

	Media	Desv. típ.
PUNTAJE TOTAL DEPRESIÓN	12.65	9.99
DEPRESION (categoría)	1.63	0.99

Tabla 5*Estadísticos de los Ítems del Cuestionario de Depresión*

	Media	Desv. típ.
1.Tristeza	0.52	0.94
2.Pesimismo	0.50	0.98
3.Fracaso	0.63	1.01
4. Perdida del placer	0.96	1.07
5.Sentimiento de culpa	0.88	0.98
6.Sentimiento de Castigo	0.88	1.15
7.Disconformidad con uno mismo	0.67	0.83
8.Autocritica	0.87	0.97
9.Pensamientos o deseos suicidas	0.13	0.40
10.Llanto	0.21	0.61
11.Agitacion	0.60	0.96
12.Perdida de interés	0.44	0.73
13.Indecision	0.75	1.03
14.Desvalorizacion	0.33	0.68
15.Perdida de energía	0.58	0.78
16.Cambios en los hábitos de sueño	0.52	0.75
17.Irritabilidad	1.04	1.25
18.Cambios en el apetito	0.38	0.75
19.Dificultad de concentración	0.87	0.86
20.Cansancio o fatiga	0.48	0.73
21.Perdidad de interés en el sexo	0.40	0.80

En referencia a las variables sociodemográficas se halló que en el caso de la variable procedencia, se observa que tanto los de provincia, así como también los de Lima, tuvieron en menor porcentaje Depresión severa, siendo los de Lima quienes poseyeron una probabilidad más

alta de presentar depresión severa (8.1 %) por sobre quienes procedían de provincia (6.7 %), (Tabla 6). En cuanto al estado civil, se observó un menor nivel de depresión severa de los divorciados respecto a los demás (50 %, 2 solteros), sin embargo, hay que tomar en cuenta que solamente se tienen 1 conviviente y 1 soltero (Tabla N°6)

Finalmente, se tiene el consumo de drogas; tanto los consumidores como los no consumidores la depresión severa es la menos frecuente en porcentaje. Sin embargo, la diferencia de proporciones en cuanto a depresión severa fue considerable entre consumidores y no consumidores de marihuana con clara ventaja de los no consumidores (16.7%) sobre los consumidores (2.9%). Se observa que en PBC, la depresión severa solo se manifiesta en no consumidores (11.4%), ya que no existe ningún paciente consumidor. En el caso de los consumidores y no consumidores de alcohol, la ventaja de depresión severa se da en el caso de los consumidores (12.5%) por encima de los no consumidores (3.6%). Por otro lado, los no consumidores y los consumidores de tabaco, en cuanto a depresión severa presentaron tener igual de frecuencia (2 personas). Para finalizar, en consumidores y no consumidores de otras drogas se manifiesta solo depresión severa en no consumidores (11.8%) y ningún consumidor de otras drogas (Tabla 6).

Tabla 6*Niveles de Depresión Según las Variables Sociodemográficas*

		Depresión								Total	
		Mínima		Leve		Moderada		Severa			
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Procedencia	Provincia	12	80.0%	1	6.7%	1	6.7%	1	6.7%	15	100.0%
	Lima	22	59.5%	6	16.2%	6	16.2%	3	8.1%	37	100.0%
Estado civil	Conviviente	3	60.0%	1	20.0%	0	0.0%	1	20.0%	5	100.0%
	Divorciado	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%	4	100.0%
	Soltera	29	67.4%	6	14.0%	7	16.3%	1	2.3%	43	100.0%
Consumo de marihuana	No	12	66.7%	1	5.6%	2	11.1%	3	16.7%	18	100.0%
	Si	22	64.7%	6	17.6%	5	14.7%	1	2.9%	34	100.0%
Consumo de PBC	No	23	65.7%	5	14.3%	3	8.6%	4	11.4%	35	100.0%
	Si	11	64.7%	2	11.8%	4	23.5%	0	0.0%	17	100.0%
Consumo de alcohol	No	19	67.9%	5	17.9%	3	10.7%	1	3.6%	28	100.0%
	Si	15	62.5%	2	8.3%	4	16.7%	3	12.5%	24	100.0%
Consumo de tabaco	No	25	75.8%	4	12.1%	2	6.1%	2	6.1%	33	100.0%
	Si	9	47.4%	3	15.8%	5	26.3%	2	10.5%	19	100.0%
Consumo de otras drogas	No	21	61.8%	5	14.7%	4	11.8%	4	11.8%	34	100.0%
	Si	13	72.2%	2	11.1%	3	16.7%	0	0.0%	18	100.0%

4.1.3 Ideación Suicida

Los resultados de ideación suicida de los pacientes drogodependiente de un centro de rehabilitación del Distrito de Puente Piedra se presentan tomando en cuenta los resultados descriptivos y calificarlos de acuerdo con rangos cualitativos (menor tendencia, tendencia intermedia o mayor tendencia). Se analizó la relación entre la puntuación total de la prueba, y las variables sociodemográficas. A nivel descriptivo, se encontró que los resultados arrojan en

ideación suicida menores niveles de “mayor tendencia (23.1%), se encontró que el nivel “tendencia intermedia” se evidencia con una mayor frecuencia (50%), (Tabla 7 y Figura 2).

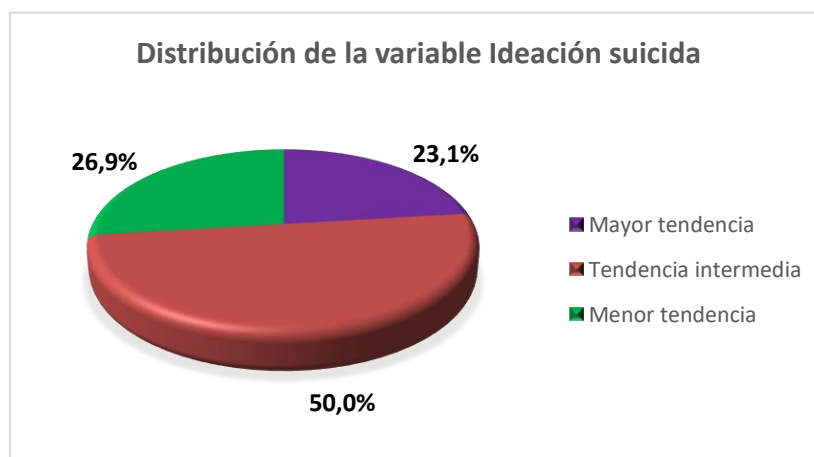
Tabla 7

Distribución de la Muestra Según los Niveles de Ideación Suicida

Ideación suicida	Frecuencia	Porcentaje
Mayor tendencia	12	23.1%
Tendencia intermedia	26	50.0%
Menor tendencia	14	26.9%
Total	52	100.0%

Figura 2

Distribución de la Muestra Según los Niveles de Ideación Suicida



Por otro lado, con la finalidad de establecer el predominio de acuerdo a ideación suicida, se trabajó con el cálculo de la media y la desviación estándar, donde se puede visualizar los puntajes obtenidos dentro de cada dimensión, en primer lugar, Características de la ideación o del deseo de muerte (4.23) que contaba con 5 ítems, en segundo lugar, Actitud hacia la vida o muerte (3.80) con 5 ítems y finalmente se encuentra Características del intento planteado (2.75) con tan

solo 5 ítems. En otras palabras, la dimensión de Características de la ideación o del deseo de muerte fue la que obtuvo mayor puntaje según las respuestas de los pacientes (Tablas 8 y 9).

Tabla 8

Estadísticos de la Variable Ideación Suicida y Dimensiones

	Media	Desv. típ.
Ideación	13.288	5.661
I. actitud hacia la vida o muerte	3.808	1.815
II. características de la ideación o del deseo de muerte	4.231	1.885
III. características del intento planteado	2.750	2.300
IV. actualización del intento	2.154	1.513
V. factores de fondo	0.346	0.623

Tabla 9

Estadísticos de los Ítems de la Variable Ideación Suicida

	Media	Desv. típ.
1.Deseo de vivir	0.673	0.550
2.Deseo de morir	0.885	0.615
3.Razones para vivir o morir	0.654	0.738
4.Deseo de realizar un intento de suicidio activo	0.731	0.660
5.Deseo pasivo de suicidio	0.865	0.595
6.Duracion	0.519	0.700
7.Frecuencia	0.692	0.643
8.Actitud hacia los pensamientos / deseos de suicidio	0.962	0.625
9.Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo	0.365	0.525
10.Razones o motivo que detienen la tentativa suicida	0.538	0.641

11.Razones para pensar o desear el intento suicida	1.154	0.826
12.Metodo: especificación o planes de pensar en el intento suicida	0.577	0.696
13.Metodo: accesibilidad / oportunidad de pensar el intento	0.827	0.901
14.Sensacion de "capacidad" para llevarlo a cabo el intento	0.865	0.627
15.Expectativa / anticipación de un intento real	0.481	0.700
16.Preparacion real	0.442	0.669
17.Nota acerca del suicido	0.250	0.437
18.Acciones finales para preparar la muerte	0.250	0.519
19.Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida	1.212	0.572
20.Intentos previos de suicidio	0.346	0.623

En referencia a las variables sociodemográficas se halló que en el caso de la variable procedencia, se observa que los de provincia poseyeron una probabilidad más alta de presentar “mayor tendencia” de ideación suicida (26.7 %), por sobre quienes procedían de Lima (21.6 %), (Tabla 10)

En cuanto al estado civil, se observó un mayor nivel de “mayor tendencia” de los solteros respecto a los demás (25.6 %, 11 solteros), sin embargo, hay que tomar en cuenta que solamente se tienen 1 divorciado y ningún conviviente (Tabla 10)

Finalmente, se tiene el consumo de drogas; tanto los consumidores como los no consumidores el nivel “mayor tendencia” es la menos frecuente en porcentaje. Sin embargo, la diferencia de proporciones en cuanto a “mayor tendencia” fue considerable entre consumidores y no consumidores de marihuana con clara ventaja de los consumidores (26.5%) sobre los no consumidores (16.7%). Se observa que en PBC, el nivel de “mayor tendencia” se manifiesta

en no consumidores (25.7%) y con menos frecuencia en los consumidores (17.6%). En el caso de los consumidores de alcohol, la ventaja de “mayor tendencia” se da en el caso de los no consumidores (28.6%) por encima de los consumidores (16.7%). Por otro lado, los no consumidores y los consumidores de tabaco, en cuanto a “mayor tendencia” presentaron tener mayor frecuencia los consumidores (26.3%), por encima de los consumidores (21.2%). Finalmente, los no consumidores y los consumidores de otras drogas, en cuanto a “mayor tendencia” fue una clara ventaja para los no consumidores (29.4%) sobre los consumidores (11.1%), (Tabla 10).

Tabla 10

Niveles de Ideación Suicida Según las Variables Sociodemográficas

		Ideación suicida						Total	
		Menor tendencia		Tendencia intermedia		Mayor tendencia		f	%
		f	%	f	%	f	%		
Lugar de nacimiento	Provincia	7	46.7%	4	26.7%	4	26.7%	15	100.0%
	Lima	7	18.9%	22	59.5%	8	21.6%	37	100.0%
Estado civil	Conviviente	2	40.0%	3	60.0%	0	0.0%	5	100.0%
	Divorciado	0	0.0%	3	75.0%	1	25.0%	4	100.0%
	Soltera	12	27.9%	20	46.5%	11	25.6%	43	100.0%
Consumo de marihuana	No	5	27.8%	10	55.6%	3	16.7%	18	100.0%
	Si	9	26.5%	16	47.1%	9	26.5%	34	100.0%
Consumo de PBC	No	7	20.0%	19	54.3%	9	25.7%	35	100.0%
	Si	7	41.2%	7	41.2%	3	17.6%	17	100.0%
Consumo de alcohol	No	5	17.9%	15	53.6%	8	28.6%	28	100.0%
	Si	9	37.5%	11	45.8%	4	16.7%	24	100.0%

Consumo de tabaco	No	9	27.3%	17	51.5%	7	21.2%	33	100.0%
	Si	5	26.3%	9	47.4%	5	26.3%	19	100.0%
Consumo de otras drogas	No	6	17.6%	18	52.9%	10	29.4%	34	100.0%
	Si	8	44.4%	8	44.4%	2	11.1%	18	100.0%

4.1.4. Resultados de los objetivos generales

Según los resultados presentados en la tabla 12, al 95% de confianza se puede afirmar que existe una correlación significativa entre Depresión e Ideación suicida ($p=0.002<0.05$) siendo dicha correlación, según Hernández (2010), directa y de nivel débil (Rho de Spearman=0.414). En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula porque no cumple más del 5%, por tanto, debe tener una probabilidad asociada que supere el 0,05, así mismo tiene poca probabilidad de ocurrencia y se acepta la hipótesis alterna, es decir, existe correlación significativa entre la depresión e ideación suicida en pacientes drogodependientes de un centro de rehabilitación de Puente Piedra ya que, los valores bajos de probabilidad asociada al estadístico inferior o igual al nivel de error (5% o inferior o igual a 0,05) señalarán que la hipótesis nula no se cumple el número suficiente y deberá rechazarse y, por tanto, aceptar la hipótesis alternativa (Tabla 11).

Tabla 11*Prueba de Correlación de Spearman Entre las Variables Depresión e Ideación Suicida*

		Depresión	Ideación suicida
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	1.000
		Sig. (bilateral)	,414**
		N	52
	Ideación suicida	Coeficiente de correlación	,414**
		Sig. (bilateral)	.002
		N	52

En los resultados, se muestra una relación significativa entre la sintomatología depresiva y dos dimensiones de ideación suicida que son, actitud hacia la vida o muerte (sig.=0.021) y características de la ideación o del deseo de muerte (sig.=0.007). En el primer caso la correlación fue positiva débil (Rho de Spearman = 0.319) y en el segundo también la correlación fue positiva débil (Rho de Spearman = 0.370), lo cual nos podría indicar, que, a mayor severidad de sintomatología depresiva, mayor será la tendencia a una actitud hacia la muerte y deseos de muerte, frente a un tratamiento de rehabilitación (Tabla 12).

Tabla 12

Prueba de Correlación de Spearman Entre la Variable Depresión y las Dimensiones de Ideación Suicida

		Depresión
	Coeficiente de correlación	0.319*
	Sig. (bilateral)	0.021
	N	52
	Coeficiente de correlación	0.370**
	Sig. (bilateral)	0.007
	N	52
Rho de Spearman	III. Características del intento planteado	Coeficiente de correlación
		Sig. (bilateral)
		N
		0.222
		0.114
		52
	IV. Actualización del intento	Coeficiente de correlación
		Sig. (bilateral)
		N
		0.263
		0.060
		52
	V. Factores de fondo	Coeficiente de correlación
		Sig. (bilateral)
		N
		0.220
		0.116
		52

V. Discusión de resultados

En este capítulo se discuten los resultados obtenidos en la presente investigación, presentando, en primer lugar, se describe los hallazgos encontrados de la muestra en cuanto a la sintomatología depresiva; en segundo lugar, lo hallado en relación con la ideación suicida. Para finalizar, se discute respecto a la relación encontrada para la muestra, entre la presencia de sintomatología depresiva y la ideación suicida.

En el presente estudio, no se pudo encontrar gran presencia de sintomatología depresiva en pacientes drogodependientes de un centro de rehabilitación de Puente Piedra, tal como lo sugiere la literatura revisada (Robles et al., 2009; Tataje, 2013; Tahisin et al., 2013; Eguiluz y Ayala, 2014; Galán et al., 2014) ya que ésta se presentó con más frecuencia en un nivel mínimo, el cual se considera prácticamente nulo en sintomatología depresiva, y un menor porcentaje se encontró el nivel leve. Sin embargo, no deja de resultar preocupante, que un porcentaje de los pacientes se repartan entre los niveles moderado y severo, por lo que se debería seguir investigando al respecto.

En lo que respecta a estudios nacionales, al comparar con los hallazgos de Tataje (2013) obtenidos para el nivel severo, la proporción de pacientes drogodependientes se presenta ligeramente mayor (7.7%), en comparación a lo encontrado por dicho autor que en su investigación se encontró menos frecuencia de sintomatología depresiva en jóvenes universitarios (2.2%). Sin embargo, dicho porcentaje no se aleja demasiado de lo hallado para los pacientes drogodependientes de la muestra, por lo que se evidencia de todas maneras un gran malestar emocional y psicológico en dicha muestra de pacientes. En particular, si bien los resultados de

Tataje (2013) no corresponden específicamente a una muestra de pacientes drogodependientes, éstos no dejan de ser importantes, sobre todo en ausencia de estudios locales con pacientes drogodependientes.

En relación con la ideación suicida, en la muestra no se encontró una gran presencia de ideación suicida, ya que daría cuenta de la motivación que tienen los pacientes por rehabilitarse. Según el modelo transteórico de cambio conductual propuesto por Prochaska y Diclemente (1984, citado por Kou, 2013), las personas que ingresan a tratamiento con la finalidad de rehabilitarse se encuentran en la fase denominada “acción”, etapa en la cual el paciente tiene más voluntad para salir victorioso en relación con su recuperación. Por otro lado, tal como lo sugiere la literatura revisada (Kou, 2013; Ceballos y Suarez, 2012; Fernández e Hipólito, 2001), ya que ésta se presentó con menos frecuencia en un nivel “mayor tendencia”. Sin embargo, no deja de resultar preocupante, que el mayor porcentaje de los pacientes fueron los de “tendencia intermedia”, por lo que se debería seguir investigando al respecto. En lo que respecta a investigaciones internacionales, el estudio de Salud Mental Nacional de la población colombiana, mostraron resultados menores en lo referente a ideación suicida (12.3%) para la población colombiana (Taborda & Tellez-Vargas, sf). Sin embargo, dicho porcentaje no se aleja demasiado de lo hallado para los pacientes drogodependientes de la muestra.

Por otra parte, en los estudios nacionales al comparar con la investigación de Kou (2013), en dicho estudio no se encontró ideación suicida en pacientes alcohólicos en tratamiento. Sin embargo, al comparar con el hallazgo de Muñoz et al. (2005), obtenidos para el nivel “mayor tendencia, la proporción de pacientes drogodependientes se presenta menor, en comparación a lo

encontrado por dichos autores, quienes en su investigación se encontró una mayor frecuencia de ideación suicida (30%). Sin embargo, dicho porcentaje no se aleja demasiado de lo hallado para los pacientes drogodependientes de la muestra.

En particular, si bien los resultados de Muñoz et al. (2005), no corresponden específicamente a una muestra de pacientes drogodependientes, éstos no dejan de ser importantes, sobre todo en ausencia de estudios locales con pacientes drogodependientes, por lo que salta a la vista, la necesidad de mayores estudios en nuestro contexto en relación con dicha variable y población.

En referencia al objetivo de investigación general, los resultados parecen finalmente conducirnos a la comprobación de lo planteado por algunos autores en la literatura (Amézquita et al., 2008; Fernández e Hipólito, 2001; Eguiluz y Ayala, 2014; Galán et al., 2014), en cuanto a la correlación significativa directa de la depresión e ideación suicida, lo cual nos podría indicar, que a mayor severidad de sintomatología depresiva en la muestra, mayor será la tendencia a una ideación suicida, frente a un tratamiento de rehabilitación. Asimismo, se encontró una relación significativa entre la sintomatología depresiva y dos dimensiones de ideación suicida que son, actitud hacia la vida o muerte y características de la ideación o del deseo de muerte, además nos indica que, a mayor severidad de sintomatología depresiva, mayor será la tendencia a una actitud hacia la muerte y deseos de muerte, frente a un tratamiento de rehabilitación. Por otro lado, en la literatura al comparar con los estudios de Ceballos y Suarez (2012), en dicho estudio nos indica que las dimensiones actitud hacia la vida o muerte y pensamientos o deseos pueden indicar riesgo para la consumación del suicidio en los pacientes que presentan ideación suicida, también nos

detallan que los sentimientos o pensamientos en torno a la idea de suicidarse se vuelven más persistente y el riesgo de un intento de suicidio se incrementa. Ceballos y Del Toro (2008, citado en Ceballos y Suarez, 2012), describen como factores de riesgos de la ideación y el intento suicidas a la depresión porque se caracteriza por tristeza, irritabilidad, abatimiento e infelicidad; y que puede provocar actitudes, pensamientos y deseos de ideación suicida o intento suicida.

VI. Conclusiones

- 6.1 Existe correlación significativa entre la depresión e ideación suicida, lo que satisface nuestra primera hipótesis.
- 6.2 Existe una correlación positiva entre la sintomatología depresiva y dos dimensiones de ideación suicida que son, actitud hacia la vida o muerte y características de la ideación o del deseo de muerte.
- 6.3 Respecto a la depresión la muestra presenta menores niveles de una sintomatología depresiva severa, seguido por niveles de depresión moderada y leve.
- 6.4 Los resultados de acuerdo a la sintomatología depresiva y de los ítems que la conforman, el ítem de Pérdida de placer fue la que obtuvo mayor puntaje según las respuestas de los pacientes.
- 6.5 Se ratifican ciertas similitudes previamente encontradas en depresión de acuerdo a lugar de procedencia, estado civil y tipos de consumo de drogas.
- 6.6 Respecto a la ideación suicida la muestra presenta menores niveles de “mayor tendencia y se encontró que el nivel “tendencia intermedia” se evidencia con una mayor frecuencia.
- 6.7 Los resultados de acuerdo a ideación suicida y de las dimensiones que la conforman, la dimensión de Características de la ideación o del deseo de muerte fue la que obtuvo mayor puntaje según las respuestas de los pacientes.
- 6.8 Se ratifican ciertas similitudes previamente encontradas en ideación suicida de acuerdo a lugar de procedencia, estado civil y tipos de consumo de drogas.

VII. Recomendaciones

- 7.1 Capacitar a los psicólogos especializados en adicciones y familiares sobre tipos de técnicas y estrategias para una eficacia intervención de la depresión que enfrenta el paciente.
- 7.2 Desarrollar programas de prevención primaria y secundaria para aquellos sujetos que presenten niveles altos de actitud hacia la muerte o características del deseo de muerte cuando afrontan dificultades.
- 7.3 Realizar programas de prevención e intervención de depresión e ideación suicida basados en técnicas de relajación, organización del tiempo y reestructuración cognitiva.
- 7.4 Hacer estudios con un rango mayor de pacientes drogodependientes, ya que este estudio adolece de un muestreo probabilístico y es solamente no probabilístico, siendo posible que lo hallado varíe en otros contextos.
- 7.5 Plantear estudios de seguimiento que permitan relacionar la evolución de la adaptación, depresión, afrontamiento durante el proceso de tratamiento para poder determinar con mayor precisión.
- 7.6 Relacionar las variables medidas con pacientes ambulatorios o de tratamiento de día, dado que no existe investigaciones con dichas poblaciones.
- 7.7 Incrementar el número de estudio de la ideación suicida en nuestro país, ya que hay una escasa de estudios con dicha variable.

VIII. Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM – 5). (5a ed.). Masson, S.A.
- Aquino, V., Makilim, B. y Carneiro, A. (2011). Soporte Familiar, Creencias Irracionales y Sintomatología Depresiva en Estudiantes Universitarios. *Psicología: ciencia e profissão*, 2011, 31 (1), 20-29.
- Agudelo, D., Buena-Casal, G. y Spielberger, C. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41.
- Ainsworth, P. (2000). *Understanding depression*. Jackson, Mississippi: University Press of Mississippi.
- Ellis, A., Caballo, V.E. y Lega, V. (1999). *Terapia Racional Emotivo Conductual*. Siglo XXI.
- Amézquita, M., Gonzales, R. y Zuluaga, D. (2008). Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8, 9, 10 y 11 grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. *Hacia la promoción de la salud*, 13, 143-153.
http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_9.pdf
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1993). *Terapia Cognitiva de la depresión*: Desclée de Brower.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006). *BDI-II Inventario de Depresión de Beck*. (2da ed.). Paidós.
- Beck, A. y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Paidós.
- Beck, A. (1999). *Terapia Cognitiva de las drogodependencias*. Paidós.
- Becoña, E. (2012). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología. Volumen II*. McGraw Hill.

- Beltrán, M., Freyre, M. y Guzmán, L. (2011). El Inventario de Depresión de Beck: su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*. 30(1), 5-13.
- Bowlby, J. (1983). *La Pérdida Afectiva: tristeza y depresión*. Paidós.
- Butcher, J.N., Mineka, S. y Hooley, J.M. (2007). *Psicología Clínica* (12ª ed.). Pearson.
- Butler, M. y Seedall, R. (2006). *The Attachment Relationship in Recovery from Addiction*. Parte 1: Mediación de relaciones <https://doi.org/10.1080/10720160600897581>
- Bustamante, R. (2010). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/157700>
- Casullo, M.M. (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: Una urgencia social. *XII Anuario de investigaciones*, 173-182. <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v12/v12a17.pdf>
- Ceballos, G. y Suarez, Y. (2012). Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología. *Revista CES Psicología* (5)2, 88-100. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802012000200008
- CEDRO, (2010). *El Problema de las Drogas en el Perú*. CEDRO. http://www.cedro.org.pe/ebooks/EPD_2010.pdf
- CIE-10 (2004). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor
- Chau, C. (1998). *Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento*. [Tesis de maestría no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/2178>
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos*. Médica Panamericana. <https://biblioteca.copmadrid.org/bib/3681>

- Clark, D., Beck, A. y Brad, A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Wiley.
- Córdova, M., Rosales, M., Caballero, R. y Rosales, J. (2007). Ideación Suicida en Jóvenes Universitarios: su Asociación con Diversos Aspectos Psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, (15) 2, 17-21.
- Cova, F. (2005). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. *Terapia psicológica*, 23 (1), 49-57.
- De Lucas, M. y Montañés, F. (2006). Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas. *Adicciones*, 18(4), 377-386.
- De la Torre, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación Suicida*. Centro de Psicología Aplicada.
- Eguiluz, L. Ayala, M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Revista Redalyc*. (22) 2, 72-80 <https://doi.org/1048102/piv22i2.71>
- Evans, E., Hawton, K. y Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev*. 24(8), 957-79.
- Ferrer, A. (2010). Las terapias cognitivas: mitos y aspectos controvertidos. *Universidad de Antioquia*, (2) 3, 73-93. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v2n1/v2n1a6.pdf>
- Fernández, N. y Hipólito, M. (2001). Predictores de la ideación suicida: Un estudio empírico en adolescentes. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. (6) 2, 121-127.
- Guadarrama, L., Escobar, A. y Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 49(2), 66-72.

- García, G., García, O., Secades, R., Sánchez, E. y Fernández, J. (2012). Psicopatología y funciones ejecutivas en adictos a la cocaína. *Anales de Psicología*, (28) 3, 720-727.
- Galán, Ríos-Santos JV, J Polo, Ríos Carrasco-B, Bullón P. (2014). Burnout, depression and suicidal ideation in dental students. *Revista Pubmed*. (19) 3, 206-211.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4048106/>
- Gómez, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, (39) 3, 435-447.
- Graña, J. (1994). *Conductas Adictivas: teoría, evolución y tratamiento*. Debate.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill/Interamericana.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. (2007). Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. *Anales de Salud Mental*. (28) 1 y 2.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” (2008). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana. *Anales de Salud Mental*. (19) 1 y 2.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. (2010). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. *Anales de Salud Mental*. (21) 1 y 2.
- Jasaui, P. (2014). *Niveles de alexitimia según severidad de sintomatología depresiva en pacientes con depresión*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú].
https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5394/JASAUI_CARRANZA_YAMILE_NIVELES_ALEXITIMIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J.M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Saxena, S. y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe:

- asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 229–240.
- Kou, R. (2013). *Impulsividad y conductas suicidas en alcoholicos en tratamiento*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica del Perú].
https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5054/KOU_RIOS_RENZO_IMPULSIVIDAD_TRATAMIENTO.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- López, E., Medina, M., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. y Rojas, E. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta de la población estudiantil. *Salud mental*, (18) 4, 25-32.
- Lorenzo, P. (2009) *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología y Legislación*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Matud, M., Guerrero, K. y Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1), 7-21.
- Martínez, P. Gómez, A. y Ortega, S. (2005). Adicciones y Patrones Familiares de Conducta. En: *Psicología Iberoamericana*, 13(1) 5-11.
- Mendels, J. (1989). *Teorías psicológicas. La depresión* (4 ed.). Herder.
- Ministerio de Salud (2010). *El problema de las drogas en el Perú*. Print Pack S.A.
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Nilton, N. y Perales, A. (2005). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, (23) 4, 239-246.
- Otero, D. (2014). *Representaciones de apego en adultos varones drogodependientes*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica del Perú].

https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5601/OTERO_OYAGUE_DIEGO_REPRESENTACIONES_APEGO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Osada, J., Rojas, M., Rosales, C. y Vega – Dienstmaier, J. (2010). Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina. *Revista de Neuropsiquiatría*. 73(1), 15 – 19.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Madrid: Meditor

Organización Mundial de la Salud (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Madrid.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/43949>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Suicide huge but preventable public health problem says WHO*. World Suicide Prevention. OMS

Pedrero, E. y López, A. (2005). Auto informes de sintomatología depresiva en drogodependientes: nivel de coincidencia del BDI, SCL-90-R y MCMI-II. ¿Depresión o malestar inespecífico? *Adicciones*, 17 (3), 215-230.

Ramírez, R., Álvarez, M., Valencia, G. y Tirado, F. (2012). Prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de 14 a 18 años de un colegio privado de Medellín. *Revista Colombiana Psiquiatría*, (41) 3, 606-619.

Rodríguez, L. (2008). *Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú].
<https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/157762>

Rodríguez, E. (1996). *Abordaje terapéutico comportamental – cognitivo en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas*. <http://www.repositorio.cedro.org.pe/handle/CEDRO/257>

- Rosselló, J. y Berrios, M. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños. *Revista Interamericana de Psicología*, (38) 2, 295-302.
- Sánchez, J., S., Musito, G., Villareal, M. y Martínez, (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, (19) 3, 279-287.
- Sanz, J., y García-Vera, M. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario para la Depresión de Beck–Segunda Edición (BDI-II) en pacientes españoles con trastornos psicológicos. *Anales De Psicología*, 29(1), 66-75.
- Tahisin, D. Gutierrez, M. Londoño, P. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Revista Redalyc*. (7) 1, 9-10
- Tataje, A. (2013) *Sintomatología depresiva y dimensiones de perfeccionismo en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú.
https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5080/TATAJE_MARQUEZ_ANDREA_SINTOMATOLOGIA_LIMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Taborda, L. Téllez-Vargas, J. (s.f) *El suicidio en cifras. Neurobiología, factores de riesgo y prevención*. <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/2.EL%20SUICIDIO%20EN%20CIFRAS-OK.pdf>
- Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, (8) 3, 417-449.

IX. Anexos**A****Ficha de datos sociodemográficos****I. Datos de filiación:**

Edad: -----

Lugar de residencia: ----- Lugar de Nacimiento -----

Estado civil actual:

 Soltero Viudo Casado Divorciado

Nivel Socioeconómico:

 Bajo Medio Alto

Tipo de droga de consumo:

 Marihuana PBC Alcohol Tabaco Otros

Etapa de tratamiento:

 Inicio Intermedio Final

B**Protocolo del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)****Instrucciones:**

Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente, luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio de Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza
0 No me siento triste
1 Me siento triste todo el tiempo
2 Estoy triste todo el tiempo
3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo
2. Pesimismo
0 No estoy desalentado(a) respecto de mi futuro
1 Me siento más desalentado(a) respecto de mi futuro que lo que solía estarlo
2 No espero que las cosas funcionen para mí
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar
3. Fracaso
0 No me siento como un(a) fracasado(a)
1 He fracasado más de lo que hubiera debido
2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos
3 Siento que como persona soy un(a) fracasado(a) total
4. Pérdida de Placer
0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar
5. Sentimientos de Culpa
0 No me siento particularmente culpable
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
3 Me siento culpable todo el tiempo
6. Sentimientos de Castigo
0 No siento que estoy siendo castigado(a)
1 Siento que tal vez pueda ser castigado(a)
2 Espero ser castigado(a)
3 Siento que estoy siendo castigado(a)
7. Disconformidad con Uno Mismo
0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre
1 He perdido la confianza en mí mismo(a)
2 Estoy decepcionado conmigo mismo(a)
3 No me gusto a mí mismo(a)
8. Autocrítica
0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico(a) conmigo mismo(a) de lo que solía estarlo
2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis errores
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede
9. Pensamientos o Deseos suicidas
0 No tengo pensamientos de matarme
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Quería matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo
10. Llanto
0 No lloro más de lo que solía hacerlo
1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez
3 Siento ganas de llorar pero no puedo
11.Agitación
0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual
1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual
2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto
3 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo
12.Pérdida de Interés
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas
1 Estoy menos interesado(a) que antes en otras personas o cosas
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
3 Me es difícil interesarme por algo
13.Indecisión
0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre
1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión
14.Desvalorización
0 No siento que yo no sea valioso(a)
1 No me considero a mí mismo tan valioso(a) y útil como solía considerarme
2 Me siento menos valioso(a) cuando me comparo con otro(a)
3 Siento que no valgo nada
15.Pérdida de Energía
0 Tengo tanta energía como siempre
1 Tengo menos energía que la que solía tener
2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3 No tengo energía suficiente para hacer nada
16.Cambios en los Hábitos de Sueño
0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño

1a Duermo un poco más que lo habitual
1b Duermo un poco menos que lo habitual
2a Duermo mucho más que lo habitual
2b Duermo mucho menos que lo habitual
3a Duermo la mayor parte del día
3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
17.Irritabilidad
0 No estoy más irritable que lo habitual
1 Estoy más irritable que lo habitual
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual
3 Estoy irritable todo el tiempo
18.Cambios en el Apetito
0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito
1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual
1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual
2a Mi apetito es mucho menor que antes
2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
3a No tengo apetito en lo absoluto
3b Quiero comer todo el tiempo
19.Dificultad de concentración
0 Puedo concentrarme tan bien como siempre
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada
20.Cansancio o Fatiga
0 No estoy más cansado(a) o fatigado(a) que lo habitual
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual
2 Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer muchas de las cosas que solía hacer
3 Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer la mayoría de las cosas

que solía hacer
21.Pérdida de interés en el Sexo
0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estarlo
2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo
3 He perdido completamente el interés en el sexo

C

Escala de Ideación Suicida para adultos de Beck (BSS)**Instrucciones:**

Este cuestionario consta de 19 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente, luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo.

1. Deseo de vivir
0 Moderado a fuerte
1 Poco (débil)
2 Ninguno (no tiene)
2. Deseo de morir
0 Ninguno (no tiene)
1 Poco (débil)
2 Moderado a fuerte
3. Razones para vivir/morir
0 Vivir supera a morir
1 Equilibrado (es igual)
2 Morir supera a vivir
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo
0 Ninguno (inexistente)
1 Poco (débil)
2 Moderado a fuerte
5. Deseo pasivo de suicidio
0 Tomaría precauciones para salvar su vida
1 Dejaría la vida/muerte a la suerte

2 Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida
6. Duración
0 Breves, periodos pasajeros
1 Periodos largos
2 Continuos (crónicos) casi continuos
7. Frecuencia
0 Rara (ocasionalmente)
1 Intermitente
2 Persistentes y continuos
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos de suicidio
0 Rechazo
1 Ambivalente; indiferente
2 Aceptación
9. Control sobre la acción/deseo de suicidio
0 Tiene sentido de control
1 Inseguridad de control
2 No tiene sentido de control
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar)
0 No lo intentaría porque algo lo detiene
1 Cierta duda hacia los intereses que lo detienen
2 Ninguno o mínimo interés en las razones que detienen indicar qué factores lo detienen
11. Razones para pensar/desear el intento suicida
0 Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza
1 Combinación de 0 y 2
2 Escapar, acabar, salir de problemas
12. Método: especificidad/oportunidad de pensar en el intento suicida
0 Sin considerar
1 Considerado, pero sin elaborar los detalles
2 Detalles elaborados/bien formulados

13. Método, disponibilidad/oportunidad de pensar el intento
0 Método no disponible, no oportunidad
1 Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente
2 Método y oportunidad disponible
2a Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método
14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento
0 Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente
1 No está seguro de tener valor
2 Está seguro de tener valor
15. Expectativa/anticipación de un intento real
0 No
1 Sin seguridad, sin claridad
2 Sí
16. Preparación real
0 Ninguna
1 Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
2 Completa
17. Nota suicida
0 Ninguna
1 Sólo pensada, iniciada, sin terminar
2 Escrita, terminada
18. Acciones finales para preparar la muerte (testamentos, arreglos, regalos)
0 No
1 Sólo pensados, arreglos parciales
2 Terminados
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida
0 Revela las ideas abiertamente
1 Revela las ideas con reserva
2 Encubre, engaña, miente