

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

Depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario de Juliaca - 2017.

Por:

Claudio Daniel Turpo Quispe
Jhony Severo Huarachi Apaza

Asesor:

Psic. Nahil Zoila Pumalla Alviz

Juliaca, julio de 2017

Estilo APA

Turpo Quispe, C. D., & Huarachi Apaza, J. S. (2017). *Depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario de Juliaca-2017*. Juliaca: Imprenta Universidad Peruana Unión.

Estilo Vancouver

1. Turpo Quispe CD, Huarachi Apaza JS. Depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario de Juliaca-2017. Juliaca: Imprenta Universidad Peruana Unión; 2017.

Estilo Turabian

Turpo Quispe, Claudio Daniel, y Jhony Severo Huarachi Apaza. *Depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario de Juliaca-2017*. Juliaca: Imprenta Universidad Peruana Unión, 2017.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación – CRAI – de la UPeU

TPS Turpo Quispe, Claudio Daniel
2 Depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del
T95 Establecimiento Penitenciario de Juliaca – 2017 / Autores: Claudio Daniel Turpo Quispe
2017 y Jhony Severo Huarachi Apaza; Asesor: Psic. Nahil Zoila Pumalla Alviz -- Juliaca, 2017.
112 páginas: anexos, figuras, tablas

Tesis (Licenciatura) -- Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud.
EP. de Psicología, 2017.

Incluye referencias y resumen.

Campo del conocimiento: Psicología.

1. Depresión. 2. Ideación suicida. 3. Pensamiento/deseo suicida. 4. Proyecto de intento suicida. 5. Actitud hacia la vida/muerte. I. Huarachi Apaza, Jhony Severo, autor.

CDD 616.8

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS

Nahil Zoila Pumalla Alviz de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Psicología, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: “Depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario de Juliaca-2017” constituye la memoria que presentan los bachilleres Claudio Daniel Turpo Quispe y Jhony Severo Huarachi Apaza para aspirar al título profesional de Psicólogo, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Juliaca, a los diez días, del mes de Julio del año dos mil diecisiete.



Psic. Nahil Zoila Pumalla Alviz

Depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario de Juliaca-2017.

TESIS

Presentado para optar el título profesional de Psicólogo

JURADO CALIFICADOR



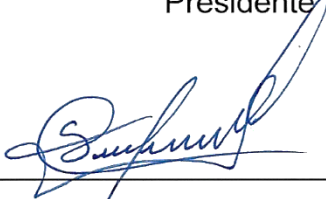
Lic. Martha Rocio Vargas Yucra

Presidente



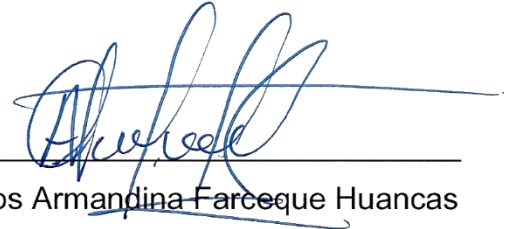
Psic. Lisbeth Ivone Larico Mamani

Secretaria



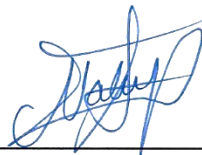
Psic. Helen Sara Flores Mamani

Vocal



Psic. Santos Armandina Farceque Huancas

Vocal



Psic. Nahil Zoila Pumalla Alviz

Asesor

Juliaca, 10 de Julio del 2017

Dedicatoria

De manera muy especial dedico esta tesis a Dios, a mis padres y hermanos quienes fueron una guía y ejemplo a seguir, así mismo me brindaron su amor, sacrificio y apoyo incondicional que me brindaron durante este largo camino; a mis maestros quienes en todo momento me motivaron a seguir y poder concluir de manera satisfactoria esta tesis.

(Claudio)

A Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no flaquear en mi vida estudiantil, enseñándome a enfrentar las calamidades sin perder nunca la dignidad ni decaer en el intento. A mis padres por su apoyo, orientación, dedicación, comprensión. Me han brindado todo lo que soy como persona, mis valores, principios, perseverancia, coraje y un buen carácter para conseguir cada uno de mis objetivos.

(Jhony)

Agradecimiento

En primer lugar agradecemos a Dios por habernos brindado su amor y sabiduría permitiéndonos así culminar la presente investigación.

De igual manera a nuestros familiares quienes nos apoyaron en todo momento de una manera incondicional, por sus consejos y motivación, así mismo a nuestros docentes quienes en todo circunstancia nos brindaron un poco de su tiempo para poder guiarnos y poder impartirnos sus conocimientos desinteresadamente.

A nuestra alma mater la Universidad Peruana Unión por habernos acogido durante estos años formándonos con valores y principios cristianos, para nuestra formación como seguidores de Cristo.

Índice general

Resumen	xv
Abstract	xvi
Introducción.....	xvii
CAPÍTULO I	19
El problema	19
1.1 Descripción del problema.	19
1.2 Formulación del problema.	22
1.2.1 Problema general:	22
1.2.2 Problemas específicos:	22
1.3 Objetivos de la investigación.	22
1.3.1 Objetivo general:	22
1.3.2 Objetivos específicos:.....	23
1.4 Justificación.....	23
1.5 Viabilidad.....	24
CAPÍTULO II	25
Marco teórico.....	25
2.1 Antecedentes de la investigación.	25
2.2 Marco bíblico filosófico.	29
2.3 Bases teóricas.....	32
2.3.1 Definición de depresión	32
2.3.2 Causas de la depresión.....	34
2.3.3 Síntomas de la depresión.....	35
2.3.4 Tipos de depresión.....	36
2.3.5 Modelos teóricos de la depresión.....	37

2.3.6 Tratamiento.....	40
2.3.7 Ideación suicida.....	41
2.3.8 Indicadores de ideación suicida.....	42
2.3.9 Factores del riesgo suicida.....	43
2.3.10 Proceso del suicidio.....	45
2.3.11 Teorías de la ideación suicida.....	46
2.3.12 Definición de delito.....	49
2.4 Marco conceptual.....	51
2.4.1 Definición de términos:.....	51
CAPÍTULO III.....	53
Metodología.....	53
3.1 Tipo y diseño.....	53
3.2 Población y muestra.....	54
3.2.1 Criterios de inclusión.....	54
3.2.2 Criterios de exclusión.....	55
3.3 Variables.....	55
3.4 Formulación de hipótesis.....	55
3.4.1 Hipótesis general:.....	55
3.4.2 Hipótesis específicas:.....	55
3.5 Operacionalización de variables.....	56
3.6 Instrumento.....	58
3.6.1 Instrumentos.....	58
3.7 Análisis de datos.....	60
CAPÍTULO IV.....	61
Resultados y discusión.....	61

4.1 En relación al objetivo general.	61
4.1.1 Análisis descriptivo:	61
4.1.2 Prueba de hipótesis:	62
4.2.1 Análisis descriptivo:	65
4.2.2 Prueba de hipótesis:	65
4.3 En relación al segundo objetivo específico.....	68
4.3.1 Análisis descriptivo:	68
4.3.2 Prueba de hipótesis:	69
4.4 En relación al tercer objetivo específico.	72
4.4.1 Análisis descriptivo:	72
4.4.2 Prueba de hipótesis:	73
4.5 En relación al cuarto objetivo específico.	75
4.5.1 Análisis descriptivo:	75
4.5.2 Prueba de hipótesis:	76
4.6 Discusión.....	79
CAPÍTULO V	82
Conclusión y recomendaciones.....	82
5.1 Conclusiones.....	82
5.2 Recomendaciones.....	84
Referencias	86
ANEXOS	98

Índice de tablas

Tabla 1 Operacionalización de la variable de depresión.....	56
Tabla 2 Operacionalización de la variable de ideación suicida.....	57
Tabla 3 Nivel de depresión de internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario de Juliaca - 2017.....	61
Tabla 4 Nivel de ideación suicida de internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario de Juliaca – 2017	62
Tabla 5 Análisis de correlación entre la variable depresión e ideación suicida.....	63
Tabla 6 Estadístico de prueba para las variables depresión e ideación suicida	64
Tabla 7 Estadístico de ANOVA para determinar la relación entre las variables depresión e ideación suicida	64
Tabla 8 Nivel de ideación suicida en su dimensión de actitud hacia la vida/muerte .	65
Tabla 9 Análisis de correlación entre la variable depresión e ideación suicida en su dimensión actitud hacia la vida/muerte	66
Tabla 10 Estadístico de prueba para las variables depresión e ideación suicida en su dimensión actitud hacia la vida/muerte	67
Tabla 11 Estadístico de ANOVA para determinar la relación entre depresión e ideación suicida en su dimensión actitud hacia la vida/muerte	68
Tabla 12 Nivel de ideación suicida en su dimensión de pensamientos/deseos suicidas	69
Tabla 13 Análisis de correlación entre la variable depresión e ideación suicida en su dimensión pensamientos/deseos suicidas	70
Tabla 14 Estadístico de prueba para las variables depresión e ideación suicida en su dimensión pensamientos/deseos suicidas	71

Tabla 15 Estadístico de ANOVA para determinar la relación entre las variables depresión e ideación suicida en su dimensión pensamientos/deseos suicidas.	71
Tabla 16 Nivel de ideación suicida en su dimensión de proyecto de intento suicida	72
Tabla 17 Análisis de correlación entre la variable depresión e ideación suicida en su dimensión proyecto de intento suicida	73
Tabla 18 Estadístico de prueba para las variables depresión e ideación suicida en su dimensión proyecto de intento suicida	74
Tabla 19 Estadístico de ANOVA para determinar la relación entre depresión e ideación suicida en su dimensión proyecto de intento suicida	75
Tabla 20 Nivel de ideación suicida en su dimensión de desesperanza	76
Tabla 21 Análisis de correlación entre la variable depresión e ideación suicida en su dimensión desesperanza	77
Tabla 22 Estadístico de prueba para las variables depresión e ideación suicida en su dimensión desesperanza	78
Tabla 23 Estadístico de ANOVA para determinar la relación éntrelas variables depresión e ideación suicida en su dimensión desesperanza	78

Índice de figuras

Figura 1. Gráfico de dispersión de puntos de las variables depresión e ideación suicida.	63
Figura 2. Gráfico de dispersión de puntos de las variables depresión e ideación suicida en su dimensión actitud hacia la vida/muerte.....	67
Figura 3. Gráfico de dispersión de puntos de las variables depresión e ideación suicida en su dimensión pensamientos/deseos suicidas.	70
Figura 4. Gráfico de dispersión de puntos de las variables depresión e ideación suicida en su dimensión proyecto de intento suicida.....	74
Figura 5. Gráfico de dispersión de puntos de las variables depresión e ideación suicida en su dimensión desesperanza.....	77

Índice de Anexos

Anexo A. Autorización para recolección de datos	99
Anexo B. Inventario de depresión de Beck	102
Anexo C. Escala de ideación suicida	108

Símbolos usados

OMS	Organización Mundial de la Salud
MINSAL	Ministerio de Salud
INSM	Instituto Nacional de la Salud Mental
CCS	Centro de Colaboraciones Solidarias
MSSSI	Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad
DSM-IV	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
DSM-V	Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos de Salud Mental
CIE-10	Guía de Bolsillo de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento
BDI-II	Inventario de Depresión de Beck
SSI	Escala de Ideación Suicida
PPL	Personas Privadas de Libertad

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario de Juliaca-2017, la muestra estuvo constituida por 100 internos por el delito de violación sexual la cual está conformada por el pabellón A y B del Establecimiento Penitenciario de Juliaca, así mismo se utilizó una muestra no probabilístico. La metodología de la presente investigación corresponde a un diseño no experimental de corte transaccional o transversal, de tipo descriptivo correlacional, los instrumentos utilizados fueron el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) compuesto por 21 ítems y la Escala de ideación suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI) compuesto por 18 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: actitud hacia la vida/muerte, pensamientos/deseos suicidas, proyecto de intento suicida y desesperanza. Los resultados hallados evidencian que existe una correlación directa y significativa entre depresión e ideación suicida ($r=.424$; $p=.000$), de la misma forma en sus dimensiones: actitud hacia la vida/muerte ($r=.330$; $p=.001$), pensamientos/deseos suicidas ($r=.362$; $p=.000$), proyecto de intento suicida ($r=.279$; $p=.005$) y en desesperanza ($r=.291$; $p=.003$) estos resultados indican una relación significativa y directa entre depresión y las dimensiones de ideación suicida. Por lo tanto se concluye que a mayor depresión mayor es el nivel de ideas suicidas.

Palabras claves: depresión, ideación suicida, actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/deseo suicida, proyecto de intento suicida, desesperanza y internos.

Abstract

The main objective of this investigation was to determine the relationship between depression and suicidal ideation in prisoners for crime of rape at Establecimiento Penitenciario of Juliaca-2017, the sample was constituted by 100 prisoners for the crime of rape, Hall A and B at Establecimiento Penitenciario of Juliaca, we also used a non-probabilistic sample. The methodology of this investigation is a non-experimental that corresponds to a correlational design, the instruments we used were the Beck-II Depression Inventory (BDI-II) that has 21 items and the Suicidal Ideation Scale Of Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI) it has 18 items divided into four dimensions: attitude toward life / death, suicidal thoughts / desires, suicide attempt project and hopelessness. The results show that there is a direct and significant correlation between depression and suicidal ideation ($r = .424$; $p = .000$), in the same way in its dimensions: attitude towards life / death ($r = .330$, $p = .000$), suicidal thoughts / desires ($r = .362$; $p = .000$), suicide attempt project ($r = .279$; $p = .005$) and in despair ($r = .291$; $p = .003$) This results indicate a significant and direct relationship between depression and suicidal ideation. Therefore, it is concluded that the greater depression is the level of suicidal ideation.

Key words: depression, suicidal ideation, attitude toward life / death, suicidal thoughts / desires, suicide attempts, despair and prisoners.

Introducción

En nuestra actualidad las personas con depresión llegan a ser vulnerables frente a los problemas no pudiendo llegar a afrontar la vida de una manera positiva, en ocasiones estas personas al no hallar una solución a sus problemas llegan a tomar la fatal decisión de quitarse la vida es por ello que se decidió abordar este tema, ya que en nuestro país la salud mental debería ser tratada debidamente, para así poder tener una buena calidad de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) menciona que la depresión es un sentimiento de profunda tristeza que llega a producirse por un evento desagradable, cuyas características es la alteración del humor, apetito, sueño, así mismo no realiza sus actividades con normalidad, baja autoestima, sentimientos de culpa y dificultad para llegar a concentrarse, así mismo la depresión puede llegar hacerse crónica o recurrente si no se trata debidamente pudiendo ocasionar el suicidio (OMS, 2016).

Las enfermedades mentales, y principalmente la depresión, el consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales, las cuales generan pensamientos suicidas e incluso llegan a quitarse la vida. (OMS, 2012). De igual manera De la torre (2013) menciona que el suicidio es un de las diez primeras causas de muerte, lo que supone que al año mueren en el mundo alrededor de un millón de personas y 1,8% del total de fallecimientos son por el suicidio. Así mismo, la relación del suicidio con los problemas psicológicos y depresión es muy estrecha. La mayoría de las personas que se suicidan parecen estar deprimidas y prácticamente la mitad de las personas diagnosticadas de depresión presentan ideas suicidas.

Esta investigación no solo dará a conocer si existen relación entre depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario de Juliaca, si no también pretender ampliar la información de dicha población, además se motiva a que se puedan realizar otras investigaciones con la

población penitenciaria las cuales aporten a la sociedad, y puedan ayudar a una buena calidad de vida del interno.

Esta investigación consta de cinco capítulos orgánicamente sintetizados:

En el capítulo I, se presenta el problema de la investigación, la formulación del problema, seguido por los objetivos, justificación y viabilidad de la investigación.

En el capítulo II, llega a describir el marco teórico, haciendo énfasis en los estudios relacionados con la investigación, así como las bases teóricas las cuales nos guían al desarrollo de la investigación.

En el capítulo III, se desarrolla la metodología de la investigación, llegando a determinar el tipo y diseño de investigación, delimitación de la población y muestra, así mismo planteando la hipótesis y la operacionalización de variables, así como la descripción de las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

En el capítulo IV, se presentan los resultados obtenidos, y discusión de la presente investigación, para culminar

En el capítulo V, en la cual se presenta la conclusión y recomendaciones a las cuales se llegó con la presente investigación. Finalmente se consideran las referencias y los anexos de esta investigación.

CAPÍTULO I

El problema

1.1 Descripción del problema.

Según la OMS (2016) indica que la depresión es conocida como una enfermedad mental, manifestándose en unos 350 millones de individuos siendo esta una enfermedad común. De igual manera la depresión se muestra de una manera diferente en cuanto al estado anímico y emocional del sujeto frente a una situación problemática, esto podría ser un problema de salud muy serio, especialmente cuando es de larga duración y de intensidad moderada a grave, llegando a generar sufrimiento, así mismo alterando las actividades laborales, escolares y familiares; la depresión y otros trastornos mentales van en aumento en todo el mundo. Siendo este el principal causante de llevar al individuo al suicidio. Así mismo la información adquirida de la (OMS) manifiesta que cada año se suicidan más de 800.000 individuos, teniendo en consideración que el suicidio es la segunda causa de muertes en ambos sexos que oscilan entre las edades de 15 a 29 años.

Según Perú 21, en el 2015 muestra cifras de 1 a 3 suicidios se dan por día en el Perú, un 8.9% de peruanos en algún período de su vida han tenido pensamientos de quitarse la vida, el 95% de los pacientes llegan a relacionarse con un trastorno mental la cual nunca llegó a recibir atención médica. De igual manera se detalla que el 70% de enfermos presentan depresión, el 15% a esquizofrenia y el 10% a trastornos de personalidad o adicciones. De todos los individuos que llegan a padecer depresión

solo un 20% llega a intentar suicidarse, uno termina en muerte de cada 10 intentos de suicidio. Así mismo, dos tercios de pacientes tienen pensamientos de no continuar con vida, pero no intentan suicidarse.

Así mismo Perú 21, en el año 2014 muestra que en nuestro país existe aproximadamente un millón 700 mil individuos quienes padecen de depresión, así mismo los que generan el trastorno depresivo es el 25% de individuos quienes no acuden a una atención médica, toda conducta suicida llega a asociarse a la depresión el cual se desencadena desde la infancia, si esta enfermedad llega a avanzar en un futuro, el Perú afrontara diversos casos de muerte, las estadísticas que muestra el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, indica que la conducta suicida está relacionada a la depresión, llegando a mostrar cifras considerables en nuestro país, se presentó 334 individuos por autoeliminación y el 80% de muertes se originó por diversos problemas anímicos y depresivos, teniendo como cifra a un grupo de 20 individuos, dentro de este grupo hay un individuo que presenta síntomas depresivos; así mismo se trabajó con una cifra similar en cuanto a la ideación suicida de las cuales se obtuvo que también una persona llega a matarse.

Según la información del diario La Republica en el 2015, manifiesta que cerca de 700 mil peruanos padecen de depresión, solo en la capital del Perú se presenta una cifra considerable de 350. 000 individuos que sufren de depresión, siendo este el causante de problemas de salud mental, generando pérdidas millones al país a causa de esta enfermedad.

La depresión llega a afectar a millones de personas en todo el mundial, generando en la persona angustia, sufrimiento y pérdida de vida social y laboral. Las cifras halladas muestran que el 25% y 33% de personas padecen depresión en algún período de su vida, es por ello fundamental conocer a fondo todo término de psicopatología clínica. A pesar que es una dolencia generalizada, en el Perú existe mucha ignorancia y pensamientos erróneos frente al trastorno mental (Orozco, 2012).

Según Miguélez (2008) en el artículo Cárceles de la mente, del Centro de Colaboraciones Solidarias (CCS), indica que el 30% de individuos que son abandonados o nunca tuvieron una familia u hogar son propensos a desarrollar depresión crónica, trastornos bipolares o esquizofrenia, siendo estas las enfermedades mentales más habituales, según investigaciones realizadas en España, en los últimos años, la depresión ha sido mencionada como el principal problema que más sufrimiento ha causado en la persona, generando distintas clases de depresión las cuales llegan a afectar a una cantidad exorbitante de personas sin diferenciar el género, edad ni nivel socioeconómico, siendo el principal motivo de consulta clínica.

Según Rubio et al. (2014) da a conocer que Colombia todos los centros penitenciarios son ambientes que involucran situaciones de peligro, generando en el interno actitudes suicidas, así mismo la privación de libertad afecta de manera negativa a quienes llegan a experimentar esta situación, las cifras muestran que dentro de los 10 últimos años, el 11% de muertes se ha generado a causa del suicidio, teniendo un promedio de 16 suicidios por año. Así mismo otros estudios revelaron que en el años 2008 al 2010 se presentó 11 suicidios por año, dando a conocer que una cantidad de 30 a 33 internos llegaron a autoeliminarse en los diversos centros penitenciarios de Colombia.

Nuestro país no es ajeno de esta realidad; así lo indico el encargado del área de psicología dando a conocer que la depresión en el establecimiento penitenciario de Juliaca es alarmante ya que muchos de los internos atraviesan por distintos problemas emocionales no pudiendo comunicarse con su familia, ni logra adaptarse al encierro, generando en ellos pensamientos suicidas. Así mismo indico que desde el 2014 hasta el 2016, hubo 20 intentos de suicidio, 2 de ellos se llegó a concretar.

Actualmente la depresión es una enfermedad mental que si no es tratada adecuadamente llega a presentar diversos problemas a nivel personal, social y familiar, llegando a generar ideas suicidas y en ocasiones se llega a concretizar.

Es por esta razón que mostramos interés en investigar la relación que hay entre depresión e ideación suicida que presentan los internos de los diversos penales de nuestro país, el penal de Juliaca no está exento de dicho problema, a pesar de que los internos tienen a disposición el área de psicología de dicho establecimiento, no es suficiente, ni es posible llegar a todos los internos y conocer los diferentes problemas que cada interno presenta, por lo cual se quiere prevenir mediante evaluaciones para descartar o atender oportunamente los casos que se presenten.

1.2 Formulación del problema.

1.2.1 Problema general:

¿Existe relación entre depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017?

1.2.2 Problemas específicos:

- ¿Existe relación entre depresión y actitud hacia la vida/muerte en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017?
- ¿Existe relación entre depresión y pensamientos/deseos suicidas en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017?
- ¿Existe relación entre depresión y proyecto de intento suicida en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017?
- ¿Existe relación entre depresión y desesperanza en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017?.

1.3 Objetivos de la investigación.

1.3.1 Objetivo general:

Determinar la relación entre depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017.

1.3.2 Objetivos específicos:

- Identificar la relación entre depresión y actitud hacia la vida/muerte en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017.
- Identificar la relación entre depresión y pensamientos/deseos suicidas en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017.
- Identificar la relación entre depresión y proyecto de intento suicida en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017.
- Identificar la relación entre depresión y desesperanza en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017.

1.4 Justificación.

Una buena salud mental es el regalo mayor que Dios nos ha entregado a cada uno de nosotros, pero en el transcurrir de nuestras vidas pasamos por diversas situaciones problemáticas, generando así diversas enfermedades psicológicas no logrando afrontar adecuadamente los problemas que se les presentan.

Habitualmente los internos del establecimiento penitenciario de Juliaca tienen que enfrentar situaciones de ansiedad, depresión, baja autoestima, sentimientos de culpa, pensamientos irracionales, pensamientos de ideación suicida y una inadecuada calidad de vida, debido a que muchos de ellos se encuentran ubicados en ambientes pequeños ya que el establecimiento penitenciario supera su nivel de capacidad de internos, generando así que muchos de ellos presenten síntomas depresivos acompañados de ideas suicidas frente a estas situaciones.

El problema referido a la depresión e ideación suicida en los internos del establecimiento penitenciario se ha convertido en uno de los problemas más frecuentes que experimentan todas las personas al momento de ser privados de su libertad.

Según Moreno (2012) indica que todo efecto causado por la depresión llega a ocasionar la alteración del contenido de pensamiento, ocasionando en la persona el deterioro de sí, sin excluir la existencia de una disfuncionalidad en los procesos de planificación y evaluación de sí mismo.

Frente a lo dicho, consideramos importante realizar esta investigación ya que nos permitirá conocer la realidad que atraviesan los internos del establecimiento penitenciario de Juliaca frente a la depresión e ideación suicida, la información servirá para mencionar el estado de ánimo y la asociación que existe con la ideación suicida ya que mucho de los internos atraviesan por distintas situaciones problemáticas, tanto familiares, emocionales y sentimientos de culpa.

1.5 Viabilidad.

Para poder desarrollar la evaluación es necesario obtener la aprobación del Centro Penitenciario de Juliaca, la cual nos brindó facilidades para realizar la presente investigación.

Ya que nos otros realizamos la interpretación, la observación y la disposición de los internos ya que la población evaluada se encuentra en un mismo lugar geográfico. Así mismo las encuestas utilizadas, son adaptadas para todo nivel social en nuestro país.

CAPÍTULO II

Marco teórico

2.1 Antecedentes de la investigación.

Los estudios sobre la depresión e ideación suicida son reducidas; en la presente investigación hemos de analizar sobre los diversos estudios existentes acerca de depresión e ideación suicida en personas privadas de su libertad; no obstante desarrollamos un resumen de los antecedentes que nos brindara mayores conocimientos sobre cómo se ha ido investigando nuestro problema de investigación.

Se logró obtener las siguientes investigaciones relacionadas, se iniciara describiendo los antecedentes internacionales, así mismo las nacionales y regionales a continuación se detalla:

Investigaciones a nivel internacionales

Medina, Cardona y Arcila (2011) llevaron a cabo una investigación en Colombia titulada: Riesgo suicida y Depresión en un grupo de internos de una cárcel de Quindío (Colombia). Que tuvo como objetivo determinar el riesgo suicida y depresión en internos. La metodología a estudiar fue de tipo no experimental, descriptiva relacional, teniendo como muestra a 34 reclusos entre las edades de 18-51 años, estos fueron elegidos al azar, así mismo el instrumento utilizado fue el cuestionario ISO 30 (Inventory of suicide orientación) e IDB (Inventario de depresión de Beck). Teniendo como resultados que el 75% de los internos tienen riesgo suicida moderado o alto y el

56% posee sintomatología depresiva grave y moderada. Por lo que se concluyó en que es fundamental determinar la existencia de factores de riesgo en esta población así mismo poder mejorar los estudios en esta población, lo cual ayudara a poder identificar y prevenir el suicidio.

Asi mismo Mojica, Sàenz y Rey-Anacona (2009) realizaron una investigación en el mismo país de Colombia titulada: Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano, cuya investigación fue constituida por 95 internos que oscilan entre las edades de 19 a 59 años, en donde se utilizó como instrumentos de evaluación la Escala de Riesgo Suicida de Plutchick, la Escala de Depresión y la Escala de Desesperanza estos dos instrumentos son de Beck y por último se utilizó una ficha socio demográfica, de todos estos instrumentos utilizados se obtuvo como resultado de esta investigación que toda las personas con riesgo de quitarse la vida, llegan a presentar niveles elevados y recurrentes en cuanto a desesperanza y depresión.

Moreno (2012) realizó una estudio en Quito, Ecuador titulado: La depresión y sus efectos en la capacidad mental de las Personas Privadas de Libertad (PPL). Teniendo como objetivo principal de establecer en como afecta la depresión en personas privadas de libertad a su capacidad intelectual, los instrumentos utilizados son: el inventario de depresión de Beck y el test de Raven, a una población la cual esta constituida por 293 personas privadas de su libertad del Centro de Rehabilitacion Social de Varones Quito N°1. Los resultados alcanzados respecto a la depresión nos muestra que el 97% de las personas sufren de algun nivel de depresión; de iguan manera el 31% de personas evidencian un coeficiente itelectual de bueno, el 69% muestran un coeficiente intelectual regular próximo a deficiente. Concluyendo que hay una elevada cantidad de personas que son privadas de su libertad las cuales presentan un coeficiente intelectual Bajo, mencionando que hay una asociación entre depresión y el bajo coeficiente intelectual.

Martínez (2012) realizo una investigacion en México titulada: Depresión en hombres reclusos de la zona sur del estado de Veracruz. Cuya finalidad es determinar el grado

de depresión en reclusos de la zona Sur de Veracruz. Teniendo como estudio de muestra a 35 internos que oscilan entre las edades de 22 a 31 años, los instrumentos que se utilizó son la Cédula de Datos Personales (CDP) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Los resultados hallados dan referencia que los factores que desencadenan la depresión son los impulsos suicidas, tiene pensamientos de hacerse daño (40%), planes de suicidio (20%), me mataría si pudiera (11.4%) e irritabilidad con un (48.6%), el trastorno de sueño se presenta al no poder conciliar el sueño por más de 3 o 4 horas seguidas expresándose en un (51.7%). En general se presentó depresión grave al 100%. Concluyendo en que todas las personas que ingresan a un penal o son privados de su libertad, frecuentemente desencadenan síntomas depresivos, sin respetar la edad, estado civil, causa de ingreso, origen o religión.

Orozco (2012) desarrolló una investigación en Guatemala: sobre el Nivel de depresión en personas privadas de libertad. Cuyo objetivo fue medir el grado de depresión que presentan las personas privados de su libertad en la cárcel de la Comisaria cuarenta y dos de la Policial Nacional Civil de la cabecera municipal de San Marcos. En este estudio se trabajó con una población constituida por 50 personas recluidas, cuyo instrumento utilizado fue el Inventario de Depresión de Beck (IDB – II). Teniendo como resultado que el 40%, de personas privadas de su libertad está en un grado leve, el 30% de personas recluidas está en un grado moderado, entre los porcentajes más bajos se tiene un grado mínimo con 24%, y el nivel grave con 6%, formando entre los 4 niveles el 100% de la muestra, siendo el 76% de personas recluidas las cuales presentan el trastorno depresivo. En conclusión se comprende que el estar privado de la libertad, lleva al individuo a experimentar sentimientos de infelicidad, desesperanza y angustia permanente, sintiéndose incapaz de cambiar sus actitudes ni tratando de mejorar, como sentirse sola y mal consigo misma, así mismo llega a manifestar un posible cambio en su identidad y autoestima, el cual se convierte en manifestaciones depresivas de diferentes niveles, incluyéndose problemas emocionales.

Baltodano y Márquez (2014) realizaron un estudio en Liberia, Costa Rica titulado: Ideación suicida en personas privadas de su libertad del Centro del Programa de

Atención Institucional (CPI) de Liberia, esta investigación se desarrolló en el mes de julio hasta diciembre teniendo una duración 6 meses, cuyo objetivo es detectar la presencia de la ideación suicida, se trabajó con una población de 127 personas, para la evaluación de dicha población se utilizó los siguientes instrumentos: la Escala de Probabilidad del muerte y la Escala de Ideación Suicida de Beck. Obteniendo un resultado del primer instrumento evaluado el cual muestra cifras del 10.2% de las personas evaluadas muestran ideas de muerte, en tanto el segundo instrumento revela cifras del 11% de personas que son capaces de quitarse la vida, se llegó a la conclusión de que toda idea negativa, irracional y las diversas alteraciones cognitivas, son factores que desencadenan la ideación suicida en personas recluidas en los diversos penales.

Investigaciones a nivel nacional

Dasso (2010) realizó un estudio en Lima-Perú titulado: Sintomatología depresiva y prácticas religiosas en internas por delitos comunes de una cárcel de Lima. Cuyo objetivo fue buscar una posible relación entre las dos variables. La metodología de estudio es de tipo cuantitativa, exploratoria y con elementos correlacionales. Se trabajó con una población de 51 internas quienes fueron escogidas al azar. Para la evaluación de dicha población se utilizó los siguientes instrumentos: la Escala de Prácticas Religiosas (Hamann, 2003) el cual se adaptó a la población penitenciaria, así mismo se utilizó el inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck, 2006). Obteniendo como resultado, una categoría baja en relación a la variable de depresión y un nivel alto en la variable de prácticas religiosas. Se llegó a concluir que no hay relación significativa entre las dos variables; sin hacer omisión de que se halló una asociación entre algunas prácticas religiosas.

Investigaciones a nivel regional

Coa y Curo (2015) realizaron una investigación en Puno-Perú titulada: Ideación suicida en internos sentenciados por violación de la libertad sexual y sentenciados por homicidio del Establecimiento Penitenciario Juliaca, 2015. Cuyo objetivo es identificar

las diferencias en el nivel de ideación suicida de los internos sentenciados por los delitos de violación de la libertad sexual y sentenciados por homicidio. En este estudio se trabajó con una población de 157 internos por el delito de violación de la libertad sexual y 70 internos por el delito de homicidio, quienes se encuentran recluidos, la metodología utilizada es de tipo descriptivo comparativo, no experimental, para la evaluación de la población se utilizó el Cuestionario de Ideación Suicida de Beck. Obteniendo como resultado que los internos del delito de violación de la libertad sexual muestran un elevado índice en cuanto al nivel bajo (82,1%) así mismo es continua con un nivel medio de (17,9%), de igual manera los internos por el delito de homicidio manifiestan un índice elevado en cuanto al nivel bajo (61,1%) seguido de (33,3%) la cual lo ubica en un nivel medio. Se llegó a finalizar con la obtención del (5,6%) la cual lo ubica en un nivel elevado de ideación suicida. En conclusión los internos sentenciados por los delitos de violación de la libertad sexual y homicidio no presentan diferencias significativas en cuanto a la ideación suicida.

2.2 Marco bíblico filosófico.

Muchas de las personas ignoran que la principal fuente de vida y felicidad proviene del amor de Dios, la cual fue revelada a través de su santa escritura, en nuestra actualidad el ser humano ha ido olvidando de donde proviene la vida y la felicidad, es por ello que al hablar de depresión, tristeza o ideas suicidas se tiene que partir desde los inicios de la vida, de los primeros hombres bíblicos quienes padecieron tristeza, abatimiento, aflicciones, desánimos, angustias y pensamientos negativos siendo estas las causantes del hundimiento del hombre en el mundo, Dios nos manifiesta la importancia de la vida y felicidad mediante su amor y los siguientes textos son la evidencia de todo ello.

Según Augusto (2002) menciona que Dios es el autor principal de todos los sistemas que rigen la vida, de nuestro cuerpo, mente y espíritu, la salud es la recompensa a la obediencia, la enfermedad es el resultado de la desobediencia, nuestros primeros padres Adán y Eva a causa de su desobediencia padecieron muchas enfermedades así como la depresión generando una muerte espiritual. Es por ello que se toma énfasis

en dos grandes enfermedades la depresión e ideación suicida, sabemos que la vida y una buena salud es el regalo que Dios nos otorgó a cada hombre.

En Salmos 36:9 (Reina Valera, 1960) “porque de ti brota el manantial de vida; en tu luz vemos la luz” Dios es el centro de toda felicidad y quien otorga la vida, él es el único quien decidirá cuándo y cómo va a morir una persona.

Así mismo en 1 Corintios 3:16-17 (Reina Valera, 1960) “¿No sabéis que sois templo de Dios, y que el Espíritu de Dios mora en vosotros? Si alguno destruyere el templo de Dios, Dios le destruirá a él; porque el templo de Dios, el cual sois vosotros, es sagrado.” Este pasaje bíblico nos enseña que nuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo, el cual no nos pertenece, ya que nuestro cuerpo tiene el propósito de glorificar a Dios. Por esta razón, cada ser humano a de cuidar y glorificar la vida que Dios obsequio a cada uno de nosotros.

Por otro lado White (2007) menciona que en la creación Dios hizo al hombre perfecto, santo y feliz, sin ninguna mancha, siendo así la transgresión del hombre ante las leyes de Dios, los causantes de tristeza y muerte, sin embargo en medio del sufrimiento Dios nos muestra su inmenso amor, así mismo está escrito que Dios maldijo al mundo a causa de que el hombre desobedeció (las dificultades y problemas que hacen que la vida de una persona sea conflictiva llena de tristeza, dolor, sufrimiento y muerte). Según el plan de Dios son pruebas asignadas para el bien del hombre y puedan a si ser elevados de las ruinas que el pecado había ocasionado.

Así mismo White (1993) menciona que la relación que hay entre la mente y el cuerpo es muy íntima, cuando uno de ellos se encuentra afectado, el otro padece con ella, la mente tiene una gran influencia sobre la salud. A su vez se presentan diversas enfermedades a causa de la depresión mental. Ta les son: las penas, la ansiedad, el descontento, el remordimiento, sentimiento de culpabilidad, las ideas irracionales y la desconfianza hacen que las fuerzas vitales disminuyan y se pierda el interés, llevándonos a un decaimiento y al final a la muerte.

Dios nos aclara que el suicidarse no es la única forma de ponerle fin a las desgracias que uno pasa. El amor de Dios sale al encuentro de la persona que todavía no le ha visto atrayente la vida, y nos dice: “Tu vida tiene un valor importante; trata de vivir, que yo te auxiliaré. Confía en mí. Anímate y estarás en mis manos. Déjame inundarte de mi amor, para que llegues amarte a ti mismo y a los que te rodean. Porque la vida puede ser feliz y atractivo, provechoso y necesaria si la quieres vivir al amparo de mis alas (White, 2005).

Como indica en Jueces 9:53-54 (Reina Valera, 1960) encontramos al primer suicida, llamado Abimelec, un inhumano candidato a rey de Israel, y quien, por la codicia de poseer el poder, terminó con la vida de sus 70 hermanos. A medida que se acercaba a la ciudad amurallada de Tebés, una mujer dejó caer un pedazo de una rueda de molino sobre la cabeza de Abimelec, y él estando gravemente herido, llamó a su escudero diciéndole Saca tu espada y mátame, para que no se diga de mí: que una mujer lo mató y su escudero le atravesó con su espada y murió.

Así mismo White (2005) refiere que en el otro caso que menciona la Biblia es la del apóstol Judas. Jesús le advirtió a Judas de que estaba buscándose problemas (Mateo 26:23-25), pero Judas creía que estaba obrando correctamente al traicionar a Jesús. Al ver que sus planes estaban fracasando (Mateo 27:3-5) entendió que su vida era demasiado vergonzosa para seguir viviendo. White menciona que “Judas vio que sus súplicas eran vanas y salió corriendo de la sala exclamando: ¡Demasiado tarde! ¡Demasiado tarde! ¡Demasiado tarde! Sintió que no podía vivir para ver a Jesús crucificado, y, desesperado, salió y se ahorcó. Jesús sabía lo que Judas estaba planeando, sabía que Judas no se arrepentía y aun así Jesús no pronunció una sola palabra de condenación. Mirándole compasivamente a Judas y dijo: “Para esta hora he venido al mundo”.

Por otro lado Thurmon y Knott (2016) indican que Dios ha dado a la iglesia adventista la oportunidad de abrir puertas y poder guiar por el sendero de Cristo a quienes verdaderamente están buscando ayuda. Como hijos de Dios, tenemos el compromiso y el deber de llevar esperanza a los que sufren, por esto, la religión ha

sido visto como una de las soluciones para aliviar este sufrimiento y tristeza. Esto puede ser confirmado por estudios que señalan que la religiosidad y la espiritualidad han sido identificadas, en estos últimos años, como claros factores protectores frente a la depresión e ideación suicida.

2.3 Bases teóricas.

2.3.1 Definición de depresión.

Según Torres (2002) menciona que la primera descripción clínica fue elaborada por Hipócrates, quien aclara que el término melancolía (melanos: Negra - cholis: Bilis) llegando a considerar que es la abundancia de bilis negra en el cerebro que da origen a esta enfermedad. A partir de este origen son varias las teorías que han desarrollado ciertos cambios en relación a la depresión de acuerdo a cada época.

Según Estalovski (2004) indica que la depresión es un estado emocional en la cual se muestran diversas características que llegan a identificar o mostrar: pesimismo, inhibición psicomotriz y autorreproche, adquiriendo así un estado afectivo de tristeza. Cabe resaltar que la palabra depresión deriva del latín depressio, que significa desmoronamiento, en la cual el paciente entra en una etapa depresiva y llegando a encontrarse en un estado de hundimiento además esto es generado por toda la carga emocional negativa.

Por su parte Vivas (2009) refiere que la depresión es un estado animico, que esta relacionado con reacciones bioquímicas, definida como una enfermedad, teniendo como resultado no poder dejar de resistir a las amenazas circunstanciales negativas. Generandose asi un cuadro de profunda tristeza y desmotivación. prolongada de sentimientos fatalistas de desesperanza y abandono, la cual hace que el sujeto quien la padece sufra y se sienta sin deseos de vivir, e incluso llega a pasar por periodos de indiferencia o apatia total a la vida, llegando a evadir sus problemas y generando en su persona sentimientos de muerte y llegando a provocar el suicidio.

Según Novoa (citado en Mamani y Quispe, 2015) define la depresión como un período emocional de desfallecimiento, tristeza, sentimiento de indignación y de culpa. Generando en el sujeto sentimientos de soledad, pérdida de motivación, atraso en el aspecto motor y fatiga. En la cual esta puede generar un trastorno psicótico, a raíz de esto el sujeto es incapaz de actuar con normalidad. La depresión es una enfermedad recurrente que llega a padecer el individuo. Así mismo la depresión se muestra como un aspecto triste (disforia), por otro lado la depresión como síntoma pueden mostrarse de manera intensa y larga, permitiendo a que la persona no llegue a adaptarse con total facilidad y normalidad a su entorno social, generando así cambio en los hábitos alimenticios y sueño, incluso en la conducta delictiva.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1995) uno de los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor es la presencia de un episodio depresivo mayor. Este episodio se caracteriza por sentimientos profundos de tristeza la cual, causa la pérdida de interés y de placer en toda actividad. Así mismo, la sintomatología depresiva es la presencia de algunos de los síntomas sin que llegue a presentar el trastorno ya mencionado.

Así mismo la depresión se muestra como un trastorno del humor y del estado de ánimo la cual manifiesta diversos síntomas tales como: cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y sensación de angustia, considerándose como si fuese algo anormal. Llegando a generar la pérdida de interés en toda actividad, igualmente se presentan cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada auto-crítica (Ministerio de Salud [MINSAL], 2013).

El trastorno de depresión se caracteriza fundamentalmente por la presencia de tristeza y la ausencia del disfrute de la vida, quien llega a padecer este trastorno, desarrolla una vida llena de profunda desesperanza, cansancio, falta de entusiasmo, incapacidad para concentrarse y no poder realizar las tareas cotidianas correctamente, asumiendo de que todo está mal y que no tendrá solución (Barrio & Carrasco, 2013).

Según Vasquez (2015) “la depresión es un problema de salud pública y mental a nivel mundial que afecta tanto en la dinámica familiar como social de quien la sufre” (p.1).

2.3.2 Causas de la depresión.

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI, 2014) indica que la depresión es un causa multifactorial y complicado cuya posibilidad de cambio dependerá de un gran grupo de causas de riesgos, hasta la actualidad no sea podido establecer en su totalidad ni las diversas interacciones que existen entre ellos. No se logra conocer el nivel de cada factor en unión al contexto y al momento de la vida en que se forma.

Dentro de las causas que llegan a incrementar el riesgo de depresión, se unen las causas personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos. Así mismo la pobreza es uno de las causas que también afecta el estado emocional, así mismo las enfermedades crónicas, físicas como mentales, el consumo de alcohol, drogas, los desempleados, los discapacitados, las personas que padecen enfermedades o son madres a temprana edad llegan a presentar depresión con mucha mayor frecuencia. Así mismo la situación sentimental y el estrés crónico llegan a asociarse y pueden desencadenar depresión en la persona.

2.3.2.1 Factores personales y sociales.

La depresión se manifiesta generalmente en féminas que en varones, iniciándose en la adolescencia y conservándose en la adultez. Dado que la depresión es fundamental y genera dificultad en féminas así como en varones, de igual forma se cree que el elevado nivel de depresión es del 50%, la cual se da en féminas que en los varones. Así como:

- Las diversas enfermedades físicas como mentales asociadas al consumo excesivo del alcohol y drogas.

- También se precisa que se manifiesta en varones que padecen ataques de pánico llegan a desarrollar con más facilidad la depresión.
- La presencia de enfermedades cardíacas y varias patologías endocrinas, tal como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, y otras enfermedades desarrollan con facilidad la depresión.
- Los individuos con bajos recursos económicos y problemas en el trabajo que llegan a atravesar, llegan a padecer depresión con facilidad.

2.3.2.2 Factores cognitivos.

Según los estudios realizados sobre las causas cognitivas de la depresión, fue iniciada por la teoría de Beck, manifestando que los esquemas negativos, ideas automáticas, distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales son importantes en relación al procesamiento de información. De este modo se considera necesarios en el desarrollo de la depresión.

2.3.2.3 Factores familiares y genéticos.

Los hijos de personas que padecen algún tipo de enfermedad con depresión llegan a integrar un conjunto de causas para las enfermedades físicas y corporales y trastornos mentales, así mismo los hijos de sujetos con trastorno depresivo son vulnerables a padecer con mayor frecuencia la depresión que el entorno causa. Sin dejar de lado las enfermedades somáticas y los trastornos mentales.

2.3.3 Síntomas de la depresión.

Según Stanley (citado en Monterroso, 2012) indica que el sentirse decaído o triste no es el único síntoma de la enfermedad depresiva. Para llegar a identificar correctamente una depresión es importante saber qué buscar. Así mismo las manifestaciones anímicas más habituales de la depresión que se llega a mostrar son: sentimiento de pesimismo o desánimo e incluso llega a ser más intenso que la tristeza normal, llegando a manifestarse a cada momento, en ciertas ocasiones llega a mejorar con el transcurrir del día.

Según el American Psychiatric Association de la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos de Salud Mental (DSM-V, 2014) menciona que la depresión se muestra con los siguientes síntomas:

- Presenta un estado de ánimo disminuido que otros días, una vez que se presenta la depresión, casi todos los días presentara sentimientos de (tristeza, vacío y sin esperanza) y muy a menudo llegan a mostrar llanto descontrolado.
- Disminución del interés y placer de actividades que antes disfrutaba.
- Pérdida o aumento de peso, disminución o aumento del apetito.
- Dificultad para dormir, a menudo se levanta, generando así la disminución de energía.
- Sentimientos de culpa y una baja capacidad para llegar a tomar una decisión.

2.3.4 Tipos de depresión.

La clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS versión 10 Guía de Bolsillo de la Clasificación (CIE-10, 2000) da a conocer que los episodios depresivos típicos, sea leve, moderado o grave, se definen por un marcado decaimiento del estado de ánimo, mostrándose así una disminución de la energía en toda actividad, así también hay una baja concentración e interés en lo que le rodea, baja capacidad de disfrute (anhedonia), cansancio marcado incluso tras un esfuerzo mínimo. El diagnóstico clínico que ha de darse es según al criterio diagnóstico del CIE 10 para cada episodio depresivo.

2.3.4.1 Episodio depresivo leve.

La persona que padece un episodio depresivo leve, debe cumplir diversos criterios de un episodio depresivo. Debe presentarse al menos dos o tres síntomas:

1. Humor depresivo que se presenta la mayor parte del día y que tenga una duración de dos meses.
2. Pérdida de interés en las actividades.
3. Decaimiento de la energía o aumento del cansancio.

Así mismo el paciente que presenta depresión tiene que mostrar uno o más síntomas de la lista que se mostró con anterioridad en los síntomas depresivos y esto pueda ayudar para la suma de al menos de cuatro síntomas.

1. Pérdida de confianza en sí mismo y disminución de la autoestima.
2. Sentimientos culpa.
3. Ideas irracionales recurrentes respecto a la muerte.
4. Baja capacidad para concentrarse e indecisión.
5. Cambio en la actividad psicomotriz, acompañada de agitación o cansancio.
6. Alteraciones del sueño.
7. Cambio en el apetito.

2.3.4.2 Episodio depresivo moderado.

Este episodio depresivo se muestra de manera más intensa, ya que normalmente se presentan de cuatro a más síntomas, generando en la persona de que no pueda realizar ningún tipo de actividad.

2.3.4.3 Episodio depresivo grave.

Las personas que padecen este episodio depresivo, muestra síntomas significativos, llegando a afectar principalmente a la autoestima, manifestándose el sentimiento de culpa, las ideas irracionales de suicidio y otros, obteniendo una puntuación total de ocho síntomas la cual se llega a clasificar este episodio depresivo.

2.3.5 Modelos teóricos de la depresión.

2.3.5.1 Teoría Psicodinámica.

Según Vara (citado en Becerra y Pachamora, 2015) indica que a inicios del siglo XX, Abraham y Freud, revelan que la depresión en la etapa adulta es una reiniciación de una experiencia dolorosa de duelo vivido en su pasado o a temprana edad, en la

cual el sujeto se muestra sensible frente a pérdidas del pasado, los cuales llegan a generar síntomas depresivos. Sigmund Freud, fue uno de los pioneros en cuanto a la investigación de la naturaleza psicológica de la depresión, presentando así su trabajo “Duelo y Melancolía” en (1915), siendo éste el referente central del estudio psicoanalítico de la depresión. La depresión se asocia a la melancolía mediante otros términos: duelo, pérdida libidinal, inhibición psíquica y dolor. Por lo que Freud considera la depresión como un síntoma propio de diferentes cuadros que están presentes de forma exacerbada en la melancolía.

2.3.5.2 Teoría conductual.

Según Vásquez, Muñoz y Becoña (2000) mencionan que el modelo conductual propone que la depresión es principalmente aprendida, llegando a relacionarse con actitudes negativas entre el individuo y el entorno que lo rodea. Esta relación con su entorno pueden influir y ser influida por la cognición, la conducta y emociones, la asociación entre estas causas se entienden como mutuas. Toda habilidad conductual se utilizan para modificar los patrones de pensamientos negativos las cuales no se relacionan.

Hoy en día hay diversos modelos conductuales:

- **La disminución del refuerzo positivo**

Para Lewinsohn (1975) la depresión es la respuesta de decaimiento del refuerzo positivo asociada a la conducta del individuo, los aspectos fundamentales de la depresión es tener baja autoestima, sentimientos de culpa, el pesimismo y otros. Son las ideas o atribuciones realizadas hacia uno mismo.

- **Entrenamiento en autocontrol**

Para Rehm (1977) indica que el modelo de autocontrol para tratar la tristeza en la cual trato de asociar lo cognitivo y la conducta del trastorno. Enseñando a poder entrenar y manejar las ideas negativas.

2.3.5.3 Teoría cognitiva.

Según Sanz (1993) indica que “la teoría conductual surgió como resultado de las observaciones clínicas e investigaciones experimentales realizadas por Aarón Beck. Este modelo posee tres conceptos específicos para explicar el concepto psicológico de la depresión: triada cognitiva, esquemas y errores cognitivos”.

Así mismo Xesús (2010) refiere que existe tres conceptos fundamentales del modelo cognitivo de la depresión:

- **Concepto de triada cognitiva**

Menciona que existe un esquema que asocia una idea irracional de sí misma, interpretando sus experiencias de forma negativa, así mismo generando una visión negativa hacia el futuro.

- **Los esquemas**

Son patrones cognitivos firmes en un individuo la cual constituye en el ordenamiento de la interpretación de un conjunto de situaciones problemáticas, también puede estar inactivo por un buen tiempo, pueden ser activados por factores ambientales.

- **Errores cognitivos**

En el pensamiento que presenta la persona depresiva, se llega a dar una serie de errores sistemáticos del procesamiento, que son conceptos y creencias negativos exagerados.

2.3.5.4 Teoría Biológica.

Según Vásquez et al. (2000) indica que pese a las investigaciones que se realizaron en los últimos años acerca de la biología en depresión, aun no se conoce con exactitud las posibles causas que generan la depresión. Friedman y thase (1995). Mencionan que la depresión en el campo biológico es una anomalía en la regulación de los siguientes sistemas: facilitación conductual, inhibición conductual, grado de estrés,

ritmos biológicos y proceso ejecutivo cortical de la información. La disminución o pérdida en estos sistemas pudiesen generar depresión en la persona.

2.3.6 Tratamiento.

Según Olivares y Méndez (2005) mencionan diversos tratamientos para la depresión: así como psicofármacos, psicoterapias como también ambas pueden llegar a utilizarse para poder tratar la depresión, los principales medicamento que ayudan a tratar la depresión son los antidepresivos y las psicoterapias que se utilizan mediante el enfoque sistémico, el cual se ha desarrollado mediante los manuales de tratamiento los cuales son: la terapia cognitiva conductual y la terapia interpersonal. El procedimiento de recuperación en cuanto a la depresión, dependerá mucho de la severidad de depresión y síntomas que la persona presenta.

Los principales tratamientos para la depresión son:

2.3.6.1 Tratamientos psicofarmacológico.

Así mismo Xesús (2010) refiera que la información acerca de la depresión y su medicación es algo casi automático; sin embargo cabe preguntarse si efectivamente, la depresión requiere medicación y si los fármacos son un tratamiento adecuado para el problema que presenta la persona. Existen varios tipos de medicación antidepresiva, la cual se llega a clasificar en dos grupos: los antidepresivos clásicos y los de segunda generación. Los más conocidos son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) y las sales de litio; dentro de los nuevos fármacos antidepresivos se encuentran los inhibidores reversibles de la MAO, así como también los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o ISRS. Todos estos fármacos a pesar de haber sido diseñados para el funcionamiento a nivel molecular, no ha sido efectivo en cuanto a su recuperación de quien se encuentre deprimido.

2.3.6.2 Tratamiento psicológico.

Según Echeverría (2015)) indica que la psicoterapia se define como una terapia integral planificada, basada en una formación amplia y específica en las alteraciones del comportamiento, enfermedades o necesidades más del desarrollo personal, relacionadas con causas y factores psicosociales y psicosomáticos. Esta terapia consiste en fortalecer las capacidades del paciente para hacer que desaparezca el sufrimiento, Para eso, se deberá modificar la conducta, el pensamiento y poder adaptarlo a su entorno. Del mismo modo existen evidencias de que la psicoterapia es adecuada para tratar la depresión.

- **Terapia cognitivo-conductual.**

La terapia cognitiva originada por Aarón Beck consiste en la modificación de conductas disfuncionales, ideas negativas distorsionadas y asociadas a situaciones específicas y comportamientos desadaptativos relacionadas con la depresión. Esta terapia pretende que la persona pueda practicar sus nuevas habilidades mediante sesiones o tareas.

- **Terapia interpersonal.**

Esta terapia fue desarrollada por Klerman y Weissman con la objetivo de tratar la depresión. Ya que se concentra en los problemas interpersonales y psicosociales actuales del paciente. Su función de esta terapia es llegar a reducir los síntomas depresivos como también resolviendo y afrontando las situaciones difíciles.

2.3.7 Ideación suicida.

Según Nizama (2011) indica que el término suicidio deriva de dos palabras latinas: “sui y occidere” el cual tiene como significado “matarse a sí mismo”. Dando a conocer que el suicidio, es el suceso de autoflagelación la cual conlleva a causarse la muerte de forma consiente, para poder realizar el acto suicida se presentan tres etapas, la cual es descrita como proceso suicida: el deseo suicida, los pensamientos suicidas y el acto de muerte.

Beck (citado en Córdova, Rosales, y Caballero, 2007) mencionan que la ideación suicida es aquel tipo de pensamiento irracional que el individuo genera frente a una situación problemática, llegando a ocasionar pensamientos recurrentes sobre la muerte, así mismo llega a ocupar un lugar central en la vida del individuo, generalmente estos individuos muestran planes y deseos de autoeliminación de sí mismo.

Así mismo Beck (citado en García, 2006) plantea que la ideación suicida llega a describirse como un deseo de huir de las dificultades, situaciones o eventos que no se pueden soportar. Así mismo menciona que los sujetos con depresión presentan sentimientos de inferioridad, sienten que son una carga inútil para la sociedad, todo esto genera en ellos pensamientos de muerte y que todo estaría mejor si ellos no vivieran. Se llegó a plantear que toda idea suicida se manifiesta cuando el sujeto percibe su situación como intolerable.

Por otro lado Huapaya (2010) menciona que las ideas suicidas se manifiestan a causa de los pensamientos irracionales y una ausencia de valor hacia la vida, todo esto llega a generar en el individuo una planificación de su propia muerte, iniciándose con pensamientos suicidas, así mismo el individuo presenta preocupaciones intensas las cuales son autodestructivas en cuanto a lo psicológico.

Según Sánchez, Villarreal, Musitu y Martínez (2010) refieren que el suicidio se llega a definir como un causa que llega a iniciarse con el pensamiento, teniendo diferentes definiciones los cuales son: preocupación autodestructiva, ideas suicidas, planificación de un acto letal y deseo de muerte, todo esto ocasiona en el individuo su propia muerte denominado suicidio consumado.

2.3.8 Indicadores de ideación suicida.

2.3.8.1 Actitud hacia la vida / muerte.

Según Guevara (citado en Santiago, 2012) afirma que entre las especies vivas, el ser humano es el único para quien la muerte está presente en el transcurso de la vida,

ya que el ser humano es la única especie que rodea a la muerte con un ritual funerario lleno de símbolos; siendo la única especie que cree en el renacimiento de los difuntos; de la misma forma es la única especie para la cual la ideación suicida es un hecho normal o natural, la muerte se ve como un hecho cultural, generando en la persona cambios en su vida al transcurrir el tiempo, a partir del cambio evolutivo individual y por la influencia de factores socioculturales; en la cual se reflejan los temores, las esperanzas, las expectativas, la conciencia comunitaria y la muerte individual de la persona.

2.3.8.2 Pensamientos / deseos suicidas.

Según Santiago (2012) refiere que toda persona la cual manifieste pensamientos suicidas presenta sintomatología depresiva o muestra señales de no poder afrontar las situaciones problemáticas, siendo estas problemas familiares y personales, las cuales le parecen en su momento insostenibles las cuales las llevan a generar ideas irracionales acerca de la vida (p. 22).

2.3.8.3 Proyecto de intento suicida.

Según Beck (citado en Santiago, 2012) manifiesta que es la predisposición del sujeto, la cual muestra interés en poder realizar o poder llevar a cabo la realización de su plan, la cual tiene como finalidad acabar con su vida (p. 22).

2.3.8.4 Desesperanza.

Según Garcia (2006) refiere que la desesperanza se define como sentimientos o actitudes negativas frente a la vida o a un futuro, siendo también este el causante cognitivo ya que se asocia directamente con el suicidio (p. 73).

2.3.9 Factores del riesgo suicida.

Según Bobes, Giner y Saiz (2011) menciona que la conducta suicida se desglosa en dos grupos, (inmodificables y modificables), los inmodificables se asocian con la

salud del paciente, así mismo este factor se asocia al entorno o grupo que rodea al paciente, se llega a caracterizar por su mantenimiento en el tiempo y en algunos casos en la edad, estado civil o creencias religiosas, este cambio no afecta a la salud. Así mismo los factores modificables se pueden asociar a la relación que hay con la sociedad, psicológico y psicopatológico las cuales pueden modificarse mediante intervenciones.

Así mismo Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) indican que los factores del riesgo suicida se dividen en dos grupos, el primero son los factores de riesgo fijos el cual muestra que el intento suicida, factores genéticos, edad, etnia, el estado civil, la situación económica y la preferencia sexual no llegan a ser modificados con tratamientos psiquiátricos. El segundo factor de riesgo hace mención a lo modificable de la salud, fundamentalmente la ansiedad y la tristeza profunda, sin restarle importancia al suicidio, es fundamental poder mejorar la salud del paciente, sin llegar a interrumpir el tratamiento médico, ni aislarlo de su entorno ya que el sujeto puede llegar a planear su muerte.

Por otro lado Pavez, Santander, Carranza y Vera (2009) refieren que hay estudios en relación al funcionamiento cognitivo con el intento suicida, la cual mostró que hay factores que alteran el vivir del individuo las cuales son: dificultad en la relación; inadecuada comunicación; relaciones afectivas disminuidas; familia inestable; desórdenes psiquiátricos; consumo excesivo de drogas; conducta suicida y problemas con la justicia, entre otros. Todos estos elementos llegan a desencadenar ideas negativas respecto a la vida e incluso pueden llegar a atentar contra su propia vida.

Observando todos estos factores en todo establecimiento penitenciario del Perú, se encuentra diversas áreas de tratamiento tal como el área de psicología, área social, área legal y el área de educación los cuales se encargan de ejecutar un tratamiento adecuado para la resocialización de los internos, así mismo se vio la situación de los internos, donde muchos de ellos no toman interés en los tratamientos que se hacen, generando así problemas psicológicos relacionados a la depresión e ideas suicidas.

2.3.10 Proceso del suicidio.

Según Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) indica que el proceso suicida comienza con los pensamientos irracionales en cuanto a su vida, así mismo llega a pasar por los primeros intentos suicidas, incrementando así las posibilidades de reintentar el suicidio hasta lograrlo; es decir, el suicidio llega a mostrarse mediante las ideas y deseos suicidas, la planificación del suicidio, la conducta suicida sin resultado de muerte y finalmente el suicidio consumado, todo pasa por un proceso antes de cometer el suceso de muerte.

- **Ideación suicida.**

Según Tena (2012) “menciona que la ideación suicida se manifiesta mediante pensamientos erróneos o fantasía acerca de quitarse la vida e incluso llegando a planificar de cómo realizar el suicidio” (p. 21).

- **Planeación suicida.**

Según Rivas (1991) indica que toda persona la cual planea o desea suicidarse, llega a escoger un método la cual provoque su propia muerte, así mismo llega a elegir el tiempo, lugar en la cual causara su propia muerte, escogerá el método para quitarse la vida e incluso puede llegar a explicar el motivo de dicha decisión dejando notas o cartas.

- **Intento suicida.**

Según Vargas, Vásquez, Soto y Ramírez (2015) “indican que el intento suicida o autoeliminación contra uno mismo, llega a generarse por la decisión propia de uno mismo, no pudiendo afrontar los problemas que le rodean; en ocasiones el individuo que intenta autoeliminarse no llega a morir” (p. 16).

- **Suicidio consumado.**

Según Garcia (2006) “menciona que el suicidio es un acto provocado contra uno mismo, generando en la persona que provoque su propia muerte de manera consiente” (p. 31).

2.3.11 Teorías de la ideación suicida.

2.3.11.1 Teoría neurobiológica.

Según Gutiérrez y Contreras (2008) mencionan que las bases neurobiológicas del suicidio no se han aclarado en su totalidad, pero se centraron especialmente en la alteración del sistema serotoninérgico, el primer estudio muestra que se halló, en sujetos con intento suicida, niveles mínimos del ácido 5-hidroxiindol-acético, el cual es un fundamental metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo, siendo independiente del diagnóstico psiquiátrico. Así mismo se llegó a desarrollar estudios de post-mortem la cual logro identificar las disfuncionalidades en los receptores presinápticos (5-HT_{1A}) y postsinápticos (5-HT_{2A}, 5-HT_{1A}) de la corteza prefrontal ventromedial. Estas disfunciones son relacionadas con cambios en los genes llegando a codificar lo expresado de enzimas ligada con la síntesis y metabolismo de la serotonina, unida a una alteración genética de causas neurotróficos procedentes del cerebro, el cual regular el funcionamiento de las neuronas serotoninérgicas.

Según Korman y Sarudiansky (2011) describen que estos cambios se han ido uniendo con la vulneración o la diátesis la cual ayuda a observar el comportamiento suicida en individuos con tendencia a actuar de manera agresiva. Así mismo indica un aumento en la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, generado por un elevado nivel de la hormona adrenocorticotrófica y una disminución del número de receptores específica de estas hormonas en la corteza prefrontal de la persona suicida. Así mismo se encarga de normalizar el estado anímico, llega a asociarse con la fisiopatología del trastorno afectivo, generando en el individuo sentimientos de muerte, también se llegó a determinar que los individuos con riesgo de quitarse la vida, presentan una hipofuncionalidad de la corteza prefrontal ventromedial, la cual se asocia la impulsividad con la planificación de quitarse la vida, de la misma manera el hipocampo se ha relacionado con la cognición, la cual cumple una función contra el estrés, generando que el individuo presente sentimiento de suicidio.

Según Mosquera (2003) refiere que en otros estudios se llegó a observar la existencia de una asociación entre alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y el suicidio. El primer estudio lo realizó Bunney y Fawcett (1965) quienes hallaron una elevada excreción urinaria de 17-hidroxycorticosteroides en individuos con intentos de suicidio y suicidios consumados. Así mismo se halló elevados niveles de cortisol en la sangre de individuos que se quitaron la vida e incluso niveles arriba de 20 mg/dl las cuales podrían tomarse como marcador biológico de un elevado riesgo de muerte.

2.3.11.2 Teoría genética.

Según García-Pando (s.f.) menciona que la herencia genética es uno de las causas fundamentales que conllevan a la conducta suicida. Siendo transmitida por dos componentes: una de ellas se desencadenan mediante las enfermedades mentales y la otra se desarrolla mediante la carga genética la cual se asocia con la impulsividad y otras causas de la personalidad.

Según Cordero y Tapia (2009) indican que los estudios realizados por diversos especialistas de diferentes universidades tanto del país de Francia y Suiza, mencionan en la revista Molecular que el principal objetivo son los posibles causantes genéticos el cual llega a inducir a la persona a una conducta suicida. Uno de las investigaciones muestra la regulación de la neurotransmisión de la serotonina, siendo fundamental un factor clave para esta vulnerabilidad. Así mismo llegaron a estudiar la importancia del gen el cual codifica el triptofanhidroxilasa (TPH), la enzima represora del equilibrio que hay en la biosíntesis de la serotonina, siendo esta una atracción genética hacia la muerte. Todos estos investigadores han hecho un estudio de siete polimorfismos del gen TPH en una población de 231 individuos que quisieron suicidarse, así mismo se trabajó con una población de 281 individuos quienes no tuvieron sentimientos de muerte, esta información ayudo a cómo controlar los sentimientos de muerte.

Así mismo se encontró una asociación significativa entre algunos cambios de este gen, (específicamente el cambio del “3'part” o región 3 no codificadora y sentimientos

de muerte.) Estos cambios se llegaron a presentar en sujetos que sufrieron niveles elevados de depresión o algún tipo de violencia la cual genere sentimientos de muerte en ellos. Los resultados hallados mostraron que un cambio genético de la 3ª parte del gen TPH siendo este el factor débil para el individuo “fenotipo” (conjunto de individuos con una sola cualidad genética perceptible) teniendo en cuenta que se relaciona al comportamiento de muerte, cambios emocionales e incluso se manifiestan impulsos agresivos.

2.3.11.3 Teoría psicológica.

Según Cordero y Tapia (2009) mencionan que en la teoría psicoanalítica, Sigmund Freud fue el primero en expresar acerca de la psicología del suicidio en su obra “*Duelo y Muerte*” dando a manifestar que los motivos del suceso de autoeliminación son intrapsíquicos, pudiendo relacionarlas al sentido de muerte y el impulso suicida con cargas tanánicas que son enviadas hacia el propio yo, la persona no llega a ser consciente del acto que va a realizar, generando que sus mecanismos de defensa (negación) pueda producir sentimientos de huida frente a los problemas del día a día, todo esto ocasiona en el individuo la toma de decisión del suicidio.

Así mismo Cano, Pena y Ruiz (s.f.) menciona que Menninger, llegó a basarse en cuanto a las ideas de Freud, en 1938 la psicodinámica de la hostilidad llega a comprender el suicidio como un asesinato retroflejo, un homicidio invertido siendo resultado de la propia cólera del paciente manifestado en contra de otra persona, esto es dirigido a su yo interior llegando a utilizar como una excusa para castigar. Así mismo Menninger cambió los conceptos de Freud acerca del suicidio, llegando a hablar y desglosar en tres elementos que llegan a generar la pulsión hostil la cual está presente en el suicidio: el primero es el deseo de matar, el segundo es el deseo de ser muerto y el tercero es el deseo de morir.

Según Mosquera (2003) menciona que Beck ha estudiado el proceso de los estados emocionales o anímicos así como la desesperanza y desamparo en cuanto a la patogenia de la depresión y el suicidio. Llegando a asociar a la “triada cognitiva” tanto

la depresión como el suicidio llegando a la conclusión que el pensamiento del individuo se deteriora cuando llega a sumirse en una profunda tristeza; así mismo generando que la personas manifieste una opinión negativa de sí mismo, de un futuro venidero, de la sociedad y del mundo.

2.3.11.4 Teoría sociológica.

Según Tena (2012) indica que esta teoría fue planteada por Emile Durkheim, quién refiere que el suicidio, llega a ser un acto de auto-aniquilación, haciendo énfasis en cuanto a lo sociológico y la asociación con el temperamento del individuo. A inicio de este concepto se llegó a plantear tres tipos de suicidio.

- **Suicidio Egoísta.** Son aquellas personas que no se relacionan adecuadamente con la sociedad, llegando a presentar ausencia de apoyo social, generando en el individuo aislamiento del entorno que le rodea.
- **Suicidio Altruista.** Son personas las que mantienen una fuerte relación tanto con la familia y el entorno social el cual es rodea, estas personas padecen de individualidad ya que se presenta en: enfermos desahuciados y militares derrotados.
- **Suicidio Anónimo.** Son aquellos individuos que llegan a integrar grupos alterados o distorsionados, esto se desencadena en personas que sufren: ruina repentina, divorcio, cambios drásticos de hábitos o de vida.

2.3.12 Definición de delito.

Según Sazo (2011) menciona que el delito es todo acto antijurídico, culpable frente a un delito, siendo culpables frente a una penalidad, el individuo puede ser imputable frente a una sanción penal. Es decir, cuando el individuo comete un delito y se le haya culpable, será sancionado con la privación de su libertad.

2.3.12.1 Delitos contra la libertad.

Según el Código Penal (2015) menciona que los delitos contra la libertad se encuentran bajo el título IV, el cual contiene diversos capítulos pertenecientes a los delitos contra la libertad. A continuación se toma en consideración el capítulo XI del código penal cuyo delito es Violación de la libertad sexual la cual se describe:

- **Violación sexual.**

Según Mejía y Bolaños (2015) “menciona que para cometer la violencia sexual, el agresor hace uso de la fuerza o el poder físico, amenazando a la víctima para cometer el delito, en ocasiones tiende a causar lesiones, daños psicológicos e incluso provoca la muerte de su víctima” (p. 170).

Según Dallos, Pinzón, Barrera, Mujica y Meneses (2008) indican que este acontecimiento ha llegado a afectar a nivel mundial, y a toda clase social, la violencia sexual es definida como, una acción voluntaria o involuntaria, ejecutada tanto por un varón o una mujer, en contra de un sujeto, al cometerse el delito de violación sexual provoca en la víctima daños físicos y emocionales, impidiendo el desarrollo adecuado de su sexualidad.

Así mismo el Código Penal (2015) indica que en el Art. 170, 171, 172, 173, 174 y 175, menciona que quien actúa con violencia o amenaza, obligando a la persona a tener acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, será reprimido con una pena privativa de la libertad no menor de seis ni mayor de ocho años.

Si la violación se realiza a mano armada o por dos o más sujetos, si para cometer el delito se haya valido de una posición o cargo que le de autoridad o sea algún familiar cercano, si es cometida por personas de seguridad nacional o pública, si el autor tuviera conocimiento de ser portador de alguna enfermedad de transmisión sexual, si es docente o auxiliar del centro educativo o si la víctima tiene entre catorce o menos de dieciocho años de edad, la persona que infrinja será reprimido con una pena de doce ni mayor de dieciocho años.

- **Violación de personas en estado de inconsciencia**

Si se pone a una persona en estado inconsciente o en la imposibilidad de resistirse o abusando de su profesión u oficio y llega a tener acceso carnal con la víctima por vía vaginal, anal u oral, la pena es privativa de la libertad no menor de doce ni mayor de dieciocho años.

- **Violación de persona e incapacidad de resistencia**

Si se conoce que la víctima padece enfermedades psiquiátricas o graves alteraciones de la conciencia o que sea incapaz de resistirse, la persona que cometa el delito será reprimido con una pena privativa de la libertad no menor de veinte ni mayor de veinticinco años.

- **Violación sexual de menor de edad**

Si la víctima tiene menos de diez años de edad la pena que se le imputara será de cadena perpetua, si tiene entre diez años de edad y menos de catorce la pena será no menor de treinta ni mayor de treinta y cinco años, la pena será mayor si la persona tiene alguna posición o cargo que le de autoridad sobre la víctima o le impulse a depositar en él su confianza.

- **Sedución**

Quien con engaños llega a tener acceso carnal por vía vaginal, anal u oral, en víctimas de catorce y menos de dieciocho años de edad, serán reprimidos con pena privativa de la libertad de no menor de tres ni mayor de cinco años.

2.4 Marco conceptual.

2.4.1 Definición de términos.

a) Depresión.

Ortiz (citado en Becerra & Pachamora, 2015) define la depresión como un estado anímico reducido. Así mismo es un síntoma frecuente cuando es acompañado con insomnio, no se alimenta con normalidad, pérdida de peso,

etc., no siendo solo un síndrome depresivo, sino que se llega a realizar una lista de todos los síntomas para poder determinar la duración y poder llegar a un diagnóstico.

b) Ideación suicida.

Según Ramirez y Salas (2013) manifiesta que la ideación suicida llega a involucrar diversos procesos afectivos y cognitivos que varían desde las preocupaciones excesivas y delirantes respecto a la autodestrucción e incluso presentan sentimientos negativos en cuanto a la vida, llegando a elaborar planes para quitarse la vida, hasta generar su propia muerte.

c) Suicidio consumado.

Según Pérez (1999) “menciona que el suicidio consumado es todo acto autodestructivo contra uno mismo, generando uno su propia muerte” (p. 198).

d) abuso sexual.

Según Baita y Moreno (2015) mencionan que el abuso sexual se define como una actividad sexual en contra de un menor de edad en la cual no existe ningún consentimiento. Así mismo se asocia el contacto sexual, la fuerza física, amenaza o engaño hacia la víctima, estos casos se da más en adolescentes que llegan a cometer el acto sexual en contra de niños menores los cuales no pueden defenderse.

e) Violación.

Según Allende y Varela (2012) “mencionan que la violación es entendida como el desea tener en una relación sexual de manera forzada, el cual se asocia con la agresión física y verbal de parte del agresor” (p. 34).

CAPÍTULO III

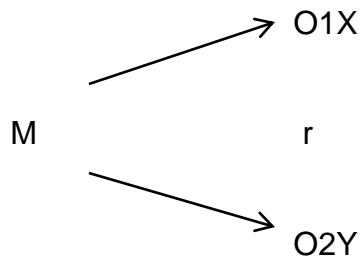
Metodología

3.1 Tipo y diseño.

La presente investigación corresponde al tipo de investigación descriptivo correlacional, puesto que la investigación consiste en buscar propiedades específicas y características importantes de cualquier fenómeno que se evalué, así mismo en cuanto a lo correlacional, el propósito es conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, las variables a describir y relacionar son Depresión e Ideación Suicida, en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario- Juliaca (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

Así mismo Hernández, Fernández y Baptista (2010) este estudio corresponde a un diseño no experimental, de corte transversal transaccional; puesto que no se manipulara ninguna de las variables, por ello se busca establecer la asociación de ambas variables, puesto que se realizara el recojo de datos en una solo punto en la línea de tiempo.

Según Charaja (2004) plantea el siguiente bosquejo para los trabajos descriptivos correlacionales.



Dónde:

M = Muestra de internos

X = Depresión

Y = Ideación suicida

r = Correlación entre depresión e ideación suicida.

3.2 Población y muestra.

Población

La población de estudio estuvo constituida por el total de internos de los pabellones A y B por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario-Juliaca.

Muestra

La muestra fue conformada por 100 internos, por los pabellones A y B por el delito de violación sexual, se utilizó un muestreo no probabilístico intencional considerando criterios de inclusión y exclusión.

3.2.1 Criterios de inclusión.

Son considerados los internos de los pabellones A y B para la presente investigación:

- Internos del sexo masculino.

- Internos de primer ingreso.
- Internos que oscilan entre las edades de 18 a 60 años.

3.2.2 Criterios de exclusión.

- Internos reincidentes.
- Internas del pabellón de mujeres.
- Internos que presenten alteraciones mentales.

3.3 Variables.

Depresión.

Ideación suicida.

3.4 Formulación de hipótesis.

3.4.1 Hipótesis general.

Existe relación entre depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017.

3.4.2 Hipótesis específicas.

- Existe relación entre depresión y actitud hacia la vida/muerte en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017.
- Existe relación entre depresión y pensamientos/deseos suicidas en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017.
- Existe relación entre depresión y proyecto de intento suicida en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017.
- Existe relación entre depresión y desesperanza en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017.

3.5 Operacionalización de variables.

Tabla 1

Operacionalización de la variable de depresión

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles
Depresión	Según la (OMS) la depresión es un trastorno mental recurrente, la cual se manifiesta por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Área afectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Sentimientos de Culpa • Predisposición para el llanto • Irritabilidad 	A, E, J, K.	No depresión 0-9 Leve 10-18 Moderada 19-29 Grave 30 a más
		Área Motivacional	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción • Ideas Suicidas 	D, I.	
		Área cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Pesimismo Frente al futuro • Sensación de Fracaso • Expectativa de Castigo • Auto disgusto • Indecisión • Auto imagen deformada • Preocupaciones Somáticas • Auto acusaciones 	B, C, H, G. M, N, T, F.	
		Área Conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Alejamiento Social • Retardo para trabajar • Fatigabilidad 	L, O, Q.	
		Área Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Perdida de sueño • Pérdida de apetito • Pérdida de peso • Perdida de deseo sexual 	P, R, S, U.	

Tabla 2

Operacionalización de la variable de ideación suicida.

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles
Ideación suicida	Según la (OMS) la idea suicida consistente en el pensamiento de acabar con la propia existencia	Actitud hacia la vida/muerte	<ul style="list-style-type: none"> • Deseo de vivir • Deseo de morir • Razones para vivir/morir • Deseo de realizar el intento pasivo de suicidio • Intento pasivo de suicidio 	1, 2, 3, 4 y 5	
		Pensamientos /Deseos suicidas	<ul style="list-style-type: none"> • Dimensión temporal: duración • Dimensión temporal: frecuencia • Actitud hacia los pensamientos, deseos • Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo • Porque no lo haría • Razones de pensar en el proyecto de intento 	6, 7, 8, 9, 10 y 11	Bajo 0-17 Medio 18-30 Alto 31-36
		Proyecto de Intento Suicida	<ul style="list-style-type: none"> • Método: especificación/planes • Método: disponibilidad, oportunidad de pensar en el intento • Sensación de capacidad para llevar a cabo el intento • Expectativa/anticipación de un intento real 	12, 13, 14 y 15	Puntuación Cada ítem se puntúa de 0-2
		Desesperanza	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación real • Notas acerca del suicidio • Preparativos finales 	16, 17 y 18	

3.6 Instrumento.

Para el proyecto de investigación se utilizó la técnica de la encuesta, para la recolección de datos, llegando a aplicar el inventario de Depresión y la escala de Ideación Suicida de Beck.

3.6.1 Instrumentos.

3.6.1.1 Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

Ficha técnica:

Nombre del test: Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)

Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

Año en la que se publicó: el cuestionario fue adaptado por Carranza en Lima (2009).

Administración: Colectiva e Individual.

Descripción de la Prueba: El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es de uso autoaplicable en la cual se utiliza un lápiz y la hoja de respuestas, así mismo está constituida por 21 preguntas, por la cual cada pregunta se divide en cuatro respuestas. Este inventario fue iniciado por Aron Beck y las versiones venideras son los más utilizados para revelar y evaluar la intensidad de la depresión. Siendo este el más utilizado en los centros psicológicos de España (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Los ítems de esta prueba no se formaron de ningún concepto teórico respecto a la medición, así mismo señalan los diversos síntomas a nivel clínico la cual se muestra frecuentemente en pacientes psiquiátricos que padecen depresión. En el BDI-II se ha desarrollado algunos cambios en cuanto a las otras versiones, para así presentar de manera óptima los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el American Psychiatric Association (DSM-V, 2014) y el (CIE-10, 2000). La prueba es utilizada netamente para el uso clínico, siendo un medio de evaluación para ver el nivel de gravedad de depresión en pacientes con un diagnóstico psiquiátrico, se aplicara a partir de los 13 años en adelante.

Calificación: la manera en la cual se califica es de la siguiente manera, se tomara en cuenta el número de síntomas presentados por el paciente ya que cada uno de ellos tiene un puntaje, el grado de cada síntoma se registrara dándole un valor numérico a

los 21 indicadores, el cero representa que el síntoma no se manifestó, mientras que la severidad va aumentando y se representa por uno, dos y tres, de tal manera que el puntaje acumulado representara el grado de depresión que padezca el paciente.

- No depresión: 0-9 puntos
- Depresión leve: 10-18 puntos
- Depresión moderada: 19-29 puntos
- Depresión grave: ≥ 30 puntos

Validez y confiabilidad: Concerniente en cuanto a lo psicométrico se realizó un análisis minucioso mediante la validez de contenido ($V = 1$ y $p < 0.01$), el Análisis factorial ($KMO > 0.75$) y Alpha de Cronbach (0.878), donde se ha hallado la validez y la confiabilidad del Inventario de Depresión Beck (BDI-II).

3.6.1.2 Escala de Ideación Suicida.

Ficha técnica.

Nombre del test: Escala de ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI).

Autor: Aaron T. Beck (1970).

Año de la Publicación: Aaron T. Beck (1979) creo su inventario, fue adaptado por Bobadilla y otros en Chiclayo (2004).

Administración: Individual y Colectivo.

Descripción de la prueba: La escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una prueba clínica autoaplicable, realizada por Beck en (1979) para calcular y diagnosticar la intencionalidad suicida, o el nivel de intensidad con el que alguien tienen en mente el quitarse la vida. La escala de Ideación Suicida está constituida por 18 ítems con una puntuación de cero a dos, las cuales se puntuaran de manera global.

Interpretación de la Prueba: el paciente tendrá que seleccionar una pregunta, para cada ítem, la alternativa de respuesta con la cual mejor se llega a identificar será manifestado por la situación en la cual este. El total de las puntuaciones se obtendrá sumando los valores de cada pregunta, que van de 0 – 2, la suma total será de acuerdo

a la sumatoria de las preguntas de cada ítem; así mismo se utilizará una planilla para la calificación.

Puntuación: 0 - 17, Bajo 18 - 30, Medio 31 - 36, Alto.

Indicadores de la Escala y su baremo:

Dimensiones	Niveles		
	Bajo	Medio	Alto
Actitud hacia la vida/muerte	0-4	5-8	9-10
Pensamientos/deseos suicidas	0-5	6-8	9-12
Proyecto de intento suicida	0-3	4-5	6-8
Desesperanza	0-2	3-4	5-6

Validez y Confiabilidad

Con respecto a la validez total de la Escala de Ideación Suicida adaptada; Beck utiliza un análisis factorial y halla 3 factores principales en la construcción de la escala de intencionalidad suicida; misma que coincide por Plutchik en el análisis factorial de la Escala, demuestra la existencia de 4 factores subyacentes principales. En cuanto a la confiabilidad es de 0.81 coincidiendo con Plutchik (2004), la coincidencia interna de la escala era de 0.84 coincide con Beck (0.82) siendo su consistencia interna elevado de 0.82.

3.7 Análisis de datos.

Después de la recolección de datos se elaborara una tabla de códigos en el programa de Excel para la calificación de los instrumentos que se aplicaran, así mismo se analizará los datos estadísticos con el programa SPSS versión 22.0 para Windows. Los datos se presentaran mediante tablas de distribución y frecuencias y la hipótesis se probara mediante el estadístico de correlación de r de Pearson.

CAPÍTULO IV

Resultados y discusión

4.1 En relación al objetivo general.

4.1.1 Análisis descriptivo.

Según la tabla 3, se puede apreciar que el 40.0% de los encuestados evidencian depresión a un nivel moderado, seguido de un 29.0% que evidencia un nivel leve, de igual forma un 20.0% evidencia un nivel no depresión, finalmente tan solo un 11.0% evidencia un nivel grave.

Tabla 3

Nivel de depresión de internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario de Juliaca - 2017.

Depresión		Frecuencia	Porcentaje
	No depresión	20	20,0
	Leve	29	29,0
Niveles	Moderado	40	40,0
	Grave	11	11,0
	Total	100	100,0

Según la tabla 4, se puede apreciar que el 95.0% de los encuestados evidencian ideación suicida a un nivel bajo, finalmente un 5.0% de los encuestados evidencia ideación suicida a un nivel medio.

Tabla 4

Nivel de ideación suicida de internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario de Juliaca – 2017

	Ideación Suicida	Frecuencia	Porcentaje
Niveles	Bajo	95	95,0
	Medio	5	5,0
	Total	100	100,0

4.1.2 Prueba de hipótesis.

4.1.2.1 Formulación de hipótesis.

Ha: Existe relación entre depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de juliaca-2017.

Ho: No existe relación entre depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de juliaca-2017.

4.1.2.2 Regla de decisión.

- Acepto Ha si $p < 0.05$
- Rechazo Ha si $p > 0.05$

4.1.2.3 Estadísticos de prueba.

Según la tabla 5, el coeficiente de correlación de Pearson indica la existencia de una correlación moderada ($r = 0.424$); así mismo es significativa puesto que el valor de $p = 0.000$ es menor que 0.05 .

Tabla 5

Análisis de correlación entre la variable depresión e ideación suicida

		Depresión	Ideación suicida
Depresión	Correlación de Pearson	1	,424**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	100	100
Ideación suicida	Correlación de Pearson	,424**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	100	100

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Según la figura 1, se puede observar que los puntos se encuentran levemente agrupados y la línea de ajuste indica que existe relación directa, lo cual evidencia una correlación estadísticamente significativa.

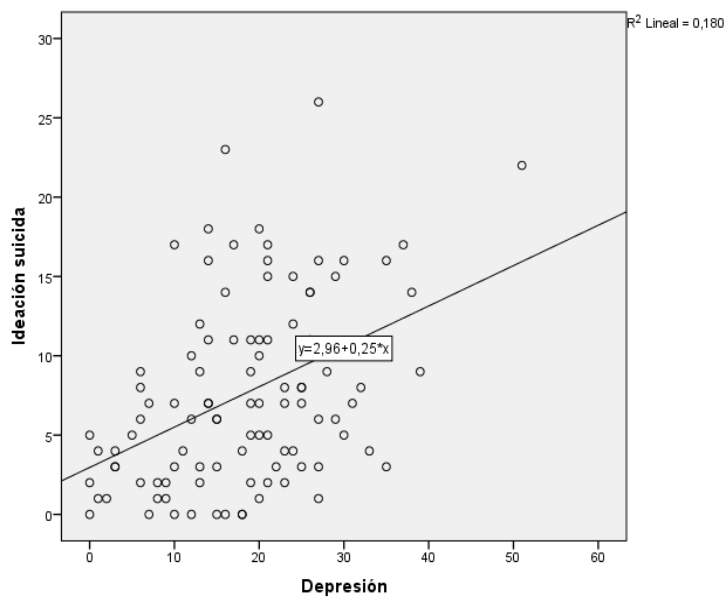


Figura 1. Gráfico de dispersión de puntos de las variables depresión e ideación suicida.

Así como se puede apreciar en la tabla 6, el valor de $R = 0.424$ indica que la presencia y los niveles de expuestos de la variable ideación suicida es explicada en un 42.4% por la variable predictora que en este caso es la variable depresión.

Tabla 6

Estadístico de prueba para las variables depresión e ideación suicida

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,424 ^a	,180	,171	5,396

a. Predictores: (Constante), Depresión

Según la tabla 7, el análisis de ANOVA sustenta que el modelo que determina la correlación entre depresión e ideación suicida tiene una connotación significativa puesto que el valor de sig.= ,000. Por lo tanto este resultado permite rechazar a la H_0 a favor de la H_a .

Tabla 7

Estadístico de ANOVA para determinar la relación entre las variables depresión e ideación suicida

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
	Regresión	625,487	1	625,487	21,485	,000 ^b
1	Residuo	2853,023	98	29,112		
	Total	3478,510	99			

a. Variable dependiente: Ideación suicida

b. Predictores: (Constante), Depresión

4.1.2.4 Decisión.

A un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario – Juliaca. Es decir a mayor nivel de depresión mayor nivel de ideación suicida.

4.2 En relación al primer objetivo específico.

4.2.1 Análisis descriptivo.

En cuanto a depresión total, en la tabla 3, se puede apreciar que el 40.0% de los encuestados evidencian depresión a un nivel moderado, seguido de un 29.0% que evidencia un nivel leve, de igual forma un 20.0% evidencia un nivel no depresión, finalmente tan solo un 11.0% evidencia un nivel grave.

Según la tabla 8, muestra los niveles de ideación suicida en su dimensión de actitud hacia la vida/muerte, la cual muestra que el 85.0% de los internos se encuentran en el nivel bajo, seguidamente se observa un 14.0% de los internos que muestran un nivel medio, y por ultimo un 1.0% de internos que presentan un nivel alto.

Tabla 8

Nivel de ideación suicida en su dimensión de actitud hacia la vida/muerte

Actitud hacia la vida/muerte	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	85	85,0
Medio	14	14,0
Alto	1	1,0
Total	100	100,0

4.2.2 Prueba de hipótesis.

4.2.2.1 Formulación de hipótesis.

Ha: Existe relación entre depresión e ideación suicida en su dimensión actitud hacia la vida/muerte en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017.

Ho: No existe relación entre depresión e ideación suicida en su dimensión actitud hacia la vida/muerte en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017.

4.2.2.2 Regla de decisión.

- Acepto H_a si $p < 0.05$
- Rechazo H_a si $p > 0.05$

4.2.2.3 Estadístico de prueba.

Según la tabla 9, el coeficiente de correlación de Pearson indica la existencia de una correlación baja ($r = 0.330$); así mismo es significativa puesto que el valor de $p = 0.001$ es menor al 0.05.

Tabla 9

Análisis de correlación entre la variable depresión e ideación suicida en su dimensión actitud hacia la vida/muerte

		Depresión	Actitud hacia la vida/muerte
Depresión	Correlación de Pearson	1	,330**
	Sig. (bilateral)		,001
	N	100	100
Actitud hacia la vida/muerte	Correlación de Pearson	,330**	1
	Sig. (bilateral)	,001	
	N	100	100

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Según la figura 2, se puede observar que los puntos de dispersión se encuentran ligeramente agrupados y la línea de ajuste indica que existe relación directa, lo cual evidencia una correlación estadísticamente significativa, afirmando que existe correlación.

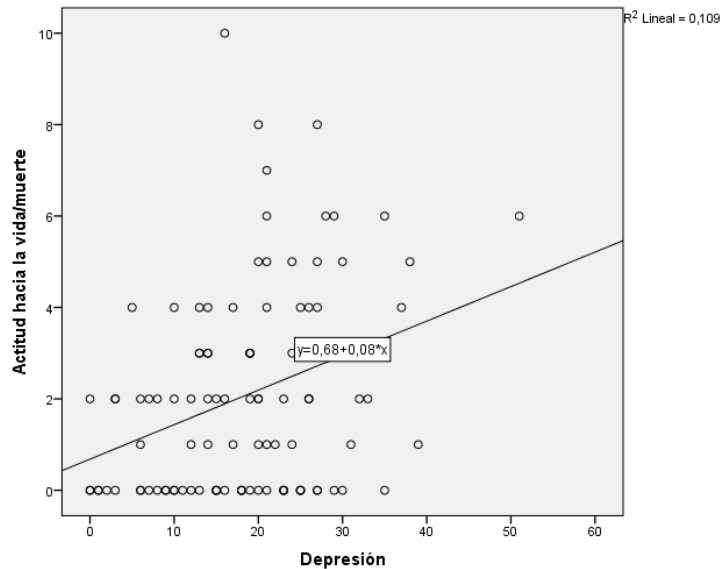


Figura 2. Gráfico de dispersión de puntos de las variables depresión e ideación suicida en su dimensión actitud hacia la vida/muerte.

Tal como se puede apreciar en la tabla 10, el valor de $R = 0.330$, indica que la presencia y los niveles de expuestos de la variable ideación suicida en su dimensión actitud hacia la vida/muerte es explicada en un 33.0% por la variable predictora que en este caso es la variable depresión.

Tabla 10

Estadístico de prueba para las variables depresión e ideación suicida en su dimensión actitud hacia la vida/muerte

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,330 ^a	,109	,100	2,142

a. Predictores: (Constante), Depresión

Según la tabla 11, el análisis de ANOVA sustenta que el modelo que determina la correlación entre depresión e ideación suicida en su dimensión actitud hacia la vida/muerte tiene una connotación significativa puesto que el valor de sig. = ,001. Por lo tanto este resultado permite rechazar a la Ho a favor de la Ha.

Tabla 11

Estadístico de ANOVA para determinar la relación entre depresión e ideación suicida en su dimensión actitud hacia la vida/muerte

Modelo	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.	
1	Regresión	55,072	1	55,072	12,002	,001 ^b
	Residuo	449,678	98	4,589		
	Total	504,750	99			

a. Variable dependiente: Actitud hacia la vida/muerte

b. Predictores: (Constante), Depresión

4.2.2.4 Decisión.

A un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre depresión e ideación suicida en su dimensión actitud hacia la vida/muerte en internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario – Juliaca. Es decir a mayor nivel de depresión mayor nivel de ideación suicida en su dimensión actitud hacia la vida muerte.

4.3 En relación al segundo objetivo específico.

4.3.1 Análisis descriptivo.

Según la tabla 3, se puede apreciar que el 40.0% de los encuestados evidencian depresión a un nivel moderado, seguido de un 29.0% que evidencia un nivel leve, de igual forma un 20.0% evidencia un nivel no depresión, finalmente tan solo un 11.0% evidencia un nivel grave.

Según la tabla 12, muestra los niveles de ideación suicida en su dimensión pensamientos/deseos suicidas, la cual muestra que el 87.0% de los internos se encuentran en el nivel bajo, seguidamente se observa un 11.0% de los internos que muestran un nivel medio, y por ultimo un 2.0% de internos que presentan un nivel alto.

Tabla 12

Nivel de ideación suicida en su dimensión de pensamientos/deseos suicidas

Pensamientos/Deseos suicidas		Frecuencia	Porcentaje
Niveles	Bajo	87	87,0
	Medio	11	11,0
	Alto	2	2,0
	Total	100	100,0

4.3.2 Prueba de hipótesis.

4.3.2.1 Formulación de hipótesis.

Ha: Existe relación entre depresión e ideación suicida en su dimensión pensamientos/deseos suicidas en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de juliaca-2017.

Ho: No existe relación entre depresión e ideación suicida en su dimensión pensamientos/deseos suicidas en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de juliaca-2017.

4.3.2.2 Regla de decisión.

- Acepto Ha si $p < 0.05$
- Rechazo Ha si $p > 0.05$

4.3.2.3 Estadísticos de prueba.

Según la tabla 13, el coeficiente de correlación de Pearson indica la existencia de una correlación baja ($r = 0.362$); así mismo es significativa puesto que el valor de $p = 0.000$ es menor a 0.05.

Tabla 13

Análisis de correlación entre la variable depresión e ideación suicida en su dimensión pensamientos/deseos suicidas

		Depresión	Pensamientos/deseos suicidas	
Depresión	Correlación de	1	,362**	
	Pearson			
	Sig. (bilateral)			,000
	N			100
Pensamientos/deseos suicidas	Correlación de	,362**	1	
	Pearson			
	Sig. (bilateral)			,000
	N			100

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Según la figura 3, se puede observar que los puntos se encuentran levemente agrupados y la línea de ajuste indica que existe relación directa, lo cual evidencia una correlación estadísticamente significativa.

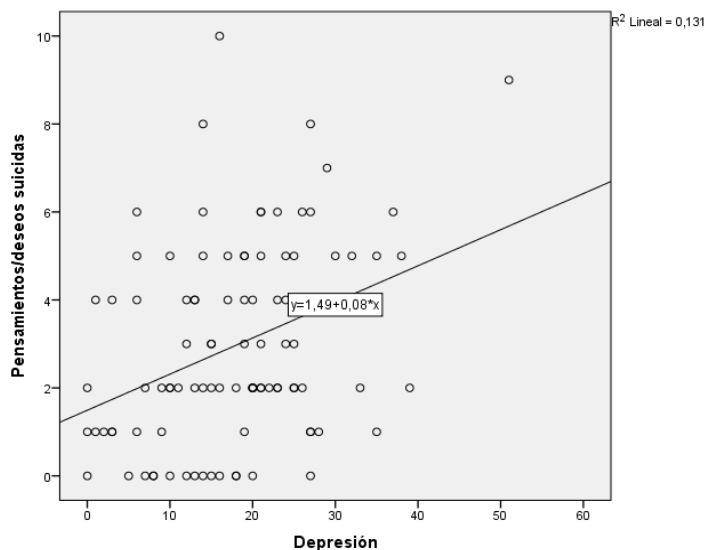


Figura 3. Gráfico de dispersión de puntos de las variables depresión e ideación suicida en su dimensión pensamientos/deseos suicidas.

Así como se puede apreciar en la tabla 14, el valor de $R = 0.362$ indica que la presencia y los niveles de expuestos de la variable ideación suicida en su dimensión pensamientos/deseos suicidas es explicada en un 36.2% por la variable predictora que en este caso es la variable depresión.

Tabla 14

Estadístico de prueba para las variables depresión e ideación suicida en su dimensión pensamientos/deseos suicidas

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,362 ^a	,131	,122	2,102

a. Predictores: (Constante), Depresión

Según la tabla 15, el análisis de ANOVA sustenta que el modelo que determina la correlación entre depresión e ideación suicida en su dimensión pensamientos/deseos suicidas, tiene una connotación significativa puesto que el valor de sig. = ,000. Por lo tanto este resultado permite rechazar a la H_0 a favor de la H_a .

Tabla 15

Estadístico de ANOVA para determinar la relación entre las variables depresión e ideación suicida en su dimensión pensamientos/deseos suicidas.

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
	Regresión	65,134	1	65,134	14,748	,000 ^b
1	Residuo	432,826	98	4,417		
	Total	497,960	99			

a. Variable dependiente: Pensamiento/deseos suicidas

b. Predictores: (Constante), Depresión

4.3.2.4 Decisión.

A un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre depresión e ideación suicida en su dimensión pensamientos/deseos suicidas en internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario – Juliaca. Es decir a mayor nivel de depresión mayor nivel de ideación suicida en su dimensión pensamientos/deseos suicidas.

4.4 En relación al tercer objetivo específico.

4.4.1 Análisis descriptivo.

Según la tabla 3, se puede apreciar que el 40.0% de los encuestados evidencian depresión a un nivel moderado, seguido de un 29.0% que evidencia un nivel leve, de igual forma un 20.0% evidencia un nivel no depresión, finalmente tan solo un 11.0% evidencia un nivel grave.

Según la tabla 16, muestra los niveles de ideación suicida en su dimensión proyecto de intento suicida, la cual muestra que el 83.0% de los internos se encuentran en el nivel bajo, seguidamente se observa un 10.0% de los internos que muestran un nivel medio, y por ultimo un 7.0% de internos que presentan un nivel alto.

Tabla 16

Nivel de ideación suicida en su dimensión de proyecto de intento suicida

Proyecto de intento suicida		Frecuencia	Porcentaje
Niveles	Bajo	83	83,0
	Medio	10	10,0
	Alto	7	7,0
	Total	100	100,0

4.4.2 Prueba de hipótesis.

4.4.2.1 Formulación de hipótesis.

Ha: Existe relación entre depresión e ideación suicida en su dimensión proyecto de intento suicida en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017.

Ho: No existe relación entre depresión e ideación suicida en su dimensión proyecto de intento suicida en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017.

4.4.2.2 Regla de decisión.

- Acepto H_a si $p < 0.05$
- Rechazo H_a si $p > 0.05$

4.4.2.3 Estadísticos de prueba.

Según la tabla 17, el coeficiente de correlación de Pearson indica la existencia de una correlación baja ($r = 0.279$); así mismo es significativa puesto que el valor de $p = 0.005$ es menor que 0.05 .

Tabla 17

Análisis de correlación entre la variable depresión e ideación suicida en su dimensión proyecto de intento suicida

		Proyecto de	
		Depresión	intento suicida
Depresión	Correlación de Pearson	1	,279**
	Sig. (bilateral)		,005
	N	100	100
Proyecto de intento suicida	Correlación de Pearson	,279**	1
	Sig. (bilateral)	,005	
	N	100	100

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Según la figura 4, se puede observar que los puntos se encuentran levemente agrupados y la línea de ajuste indica que existe relación directa, lo cual evidencia una correlación estadísticamente significativa.

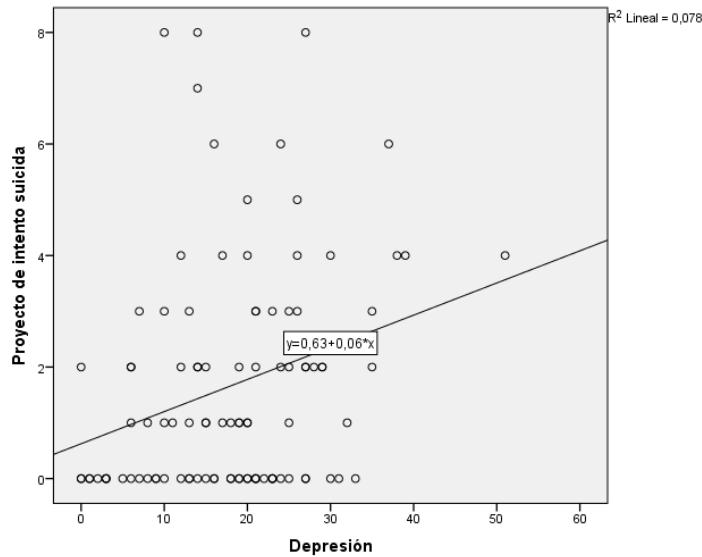


Figura 4. Gráfico de dispersión de puntos de las variables depresión e ideación suicida en su dimensión proyecto de intento suicida.

Tal como se puede apreciar en la tabla 18, el valor de $R = 0.279$, indica que la presencia y los niveles de expuestos de la variable ideación suicida en su dimensión proyecto de intento suicida es explicada en un 27.9% por la variable predictora que en este caso es la variable depresión.

Tabla 18

Estadístico de prueba para las variables depresión e ideación suicida en su dimensión proyecto de intento suicida

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,279 ^a	,078	,069	1,969

a. Predictores: (Constante), Depresión

Según la tabla 19, el análisis de ANOVA sustenta que el modelo que determina la correlación entre depresión e ideación suicida en su dimensión proyecto de intento suicida tiene una connotación significativa puesto que el valor de sig. = ,005. Por lo tanto este resultado permite rechazar a la H_0 a favor de la H_a .

Tabla 19

Estadístico de ANOVA para determinar la relación entre depresión e ideación suicida en su dimensión proyecto de intento suicida

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	32,110	1	32,110	8,281	,005 ^b
	Residuo	380,000	98	3,878		
	Total	412,110	99			

a. Variable dependiente: Proyecto de intento suicida

b. Predictores: (Constante), Depresión

4.4.2.4 Decisión.

A un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre depresión e ideación suicida en su dimensión proyecto de intento suicida en internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario – Juliaca. Es decir a mayor nivel de depresión mayor nivel de ideación suicida en su dimensión proyecto de intento suicida.

4.5 En relación al cuarto objetivo específico.

4.5.1 Análisis descriptivo.

Según la tabla 3, se puede apreciar que el 40.0% de los encuestados evidencian depresión a un nivel moderado, seguido de un 29.0% que evidencia un nivel leve, de igual forma un 20.0% evidencia un nivel no depresión, finalmente tan solo un 11.0% evidencia un nivel grave.

Según la tabla 20, muestra los niveles de ideación suicida en su dimensión desesperanza, la cual muestra que el 88.0% de los internos se encuentran en el nivel bajo, seguidamente se observa un 9.0% de los internos que muestran un nivel medio, y por ultimo un 3.0% de internos que presentan un nivel alto.

Tabla 20*Nivel de ideación suicida en su dimensión de desesperanza*

	Desesperanza	Frecuencia	Porcentaje
Niveles	Bajo	88	88,0
	Medio	9	9,0
	Alto	3	3,0
	Total	100	100,0

4.5.2 Prueba de hipótesis.

4.5.2.1 Formulación de hipótesis.

Ha: Existe relación entre depresión e ideación suicida en su dimensión desesperanza en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017.

Ho: No existe relación entre depresión e ideación suicida en su dimensión desesperanza en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca-2017.

4.5.2.2 Regla de decisión.

- Acepto H_a si $p < 0.05$
- Rechazo H_a si $p > 0.05$

4.5.2.3 Estadísticos de prueba.

Según la tabla 21, el coeficiente de correlación de Pearson indica la existencia de una correlación baja ($r = 0.291$); así mismo es significativa puesto que el valor de $p = 0.003$ es menor que 0.05 .

Tabla 21

Análisis de correlación entre la variable depresión e ideación suicida en su dimensión desesperanza

		Depresión	Desesperanza
Depresión	Correlación de Pearson	1	,291**
	Sig. (bilateral)		,003
	N	100	100
Desesperanza	Correlación de Pearson	,291**	1
	Sig. (bilateral)	,003	
	N	100	100

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Según la figura 5, se puede observar que los puntos se encuentran levemente agrupados y la línea de ajuste indica que existe relación directa, lo cual evidencia una correlación estadísticamente significativa.

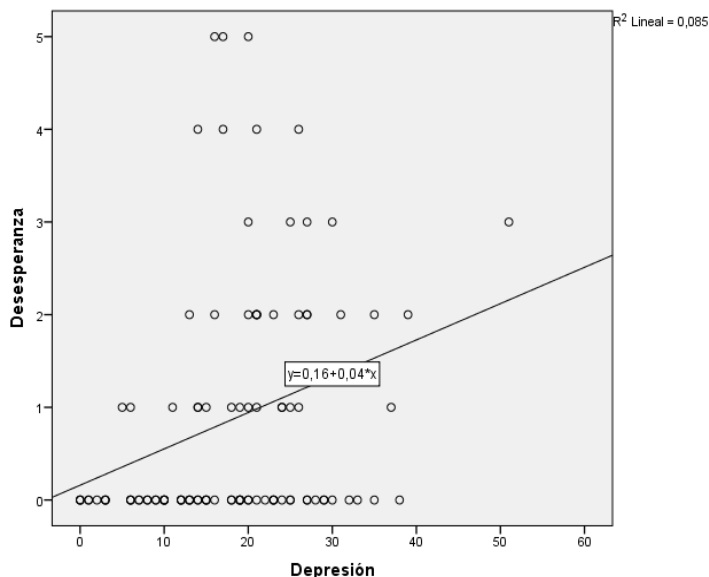


Figura 5. Gráfico de dispersión de puntos de las variables depresión e ideación suicida en su dimensión desesperanza.

Así como se puede apreciar en la tabla 22, el valor de $R = 0.291$ indica que la presencia y los niveles de expuestos de la variable ideación suicida en su dimensión desesperanza es explicada en un 29.1% por la variable predictora que en este caso es la variable depresión.

Tabla 22

Estadístico de prueba para las variables depresión e ideación suicida en su dimensión desesperanza

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,291 ^a	,085	,075	1,280

a. Predictores: (Constante), Depresión

Según la tabla 23, el análisis de ANOVA sustenta que el modelo que determina la correlación entre depresión e ideación suicida en su dimensión desesperanza tiene una connotación significativa puesto que el valor de sig. = ,003. Por lo tanto este resultado permite rechazar a la Ho a favor de la Ha.

Tabla 23

Estadístico de ANOVA para determinar la relación éntrelas variables depresión e ideación suicida en su dimensión desesperanza

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
	Regresión	14,834	1	14,834	9,059	,003 ^b
1	Residuo	160,476	98	1,638		
	Total	175,310	99			

a. Variable dependiente: Desesperanza

b. Predictores: (Constante), Depresión

4.5.2.4 Decisión.

A un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre la depresión e ideación suicida en su dimensión desesperanza en internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario – Juliaca. Es decir a mayor nivel de depresión mayor nivel de ideación suicida en su dimensión desesperanza.

4.6 Discusión.

Respecto al objetivo general los resultados evidencian una correlación directa estadísticamente significativa ($r=.424$; $p=.000$) a un nivel moderado. Estos resultados son similares a los encontrados por Mojica, Sàenz y Rey-Anacona (2009) quienes realizaron un estudio titulado Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano en la que hallaron correlación directa entre riesgo suicida y depresión ($r=0.512$; $p=0.000$); de igual forma, también es similar a otros estudios. Así mismo se llegó a corroborar con los hallazgos de otra investigación realizado por Medina, Cardona y Arcila (2011) quienes realizaron un estudio titulado Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel de quindío (colombia) en la que hallaron asociación entre el riesgo suicida y depresión; de igual forma, también se llegó a corroborar los hallazgos de otra investigación realizada por Eguiluz y Ayala (2014) quienes realizaron un estudio titulado Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes en el cual también se halló una correlación entre ideación suicida y depresión ($r=0.452$, $p=0.01$); de igual manera se llegó a hallar otra investigación realizada por Ceballos-Ospina et al. (2015) quien realizó un estudio titulado ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de santa marta, en el cual también hallaron una correlación directa entre depresión y la ideación suicida ($r=0.401$; $p=0.001$); estos serían los únicos antecedentes hallados en la literatura con el que podemos hacer contraste. Una explicación teórica surge al reconocer lo manifestado por Vivas (2009) quien refiere que las personas que se encuentran en situaciones degradantes, experimentando profunda tristeza de abandono, tal es el caso de los internos del establecimiento penitenciario Juliaca, quienes experimentan soledad y depresión, son vulnerables a experimentar pensamientos de autoeliminación como solución a la posible situación estresante que experimentan como reclusos. De igual forma se halló otra explicación teórica la cual es manifestado por Mock (citado en Tellería, 2008) quien sostiene que las personas que se encuentran en total abandono por parte de sus seres queridos y aislados del entorno social, son vulnerables a experimentar tristeza, llanto, falta de apetito, preocupación constante, y en ocasiones presentan pensamientos suicidas, generando así en la persona a que puedan atentar contra su propia vida, en

comparación con las personas que tienen una adecuada comunicación y llegan a recibir apoyo familiar y social, las cuales son fundamentales para el buen estado de ánimo de la persona.

En cuanto al primer objetivo específico los resultados evidencian una correlación directa estadísticamente significativa ($r=.330$; $p=.001$) a un nivel bajo. Estos resultados no pueden ser contrastados por que no se han hallado resultados alguno respecto a la variable depresión e ideación suicida en su dimensión actitud hacia la vida/muerte. De igual forma existe una explicación teórica la cual surge al reconocer lo manifestado por Álvarez y Flórez (2007) quien indica que la actitud de las personas hacia la vida y muerte dependerá de la situación adaptativa en la cual el individuo se encuentre; tal es el caso de los internos del establecimiento penitenciario Juliaca, quienes muestran falta de apoyo, abandono familiar, escasa atención en su salud física y mental, llegando a experimentar depresión, siendo vulnerables a experimentar actitudes hacia la muerte de manera positiva o negativa.

En cuanto al segundo objetivo específico los resultados evidencian una correlación directa estadísticamente significativa ($r=.362$; $p=.000$) a un nivel bajo. Estos resultados no pueden ser contrastados por que no se han hallado resultados alguno respecto a la variable depresión e ideación suicida en su dimensión pensamiento/deseo suicida. De igual forma se da una explicación teórica la cual es mostrada por Santiago (2012) quien menciona que los pensamientos suicidas se manifiestan a causa de la depresión, y el no poder resolver o afrontar de manera positiva los problemas llegando a generar pensamientos irracionales, siendo este el caso de los internos del establecimiento penitenciario Juliaca, quienes están propensos a desarrollar depresión, pensamientos suicidas e incluso la muerte.

En cuanto al tercer objetivo específico los resultados evidencian una correlación directa estadísticamente significativa ($r=.279$; $p=.005$) en un nivel bajo. Estos resultados no pueden ser contrastados por que no se han hallado resultados alguno respecto a la variable depresión e ideación suicida en su dimensión proyecto de intento suicida. Así mismo existe una explicación teórica la cual surge al reconocer lo

manifestado por Mosquera (2003) quien refiere que las personas que intentan quitarse la vida, lo realizan de manera consiente, llegando a planificar de como va a realizar el suicidio, el metodo que utilizara para quitarse la vida, asi mismo escoge la fecha y hora que realizara el suicidio, siendo el caso de los internos del establecimiento penitenciario Juliaca, quienes probablemente pueden llegar a desarrollar proyectos de intento suicida son internos que no trabajan, no asisten a los tratamientos psicologicos, son abandonados por sus familiares e incluso purgan condenas de mas de 20 años o cadena perpetua, siendo estas las cuasantes de que puedan planear de como quitarse la vida.

En cuanto al cuarto objetivo especifico los resultados evidencian una correlación directa estadisticamente significativa ($r=.291$; $p=.003$) en un nivel bajo. Estos resultados son similares a los encontrados por Mojica, Sàenz y Rey-Anacona (2009) quienes realizaron un estudio titulado Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano en la que hallaron correlación entre desesperanza y depresión ($r=0.402$; $p=0.000$); este seria el unico antecedente hallado en la literatura con el que podemos hacer contraste. Una explicación teórica surge al reconocer lo manifestado por Mojica, Sàenz y Rey-Anacona (2009) quien refiere que la desesperanza es una manifestación de sentimientos negativos respecto al futuro llegando a asociarse al conducta suicida, tal es el caso de los internos del establecimiento penitenciario Juliaca, quienes desarrollan depresión, asi mismo se encuentran abandonados por su familia, llegando a generar sentimientos negativos respecto al futuro probocando en el interno ideas suicidas.

CAPÍTULO V

Conclusión y recomendaciones

5.1 Conclusiones.

Primero: A un nivel de significancia de 5% existe correlación directa y significativa entre depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca, es decir a mayor depresión mayor intento suicida. Por lo tanto se acepta la hipótesis general de la presente investigación.

Segundo: A un nivel de significancia de 5% existe correlación directa y significativa entre depresión e ideación suicida en su dimensión actitud hacia la vida/muerte en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca, es decir a mayor depresión mayor intento suicida en su dimensión actitud hacia la vida/muerte. Por lo tanto se acepta la hipótesis de la presente investigación.

Tercero: A un nivel de significancia de 5% existe correlación directa y significativa entre depresión e ideación suicida en su dimensión pensamientos/deseos suicidas en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca, es decir a mayor depresión mayor intento suicida en su dimensión pensamientos/deseos suicidas. Por lo tanto se acepta la hipótesis de la presente investigación.

Cuarto: A un nivel de significancia de 5% existe correlación directa y significativa entre depresión e ideación suicida en su dimensión proyecto de intento suicida en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca, es decir a mayor depresión mayor intento suicida en su dimensión proyecto de intento suicida. Por lo tanto se acepta la hipótesis de la presente investigación.

Quinto: A un nivel de significancia de 5% existe correlación directa y significativa entre depresión e ideación suicida en su dimensión desesperanza en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca, es decir a mayor depresión mayor intento suicida en su dimensión desesperanza. Por lo tanto se acepta la hipótesis de la presente investigación.

5.2 Recomendaciones.

En función a los resultados hallados se recomienda.

Todas estas recomendaciones van dirigida a los distintos Establecimiento Penitenciario del Perú, las cuales servirán para un adecuado tratamiento del interno:

Primero: Elaborar programas de intervención que puedan mejora la rehabilitación del interno mediante las distintas terapias, la terapia del perdón, la terapia de la silla vacía, terapia de relajación, entre otras. Que ayudaran al interno aceptar la realidad en la cual se encuentre, que es la privación de su libertad.

Así mismo se trabajara en cuanto a la resocialización, mediante psicoterapia de grupo, psicodramas, risoterapia. De igual manera generar nuevos talleres de trabajo que despierte el interés de los internos, por lo tanto esto generara una adecuada relación en su entorno y desarrollara sus capacidades de trabajo, todo esto ayudara a enfrentar y adaptarse de manera positiva cuando sea reinsertado a la sociedad.

Finalmente se trabaja en cuanto a la reinserción mediante los talleres individuales las cuales disminuirán el grado de depresión y modificando las ideas irracionales en cuanto al suicidio, para ello se realizara talleres de autoestima, habilidades sociales, resolución de conflictos, estilos de comunicación y otros. Y así el interno una vez insertado a la sociedad pueda adaptarse a la sociedad y no volver a delinquir.

Segundo: Desarrollar actividades recreativas como el canto, música, actuación, baile, deportes y otros las cuales ayudaran a mejorar el estado emocional del interno.

Tercero: Desarrollar actividades que concienticen a los encargados de la seguridad del establecimiento penitenciario a mejorar la buena comunicación y el buen trato al interno.

En cuanto a los investigadores

Cuarto: Promover nuevas investigaciones que puedan dar conocer la realidad a la cual se enfrenta un interno, así mismo se pueda desarrollar investigaciones con otras variables e incluso con distintas poblaciones penitenciarias.

Referencias

- Alcalde, E. J. (2007). *"Apreciación de las características psicosociales de los violadores de menores"*. Tesis, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Allende, C., & Varela, M. (2012). *La mujer como sujeto activo del delito de violación*. (Memoria para optar el título de licenciada en ciencias jurídicas y sociales), Santiago de Chile. Recuperado el 15 de Febrero de 2017, de http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/113012/de-allende_c.pdf?sequence=1
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V., & Lozano, T. (Enero-Junio de 2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3(1), 17-26. Recuperado el 21 de Diciembre de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64730103>
- Augusto, C. (2002). *Poder para cambiar los hábitos de salud de manera feliz y para siempre* (Vol. I). Lima, Perú: Imprenta Unión de la Universidad Peruana Unión. Recuperado el 04 de Enero de 2017
- Baita, S., & Moreno, P. (2015). *Abuso sexual infantil*. Uruguay: Taller de Comunicación. Recuperado el 01 de Febrero de 2017, de https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso_sexual_infantil_digital.pdf
- Baltodano, M., & Márquez, M. (2014). Ideación suicida en privados de la libertad: Una propuesta para su atención. *InterSedes*, XV(32), 223-248. Recuperado el 14 de Febrero de 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66633023014.pdf>
- Barrio, V., & Carrasco, M. (2013). *Depresión en niños y adolescentes* (Vol. 1). Madrid, España: Síntesis, S.A. Recuperado el 17 de Enero de 2017
- Becerra, J., & Pachamora, R. (2015). *Ansiedad y depresión en estudiantes de la Universidad Peruana Unión*. (Tesis para optar el título profesional de

psicólogo), Universidad Peruana Unión, Loreto, Tarapoto. Recuperado el 15 de Febrero de 2017, de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/UPEU/393/1/Jhenny_Tesis_bachiller_2015.pdf

Bobes, J., Giner, J., & Saiz, J. (2011). *Suicidio y psiquiatria*. (L. Giner, & V. Pérez, Edits.) Madrid, España: Triacastela. Recuperado el 16 de Febrero de 2017, de http://www.fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf

Cano, P., Pena, J., & Ruiz, A. (s.f.). Las conductas suicidas. *Departamento de psiquiatría y psicología médica*, 8-9. Recuperado el 23 de Febrero de 2017, de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/suicidas.pdf>

Ceballos-Ospina, G., Suarez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L., González, K., & Sotelo-Manjarres, A. (Enero-Junio de 2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Revista Duazary*, 12(1), 15-22. Recuperado el 02 de Mayo de 2017, de <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1394/795>

Charaja, F. (2004). *Manual de investigación científico*. Lima, Perú: San Marcos.

CIE-10. (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10*. Madrid, España: Medica Panamericana. Recuperado el 03 de Febrero de 2017

Coa, Y., & Curo, A. (2015). *“Ideación suicida en internos sentenciados por violación de la libertad sexual y sentenciados por homicidio del Establecimiento Penitenciario Juliaca, 2015”*. (Tesis para optar el título de licenciado en psicología), Universidad Peruana Unión, Puno, Juliaca. Recuperado el 27 de Diciembre de 2016, de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/UPEU/110/1/Y%C3%A9ssica_Tesis_bachiller_2016.pdf

- Código Penal. (2015). *Código de procesamientos penales*. Lima, Perú: Jurista Editores. Recuperado el 08 de Enero de 2017
- Cordero, S., & Tapia, P. (2009). *Estudio del riesgo de suicidio en estudiantes de la escuela de medicina y psicología de la universidad de Azuay: identificación de los riesgos asociados*. (Tesis para optar el título de psicólogo clínico), Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador. Recuperado el 27 de Febrero de 2017, de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1183/1/07195.pdf>
- Córdova, M., Rosales, M., & Caballero, R. (Diciembre de 2007). Ideación suicida en jóvenes Universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 17-21. Recuperado el 06 de Marzo de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915933003.pdf>
- Dallos, M., Pinzón, A., Barrera, C., Mujica, J., & Meneses, Y. (2008). Impacto de la violación sexual en la salud mental de las víctimas en Bucamarca. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(1), 56-65. Recuperado el 29 de Enero de 2017, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37n1/v37n1a05.pdf>
- Dasso, A. (2010). *Sintomatología depresiva y prácticas religiosas en internas por delitos comunes de un penal de Lima*. (Tesis para optar el título de licenciada en psicología), Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado el 10 de Enero de 2017, de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/659>
- Datascan . (s.f.). Diccionario de Ciencias Jurídicas Políticas y Sociales. *Manuel Ossorio*(1), 1-1007. Recuperado el 31 de Enero de 2017, de https://conf.unog.ch/tradfrweb/Traduction/Traduction_docs%20generaux/Diccionario%20de%20Ciencias%20Juridicas%20Politicasy%20Sociales%20-%20Manuel%20Ossorio.pdf
- De la torre, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Madrid, España. Recuperado el 10 de Mayo de 2017, de

https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf

Echeverría, M. (Junio de 2015). Prevención de la depresión en jóvenes. (U. P. Pamplona, Ed.) 8. Recuperado el 01 de febrero de 2016, de <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/18553/Maite%20Echeverria%20Aleman.pdf?sequence=1>

Eguiluz, L., & Ayala, M. (02 de Julio-Diciembre de 2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 22(2), 72-80. Recuperado el 04 de Mayo de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133938134009.pdf>

Estalovski, B. (2004). *Cómo vencer la depresión* (Vol. 1). Buenos Aires, Argentina: Ziel. Recuperado el 19 de Enero de 2017, de https://books.google.com.pe/books?id=Bkvv4NJvUJsC&pg=PA3&lpg=PA3&dq=%C2%BFcomo+vencer+la+depresion%3F+Estalovski&source=bl&ots=Df4RUqh1y1&sig=8YJw3lnJZbm_rO67ycbqbXzLMD8&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

García, H., Sahagún, J., & Ruiz, A. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Salud pública*, 5(12), 713-721.

García, N. (2006). *Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas*. (Tesis para optar el título de licenciada en psicología), Universidad Autónoma de México, México. Recuperado el 10 de Febrero de 2017, de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_nayeli.pdf

García, R., Gonzáles, J., & Jornet, J. (2010). *SPSS: Prueba T*. Obtenido de http://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS_0701b.pdf

García-Pando, A. (s.f.). *Medicamentos y conducta suicida. Un estudio de casos y controles*. (Tesis doctoral), Universidad de Valladolid, Santa Cruz, España.

Recuperado el 01 de Marzo de 2017, de
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/16382/1/Tesis828-160223.pdf>

Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos (DSM-V). (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V*. Madrid, España: Medica Panamericana.
Recuperado el 30 de Enero de 2017

Gutiérrez, A., & Contreras, C. (julio de 2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. *Salud mental*, 31(4), 321-330. Recuperado el 20 de Febrero de 2017, de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000400009

Gutiérrez, A., Contreras, C., & Orozco, R. (Octubre de 2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29(5), 66-74. Recuperado el 22 de Febrero de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam065i.pdf>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.

Huapaya, D. (2010). *Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima, 2009*. (Tesis para optar el título de médico cirujano), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado el 12 de Febrero de 2017, de
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3040/1/Huapaya_cd.pdf

Korman, P., & Sarudiansky, M. (Junio de 2011). Modelo teórico y clínico para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Scielo*, 15(1), 119-138.
Recuperado el 22 de Febrero de 2017, de
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102011000100005

La Republica. (21 de Abril de 2015). Cerca de un millón 700 mil peruanos sufren de depresión. Recuperado el 14 de diciembre de 2016, de

<http://larepublica.pe/21-04-2015/cerca-de-1-700-000-peruanos-sufren-de-depresion>

Mamani, B., & Quispe, C. (2016). *Depresión y disfunción familiar en estudiantes del 4to Año del nivel secundario de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf, Juliaca-2015*. (Tesis para optar el grado de psicóloga), Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf, Puno, Juliaca. Recuperado el 24 de Enero de 2017, de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/UPEU/97/1/Blanca_Tesis_bachiller_2016.pdf

Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales. (1995). *Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Barcelona, España: MANSSON S.A. Recuperado el 23 de Noviembre de 2016

Martínez, C. (Agosto de 2012). *Depresión en hombres reclusos de la zona sur del estado de veracruz*. (Tesis para optar el grado de licenciada en enfermería), Universidad Veracruzana, Veracruz, México. Recuperado el 16 de Febrero de 2017, de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/31635/1/martinezmartinezciro.pdf>

Medina Perez, O., Cordona Duque, D. V., & Arcila Lopez, S. C. (s.f.).

Medina, Ó., Cardona, D., & Arcila, S. (2011). Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel de Quindío. *Investigaciones Andina*, 13(23), 268-280. Recuperado el 18 de Enero de 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239019089004>

Mejía, U., & Bolaños, J. (2015). Delitos contra la libertad sexual. 32(4), 169-171. Recuperado el 15 de Enero de 2017, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v32n3/a07v32n3.pdf>

Miguélez, C. (Febrero de 2008). Cárceles de la mente. *Centro de colaboraciones solidarias*. Recuperado el 18 de diciembre de 2016, de <http://www.ucm.es/info/solidarios/index.php>.

- Ministerio de Salud (MINSAL). (2013). *Ministerio de Salud (MINSAL)*. Recuperado el 14 de Diciembre de 2016, de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Recuperado el 30 de Enero de 2017
- Mojica, C., Sáenz, D., & Rey-Anaconda, C. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 38(4). Recuperado el 03 de Febrero de 2017, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n4/v38n4a09.pdf>
- Monterroso, K. (Febrero de 2012). *“Tipos de depresión en personas de la tercera edad” (estudio realizado en la asociación del adulto mayor de la cabecera departamental de quetzaltenango)*. (Tesis para optar el grado de licenciada en psicología), Quetzaltenango. Recuperado el 26 de enero de 2017, de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/22/Monterroso-Karim.pdf>
- Moreno, E. (2012). *“La depresión y sus efectos en la capacidad mental de las Personas Privadas de Libertad (PPL)”*. (Tesis de maestría en psicología clínica), Universidad central del Ecuador, Quito, Ecuador. Recuperado el 28 de Diciembre de 2016, de <file:///E:/Todo%20sobre%20depresi%C3%B3n/T-UCE-0007-44.pdf>
- Mosquera, A. (2003). *Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el hospital "hermilio valdizán durante febrero 200 - enero 2001*. (Tesis de maestría en psiquiatría), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado el 22 de Febrero de 2017, de http://200.62.146.19/bibvirtualdata/Tesis/Salud/mosquera_aa/Mosquera_da.pdf

- Nizama, M. (Agosto de 2011). Suicidio. *revista peruana de epidemiología*, 15(2), 1-5. Recuperado el 15 de diciembre de 2016, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3994798>
- Olivares, J., & Méndez, F. (2005). *Técnicas de modificación de conducta* (4 ed.). Madrid, España: Biblioteca nueva, S.L. Recuperado el 03 de Febrero de 2017
- Oliver, G. (2011). Estructura típica común de los delitos de hurto y robo. *Revista de derecho*(36), 259-395.
- Organización Mundial de la Salud. (Agosto de 2012). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 05 de Mayo de 2017, de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Organizacion Mundial de la Salud. (Abril de 2016). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Orozco, J. (Marzo de 2012). "Nivel de depresión en personas privadas de libertad" (estudio realizado en la cárcel de la comisaria 42, policía nacional civil, san marcos, S.M.). (Tesis de licenciatura para el grado de psicólogo), Universidad Rafael Landívar-Guatemala, Quetzaltenango, Guatemala. Recuperado el 16 de diciembre de 2016, de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/22/Merida-Jose.pdf>
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera, P. (Febrero de 2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastornos depresivos. *Revista medica de chile*, 137(2), 226-233. Recuperado el 17 de Febrero de 2017, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000200006
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Cubana Med Gen Integr*, 15(2), 196-217. Recuperado el 01 de Marzo de 2017, de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi13299.pdf

- Perú 21. (19 de Septiembre de 2015). Tres personas se suicidan al día en el Perú y el 70% lo hace por depresión. Recuperado el 14 de Diciembre de 2016, de <http://peru21.pe/actualidad/tres-personas-se-suicidan-al-dia-peru-y-70-lo-hace-depresion-2227864>
- Perú21. (06 de Setiembre de 2014). depresión. *La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida*. Recuperado el 05 de diciembre de 2016, de <http://peru21.pe/actualidad/depresion-ciberbullying-sis-instituto-nacional-salud-mental-honorio-delgado-hideyo-noguchi-2197688>
- Ramirez, C., & Salas, I. (2013). *Construcción de identidad en Adolescentes con intento de suicidio*. (Tesis para optar el título de psicóloga), Universidad de Chile, Facultad de ciencias sociales, Chile. Recuperado el 28 de Febrero de 2017, de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130701/Tesis%20Final.pdf?sequence=1>
- Reina, C., & Valera, C. (1960). *Santa Biblia*. Brasil: Sociedades Biblicas Unidas. Recuperado el 05 de Enero de 2017
- Rivas, V. (1991). *El intento de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes: causas y motivaciones*. (Tesis de maestría), Universidad Autónoma de nuevo león, México. Recuperado el 19 de Febrero de 2017, de <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080070863.PDF>
- Rubio, L., Cardona, D., Medina, Ó., Garzón, L., Garzón, H., & Rodríguez, N. (2014). Riesgo suicida en población carcelaria del Tolima. *Rev. Fac. Med.*, 62(1), 33-39. Recuperado el 21 de diciembre de 2016, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62n1/v62n1a05.pdf>
- Sánchez, J., Villarreal, M., Musitu, G., & Martínez, B. (Diciembre de 2010). Ideación suicida en adolescentes: Un análisis Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 279-287. Recuperado el 15 de Febrero de 2017, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000300008

- Santiago, A. (2012). *Ideación suicida y clima social familiar en estudiantes de una institución educativa estatal de Chiclayo en el 2011*. (Tesis para optar el título de licenciado en psicología), Universidad Católica Santo Toribio de Mocoquejo, Chiclayo. Recuperado el 15 de Febrero de 2017, de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/333/1/TL_Santiago_Prado_Arnold.pdf
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de psicología*, 9(2), 133-170. Recuperado el 02 de Febrero de 2017, de https://www.um.es/analesps/v09/v09_2/02-09_2.pdf
- Sazo, A. (2011). *"Delitos contra el patrimonio"*. (Tesis de licenciatura en ciencias jurídicas y sociales), Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Recuperado el 05 de Enero de 2017, de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/07/01/Sazo-Angelica.pdf>
- Soliz, J. (2016). *Problema intracarcelarios y la resocialización de internos sentenciados por robo agravado en centro penitenciario de potracancha-Huánuco, 2014-2015*. (Tesis de licenciatura), Universidad de Huánuco, Huánuco. Recuperado el 01 de Febrero de 2017, de <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/158/SOLIZ%20PONCIANO%2c%20Juan.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tellería, C. (2008). *Nivel de depresión, riesgo suicida y factores psicosociales re riesgo suicida en pacientes adultos con cáncer*. tesis para optar el título de especialista en psicología clínica comunitaria, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas. Recuperado el 29 de Abril de 2017, de <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR3846.pdf>
- Tena, K. (2012). *Medidas preventivas de los familiares ante el reintento del suicidio, servicio de hospitalización sector varones del hospital hermilio valdizan - 2012*.

(Tesis para optar el título de licenciada en enfermería), Universidad Ricardo Palma, Lima. Recuperado el 16 de Febrero de 2017, de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/389/1/Tena_km.doc.pdf

Thurmon, J., & Knott, B. (Agosto de 2016). Alerta de tormentas lo que todo creyente necesita conocer. (ACES, Ed.) *revista adventista*(8), 31. Recuperado el 08 de Febrero de 2017

Torres, M. (2002). "*Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratados, antes tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte social*". (Tesis de maestría), Universidad Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado el 22 de Noviembre de 2016, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/torres_u_m/t_completo.pdf

Valderrama, S. (2002). *Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación científica* (Primera ed.). Lima: San Marcos E.I.R.L.

Vargas, G., Vásquez, C., Soto, G., & Ramírez, L. (2015). *Manual de atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida*. (A. E. Ospina, Ed.) Medellín, Colombia: Medellín todo por la vida. Recuperado el 26 de Febrero de 2017, de <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/3c1578f0-4a77-4472-a91a-ce08bcec0fd1/0605-Manual-atencion-Suicidio.pdf?MOD=AJPERES>

Vásquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a fines del siglo XX. *psicología conductual*, 8(3), 417-449. Recuperado el 15 de Febrero de 2017, de <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

Vasquez, H. S., & Moto-Mendoza, G. (Agosto de 2015). Nivel de depresión en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura en enfermería. *Revista electronica medicina salud y sociedad*, 5(3), 1. Recuperado el 15 de Diciembre de 2016, de <http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/view/175/169>

- Vivas, R. (2009). *Victoria sobre la depresion*. Canada: Victoria, BC. Recuperado el 31 de Enero de 2017, de https://books.google.com.pe/books?id=i0drLJ06XG8C&printsec=frontcover&dq=victoria+sobre+la+depresion+ricardo+vivas+arroyo&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjHi_-i3d3RAhUlfYKHW3hAg0Q6AEIMTAA#v=onepage&q=victoria%20sobre%20la%20depresion%20ricardo%20vivas%20arroyo
- White, E. (1993). *El Ministerio de Curacion* (Vol. 1). Buenos Aires, Argentina: ACES. Recuperado el 09 de Febrero de 2017
- White, E. (2005). *El deseado de todas las gentes* (1 ed.). Buenos Aires, Argentina: ACES. Recuperado el 06 de Enero de 2017
- White, E. (2005). *Patriarcas y profetas* (2 ed.). Buenos Aires, Argentina: ACES. Recuperado el 10 de Enero de 2017
- White, E. (2007). *El camino a Cristo* (Vol. 20). (A. Orrego, Ed.) Buenos Aires, Argentina: ACES. Recuperado el 05 de Enero de 2017
- Xesús, M. (2010). *Tratando Depresion guia de actuacion para el tratamiento psicólogoico* (Vol. 1). Madrid, España: PÍRAMIDE. Recuperado el 03 de Febrero de 2017

ANEXOS

Anexo A.

Autorización para recolección de datos

CARGO



INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO
OFICINA REGIONAL DEL ALTIPLANO
ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE JULIACA

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Juliaca, 20 de Marzo del 2017.

OFICIO N° 492 - 2017-INPE/24.811-DIR.

Señor: **Yngemar Omar Núñez Rufino**
Jefe del Destacamento de Seguridad Externa PNP del E.P. de Juliaca.
PRESENTE.-

Asunto: Autorización para el ingreso de
bachilleres, por motivos que se indica
REMITE.

Ref. : Sesión de Consejo Técnico Penitenciario

Tengo a bien de dirigirme a su digno despacho con la finalidad de saludarle cordialmente y al mismo tiempo solicitarle que se brinde las facilidades de **ingreso a los bachilleres de la Escuela de Psicología de la Universidad Peruana Unión**, según detalle:

- COZO CUENTAS, JUAN CARLOS.
- TURPO QUISPE, CLAUDIO DANIEL.
- HUARACHI APAZA, JHONY SEVERO.
- GOMEZ MAMANI JOSEFINA.

Los mismos que han sido autorizados por Sesión de Consejo Técnico Penitenciario, para desarrollar actividades de proyecto de investigación **desde el lunes 20 al viernes 31 de marzo del presente año, solamente de lunes a viernes de 08:00 a 13:00 horas.**

Es propicia la oportunidad para reiterar mi especial consideración y estima personal.

Atentamente.

10-20
20-03-17



WEST.-
Archivo.

Domicilio legal: Av. José Santos Chocano S/N Urbanización la Capilla- San Román Juliaca telefax. Nro. 328579



PERU

Ministerio de
Justicia

Instituto Nacional
Penitenciario

Oficina Regional Altiplano
Puno

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

AUTORIZACION

EN EL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE JULIACA , SE REALIZA SESION DE CONSEJO TECNICO PENITENCIARIO , SE RESUELVE POR UNANIMIDAD , AUTORIZAR EL INGRESO DE BACHILLERES DE LA ESCUELA DE PSICOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA UNION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE PROYECTO DE INVESTIGACION DESDE EL 20 DE MARZO DEL 2017 AL 31 DE MARZO DEL 2017 ,SOLAMENTE DE LUNES A VIERNES DE 08 A 13 HORAS SE DETALLA LA RELACION DE ESTUDIANTES:

COZO CUENTAS JOSE CARLOS.

TURPO QUISPE CLAUDIO DANIEL.

HUARACHI APAZA JHONY SEVERO.

GOMEZ MAMANI JOSEFINA.

SE EXPIDE LA PRESENTE AUTORIZACION SIENDO ESTA DE CARACTER PERSONALISIMA PARA EFECTOS DE VIABILIZAR EL ACUERDO MENCIONADO.

JULIACA ; 20 DE MARZO DEL 2017.



INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO
OFICINA REGIONAL ALTIPLANO PUNO
E.P. DE JULIACA

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Juliaca, 30 de Marzo del 2017.

Oficio Nro. 026 - 2017-INPE-S-PS.

SEÑOR: Psic. Kelly Mirtha Ricaldi Huaman
Coordinadora de la E. P. de Psicología

PRESENTE.

ASUNTO: Respuesta a solicitud de los investigadores.

Tengo a bien a dirigirme a su digno despacho con la finalidad de saludarle cordialmente y al mismo tiempo darle a conocer, que de acuerdo a lo solicitado verbalmente por los Bachilleres de Psicología, Claudio Daniel Turpo Quispe y Jhony Severo Huarachi Apaza, al jefe del área de tratamiento del E.P. Juliaca Psic. lex lajo Quispe dicha **hoja de conformidad de internos evaluados** No puede ser otorgada por ser un entidad Penitenciaria ya que por medidas de seguridad se debe de mantener en reserva la identidad de los internos reclusos demás solicitado por cada uno de los internos al momento de ser evaluados que no se revele su identidad.

Sin otro particular me despido y aprovecho la oportunidad para reiterarle mis especiales consideraciones y estima personal.

Atentamente.



INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO
OFICINA REGIONAL ALTIPLANO PUNO
Ps. Alex Lajo Quispe
JEFE DE TRATAMIENTO
C.Ps. P. 13913

Anexo B.

Inventario de depresión de Beck

Ficha técnica:

Nombre del test: Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)

Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

Año en la que se publicó: el cuestionario fue adaptado por Carranza en Lima (2009).

Administración: Colectiva e Individual.

Descripción de la Prueba: El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es de uso autoaplicable en la cual se utiliza un lápiz y la hoja de respuestas, así mismo está constituida por 21 preguntas, por la cual cada pregunta se divide en cuatro respuestas. Este inventario fue iniciado por Aron Beck y las versiones venideras son los más utilizados para revelar y evaluar la intensidad de la depresión. Siendo este el más utilizado en los centros psicológicos de España (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Los ítems de esta prueba no se formaron de ningún concepto teórico respecto a la medición, así mismo señalan los diversos síntomas a nivel clínico la cual se muestra frecuentemente en pacientes psiquiátricos que padecen depresión. En el BDI-II se ha desarrollado algunos cambios en cuanto a las otras versiones, para así presentar de manera óptima los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el American Psychiatric Association (DSM-V, 2014) y el (CIE-10, 2000). La prueba es utilizada netamente para el uso clínico, siendo un medio de evaluación para ver el nivel de gravedad de depresión en pacientes con un diagnóstico psiquiátrico, se aplicara a partir de los 13 años en adelante.

Calificación: la manera en la cual se califica es de la siguiente manera, se tomara en cuenta el número de síntomas presentados por el paciente ya que cada uno de ellos tiene un puntaje, el grado de cada síntoma se registrara dándole un valor numérico a los 21 indicadores, el cero representa que el síntoma no se manifestó, mientras que la severidad va aumentando y se representa por uno, dos y tres, de tal manera que el puntaje acumulado representara el grado de depresión que padezca el paciente.

- No depresión: 0-9 puntos
- Depresión leve: 10-18 puntos
- Depresión moderada: 19-29 puntos
- Depresión grave: ≥ 30 puntos

Validez y confiabilidad: Concerniente en cuanto a lo psicométrico se realizó un análisis minucioso mediante la validez de contenido ($V = 1$ y $p < 0.01$), el Análisis factorial ($KMO > 0.75$) y Alpha de Cronbach (0.878), donde se ha hallado la validez y la confiabilidad del Inventario de Depresión Beck (BDI-II).

BDI-II
HOJA DE RESPUESTAS

Nombre:..... **Edad:**

Estado Civil:..... **Grado de inst:**.....**Fecha:**...../...../.....

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

A.

- 0) No me siento triste.
- 1) Me siento triste.
- 2) Me siento triste siempre y no puedo dejar de estarlo.
- 3) Me siento muy triste y desgraciado que no puedo soportarlo.

B.

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

C.

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

D.

- 0) Las cosas me satisfacen igual que antes.
- 1) No disfruto de las cosas igual que antes.
- 2) Ya no obtengo una satisfacción verdadera de las cosas.
- 3) Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

E.

- 0) No me siento culpable.
- 1) Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2) Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3) Me siento culpable siempre.

F.

- 0) No creo que esté siendo castigado.
- 1) Me siento como si fuese a ser castigado.
- 2) Espero ser castigado.
- 3) Siento que estoy siendo castigado.

G.

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

H.

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

I.

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

J.

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

K.

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

L.

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

M.

- 0) Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- 1) Evito tomar decisiones más que antes.
- 2) Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3) Ya me es imposible tomar decisiones.

N.

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

3) Creo que tengo un aspecto horrible.

O.

0) Trabajo igual que antes.

1) Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

2) Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

3) No puedo hacer nada en absoluto.

P.

0) Duermo tan bien como siempre.

1) No duermo tan bien como antes.

2) Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

3) Me despierto varias horas antes de habitual y no puedo volverme a dormir.

Q.

0) No me siento más cansado de lo normal.

1) Me canso más fácilmente que antes.

2) Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3) Estoy demasiado cansado para hacer algo.

R.

0) Mi apetito no ha disminuido.

1) No tengo tan buen apetito como antes.

2) Ahora tengo menos apetito.

3) He perdido completamente el apetito.

S.

0) Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

1) He perdido más de 2 kilos y medio.

2) He perdido más de 4 kilos.

3) He perdido más de 7 kilos.

T.

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

U.

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

Anexo C.

Escala de ideación suicida

Ficha técnica.

Nombre del test: Escala de ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI).

Autor: Aaron T. Beck (1970).

Año de la Publicación: Aaron T. Beck (1979) creo su inventario, fue adaptado por Bobadilla y otros en Chiclayo (2004).

Administración: Individual y Colectivo.

Descripción de la prueba: La escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una prueba clínica autoaplicable, realizada por Beck en (1979) para calcular y diagnosticar la intencionalidad suicida, o el nivel de intensidad con el que alguien tienen en mente el quitarse la vida. La escala de Ideación Suicida está constituida por 18 ítems con una puntuación de cero a dos, las cuales se puntuaran de manera global.

Interpretación de la Prueba: el paciente tendrá que seleccionar una pregunta, para cada ítem, la alternativa de respuesta con la cual mejor se llega a identificar será manifestado por la situación en la cual este. El total de las puntuaciones se obtendrá sumando los valores de cada pregunta, que van de 0 – 2, la suma total será de acuerdo a la sumatoria de las preguntas de cada ítem; así mismo se utilizará una planilla para la calificación.

Puntuación: 0 - 17, Bajo 18 - 30, Medio 31 - 36, Alto.

Indicadores de la Escala y su baremo:

Dimensiones	Niveles		
	Bajo	Medio	Alto
Actitud hacia la vida/muerte	0-4	5-8	9-10
Pensamientos/deseos suicidas	0-5	6-8	9-12
Proyecto de intento suicida	0-3	4-5	6-8
Desesperanza	0-2	3-4	5-6

Validez y Confiabilidad:

Con respecto a la validez total de la Escala de Ideación Suicida adaptada; Beck utiliza un análisis factorial y halla 3 factores principales en la construcción de la escala de intencionalidad suicida; misma que coincide por Plutchik en el análisis factorial de la Escala, demuestra la existencia de 4 factores subyacentes principales. En cuanto a la confiabilidad es de 0.81 coincidiendo con Plutchik (2004), la coincidencia interna de la escala era de 0.84 coincide con Beck (0.82) siendo su consistencia interna elevado de 0.82.

CUESTIONARIO SSI

Nombres y Apellidos:..... **Edad:**.....

Sexo:..... **Fecha de Aplicación:**.....

En este cuestionario encontrarás una serie de enunciados con diferentes respuestas, donde tendrás que marcar una de ellas de acuerdo a la que más se asemeje a tu deseo, actitud o pensamiento. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de pensar, sentir o actuar.

I. Actitud hacia la vida/Muerte.

1) Deseo de vivir.

Moderado o Intenso

Débil

Ninguno

2) Deseo de morir.

Ninguno

Débil

Moderado

3) Razones para vivir/morir.

Las razones para vivir son superiores a los de morir

Iguales

La razones para morir son superiores de las de vivir

- 4) Deseo de realizar un intento de suicidio activo.
- Las razones para vivir son superiores a los de morir
 - Iguales
 - La razones para morir son superiores de las de vivir
- 5) Intento pasivo de suicidio.
- Tomaría precauciones para salvar su vida
 - Dejaría la vida/muerte en manos del azar (cruzar sin cuidado una calle muy transitada)
 - Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ejemplo: dejar de tomar su medicina).

II. Pensamientos/Deseo suicida.

- 6) Dimensión temporal: Duración.
- Breves, periodos pasajeros
 - Periodos más largos
 - Continuos (Crónicos), o casi continuos
- 7) Dimensión temporal: Frecuencia.
- Rara, ocasionalmente
 - Intermitente
 - Persistentes o continuos
- 8) Actitud hacia los pensamientos/deseos.
- Rara, ocasionalmente
 - Ambivalente, indiferente
 - Aceptación
- 9) Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.
- Tiene sensación de control
 - No tiene seguridad de control
 - No tienen sensación de control

10) Por qué no lo harías (familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa en intento, irreversible).

- No intentaría el suicidio debido a algún factor persuasivo, algo lo detiene
- Los factores persuasivos tienen una cierta influencia
- Influencia mínima o nula de los factores persuasivos

11) Razones de pensar en el proyecto de intento.

- Manipular el medio, llamar la atención, venganza
- Combinación de ambos
- Escapar, acabar, salir de problemas

III. Proyecto de Intento suicida.

12) Método: Especificación/planes.

- No lo ha considerado
- Lo ha considerado, pero sin detalles específicos
- Los detalles están especificados/bien formulados

13) Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.

- Método no disponible, no hay oportunidad
- El método llevaría tiempo/esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente
- Método y oportunidad accesible del método proyectado

14) Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento.

- No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
- Inseguridad de su coraje, competencia
- Seguro de su competencia, coraje

15) Expectativa/anticipación de un intento real.

- No
- Incierto, no seguro
- Si

IV. Desesperanza.

16) Preparación real.

- Ninguna
- Parcial (ejemplo: empezar a recoger píldoras)
- Completa (tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

17) Notas acerca del suicidio.

- No escribió ninguna nota
- Empezaba pero no completa, solamente pensó en dejarla
- Completa

18) Preparativos finales: anticipación de muerte (escribir una carta de despedida a mis familiares y amigos, realizar donación de bienes)

- Ninguno
- Pensamiento de dejar algunos asuntos arreglados
- Hacer planes definidos o dejaría todo arreglado