



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD
MENTAL Y PSIQUIATRÍA

Trabajo Académico

Depresión y conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud
mental y adicciones en un hospital nacional público de Lima, 2026

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría

Presentado por:

Autora: Cárdenas Canchari, Maria Jesús

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0283-9946>

Asesora: Mg. Gil Miranda, Elizabeth Maribel

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6440-6454>

Lima – Perú

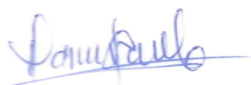
2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01	FECHA: 10/02/2026
		REVISIÓN: 01	

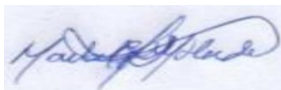
Yo, **CÁRDENAS CANCHARI, MARIA JESÚS**, con código ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0283-9946> Egresada(o) de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica de Enfermería, **SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA**, de la Universidad Privada Norbert Wiener; declaro que el trabajo académico titulado **“DEPRESIÓN Y CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN UN HOSPITAL NACIONAL PÚBLICO DE LIMA, 2026”** Asesorado por el Docente **GIL MIRANDA ELIZABETH MARIBEL**, DNI 09774617, CÓDIGO ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6440-6454>, tiene un índice de similitud de 13%, con **oid: :14912:592053192**, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
Firma de autor(a)
CARDENAS CANCHARI, MARIA JESUS
DNI N°: 07749493



.....
Firma del Asesor
GIL MIRANDA, ELIZABETH MARIBEL
DNI N° 09774617

Lima, 22 de Mayo del 2026

Dedicatoria

A Dios y a la Virgen María, por darme salud y
fortaleza para llegar hasta aquí. A mi hijo
Alberto Alonzo, por su apoyo constante, que
hizo posible culminar esta especialidad.

Agradecimiento

A mi hijo Alberto Alonzo, por su apoyo y comprensión durante todo este tiempo. A mis docentes de práctica y teoría, por su enseñanza y acompañamiento a lo largo de la especialidad.

JURADO

Presidente : Dr. Molina Torres, Jose Gregorio
Secretario : Mg. Barreda Paredes, Ruby Ines
Vocal : Dr. Arevalo Marcos, Rodolfo Amado

Índice de Contenido

Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento	v
Índice de Contenido.....	viii
Resumen	xi
Abstract.....	xii
1. EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	5
1.2.1. <i>Problema general</i>	5
1.2.2. <i>Problemas específicos</i>	6
1.3. Objetivos de la investigación.....	6
1.3.1. <i>Objetivo General</i>	6
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	6
1.4. Justificación de la investigación.....	7
1.4.1. <i>Teórica</i>	7
1.4.2. <i>Metodológica</i>	8
1.4.3. <i>Práctica</i>	8
1.5. Delimitaciones de la investigación.....	9
1.5.1. <i>Temporal</i>	9
1.5.2. <i>Espacial</i>	9
1.5.3. <i>Unidad de análisis</i>	9
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes.....	10

2.1.1.	<i>Antecedentes internacionales</i>	10
2.1.2.	<i>Antecedentes nacionales</i>	11
2.2.	<i>Bases Teóricas</i>	14
2.2.1.	<i>Variable 1: Depresión</i>	14
2.2.1.1.	Tipos de depresión	14
2.2.1.2.	Consecuencias de la depresión	16
2.2.1.3.	Estrategias para el control de la depresión	16
2.2.1.4.	Dimensiones de la variable depresión	17
2.2.2.	<i>Teorías relacionadas con la variable “depresión”</i>	20
2.2.2.1.	Teoría de la depresión de Beck	20
2.2.2.2.	Teoría de Enfermería	20
2.2.3.	<i>Variable 2: Conducta suicida</i>	21
2.2.3.1.	Dimensiones de la variable conducta suicida	22
2.2.4.	<i>Teorías de Enfermería</i>	25
2.3.	<i>Formulación de hipótesis</i>	26
2.3.1.	Hipótesis general	26
2.3.2.	Hipótesis específicas	26
3.	<i>METODOLOGÍA</i>	27
3.1.	Método de la investigación	27
3.2.	Enfoque de la investigación	27
3.3.	Tipo de investigación	27
3.4.	Diseño de la investigación	28
3.5.	Población y criterios de selección	29
3.6.	Variables y operacionalización	30

3.7.	Procedimientos y Técnicas	32
3.7.1.	<i>Técnica</i>	32
3.7.2.	<i>Descripción de instrumentos</i>	32
3.7.3.	<i>Validación</i>	34
3.7.4.	<i>Confiabilidad</i>	34
3.8.	Plan de procesamiento y análisis de datos	34
3.9.	Aspectos éticos	36
4.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	38
4.1.	Cronograma de actividades	38
4.2.	Recursos y presupuestos	39
5.	REFERENCIAS	40
Anexo 1.	Matriz de consistencia	54
Anexo 2.	Instrumentos de recolección de datos	56
Anexo 3.	Consentimiento Informado	61

Resumen

Introducción: La depresión y la conducta suicida constituyen problemas relevantes en salud mental, especialmente en pacientes hospitalizados, debido a su impacto en el bienestar psicológico y en la continuidad del cuidado especializado. El objetivo será “Determinar la relación entre la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026”. **Metodología:** La investigación se desarrollará bajo el método hipotético-deductivo, con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal y alcance correlacional. La población estará conformada por 60 pacientes hospitalizados, considerándose una muestra censal. Se emplearán dos instrumentos validados: el Inventario de Depresión de Beck (BDI), para evaluar la depresión, y la Escala de Ideación Suicida de Beck, para medir la conducta suicida. Los datos serán sistematizados en Excel-2021 y analizados en SPSS ver-27. En el análisis univariado se emplearán frecuencias absolutas y relativas; mientras que, en el análisis bivariado, la relación entre ambas variables se evaluará mediante la prueba de correlación de Spearman, considerando un valor de significancia menor a 0,05 y un 95% de confianza.

Palabras clave: Depresión; Conducta Autodestructiva; Salud Mental; Ideación Suicida (DeCS).

Abstract

Introduction: Depression and suicidal behavior are significant mental health issues, particularly among hospitalized patients, due to their impact on psychological well-being and the continuity of specialized care. The objective is to “Determine the relationship between depression and suicidal behavior in patients hospitalized in the mental health and addiction unit of a national public hospital in Lima, 2026”. **Methodology:** The research will be conducted using the hypothetical-deductive method, with a quantitative approach, a non-experimental design, a cross-sectional study, and a correlational scope. The population will consist of 60 hospitalized patients, considered a census sample. Two validated instruments will be used: the Beck Depression Inventory (BDI), to assess depression, and the Beck Suicide Ideation Scale, to measure suicidal behavior. The data will be organized in Excel 2021 and analyzed in SPSS ver-27. In the univariate analysis, absolute and relative frequencies will be used; whereas, in the bivariate analysis, the relationship between the two variables will be evaluated using Spearman’s correlation test, with a significance level of less than 0.05 and a 95% confidence interval.

Key words: Depression; Self-Injurious Behavior; Mental Health; Suicidal Ideation (MeSH).

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La conducta suicida constituye una problemática relevante de salud mental a nivel mundial y representa una carga significativa para la salud pública, especialmente en contextos hospitalarios. De acuerdo con *la Organización Mundial de la Salud* (OMS), en el año 2024 se registraron cerca de 720,000 defunciones por suicidio cada año en el mundo, lo que la posiciona entre las principales causas de muerte y como una prioridad global. La evidencia científica señala que esta conducta se asocia con antecedentes de trastornos mentales en 58% de los casos, predominando la ansiedad con 25%, la depresión con 24% y los trastornos de personalidad con 12% (1).

Estudios realizados alrededor del mundo, como una investigación desarrollada en África en 2023, donde reportan que los pacientes hospitalizados con trastornos mentales graves presentan una alta vulnerabilidad asociada a la depresión y la conducta suicida. En una evaluación de 3,104 casos, se identificó que 6% presentó conductas suicidas y 3% intentos de suicidio, predominando los hombres con una edad promedio de 33 años. La depresión se vio reforzada por condiciones psicosociales adversas, ya que 18% de los pacientes refirió estrés financiero, situación que duplicó el riesgo de conducta suicida (2).

Un reciente estudio reportó que, en España, en el año 2023, las personas atendidas por conducta suicida en los servicios de emergencia extrahospitalaria presentan una alta carga de trastornos de salud mental. En una población de 554 pacientes, 62% fueron mujeres con una edad media de 44 años, evidenciándose que 57% tenía antecedentes de problemas de salud mental, con predominio de los trastornos de ansiedad, la depresión unipolar y los

trastornos de personalidad. La presencia de depresión se identificó como un factor central en la generación de ideación y conducta suicida, incluso en personas sin intentos previos (3).

Asimismo, estudios desarrollados en Canadá en el año 2024 evidenciaron que la depresión continúa afectando la salud mental de los pacientes hospitalizados incluso después del alta; así como 49% de los pacientes mantuvo pensamientos suicidas hasta dos semanas después de su egreso y 56% presentó depresión probable según su diagnóstico. Además, 37% mostró ansiedad recurrente que favoreció la aparición de ideas suicidas y 48% manifestó emociones negativas que deterioraron su bienestar emocional. A ello se sumaron factores como el desempleo y la soledad, los cuales incrementaron la vulnerabilidad del paciente (4).

En Latinoamérica, la limitada inversión en salud mental debilita la capacidad de los sistemas sanitarios para identificar y tratar oportunamente la depresión, favoreciendo la progresión hacia la ideación y conducta suicida. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2021 se registraron alrededor de 100 760 muertes por suicidio en la Región de las Américas, lo que equivale a una tasa ajustada de 9,2 por cada 100 000 habitantes, de los cuales el 79% correspondió a hombres, y por cada muerte consumada se estimaron cerca de 8 intentos de suicidio (5).

Un estudio realizado en Argentina, en el año 2024 evidenció una alta prevalencia de depresión e ideación suicida en adolescentes hospitalizados, reflejando un deterioro emocional significativo. En una muestra de 166 adolescentes, 42% presentó depresión moderada, 35% leve y 23% severa, lo que muestra una afectación progresiva de la salud mental asociada al riesgo suicida. Esta situación se agravó debido a que 50% requirió internación por riesgo vital, predominando mujeres de bajos recursos (6).

De manera similar, en Ecuador, en el año 2025, evidenciaron una situación preocupante en pacientes hospitalizados por problemas de salud mental, donde la depresión afecta de forma directa el equilibrio emocional y favorece la aparición de la conducta suicida. Los hallazgos identificaron que de 130 pacientes un 18% presentó depresión leve y 2% depresión moderada, mientras que 32% manifestó conducta suicida leve, 19% moderada y 4% severa. Esto refleja un deterioro emocional asociado a factores estresantes acumulados y a la limitada disponibilidad de apoyo psicológico oportuno (7).

De igual forma, durante el 2022, en Paraguay se evidenció una problemática relevante en pacientes hospitalizados, donde la depresión se asocia de manera directa al riesgo de conducta suicida. Un estudio realizado en una población de 111 pacientes evidenció que 14% presentó síntomas depresivos, de los cuales 8% correspondió a nivel moderado y 2% a nivel grave, mientras que 16% manifestó riesgo suicida, predominando el nivel leve seguido del moderado. Dichas cifras demuestran que la depresión está vinculada al riesgo suicida (8).

En el Perú, la depresión y la conducta suicida constituyen un problema relevante, según lo reportado por el Ministerio de Salud (MINSA), en el 2022 se registraron 569 suicidios a nivel nacional, de los cuales 20% ocurrieron en Lima. En el año 2022, se notificaron 686 casos de suicidio, evidenciándose una mayor concentración en población joven, con 21% en jóvenes de 20 a 24 años. Además, 69% de los intentos de suicidio se presentó en mujeres y 90% de los casos estuvo asociado a trastornos de salud mental, principalmente depresión y ansiedad, lo que confirma la estrecha relación entre la depresión y la conducta suicida (9).

En Moquegua, durante el 2024, un estudio desarrollado en pacientes hospitalizados por problemas de salud mental evidenció que la depresión viene afectando a 8 de cada 10

pacientes, quienes presentaron síntomas depresivos asociados a la conducta suicida y, de un total de 194 pacientes evaluados en unidades de salud mental, 41% manifestó conducta suicida de nivel moderado, 26% leve y 4% severo, sin diferencias relevantes según sexo. Dichas cifras muestran que la depresión no tratada de forma integral deteriora la salud mental del paciente hospitalizado y genera un incremento progresivo del riesgo suicida (10).

Asimismo, en el 2024, en Ayacucho se evidenció una problemática similar en pacientes hospitalizados, donde la depresión favorece la aparición de conducta suicida. En este contexto, 40% de los pacientes presentó depresión leve, 33% moderada, 17% mínima y 10% severa, lo que refleja una alta carga de sintomatología depresiva durante la hospitalización. Respecto a la conducta suicida, 4% manifestó niveles altos de conducta suicida, evidenciando deseos persistentes de quitarse la vida (11).

De igual modo, durante el 2022, en el Callao, la conducta suicida asociada a la depresión representó un problema persistente en pacientes hospitalizados, evidenciándose que 29% de los pacientes manifestó deseos de morir en algún momento de su vida y 4% llegó a intentar suicidarse, lo que refleja una afectación significativa del estado emocional y confirma que la depresión no abordada oportunamente favorece la aparición y repetición de conductas suicidas en personas hospitalizadas (12).

Asimismo, en Lima 2023 se reportó una elevada presencia de depresión y conducta suicida en una población de personas hospitalizadas. En dicha evaluación, 64% presentó depresión moderada y 29% depresión severa, lo que evidencia un compromiso importante del estado emocional durante la hospitalización. Además, 47% manifestó pensamientos recurrentes de muerte y 12% reconoció haber considerado atentar contra su vida, reflejando

una conducta suicida persistente, lo que demanda intervenciones oportunas y sostenidas desde los servicios hospitalarios de salud mental (13).

En el contexto local, en el hospital Nacional Arzobispo Loayza, en la unidad de salud mental y adicciones, donde se observa la hospitalización de pacientes con depresión y conducta suicida, donde esta condición persiste durante la hospitalización y afecta de manera directa la estabilidad emocional del paciente, incrementando el riesgo de conducta suicida y la necesidad de vigilancia continua y cuidado especializado por parte del personal de enfermería. Asimismo, se identifican limitaciones en la gestión del riesgo suicida, en la aplicación sostenida de medidas de seguridad y en el fortalecimiento de la resiliencia del paciente hospitalizado. Estas dificultades pueden afectar la detección oportuna de señales de riesgo y la contención emocional, favoreciendo la recurrencia de pensamientos autolesivos durante la estancia hospitalaria. Frente a esta realidad, resulta necesario analizar cómo la depresión se relaciona con la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital de Lima, con el propósito de generar evidencia que permita mejorar la atención, la seguridad y la calidad del cuidado en salud mental. En ese sentido, se plantea el siguiente problema de investigación:

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026?..

1.2.2. Problemas específicos

PE1 :¿Cuál es la relación entre la dimensión afectiva–emocional de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026?–

PE2: ¿Cuál es la relación entre la dimensión cognitiva de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026?–

PE3: ¿Cuál es la relación entre la dimensión conductual–motivacional de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026?–

PE4: ¿Cuál es la relación entre la dimensión somática–fisiológica de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026?–

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

–Determinar la relación entre la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026–.

1.3.2. Objetivos específicos

OE1: –Identificar la relación entre la dimensión afectiva–emocional de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026–.

OE2: «Identificar la relación entre la dimensión cognitiva de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026».

OE3: «Identificar la relación entre la dimensión conductual–motivacional de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026».

OE4: «Identificar la relación entre la dimensión somática–fisiológica de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026».

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

La presente investigación se justifica teóricamente al sustentarse en modelos de enfermería que permiten comprender cómo el cuidado profesional contribuye a la atención de pacientes hospitalizados con depresión y conducta suicida. Desde la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, se reconoce que las personas que atraviesan una crisis de salud mental presentan una disminución en su capacidad para cuidarse, lo que incluye la dificultad para manejar pensamientos autolesivos, haciendo necesario el apoyo del personal de enfermería mediante cuidados compensatorios y de acompañamiento.

Asimismo, la Teoría de la Adaptación de Callista Roy aporta al explicar que la conducta suicida puede surgir cuando los mecanismos adaptativos del paciente resultan insuficientes frente a estímulos estresantes, como la hospitalización y la vivencia de la depresión. En este sentido, el rol de enfermería es fundamental para favorecer la adaptación,

promover la estabilidad emocional y fortalecer la resiliencia del paciente. Bajo este marco teórico, la investigación resulta pertinente al resaltar la importancia de las intervenciones de enfermería orientadas a prevenir la conducta suicida y a brindar un cuidado integral y humanizado en el contexto hospitalario de salud mental.

1.4.2. Metodológica

Desde el punto de vista metodológico, la presente investigación es relevante porque emplea el método hipotético-deductivo, el cual permite contrastar de manera objetiva la relación planteada entre la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados. Este método facilita la formulación de hipótesis y su posterior verificación mediante el análisis estadístico, aportando rigurosidad científica al estudio y permitiendo comprender el comportamiento de ambas variables en un contexto hospitalario de salud mental.

Asimismo, el estudio se sustenta en un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de nivel correlacional y corte transversal, utilizando instrumentos estandarizados y validados como el Inventario de Depresión de Beck, adaptado a la realidad nacional por Ticona L. en 2025, y la Escala de Ideación Suicida de Beck, adaptada y utilizada por Adrianzen A. en 2023. La aplicación de estos instrumentos, previamente empleados en el contexto nacional, garantiza una medición precisa, confiable y pertinente de las variables de estudio, contribuyendo a generar evidencia empírica sólida, reducir vacíos en la literatura nacional y establecer una base metodológica replicable para investigaciones futuras.

1.4.3. Práctica

Desde una perspectiva práctica, la presente investigación es relevante porque permitirá fortalecer la atención de enfermería dirigida a pacientes hospitalizados con depresión y conducta suicida, aportando información útil para mejorar la identificación

temprana del riesgo suicida durante la hospitalización. Los resultados contribuirán a que el personal de enfermería reconozca de manera oportuna los signos de alerta asociados a la depresión, favoreciendo intervenciones preventivas más oportunas y seguras.

A corto plazo, el estudio permitirá fortalecer el cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería a los pacientes hospitalizados por salud mental y adicciones, favoreciendo un acompañamiento emocional más cercano y respetuoso durante la hospitalización. Asimismo, los resultados contribuirán a mejorar la vigilancia clínica y la aplicación oportuna de medidas de seguridad, orientadas a reducir el riesgo de conducta suicida. De este modo, se promoverá una atención más sensible a las necesidades emocionales del paciente y se reforzará el rol del profesional de enfermería en la atención integral en salud mental.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

Se desarrollará desde octubre 2025 hasta marzo de 2026.

1.5.2. Espacial

Hospital público nacional ubicado en Avenida Alfonso Ugarte 848, en Lima, Perú.

1.5.3. Unidad de análisis

Estará constituida por pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones en un hospital nacional público de Lima.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. *Antecedentes internacionales*

Sharif et. al (14), en Karachi-Pakistán, 2023, se orientaron a desarrollar el objetivo “Relacionar los pensamientos suicidas y la depresión entre pacientes hospitalizados con diabetes DT2”. El estudio fue cuantitativo y transversal, no experimental, contando con 504 pacientes, los cuales se les aplicaron instrumentos como la Escala de Apoyo Social de Oslo y la escala Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Los resultados demostraron que el 30,83% de los participantes presentaron depresión en diversos niveles. Mientras que el 20,39% mencionaron haber tenido ideas suicidas alguna vez. Concluyeron que, existe un vínculo significativo entre la depresión y las ideas suicidas de los pacientes.

Gómez y Lima (15), en Ambato-Ecuador, 2023, se orientaron a desarrollar el objetivo “Relacionar los comportamientos depresivos y las ideas suicidas de pacientes hospitalizados”. Estudio cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo y correlacional. Participaron 150 pacientes; a quienes aplicaron 2 instrumentos, las Escalas de Depresión y de Ideación suicida de Beck. Demuestran que el 36% presento niveles de depresión mínimos, mientras que el 30% presento niveles moderados, el 22% tenía niveles graves y solo el 12% presento niveles severos. En los niveles de conducta suicida, un 72% tuvo una intención mínima, mientras que el 26,67% demostró niveles moderados. Concluyeron que existe un vínculo significativo entre las ideas suicidas y la depresión.

Abril y Gavilanes (16), en Paraguay, 2023, se orientaron al objetivo “Relacionar la depresión y las ideas suicidas de pacientes de un hospital universitario”. El estudio tuvo enfoque cuantitativo, correlacional, de diseño no experimental. Participaron 130 pacientes,

se les aplicó la Escala Zung (SDS) y la Escala Beck (BHS). Sus estadísticas determinaron que, el 80,8% se encontraron en un rango normal, el 17,7% se encontraba ligeramente deprimido y solo el 2% estaba deprimido. Mientras que el 46,9% se encontraba asintomático en cuanto a conducta suicida, el 18,5% en un nivel moderado y solo el 3,1% se encontraba con pensamientos severos. Concluyeron que, existe un vínculo débil entre variables.

Vidal et. al (17), en Cuba, 2022, se orientaron a desarrollar el objetivo “Relacionar y describir la depresión e ideas suicidas en ancianos hospitalizados”. El estudio muestra ser descriptivo y longitudinal, trabajando con 37 pacientes a quienes se les aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. En sus estadísticas revelaron que, el 33% de los pacientes presentaron depresión, con una prevalencia marcada en el sexo femenino, mientras que en las ideas suicidas, solo el 25% de las participantes las refirieron haberlas experimentado. Concluyeron que, existe un vínculo significativo entre depresión y las ideas suicidas.

Li et. al (18), en China, 2022, se orientaron a desarrollar el objetivo “Relacionar la depresión con conducta suicida en pacientes hospitalizados por salud mental”. El estudio es elaborado con un corte transversal, de enfoque cuantitativo. La muestra para este estudio se conformó por 754 pacientes. Utilizaron la escala PHQ-A y el ICAST-CH. En sus estadísticas resolvieron que, al menos el 21,46% de los participantes presentaron ideas suicidas. Por otro lado, el 16,76% se encontró con nivel de depresión entre moderada y grave. Concluyeron que, existe un vínculo significativo entre la depresión y las ideas suicidas de los pacientes.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Yapuchura y Mucha (19), en un hospital de Huancayo, 2024, orientaron su investigación a desarrollar el objetivo “Relacionar la depresión y los pensamientos suicidas

en pacientes hospitalizados por salud mental”. Dicho estudio es elaborado de forma correlacional, no experimental y transversal; donde participación de 309 pacientes, los cuales fueron encuestados con el Inventario Beck – 2 (BDI-2) y a el Cuestionario Beck (BAI). Sus estadísticas determinaron que, el 23,3% demostró tener un alto riesgo de pensamiento suicida, mientras que el 26,2% presentó ansiedad y depresión moderada. Su investigación concluye que, existe relación entre los niveles de depresión y los pensamientos suicidas.

Salazar (20), en Chachapoyas, 2024, orientó su estudio a desarrollar el objetivo “Determinar la relación entre la depresión y los pensamientos suicidas de pacientes hospitalizados”. El estudio es de enfoque cuantitativo, de nivel correlacional. Participaron 133 pacientes, evaluados con los instrumentos Inventario de Depresión y la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI). Demostraron que, el 33,1% de los estudiantes mostró un nivel de depresión grave, mientras que el 24,8% tenía niveles moderados. Se evidenció que en el 66,2% de los participantes se encontró un nivel bajo de pensamientos suicidas, mientras que el 23,3% tenía un nivel alto. Concluye que, las variables se vinculan moderadamente.

Pilco (21), en Puno, 2023, orientaron su investigación a desarrollar el objetivo “Relacionar la depresión y las ideas suicidas en pacientes adolescentes que acuden a un hospital”. Conservaron un enfoque cuantitativo, descriptivo y de diseño correlacional, no experimental. Participación 124 pacientes, los cuales fueron sometidos a los siguientes instrumentos: Escala de Depresión de Beck y Escala de pensamiento suicida. Sus estadísticas demostraron que, el 32,26% de los participantes presentaron niveles moderados de depresión, por otro lado, el 79,03% demostró tener niveles leves de conducta suicida. Concluye que, existe un vínculo positivo entre depresión y las ideas suicidas.

Guevara (13), en Lima, 2023, orientó su estudio a desarrollar el objetivo “Determinar la conexión entre la depresión y los pensamientos suicidas en pacientes hospitalizados con enfermedad mental”. El estudio tuvo un diseño no experimental, análisis cuantitativos, descriptivos y correlacionales. Participaron 374 pacientes que fueron evaluados con el inventario Zung y el Inventario PANSI. Sus estadísticas demostraron que, el 64% de los participantes presentaron un nivel de depresión moderada y solo el 29% tenía un nivel severo. Por otro lado, en cuanto a los pensamientos suicidas el 31% presento niveles medios. Su investigación demostró una relación leve entre la depresión y los pensamientos suicidas.

Rejas (22), en Lima, 2022, orientaron su investigación a desarrollar el objetivo “Relacionar la depresión y pensamientos suicidas en pacientes de una Hospital Limeño”. El estudio fue descriptivo, explicativo, no experimental y transversal. Participaron 40 pacientes, y los instrumentos fue la Escala de Zung, y el Cuestionario de Robert Plutchik. Demostraron que, 45% de los pacientes padece de una depresión moderada, el 22,5% tiene un nivel leve, el 17,5% no muestra síntomas depresivos, y solo el 15% presenta una depresión severa. Por otro lado, el 45% de los pacientes presentó conductas suicidas moderadas, el 37,5% demostró un riesgo suicida alto. Concluyó que las variables se vinculan moderadamente.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. *Variable 1: Depresión*

La depresión es un trastorno mental de alta frecuencia que se manifiesta por un estado persistente de tristeza, disminución del interés o del placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones del sueño y del apetito, cansancio y dificultades para concentrarse. Se trata de una condición de origen multicausal, producto de la interacción entre factores psicológicos, sociales y biológicos, que puede volverse persistente y limitar de manera importante la capacidad para afrontar las actividades y demandas de la vida diaria (23).

Su diagnóstico identifica la presencia de síntomas que ocurren la mayor parte del día y casi todos los días durante al menos 2 semanas, siendo indispensables el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer por las actividades habituales, también con irritabilidad, sobre todo en adolescentes; la evaluación es una entrevista clínica estructurada que valora la duración, frecuencia e intensidad de los síntomas, así como su interferencia en las actividades diarias, y puede complementarse con un examen físico y de laboratorio para descartar otras enfermedades. Su presentación clínica puede variar en intensidad, clasificándose en leve, moderada o grave (24).

2.2.1.1. Tipos de depresión

a) Depresión Bipolar

La depresión bipolar es una afección en la que la persona presenta cambios bruscos de estado de ánimo y también alternantes. En la fase depresiva el individuo se encuentra triste, sin energía, puede tener pensamientos negativos y falta de iniciativa para hacer las cosas que solía disfrutar, pero en el otro extremo, la euforia será la emoción predominante y el sujeto a la larga sentirá emociones extremas (25).

b) Depresión psicótica

Afección aguda de la depresión ya que a pesar de tener los síntomas clásicos de una tristeza profunda, disminución de la energía o pérdida del interés, el paciente pierde el contacto con la realidad, pudiendo llegar a experimentar alucinaciones, como escuchar voces, o sentir un profundo remordimiento por cosas que nunca han hecho (26).

c) Depresión atípica

A diferencia de la depresión clásica, la persona, a pesar de tener tristeza, puede tener episodios intercalantes, donde experimenta la mejora de su situación afectiva, lo cual no tarda en regresar de nuevo a la tristeza. Los síntomas que se describen en este tipo de depresión son; aumento del apetito, excesivo sueño, sensación de pesadez en el cuerpo y gran sensibilidad al rechazo o crítica (27).

Asimismo, existen formas de depresión que se caracterizan por su duración o recurrencia. El episodio depresivo recurrente se presenta cuando la persona experimenta varios episodios depresivos a lo largo del tiempo, separados por periodos en los que el estado de ánimo se normaliza. Cada episodio suele incluir síntomas como tristeza profunda, pérdida de interés, cansancio, baja autoestima, dificultad para concentrarse y alteraciones del sueño o del apetito (28).

La distimia, también denominada trastorno depresivo persistente, se manifiesta como una depresión de intensidad leve pero de curso prolongado. Las personas que la padecen mantienen durante años un estado de ánimo triste, con baja energía, escasa motivación y pensamientos pesimistas. Aunque los síntomas no alcanzan la gravedad de una depresión mayor, afectan de forma constante la rutina diaria y el bienestar general (29).

2.2.1.2. Consecuencias de la depresión

La depresión es capaz de comprometer diversos ámbitos de la vida, llegando a afectar notoriamente el bienestar general. A nivel emocional se traduce en una profunda tristeza, en una sensación de vacío, en la pérdida de toda esperanza, y en la incapacidad para disfrutar de actividades que anteriormente sí eran fuente de satisfacción. Muchas veces, la persona se siente incapaz, experimenta sentimientos de culpa o una carencia rotunda de propósito de vida, lo que merma su autoestima y su brújula vital hacia adelante (30).

La depresión en el ámbito somático puede dar lugar a un instinto de cansancio constante, secundado en cefaleas, trastornos en el sueño, trastornos en el apetito y cambios de peso, así como una disminución de la respuesta del sistema inmunológico que hace al individuo más propenso a otras enfermedades (31). A nivel social, la persona tiende al aislamiento, evitando interacciones y actividades sociales, lo que puede generar conflictos familiares y reforzar la sensación de soledad (32).

En ocasiones concretas, la depresión puede manifestarse antes o a lo largo de la evolución de la demencia al existir ciertos síntomas similares que hacen su identificación difícil, y la demencia no tratada existente en los ancianos también puede llegar a producir olvidos, pérdidas de la atención, lentitud en la mente, etc. Esto recibe el nombre de seudodemencia depresiva (33).

2.2.1.3. Estrategias para el control de la depresión

Dentro de las diversas estrategias disponibles para tratar la depresión destaca la psicoterapia que utiliza el diálogo socrático. Esta última se sirve de preguntas reflexivas y guiadas con el objetivo de que la persona tome conciencia de sus pensamientos, creencias y emociones. La técnica no busca aportar respuestas a la pregunta planteada sino que intenta

que el paciente pueda reflexionar sobre la misma logrando así un nivel de comprensión desde otros enfoques (34).

Las técnicas cognitivas son, sin embargo, una opción terapéutica eficaz dado que se centran en descubrir y cambiar pensamientos negativos o distorsionados que influyen sobre el estado de ánimo. De este modo, la persona ya es capaz de detectar los pensamientos pesimistas o de culpa excesiva y transformarlos en otras ideas más equilibradas y, por lo tanto, más realistas, favoreciendo así su bienestar emocional (35).

Estas técnicas hacen hincapié en la importancia de planificar realizar actividades de las que se derive placer o estén relacionadas con el aumento de la habilidad y el establecimiento de rutinas diarias, la que será útil, al menos normalmente, para establecer también la posibilidad de reforzar un tipo de comportamiento que se relaciona con mostrar conducta diferente a la habitual, ya que pese a las restricciones vigentes y en un entorno con baja materia de placer, existe la opción de cambiar así ayudar a no dejarse llevar por la inercia del aislamiento y la falta de hábitos que definen su calidad de vida (36).

2.2.1.4. Dimensiones de la variable depresión

a) Afectiva emocional

Dicha dimensión incide en las vivencias emocionales centrales del cuadro de depresión como la presencia intrínseca de tristeza, el vacío emocional y la pérdida de la capacidad para experimentar el placer. Es decir, incluye las vivencias de culpa, castigo, llanto frecuente y obturación, de la cual se deriva la existencia de un estado emocional negativo sostenido que impacta directamente en el bienestar psicológico del enfermo hospitalizado.

Las vivencias y emociones en esta dimensión son siempre muy intensas y prolongadas, comportando el estado de inestabilidad emocional y la distorsión del yo (37)

En la salud mental, la dimensión afectiva-emocional es esencial puesto que estos estados emocionales muestran la vulnerabilidad del enfermo frente a la conducta suicida. La persistencia de tristeza intensas, irritabilidad y culpa puede llevar fácilmente a la desesperanza y a una disminución de los recursos emocionales hasta su máxima capacidad frente a la hospitalización lo que requerirá de una enfermería centrada en el acompañamiento emocional y la contención terapéutica (38).

b) Cognitiva

La dimensión cognitiva comprende la forma alterada del pensamiento que caracteriza la depresión: el pesimismo, la sensación de fracaso, la desvalorización de uno mismo, la exigente autocrítica. Todos estos pensamientos negativos perturban la forma en la que el paciente interpreta la realidad y acaba teniendo una crítica distorsionada de sí mismo (de su yo y de su propia persona), de su entorno y de la experiencia futura que parece abrirse. A ello hay que añadir la dificultad para la concentración y los pensamientos o deseos de suicidio que manifiestan una alteración importante del funcionamiento mental (39).

Estas alteraciones son un antecedente claro de la conducta suicida, en la que retroalimentan la desesperanza y la sensación de no tener posibilidades ante el sufrimiento. En pacientes hospitalizados, estos tipos de pensamientos pueden llegar a ser mucho más complejos a causa de la enfermedad y el contexto del ingreso, por lo cual su detección es importante para prever riesgos y fortalecer estrategias de afrontamiento cognitivo (40).

c) Conductual-motivacional

Son las manifestaciones visibles de la conducta y del nivel motivacional del paciente, haciéndose visible principalmente a través de la agitación psicomotora, la pérdida del interés por actividades previas y la disminución del interés por actividades sexuales, reflejan una merma de la iniciativa, una merma en la interacción con el medio o una reducción de la capacidad para disfrutar o comprometerse en la vida (41).

En los pacientes hospitalizados representa un aspecto importante, puesto que la apatía y la falta de interés pueden limitar la participación en el tratamiento y en las actividades terapéuticas, al tiempo que la agitación o el retraimiento conductual pueden estar relacionadas con una mayor probabilidad del hecho suicida, hecho que exige vigilancia y una atención constante y completa por parte del enfermero (42).

d) Somática-fisiológica

Son manifestaciones somáticas de la depresión, tales como la pérdida de energía, el cansancio continuado, el sueño alterado o los cambios en la alimentación; se reflejan cómo la depresión puede afectar no solo el estado de ánimo y el estado mental del paciente, sino que también afectan el funcionamiento corporal del mismo (43).

En pacientes hospitalizados, suelen ser confundidas con síntomas de otras enfermedades a lo largo del ingreso, y esto puede dificultar que la depresión sea reconocida. Sin embargo, su persistencia puede contribuir al deterioro general del paciente o a un incremento de la disforia, dirigidos hacia prestar la debida atención a las ideas suicidas; por esta razón, su evaluación es importante para un abordaje completo de la depresión (44).

2.2.2. *Teorías relacionadas con la variable “depresión”*

2.2.2.1. Teoría de la depresión de Beck

La teoría cognitiva de la depresión de Beck constituye uno de los principales aportes explicativos sobre el origen y mantenimiento de la depresión. Esta teoría plantea que la depresión se desarrolla a partir de un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el cual determinados esquemas cognitivos disfuncionales se activan frente a situaciones estresantes, influyendo en la forma negativa en que la persona percibe e interpreta la realidad. Dichos esquemas se expresan a través de pensamientos distorsionados sobre sí mismo, el entorno y el futuro, lo que favorece la aparición y persistencia de los síntomas depresivos (45).

Este modelo resulta pertinente para esta investigación, ya que permite comprender cómo los procesos cognitivos negativos asociados a la depresión pueden afectar el estado emocional del paciente hospitalizado y contribuir a la presencia de conductas suicidas.

2.2.2.2. Teoría de Enfermería

- Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

Esta teoría aporta un marco conceptual sólido para comprender la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados de la unidad de salud mental, al reconocer que las personas con depresión presentan una disminución significativa de su capacidad para realizar acciones de autocuidado, evidenciada en dificultades para regular sus emociones, afrontar el malestar psicológico y preservar su bienestar mental, situación que incrementa su vulnerabilidad frente a la conducta suicida; desde esta perspectiva, el déficit de autocuidado explica cómo la incapacidad para manejar el sufrimiento emocional favorece la aparición de conductas autolesivas (46).

- **Teoría del modelo de adaptación de Callista Roy**

Este modelo permite comprender la depresión como una respuesta de adaptación inadecuada frente a estímulos estresores propios de la enfermedad, la hospitalización y los conflictos emocionales, los cuales superan la capacidad de afrontamiento del paciente y afectan su equilibrio emocional, cognitivo y conductual. Desde esta perspectiva, la labor de enfermería se orienta a identificar dichas respuestas adaptativas alteradas e intervenir oportunamente para fortalecer el afrontamiento y favorecer una mayor estabilidad emocional durante la hospitalización (47).

2.2.3. *Variable 2: Conducta suicida*

Se trata de la existencia de pensamientos persistentes, deseos o intenciones conducentes a un posible suicidio, manifestándose en un amplio rango de intensidades, desde simples ideas fugaces y vagas hasta la disposición de elaborar un plan competente para llevarlo a cabo. Es un fenómeno multifactorial complejo que generalmente se encuentra en relación a la presencia de trastornos mentales tales como la depresión, el trauma, el estrés crónico, el dolor psíquico intenso, enfermedades físicas incapacitantes y situaciones de aislamiento social, lo cual es un indicador clínico, pero sobre todo, puede considerarse un indicador de sufrimiento psicológico que necesita de intervención oportuna, evaluación profesional y medidas preventivas del suicidio, especialmente en la población ingresada y en condiciones de vulnerabilidad (48).

En pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría, la conducta suicida es un riesgo inminente que necesita tratamiento inmediato. Afirman que la detección precoz de estos pensamientos es clave en la aplicación de la prevención. En este sentido, la resiliencia es un factor protector, pues contribuye a que las personas ingresadas puedan desarrollar recursos

emocionales y cognitivos de modo que se reduzca la vulnerabilidad a tener pensamientos autolesivos (49).

2.2.3.1. Dimensiones de la variable conducta suicida

a) Características de las actitudes hacia la vida/muerte

Las actitudes que presenta la persona frente a la vida y ante la muerte reflejan el conjunto de creencias, valores y significados que esa persona confiere a su propia vida y la posibilidad de que la misma termine. Este ámbito es muy relevante para entender la conducta suicida de las personas, ya que dicha conducta estará marcada por cómo la persona interpreta el sufrimiento, la pérdida o el fracaso (50).

Los estudios indican que una actitud ambivalente con respecto a la vida caracterizada por la falta de sentido vital, desesperanza o indiferencia e insensibilidad hacia la muerte aumenta considerablemente la propensión al pensamiento suicida, siendo estas actitudes influidas por factores culturales, religiosos y sociales que pueden reforzar o restringir la percepción del suicidio como una salida ante momentos de gran sufrimiento, por lo que su análisis favorece la comprensión de los determinantes subjetivos del riesgo suicida y conduce a una orientación más contextualizada de las intervenciones (51).

En lo que se refiere a la salud mental, estas actitudes determinan la severidad de la conducta suicida en pacientes ingresados. La falta de sentido de vida y la visión negativa del futuro se consideran factores de riesgo, así que la intervención terapéutica debe ir dirigida a cambiar estas concepciones, aumentar la resiliencia y generar una visión más positiva sobre la vida (52).

b) Características de los pensamientos/deseos de suicidio

La ideación suicida y los deseos suicidas se expresan a través de pensamientos intrusos, persistentes, vinculados a la autolesionarse o la muerte, que en ocasiones terminan por convertirse en un deseo de suicidarse. Estas cogniciones tienden a ir acompañadas de sentimientos de inutilidad, culpa, desesperanza, así como un sufrimiento emocional que sobrepasa la capacidad que tiene el sujeto para hacerlo. La presencia de esos pensamientos no implica necesariamente la ejecución de la conducta: la duración, la frecuencia y la intensidad muestran unas condiciones determinantes para considerar un riesgo suicida (53).

En pacientes con trastornos de salud mental, los pensamientos suicidas representan un componente crítico que requiere monitoreo constante. La implementación de programas de intervención orientados a fortalecer la capacidad de afrontamiento emocional, como aquellos centrados en la resiliencia, puede contribuir a la reducción de estos pensamientos. Asimismo, la detección temprana resulta esencial para el diseño de planes de seguridad individualizados (54).

c) Características del intento de suicidio

Se entiende por intento de suicidio el tipo de conducta deliberada en la que se buscan terminar con la propia vida, el cual no alcanza a consumarse. Este evento es uno de los factores más importantes que predicen el suicidio consumado, puesto que demuestra un nivel importante de sufrimiento psicológico, así como una considerable disminución de los mecanismos de afrontamiento. Además, los intentos de suicidio están, generalmente, precedidos por una larga existencia de conducta suicida, ya que la persona busca diferentes

formas de suicidarse, considera sus consecuencias e, incluso en muchas ocasiones, presenta algunas señales de la conducta (55).

En el ámbito hospitalario, los pacientes que llevan a cabo intentos de suicidio requieren tratarse de una manera especializada y continuada. La intervención, en este sentido debe centrarse en la valoración del riesgo y el entrenamiento de habilidades de afrontamiento que reduzcan la probabilidad de llevar nuevamente a cabo un intento suicida, donde la resiliencia también hay que tenerla en cuenta como un elemento que fomenta la superación de situaciones de crisis (56).

d) Actualización del intento de suicidio

La actualización del intento suicida se refiere a la recaída o continuidad en las conductas suicidas tras la primera. Los resultados muestran que las personas con historias de intentos de suicidio tienen una tasa mucho más elevada de intentos previos e incluso el riesgo aumentaba si no recibían una intervención terapéutica adecuada y sostenida. Esto nos da cuenta de que el riesgo suicida no se encuentra en una etapa del intento suicida, por el contrario, se mantiene o incluso se reactiva si no se aborda posteriormente de una forma completamente amplia. Así, la actualización del intento suicida hace hincapié en la llegada de programas de seguimiento de largo plazo orientados al control del estado emocional, a la potenciación de los factores protectores y a la prevención de los reintentos (57).

En pacientes ingresados en el hospital, la renovación del intento a realizar necesita una atención plena y continua. En estos pacientes, las tasas de reiteración de intento disminuyeron en el grupo con niveles más altos de resiliencia, por lo que habrá que centrar

las intervenciones en promover el bienestar, la red de apoyo social y una mayor estabilidad psicológica (58).

2.2.4. *Teorías de Enfermería*

- Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Esta teoría se relaciona con la depresión y la conducta suicida al concebir al paciente como un ser integral, en quien la depresión no solo afecta el estado emocional, sino también el sentido de vida, la esperanza y la forma de relacionarse consigo mismo y con los demás; desde esta perspectiva, el cuidado de enfermería cumple un rol clave al establecer una relación terapéutica basada en la empatía, la presencia y la escucha activa, elementos que favorecen el equilibrio emocional, fortalecen la resiliencia y contribuyen a la prevención de la conducta suicida en pacientes hospitalizados en unidades de salud mental (59).

- Modelo Psicodinámico de Hildegard Peplau

Este modelo se relaciona con la conducta suicida al entender la relación terapéutica enfermera-paciente como un proceso dinámico que permite identificar y abordar el sufrimiento emocional, la desesperanza y los conflictos interpersonales propios de estos pacientes, a través de las fases de orientación, identificación, explotación y resolución; mediante la comunicación terapéutica, la empatía y el acompañamiento continuo, la enfermera establece un vínculo de confianza que facilita el reconocimiento del problema, la identificación de factores de riesgo y el uso adecuado de recursos de apoyo, contribuyendo a la contención emocional, al fortalecimiento de la esperanza y a la resolución progresiva de la crisis depresiva durante la hospitalización (60).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H₁: «Existe relación significativa entre la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026.

H₀: «No existe relación significativa entre la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026.

2.3.2. Hipótesis específicas

HEi.1: «Existe relación significativa entre la dimensión afectiva–emocional de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026.

HEi.2: «Existe relación significativa entre la dimensión cognitiva de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026.

HEi.3: «Existe relación significativa entre la dimensión conductual–motivacional de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026.

HEi.4: «Existe relación significativa entre la dimensión somática–fisiológica de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

La presente investigación se desarrollará utilizando el método hipotético-deductivo, el cual permite partir de supuestos teóricos previamente planteados para someterlos a verificación mediante el análisis sistemático de la información recolectada (61). Este método facilita la formulación de hipótesis y su contrastación a través de procesos lógicos y deductivos, apoyados en la evidencia empírica obtenida durante el estudio (62).

3.2. Enfoque de la investigación

Se usó un enfoque cuantitativo, pues tal tipo de enfoque permite analizar la relación entre la depresión y la conducta suicida mediante datos numéricos y procedimientos estadísticos, analizando a la vez la depresión y la instrucción suicida dentro de una población de pacientes hospitalizados de la unidad de salud mental. Este enfoque instrumenta la objetivación de la información obtenida mediante las encuestas, estructuradas y validadas, para medir ambas variables mediante un procedimiento medible y sistemático (63).

3.3. Tipo de investigación

La presente investigación se corresponde con una investigación aplicada, pues busca dar respuesta a una concreta problemática clínica relacionada con la depresión y el comportamiento suicida en pacientes ingresados en la unidad de salud mental. A este respecto, Hernández et al. afirman que la investigación aplicada tiene como finalidad principal la resolución de problemas sociales y de salud, sobreponiendo la utilidad práctica a la mayor extensión teórica que se pueda otorgar (64).

3.4. Diseño de la investigación

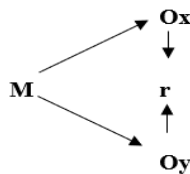
“Será no experimental, debido a que las variables depresión y conducta suicida serán observadas tal como se presentan en su contexto natural, sin manipulación ni intervención deliberada por parte del investigador” (65).

“El corte será transversal, ya que la recolección de los datos se realizará en un solo momento, permitiendo describir y analizar la situación de los pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones durante el período de estudio” (66).

“Este tipo de diseño resulta pertinente porque permite estructurar una estrategia metodológica adecuada para obtener información precisa y suficiente, orientada al cumplimiento de los objetivos planteados” (67).

“El nivel será correlacional, puesto que se buscará identificar la relación existente entre la depresión y la conducta suicida, sin establecer causalidad, a fin de determinar el grado de asociación entre ambas variables en la población estudiada” (68).

El diseño es:



Dónde:

M = Muestras.

Ox = Depresión

Oy = Conducta suicida

R = Relación entre la depresión y la conducta suicida

3.5. Población y criterios de selección

Población

La población se define como el conjunto de elementos que comparten características relevantes y constituyen el objeto de estudio de una investigación, pudiendo estar conformada por personas u otras unidades de análisis, según la naturaleza del problema abordado (69).

En la presente investigación, la población estará integrada por 22 pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental de un hospital de Lima Centro.

Muestra

En la presente investigación se empleará una muestra de tipo censal (N=22 pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental). La elección de este tipo de muestra se justifica por el tamaño reducido y la homogeneidad de la población, así como por la necesidad de incluir a la totalidad de los sujetos disponibles (70).

Muestreo

El muestreo será no probabilístico, ya que se considerará a todos los pacientes hospitalizados que cumplan con los criterios de inclusión establecidos para el estudio, atendiendo al tamaño reducido de la población y a la accesibilidad de los participantes.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones que acepten participar voluntariamente y firmen el consentimiento informado.
- Pacientes hospitalizados durante el periodo de estudio.

- Pacientes hospitalizados que cuenten con acceso a WhatsApp, Messenger y/o correo electrónico.
- Pacientes hospitalizados por primera vez durante el periodo de investigación.

Criterios de Exclusión.

- Pacientes que no acepten participar voluntariamente.
- Pacientes que no se encuentren hospitalizados durante el desarrollo del estudio.
- Pacientes hospitalizados sin acceso a WhatsApp, Messenger y/o correo electrónico.
- Pacientes reingresados durante el periodo de estudio.

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Depresión

Variable 2: Conducta suicida

Tabla 1. Operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles)
V1: Depresión	Forma de experimentar un momento, en el que una persona atraviesa un periodo largo de tristeza potenciada, desánimo y desinterés por actividades que antes le eran placenteras. Algunas de las manifestaciones sintomáticas son un cansancio extremo, alteraciones en el sueño o disminución del apetito, dificultad para prestar atención y/o sentirse con sentimientos de culpa o baja autoestima (71).	La depresión de los pacientes hospitalizados de la unidad de salud mental, serán evaluados mediante el inventario de depresión de Beck-II, enfocado en las dimensiones: afectiva emocional, cognitiva, conductual-motivacional y somática-fisiológica. La puntuación final será valorada en depresión: severa, moderada, leve y sin depresión.	Afectiva emocional	- Tristeza - Pérdida de placer - Sentimiento de culpa - Sentimiento de castigo	Ordinal	Depresión: Severa (29-63)
			Cognitiva	- Llanto - Irritabilidad. - Pesimismo - Fracaso - Indecisión - Desvalorización - Disconformidad con uno mismo - Autocrítica - Pensamientos o deseos suicidas - Dificultad de concentración		Moderada (20-28)
			Conductual–motivacional	- Agitación - Pérdida de interés - Pérdida de interés en el sexo		Leve (14-19)
			Somática–fisiológica	- Pérdida de energía - Cambio en los hábitos de sueño - Cambio de apetito - Cansancio o fatiga		Sin depresión (0-13)
V2: Conducta suicida	Es un síntoma asociado a trastornos como la depresión, la ansiedad, el trastorno límite de la personalidad y el trastorno de estrés postraumático (72).	Son aquellos pensamientos, planes, ideas orientadas a acabar con la propia vida, y se encuentra asociado a las ideas y deseos y fantasías de muerte que no necesariamente terminarán en un suicidio real y serán medidas a través de un instrumento previamente validado.	- Características de las actitudes hacia la vida/muerte	- Desea seguir viviendo. - Desea morir - Expresa motivos para vivir o morir - Manifiesta intención activa de suicidio	Ordinal	Alto (61-80)
			- Características de los pensamientos/deseos de suicidio	- Presenta deseo pasivo de suicidio - Sus pensamientos duran un tiempo prolongado - Tiene pensamientos suicidas frecuentes. - Muestra actitud definida hacia sus pensamientos - Tiene control sobre el deseo suicida - Refiere motivos que lo detienen. - Expone razones para suicidarse.		Medio (40-60)
			- Características del intento de suicidio	- Tiene claridad en el plan suicida - Dispone de medios para el intento - Se percibe capaz de intentarlo. - Anticipa un intento real		Bajo (20-39)
			- Actualización del intento de suicidio	- Preparativos concretos - Ha escrito una nota suicida - Ha realizado acciones finales - Oculta su intención suicida - Ha tenido intentos previos		

3.7. Procedimientos y Técnicas

3.7.1. *Técnica*

En esta investigación se utilizará la encuesta como técnica principal para la recolección de información. Esta se aplicará a través de dos instrumentos diferenciados, correspondientes a cada una de las variables en estudio, mediante cuestionarios estructurados. El uso de la encuesta permite obtener datos de manera sistemática y brinda una representación objetiva y fiable de la realidad de los participantes seleccionados en la muestra (73).

3.7.2. *Descripción de instrumentos*

Para la variable 1: Depresión

El instrumento será el “Inventario de depresión de Beck-II”, desarrollado por Beck et al. (74). En el contexto nacional, este instrumento fue empleado por Ticona L.(75) en un estudio similar realizado en Tacna, 2025. El BDI-II está compuesto por 21 ítems, distribuidos en cuatro dimensiones: La **dimensión afectiva–emocional**, conformada por los ítems 1, 4, 5, 12, 16 y 17, evalúa el estado emocional negativo persistente característico de la depresión, el cual puede favorecer la presencia de conducta suicida. La **dimensión cognitiva**, integrada por los ítems 2, 3, 8, 9, 13, 14, 15 y 19, valora pensamientos negativos, autovaloración deteriorada y alteraciones en los procesos mentales asociadas a la conducta suicida. La **dimensión conductual–motivacional**, conformada por los ítems 6, 7 y 21, evalúa los cambios observables en la conducta, la motivación y la interacción con el entorno. Finalmente, la **dimensión somática–fisiológica**, integrada por los ítems 10, 11, 18 y 20, está orientada a evaluar las manifestaciones físicas de la depresión, frecuentes en pacientes hospitalizados. Se califica mediante una escala ordinal entre 0 a 3 puntos, obteniéndose una un total entre 0 y 63 puntos.

La interpretación de los puntajes se realiza de la siguiente manera:

- 0 a 13 : no depresión
- 14 a 19 : leve depresión
- 20 a 28 : moderada depresión
- 29 a 63 : severa depresión

Para la variable 2: Conducta suicida

El instrumento es un cuestionario sobre las Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB), utilizada en Trujillo-Perú por Adrianzen, A (76), en el 2023, con el propósito de medir la escala suicida de pacientes hospitalizados. El cuestionario consta de 28 preguntas distribuidas en tres dimensiones: a) Características de las actitudes hacia la vida/muerte, b) Características de los pensamientos/ deseos de suicidio, c) Características del intento y e) Actualización del intento. Ofrecen dos respuestas : Moderado a fuerte (0), Débil (1) o Ninguno (2), y los encuestados podrán seleccionar solo una alternativa.

Se establecen los siguientes niveles valorativos:

- Conducta suicida: bajo (de 18 a 36)
- Conducta suicida: medio (52 a 71)
- Conducta suicida: alto (de 72 a 93).

3.7.3. Validación

Instrumento 1

Este cuestionario fue validado por Ticona L.(75), en un estudio realizado en la ciudad de Chiclayo, sometido a juicio con tres expertos, quienes evaluaron la claridad, relevancia y pertinencia de esta herramienta. Como resultado de este proceso, se obtuvo un coeficiente V de Aiken de 1, lo que evidencia un alto nivel de validez de contenido.

Instrumento 2

Se utilizará el instrumento utilizado por Adrianzen, A (76), el cual fue sometido a un proceso de validación mediante juicio de expertos, en el cual participaron tres especialistas en la temática. La validez de contenido fue determinada a través del coeficiente V de Aiken, obteniéndose un valor de 0.87, una alta concordancia entre los jueces.

3.7.4. Confiabilidad

a) Confiabilidad del instrumento 1

La confiabilidad fue comprobada por Ticona L.(75), en una prueba piloto de 20 pacientes; con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,88 congruente.

b) Confiabilidad del instrumento 2

Fue evaluada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.911. Indicando que es confiable (76).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

a) Plan de procesamiento de datos:

Para procesar los de datos recolectados, se realizará lo siguiente (77):

1. Se solicitará el visto bueno del proyecto de investigación tal cual se ha enunciado ante el Comité de Ética de la Escuela de Posgrado que se ubica en la Universidad Norbert Wiener. Una vez superada la obtención de dicha aprobación se solicitará autorización al director de la clínica en la que se realizará la recolección de datos.
2. Se coordinará con el responsable del área de Salud Mental una reunión para conocer los días, turnos en los que se atienden pacientes hospitalizados y ambulatorios, con el objetivo de poder concertar un cronograma de aplicación de instrumentos.
3. La aplicación de los instrumentos de cada variable se llevará a efecto de acuerdo a los criterios de métodos establecidos anteriormente en el diseño de investigación.
4. Se gestionarán los permisos de recolectar datos y se llevarán a cabo las coordinaciones debidas con el personal del área de Salud Mental, para garantizar así una aplicación ordenada y ética.
5. Con antelación a la administración de los cuestionario, solicitaremos consentimiento informado de manera tal la participación sea voluntaria y consciente.
6. Se estima el tiempo requerido de 10 a 15 minutos por participante.
7. Igualmente, se prevé que el tiempo para responder al instrumento sobre conducta suicida sea de aproximadamente 15-20 minutos.
8. Del mismo modo, se prevé que el tiempo requerido para responder el instrumento sobre conducta suicida será de aproximadamente 15 a 20 minutos.
9. Los datos obtenidos deberán registrarse en una hoja de cálculo de Excel y posteriormente pasaran un proceso con el software estadístico SPSS v-27.0, que

servirán para los análisis y presentaciones en tablas y/o gráficos, de acuerdo con la naturaleza de los resultados encontrados.

b) Análisis de datos:

Finalizada la recolección de datos, la información será sistematizada en Excel 2021 y posteriormente procesada en el programa estadístico SPSS versión 27. En primer lugar, se realizará el análisis descriptivo, mediante frecuencias absolutas y relativas, con el propósito de presentar el comportamiento de las variables y sus componentes de acuerdo con las categorías establecidas. Luego, se efectuará la prueba de normalidad correspondiente, según el tamaño de la muestra, a fin de identificar la distribución de los datos. Con base en ello, se seleccionará la prueba estadística pertinente; en caso de distribución normal se aplicará Pearson, mientras que, si la distribución no es normal, se utilizará Spearman. Para el análisis inferencial se considerará un valor de significancia menor a 0,05 y un 95% de confianza (78).

3.9. Aspectos éticos

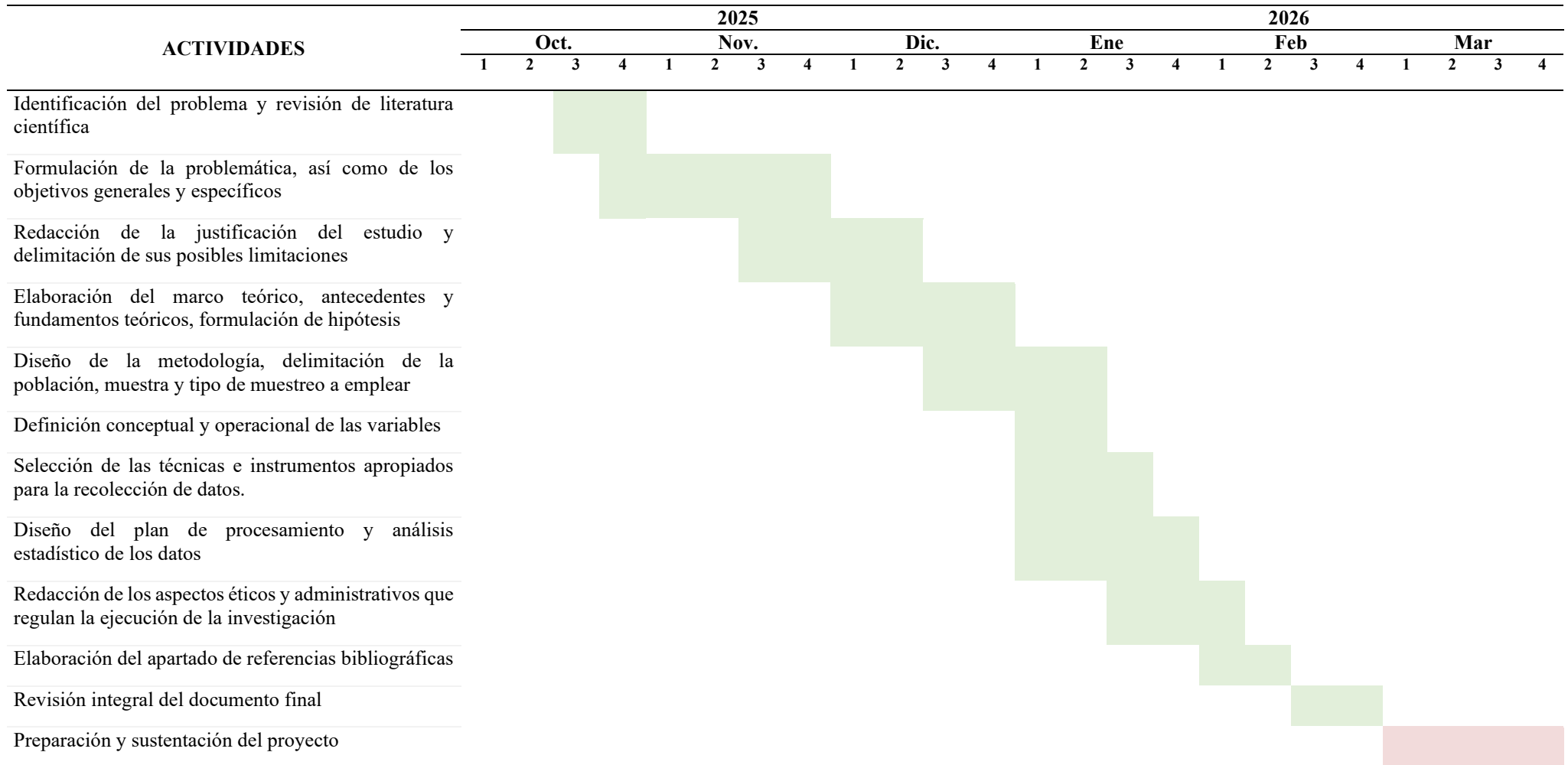
En el campo de la investigación, resulta fundamental establecer principios éticos que orienten cada etapa del proceso investigativo, con el fin de salvaguardar el bienestar, la dignidad y los derechos de los participantes. Estos principios aseguran que el desarrollo del estudio se realice dentro de un marco ético, responsable y respetuoso, generando beneficios tanto para los sujetos involucrados como para la práctica profesional (79).

1. **Principio de justicia:** Se garantizará un trato igualitario, respetuoso y libre de discriminación para todos los participantes del estudio. Asimismo, se promoverá la transparencia y objetividad en la recolección y análisis de datos, asegurando la validez de los resultados bajo criterios de equidad y rigor científico.

2. **Principio de autonomía:** Se respetará plenamente la capacidad de decisión de cada paciente para participar voluntariamente en la investigación. Para ello, se aplicará el consentimiento informado, proporcionando una explicación clara, accesible y detallada sobre los objetivos, procedimientos y alcances del estudio, permitiendo que cada individuo decida libremente su participación.
3. **Principio de beneficencia:** A los participantes se les informará sobre los propósitos del estudio y los posibles beneficios derivados de su contribución. Se espera que los resultados de la investigación aporten al fortalecimiento del conocimiento en enfermería y generen mejoras en la atención y calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis.
4. **Principio de no maleficencia:** Se adoptarán todas las medidas necesarias para evitar cualquier tipo de daño físico, emocional o psicológico a los participantes. Se actuará con responsabilidad y precaución para evitar riesgos innecesarios, y se protegerá la confidencialidad de los datos, asegurando el anonimato y la privacidad de cada paciente involucrado en el estudio.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades



Leyenda: actividades cumplidas ; actividades por cumplir

4.2. Recursos y presupuestos

	REC. HUMANOS	Unidad	Costo total
POTENCIALES HUMANOS	Equipo de investigadores	-	-
	Asesor especializado	1	900
	Estadística	1	800
	MATERIAL BIBLIOGRÁFICO		
	Textos		100
	Acceso bibliográfico		200
	Consulta de tesis		100
	MATERIAL DE IMPRESIÓN		
RECURSOS MATERIALES	Bitácoras de campo		50
	Formato de recolección de datos		50
	MATERIAL DE ESCRITORIO		
	Impresiones		300
	Computadora		1500
	Memorias		50
	Lapiceros		20
	SERVICIOS		
SERVICIOS	Energía eléctrica		500
	Conexión a internet		500
	Servicio telefónico		200
	Alimentación		200
	Transporte		300
	Otros		1000
	Total		6770

5. REFERENCIAS

1. Mao W, Shalaby R, Owusu E, Elgendy HE, Agyapong B, Eboreime E, et al. Suicidal ideation among mental health patients at hospital discharge: prevalence and risk factors. BMC Psychiatry [Internet]. 2025 [citado 5 de noviembre de 2025];25(1):112. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06547-3>
2. Abaatyo J, Favina A, Bulega SE, Kaggwa MM. Suicidal behavior among inpatients with severe mental conditions in a public mental health hospital in Uganda. PubMed Disclaimer [Internet]. 2023 [citado 15 de diciembre de 2025];23(1):1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04858-x>
3. Ramos Javier, Sánchez CG, Martínez AI, Castillo P, Moreno B. Suicidal behavior in persons attended in out-of-hospital emergency services in Spain. 2023 [citado 15 de diciembre de 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1235583>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Global. 2024 [citado 5 de noviembre de 2025]. p. 1 Suicidio. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
5. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS). Informe Global. 2022 [citado 5 de diciembre de 2025]. p. 1 Prevención del suicidio. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
6. Díaz D. Trastornos depresivos e ideación suicida en pacientes adolescentes del área de salud mental: estudio descriptivo en el contexto pospandemia. [Internet]. Universidad Nacional del Comahue; 2024 [citado 10 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://rdi.uncoma.edu.ar/handle/uncomaid/18200>
7. Lak M, Shakiba S, Dolatshahi B, Saatchi M, Shahrabaf M, Jafarpour A. The prevalence of suicide ideation, suicide attempt and suicide in borderline personality disorder patients: A systematic review and meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry

- [Internet]. 2025 [citado 25 de diciembre de 2025];95:52-61. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834325000933>
8. Alfonso A, Suhurt C. Riesgo suicida y depresión en Residentes de un hospital escuela. 2022 [citado 15 de diciembre de 2025];4(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10009826>
 9. “Ministerio de Salud del Perú” (MINSA). El 71.5 % de los casos de intento de suicidio en el Perú es de personas entre 15 y 34 años [Internet]. 2022 [citado 15 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/648965-el-71-5-de-los-casos-de-intento-de-suicidio-en-el-peru-es-de-personas-entre-15-y-34-anos>
 10. Alpaca A. Depresión y ideación suicida en estudiantes de la escuela profesional de Biología y Microbiología de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann - Tacna [Internet]. Universidad José Carlos Mariátegui; 2024 [citado 10 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12819/3305>
 11. Lopez R, Ruiz L. Depresión y ideación suicida en estudiantes del nivel secundario de la institución educativa Huanta, Ayacucho - 2024 [Internet]. Universidad Autónoma de Ica; 2024 [citado 01 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14441/2931>
 12. Tafur S, Reyes jefferson, Ayala R. Validez y confiabilidad de un instrumento para evaluar el cumplimiento de las funciones de la atención primaria en contexto peruano. Cuid y Salud Pública [Internet]. 2022 [citado 2 de noviembre de 2025];2(2):69-74. Disponible en: <https://doi.org/10.21679/arc.v8i2.215>
 13. Guevara C. Depresión e ideación suicida en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana, 2023 [Internet]. Universidad Privada del Norte; 2023. Disponible en: https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/35951/Adan_Rojas_Sofia

[Teresa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

14. Sharif H, Jan SS, Sharif S, Seemi T. Depression and suicidal ideation among individuals with type-2 diabetes mellitus, a cross-sectional study from an urban slum area of Karachi, Pakistan. Public Heal [Internet]. 2023;1-12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1135964/full>
15. Gomez Y, Lima D. Relación entre manifestaciones de depresión e ideación suicida en adolescentes de 15 a 17 años. Buleam Bahia Mag [Internet]. 2023;4(7):226-40. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9946094>
16. Abril E, Gavilanes F. La depresión y su relación con la ideación suicida en estudiantes universitarios. Rev Latinoam Ciencias Soc y Humanidades [Internet]. 2023;4(1):930-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/368228016_La_depresion_y_su_relacion_con_la_ideacion_suicida_en_estudiantes_universitarios_Depression_and_Its_Relationship_with_Suicidal_Ideation_in_University_Students
17. Vidal J, Leyva A, Cruz D. Depresión e ideas suicidas en ancianos en un Grupo Básico de Trabajo. Enero-abril 2021. I Simp salud Fam gramgi 2021 [Internet]. 2021;1-7. Disponible en: <https://gramgi2021.sld.cu/index.php/gramgi/2021/paper/viewFile/40/23>
18. Li K, Zhan X, Ren L, Liu N, Zhang L, Li L, et al. The Association of Abuse and Depression With Suicidal Ideation in Chinese Adolescents : A Network Analysis. Front Psychiatry [Internet]. 2022;13(March):1-13. [citado 10 de noviembre de 2025] Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2022.853951/full>

19. Yapuchura G, Mucha Y. Ansiedad y depresión como factores asociados a pensamientos suicidas en estudiantes de Medicina Humana en Huancayo, 2024 [Internet]. Universidad Continental; 2024. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/17393/2/IV_FCS_502_TE_Yapuchura_Mucha_2025.pdf
20. Salazar E. Depresión y pensamientos suicidas en estudiantes del Colegio San Juan de la Libertad, Chachapoyas 2023 [Internet]. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2025. Disponible en: [https://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14077/4373/Edward Alberto Salazar Perez - FACISA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14077/4373/Edward_Alberto_Salazar_Perez_-_FACISA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
21. Pilco GA. Relación entre la depresión e ideación suicida en adolescentes de la institución educativa secundaria Mariano Melgar - Ayaviri, Período 2023 [Internet]. Universidad Privada San Carlos - Puno; 2023. Disponible en: <https://repositorio.upsc.edu.pe/handle/UPSC/583>
22. Rejas N. Influencia de la depresión en el riesgo suicida en pacientes de un hospital de Lima, 2021 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/88336/Rejas_JNJ-SD.pdf?sequence=8&isAllowed=y
23. Aicardo D, Delgado O, Miguel J, Olea S. Episodio depresivo mayor de características catatónicas : Reporte de caso. Vitalia [Internet]. 2024;5(1):69-83. Disponible en: <https://revistavitalia.org/index.php/vitalia/article/view/75/133>
24. Angélica N, Magdalena M, Selene K, Alicia B. Depression in women . Concept analysis from the nursing perspective. Investig y Educ en Enfermería [Internet]. 2013 [citado 27 de enero de 2026];31(2):270-6. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105228089014.pdf>

25. Nievez M. Depresión bipolar. Salud(i)Ciencia [Internet]. 2023;25(1):420-3. Disponible en: <https://www.scielo.org.ar/pdf/siic/v25n7/1667-8990-siic-25-07-424.pdf>
26. Herrera R, Morcillo S, Hernandez N. Depresión psicótica. Rev Sanit Investig [Internet]. 2024;5(5). [citado 2 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9658672>
27. Palacios N. Caracterización de la depresión atípica en un adolescente del cantón Vinces [Internet]. Universidad Técnica de Babahoyo; 2023. Disponible en: <https://dspace.utb.edu.ec/server/api/core/bitstreams/cab517ff-f88e-4eeb-886f-09225347bf26/content>
28. Navarrete C, Badilla N. Promedio de estadía hospitalaria por episodio depresivo recurrente en los años 2018-2021 en Chile. Rev Confluencia [Internet]. 2023;6(1):38-42. [citado 2 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/887/727>
29. Rodriguez A. Revisión sobre la distimia y trastorno depresivo persistente : historia , correlación e implicaciones clínicas . Ompg [Internet]. 2022;4(53):1-4. Disponible en: <https://mpgjjournal.mpg.es/index.php/journal/es/article/view/605/1031>
30. Burbano A. Desafíos emocionales en estudiantes de ciencias de la salud: un análisis desde el estrés, la ansiedad y la depresión. Rev Uniandes Ciencias la Salud [Internet]. 2025;8(2):173-92. [citado 2 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/RUCSALUD/article/view/3891/4575>
31. Estrada E, Quispe Y, Ayala A, Yupanqui E. Depresión, ansiedad y estrés como predictores del disfrute de la actividad física en estudiantes universitarios: un estudio transversal. Retos [Internet]. 2024;61:164-72. [citado 2 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://revistaretos.org/index.php/retos/article/view/109802>

32. Clinica P, Vargas F, Anthony K. Depresión y su incidencia en las relaciones interpersonales de un joven de 25 años del Cantón Ventanas [Internet]. Universidad Tecnica de Babahoyo; 2022. [citado 2 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://dspace.utb.edu.ec/server/api/core/bitstreams/089538cc-8c36-4397-ad94-d1a15a89597f/content>
33. Santacruz M, Cobo N, Mejía S. Relación entre la depresión y la demencia. Rev Ecuatoriana Neurol [Internet]. 2022;31(1):1-9. Disponible en: <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rneuro/v31n1/2631-2581-rneuro-31-01-00096.pdf>
34. Farías IE. El diálogo socrático como opción terapéutica. 2021;2(3):1-5. [citado 2 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://centrohumanista.edu.mx/biblioteca/files/original/42a62149ee38bfdd648eedab2971e824.pdf>
35. Sociales R de la F de CE y. Revista de Ciencias Sociales. Rev la Fac Ciencias Económicas y Soc [Internet]. 2021;XXVII(4):1-13. [citado 2 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8145508>
36. Pérez-cárdenas K. Activación conductual para el tratamiento de la depresión en pacientes oncológicos. Rev Estud Psicológicos [Internet]. 2022;2(1):1-11. Disponible en: <https://estudiospsicologicos.com/index.php/rep/article/view/27/71>
37. Ismail Z, Gatchel J, Bateman DR, Barcelos-Ferreira R, Cantillon M, Jaeger J, et al. Affective and emotional dysregulation as pre-dementia risk markers: exploring the mild behavioral impairment symptoms of depression, anxiety, irritability, and euphoria. Int psychogeriatrics [Internet]. [citado 20 de enero de 2026];30(2):185-96. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/s1041610217001880>
38. Ruggeri M, Tansella M. Depression and emotional disorders in patients with physical illnesses: scientific knowledge and interventions that innovate practice. Epidemiol

- Psichiatri Soc [Internet]. 2010 [citado 20 de enero de 2026];19(2):95-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/s1121189x00000762>
39. García Bruñén JM, Povar Echeverría M, Díez-Manglano J, Manzano L, Trullàs JC, Romero Requena JM, et al. Cognitive impairment in patients hospitalized for congestive heart failure: data from the RICA Registry. Intern Emerg Med [Internet]. enero de 2021 [citado 20 de enero de 2026];16(1):141-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02400-5>
 40. Bødker Hanifa AL, Svenningsen H, Møller AN, Dreyer P, Holm A. Cognitive impairment in critically ill patients and former critically ill patients: A concept analysis. Aust Crit Care [Internet]. enero de 2024 [citado 20 de enero de 2026];37(1):166-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2023.10.002>
 41. Petasne M, Campa A, Samiri S, Sosa J. Comprehensive behavioral-motivational nutrition education improves depressive symptoms following bariatric surgery: a randomized, controlled trial of obese Hispanic Americans. J Nutr Educ Behav [Internet]. 2013 [citado 20 de enero de 2026];45(6):620-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2013.04.264>
 42. Katz RJ, Sibel M. Further analysis of the specificity of a novel animal model of depression--effects of an antihistaminic, antipsychotic and anxiolytic compound. Pharmacol Biochem Behav [Internet]. junio de 1982 [citado 20 de enero de 2026];16(6):979-82. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0091-3057\(82\)90056-9](https://doi.org/10.1016/0091-3057(82)90056-9)
 43. Muñoz H. Somatización : consideraciones diagnósticas. Rev MedEs [Internet]. 2009 [citado 27 de enero de 2026];17(1):55-64. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a09.pdf>
 44. Cordella P. Campos de Sintonía Somática Durante el Desarrollo Infantil. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2009 [citado 27 de enero de 2026];80(5):407-19. Disponible en:

<https://www.scielo.cl/pdf/rcp/v80n5/art02.pdf>

45. Beltrán M del C, Freyre MÁ, Hernández-Trejo LA. The beck Depression Inventory: Its validity in adolescent population. *Ter Psicol* [Internet]. 2012 [citado 20 de enero de 2026];30(1):5-13. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art01.pdf>
46. Alligood M. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. 10a. Edici. DRK Edition, editor. North Carolina - EE.UU: East Carolina University; 2015 [citado 22 de septiembre de 2025]. 6 p. Disponible en: https://www.berri.es/pdf/MODELOS_Y_TEORIAS_EN_ENFERMERIA/9788413822990
47. Díaz L, Durán M, Gallego P, Gómez B, Gómez E, Gonzáles Y. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Rev Aquichan* [Internet]. 2002 [citado 15 de septiembre de 2025];2(2):19-23. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v2n1/v2n1a04.pdf>
48. Kendall PC, Hollon SD. Cognitive-Behavioral Interventions: Theory, Research, and Procedures [Internet]. London - England, London; 1979 [citado 20 de noviembre de 2025]. 1-187 p. Disponible en: [https://books.google.com.pe/books?id=O_NFBQAAQBAJ&lpg=PA153&dq=\(Bec k et al.%2C 1979&lr&hl=es&pg=PR3#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=O_NFBQAAQBAJ&lpg=PA153&dq=(Bec k et al.%2C 1979&lr&hl=es&pg=PR3#v=onepage&q&f=false)
49. Osman A, Kopper B, Barrios F, Gutierrez P. Reliability and Validity of the Beck Depression Inventory--II With Adolescent Psychiatric Inpatients. *Psychol Assess* [Internet]. 2024 [citado 15 de diciembre de 2025];16(2):120-32. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F1040-3590.16.2.120>
50. Hammer RPJ, Pires WS, Markou A, Koob GF. Withdrawal following cocaine self-administration decreases regional cerebral metabolic rate in critical brain reward regions. *Synapse* [Internet]. mayo de 1993 [citado 20 de enero de 2026];14(1):73-80.

Disponible en: <https://doi.org/10.1002/syn.890140110>

51. Viridiana A, León S. Características psicosociales de los adolescentes yucatecos con y sin conducta suicida. [citado 12 de diciembre de 2025];1(36):71-84. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Maria-Loria/publication/277156027_Caracteristicas_psicosociales_de_los_adolescentes_yucatecos_con_y_sin_conducta_suicida/links/5ca387c692851c8e64aead53/Caracteristicas-psicosociales-de-los-adolescentes-yucatecos-con-y-
52. Córdova M, Rosales J. Confiabilidad y validez de constructo de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes mexicanos de educación media superior. Altern en Psicol Rev Semest Terc Época Año XVII Número [Internet]. 2012 [citado 12 de diciembre de 2025];16(26):16-25. Disponible en: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v16n26/n26a02.pdf>.
53. Gonzales S, Díaz A, Ortiz S, Gonzáles C. Características psicométricas de la Escala de Ideación S de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Salud Ment [Internet]. 2020 [citado 15 de diciembre de 2025];23(2):21-30. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2000/sam002d.pdf>
54. Benedicto C. El suicidio en la infancia y adolescencia. La Public [Internet]. 1998 [citado 15 de diciembre de 2025];51(1):42-6. Disponible en: <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/1147/1091>
55. Mejias Y, García M, Schmidt A, Quero A. Estudio preliminar de las características del intento de suicidio. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2011 [citado 15 de diciembre de 2025];34(3):431-41. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n3/original8.pdf>
56. Ferreira A, Ribeiro E. Dolor en el trastorno bipolar: prevalencia, características y relación con el riesgo de suicidio. Rev Lat Am Enferm [Internet]. 2021 [citado 15 de

diciembre de 2025];29(1):1-10. Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/tmdLHHgMCGgMhMrtnPFWWGG/?format=pdf&lang=es>

57. Angora R, Jimenez M, Navío M, Baca E. Evaluación de un programa intensivo de prevención de reintentos suicidas basado en la terapia de resolución de problemas en un área de influencia de 430.000 personas en Madrid, España. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2022 [citado 15 de diciembre de 2025];50(3):134-43. Disponible en: <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/1027/1655>
58. Morales L, Hernández H, Pacheco R, Castro E. Factores relacionados con la reincidencia de intento de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes atendidos en una empresa social del estado en Cali. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2023 [citado 15 de diciembre de 2025];1(1):1-23. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745023000616>
59. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Médica Espirituana* [Internet]. 2021 [citado 11 de diciembre de 2025];19(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf>
60. Díaz I, Porras A, Barrigón ML, Jiménez L, Baca E. Theoretical models of suicidal behaviour: A systematic review and narrative synthesis. *Eur J Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado 20 de enero de 2026];35(3):181-92. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213616321000033>
61. Gonzáles R, Santiago Y. El método hipotético deductivo de Karl Popper en los estudiantes de la Educación Básica Regular en Perú. *Educación* [Internet]. 2023 [citado 25 de noviembre de 2025];29(2):1-15. Disponible en: <https://10.33539/educacion.2023.v29n2.3045>
62. Gonzalés R, Santiago Y. Karl Popper's Hypothetical Deductive Method in Regular

- Elementary School Students in Peru. Reflexiones sobre popper en la Educ básica [Internet]. 2023 [citado 5 de febrero de 2026];5(3):1 OF 15. Disponible en: <https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/321/3/5/111039>
63. Casado RP, Riera JRM. Manual para la elaboración y defensa del trabajo fin de Grado en Ciencias de la Salud [Internet]. Elsevier; 2022. 1-248 p. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=o-1bEAAAQBAJ>.
64. Ñaupas H, Mejía E, Novoa E, Villagómez A. Metodología de la investigación cuantitativa - cualitativa y redacción de tesis [Internet]. 2021 [citado 16 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Metodología_de_la_investigación_cuantitativa/VzOjDwAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=SELECCION+DE+INFORMACION+PARA+UNA+revision+literaria.+REYES+Y+MAYORGA&printsec=frontcover
65. Vargas R. La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. Rev Educación [Internet]. 2022 [citado 15 de mayo de 2025];33(1):155-65. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/440/44015082010.pdf>
66. Creswell J. Qualitive Investigación y Diseño de la investigación [Internet]. 2023 [citado 10 de abril de 2025]. p. 145-77. Disponible en: <https://heymarvin.com/resources/qualitative-research-design/>
67. Hernández S, Mendoza B. Metodología de la investigación - Las rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta [Internet]. Primera ed. S.A. MHIE, editor. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 2021. 1-753 p. Disponible en: https://catalogo.upc.edu.pe/permalink/51UPC_INST/102v5av/alma9911749674033

68. Bustamante G, Mendoza CA. Estudios de correlación. Rev Actual Clínica Investig [Internet]. 2023 [citado 5 de diciembre de 2025];33(1):1690-4. Disponible en: <http://revistasbolivianas.umsa.bo/pdf/raci/v33/v33a06.pdf>
69. López P. Población muestra y muestreo. Epidemiol clínica Investig clínica [Internet]. 2024 [citado 20 de septiembre de 2025];1(1):129-39. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rpc/v09n08/v09n08a12.pdf>
70. Casal J, Mateu E. Tipos de muestreo. CONACYT [Internet]. 2023 [citado 27 de agosto de 2025];1(1):3-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002
71. Kendler KS. The Origin of Our Modern Concept of Depression-The History of Melancholia From 1780-1880: A Review. JAMA psychiatry [Internet]. agosto de 2020 [citado 27 de enero de 2026];77(8):863-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4709>
72. Goodfellow B, Kõlves K, de Leo D. Contemporary Definitions of Suicidal Behavior: A Systematic Literature Review. Suicide Life Threat Behav [Internet]. abril de 2021 [citado 27 de enero de 2026];49(2):488-504. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/sltb.12457>
73. Ureta ÍG. La encuesta. Éxito [Internet]. Segunda ed. 2022 [citado 15 de agosto de 2025];58-62. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/10.2307/j.ctt1v2xt4b.8>
74. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck Depression Inventory–II. Database Rec [Internet]. 1996 [citado 20 de enero de 2026];1(1):1. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t00742-000>
75. Ticona LA. Nivel de depresión en pacientes atendidos en consulta externa del servicio de oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el periodo Enero-Junio [Internet]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman; 2025 [citado 20 de

enero de 2026]. Disponible en:

<https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/4900>

76. Adrianzen A. Ansiedad y depresión en pacientes oncológicos hospitalizados en una institución de Lima del Sector Salud de Categoría III-2 [Internet]. Vol. 7, Tesis De Grado. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2023 [citado 5 de diciembre de 2025]. Disponible en:
http://repository.radenintan.ac.id/11375/1/PERPUS_PUSAT.pdf%0A
77. Mora C, Mercedes M De, Santos L. Redalyc.Los métodos estadísticos en las investigaciones sociales. Pedagog y Soc [Internet]. 2022 [citado 15 de diciembre de 2025];15(34):1-9. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/5817/581777892004.pdf>
78. Ramírez J. Análisis estadístico. Cienc ergo-sum [Internet]. 2022 [citado 15 de diciembre de 2025];29(1):0-6. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/journal/104/10469617009/10469617009.pdf>
79. Belmont R. Informe Belmont: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. PDR reports [Internet]. 1979 [citado 25 de septiembre de 2025];1(1). Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/1892/189222553006.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Formulación del problema	Planteamiento de objetivos	Planteamiento de hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema general ¿Cuál es la relación entre la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026?	Objetivo general Determinar la relación entre la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026.	Hipótesis general Existe relación significativa entre la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026.	Variable 1: Depresión Dimensiones: D1: afectiva–emocional. D2: cognitiva. D3: conductual–motivacional D4: somática–fisiológica	Método: Hipotético-deductivo Enfoque: Cuantitativo Tipo: Aplicada
Problemas específicos PE1: ¿Cuál es la relación entre la dimensión afectiva–emocional de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026? PE2: ¿Cuál es la relación entre la dimensión cognitiva de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud	Objetivos específicos OE1: Identificar la relación entre la dimensión afectiva–emocional de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026. OE2: Identificar la relación entre la dimensión cognitiva de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026.	Hipótesis específicas HEi.1: -Existe relación significativa entre la dimensión afectiva–emocional de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026. HEi.2: -Existe relación significativa entre la dimensión cognitiva de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026.	Variable 2: Conducta suicida Dimensiones: D1: características de las actitudes hacia la vida y la muerte. D2: características de los pensamientos y deseos de suicidio. D3: características del intento suicida.	Diseño de la investigación: No experimental, Corte transversal Correlacional Población 60 pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental de un hospital de Lima Centro. Muestra: censal 60 pacientes hospitalizados.

mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026? PE3: ¿Cuál es la relación entre la dimensión conductual–motivacional de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026? PE4: ¿Cuál es la relación entre la dimensión somática–fisiológica de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026?	OE3: Identificar la relación entre la dimensión conductual–motivacional de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026. OE4: Identificar la relación entre la dimensión somática–fisiológica de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026.	HEi.3: -Existe relación significativa entre la dimensión conductual–motivacional de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026. HEi.4: -Existe relación significativa entre la dimensión somática–fisiológica de la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026.	D4: actualización del intento suicida.	
--	--	--	---	--

Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos**Instrumento 1****INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK – BDI-II**

(Autor: Ticona L.(75), en Tacna, 2025)

1. INTRODUCCIÓN

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija una sola opción de cada grupo, la que mejor describa cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque la alternativa correspondiente. Si más de una afirmación parece describir cómo se ha sentido, seleccione la opción de mayor intensidad.

2.-DATOS GENERALES

- **Sexo:**

☐ Femenino ☐ Masculino

- **Edad:**

☐ 18 a 30 años ☐ 31 a 59 años ☐ 60 años a más

- **Grado de instrucción:**

☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior

- **Servicio:**

☐ Salud mental

3. INSTRUCCIONES

Por favor, marque con un “X” la alternativa que mejor refleje su experiencia personal. No hay respuestas correctas o incorrectas.

4. CUESTIONARIO

1. Tristeza	12. Sentimiento de castigo
0. No me siento triste. 1. Me siento triste gran parte del tiempo. 2. Me siento triste todo el tiempo. 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.	0. No siento que estoy siendo castigado. 1. Siento que tal vez pueda ser castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que estoy siendo castigado.
2. Pesimismo	13. Disconformidad con Uno Mismo
0. No me siento desanimado respecto al futuro. 1. Me siento desanimado respecto al futuro. 2. Siento que no tengo nada que esperar. 3. Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar.	0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1. He perdido la confianza en mí mismo. 2. Estoy decepcionado conmigo mismo. 3. No me gusta a mí mismo.
3. Fracaso	14. Autocrítica
0. No me siento fracasado. 1. He fracasado más de lo que hubiera debido. 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3. Me siento una persona totalmente fracasada.	0. No me critico ni me culpo más de lo habitual. 1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo. 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores. 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
4. Pérdida de placer	15. Pensamiento o Deseos Suicidas
0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas que disfruto. 1. No disfruto de las cosas tanto como antes. 2. Obtengo muy poco placer una satisfacción auténtica con las cosas. 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas que disfrutaba.	0. No tengo ningún pensamiento de matarme. 1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría. 2. Querría matarme. 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
5. Sentimiento de Culpa	16. Llanto
0. No me siento particularmente culpable. 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3. Me siento culpable todo el tiempo.	0. No lloro más de lo que solía hacerlo. 1. Lloro más de lo que solía hacerlo. 2. Lloro por cualquier pequeñez. 3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.
6. Agitación	17. Irritabilidad
0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto. 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	0. No estoy más irritable de lo habitual. 1. Estoy más irritable que lo habitual. 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3. Estoy irritable todo el tiempo.
7. Pérdida de Interés	18. Cambio de Apetito

0. No he perdido el interés en otras actividades. 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3. Me es difícil interesarme por algo.	0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a. Mi apetito es mucho menor que antes. 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual. 3a. No tengo apetito en absoluto. 3b. Quiero comer todo el tiempo.
8. Indecisión	19. Dificultad de concentración
0. Tomo mis decisiones tan bien como siempre. 1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.	0. Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
9. Desvalorización	20. Cansancio o Fatiga
0. No siento que yo no sea valioso. 1. No me siento considerado a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme. 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3. Siento que no valgo nada.	0. No estoy más cansado que lo habitual. 1. Me fatigo o canso más fácilmente que lo habitual. 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas cosas de las que solía hacer. 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
10. Pérdida de Energía	21. Pérdida de Interés en el Sexo
0. Tengo tanta energía como siempre. 1. Tengo menos energía que la que solía tener. 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado. 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.	0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. 3. He perdido completamente el interés en el sexo.
11. Cambio de los Hábitos de Sueño	
0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a. Duermo un poco más de lo habitual. 1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a. Duermo mucho más de lo habitual. 2b. Duermo mucho menos que lo habitual. 3a. Duermo la mayor parte del día. 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.	

Instrumento 2

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (ISB)

(Autor: Adrianzen, A (76), en Trujillo, 2023)

A continuación, observará una lista de enunciados, marque una sola respuesta del 0-2 de acuerdo con lo que se sienta identificado.

Ítems	Opciones de respuesta	Sub-Ítems
CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE		
Deseo de vivir	0	Moderado a fuerte
	1	Débil (Poco)
	2	Ninguno (No tiene)
Deseo de morir	0	Ninguno (No tiene)
	1	Débil (Poco)
	2	Ninguno
Razones para vivir/morir	0	Vivir superar a morir
	1	Equilibrado (Es igual)
	2	Morir superar a vivir
Deseo de realizar un intento de suicidio activo	0	Ninguno (Inexistente)
	1	Poco (Débil)
	2	Moderado a fuerte
CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO		
Deseo pasivo de suicidio	0	Tomaría precauciones para salvar su vida
	1	Dejaría la vida/muerte a la suerte
	2	Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida
Duración	0	Breves, periodos pasajeros
	1	Periodos largos
	2	Continuos(crónicos), casi continuos
Frecuencia	0	Rara, ocasionalmente
	1	Intermitente
	2	Persistentes y continuos
Actitud hacia los pensamientos/deseos	0	Rechazo
	1	Ambivalente, indiferente
	2	Aceptación
Control sobre la acción/deseo de suicidio.	0	Tiene sentido de control
	1	Inseguridad de control
	2	No tiene sentido de control
	0	No lo intentaría porque algo lo detiene

Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar).	1	Cierta duda hacia los intereses que lo detienen
	2	Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar que factores tienes
Razones para pensar/desear el intento suicida.	0	Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza
	1	Combinación de 0-2
	2	Escapar, acabar, salir de problema
CARACTERISTICAS DEL INTENTO		
Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento.	0	Sin considerar
	1	Considerado, pero sin elaborar los detalles
	2	Detalles elaborados/bien formulados
Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.	0	Método no disponible, no oportunidad
	1	Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente
	2	Método y oportunidad disponible
	2a	Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método
Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento.	0	Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente
	1	No está seguro de tener valor
	2	Está seguro de tener valor
Expectativa/anticipación de un intento real.	0	No
	1	Sin seguridad, sin claridad
	2	Si
ACTUALIZACION DEL INTENTO		
Preparación real	0	Ninguna
	1	Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
	2	Completa
Nota Suicida	0	Ninguna
	1	Solo pensada, inicio, sin terminar
	2	Escrita, terminada
Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos)	0	No
	1	Solo pensados, arreglos parciales
	2	Terminados
Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.	0	Revela las ideas abiertamente
	1	Revela las ideas con reservas
	2	Encubre, engaña, miente
Intento de suicidio Anteriores	0	No
	1	Uno
	2	Más de uno

Anexo 3. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Institución: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadores: Lic. María Cárdenas

Título: Depresión y conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones en un hospital nacional público de Lima, 2026.

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “Depresión y conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones en un hospital nacional público de Lima, 2026”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lic. María Cárdenas. El propósito de este estudio es “Determinar la relación entre la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental y adicciones de un hospital nacional público de Lima, 2026”. Su ejecución ayudará a/permitirá establecer la relación que existe la depresión y la conducta suicida en pacientes hospitalizados.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente: Se explicará el procedimiento a realizar para la toma del instrumento, se firmará el consentimiento informado y se procederá con el llenado de los cuestionarios.

La entrevista/encuesta puede demorar unos 10 a 15 minutos y (según corresponda, añadir a detalle). Los resultados de la/los instrumentos se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario

Beneficios

Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación (de manera individual o grupal), que puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted se siente incómodo durante la aplicación del instrumento, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con la Lic. María Cárdenas, al celular 923532049 o al comité que validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924 569 790. E-mail: comite.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Investigador

Nombres:.....

Nombres:.....

DNI:

DNI:.....

13% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 10%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 11%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 10%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 11%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	
repositorio.uwiener.edu.pe		2%
2	Trabajos entregados	
uwiener on 2023-09-10		1%
3	Trabajos entregados	
Submitted on 1690607422896		<1%
4	Trabajos entregados	
Universidad Wiener on 2024-10-27		<1%
5	Internet	
repositorio.continental.edu.pe		<1%
6	Trabajos entregados	
uwiener on 2024-08-14		<1%
7	Trabajos entregados	
uwiener on 2023-04-14		<1%
8	Trabajos entregados	
Universidad Privada San Juan Bautista on 2025-10-09		<1%
9	Trabajos entregados	
uwiener on 2023-11-06		<1%
10	Trabajos entregados	
Universidad Wiener on 2025-06-14		<1%
11	Trabajos entregados	
Universidad Santo Tomas on 2019-10-18		<1%