



Universidad  
**Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**

**Trabajo Académico**

Depresión e ideación suicida en adolescentes en un centro de salud - Lima,  
2025

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

**Presentado por:**

**Autora:** Mamani Vilca, Rosa Antonia


**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-7206-7077>

**Asesora:** Mg. Muñoz Pizarro, Rosa María

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-4861-2527>

**Lima – Perú**

**2025**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>		
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01	<b>FECHA: 22/09/2025</b>

Yo, Rosa Antonia Mamani Vilca egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “**DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES EN UN CENTRO DE SALUD - LIMA, 2025**” Asesorado por la docente: Rosa María Muñoz Pizarro DNI 28273016 ORCID: 0000-0003-4861-2527 tiene un índice de similitud de 11% con código OID:14912:499688716verificable 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

Nombres y apellidos del Egresado

Rosa Antonia Mamani Vilca

DNI: 10074853



.....  
 Firma

Nombres y apellidos del Asesor

Rosa María Muñoz Pizarro

DNI: 28273016

Lima, 22 de setiembre del 2025

## ÍNDICE

RESUMEN .....	4
ABSTRACT.....	5
1. EL PROBLEMA.....	6
1.1. Planteamiento del problema.....	6
1.2. Formulación del Problema.....	8
1.2.1. Problema General.....	8
1.2.2. Problemas Específicos .....	8
1.3. Objetivos.....	9
1.3.1. Objetivo General.....	9
1.3.2. Objetivo específico .....	9
1.4. Justificación de la investigación .....	9
1.4.1. Teórica .....	9
1.4.2. Metodológica .....	10
1.4.3. Práctica.....	10
1.5. Delimitaciones de la investigación .....	11
1.5.1. Temporal.....	11
1.5.2. Espacial.....	11
1.5.3. Población o unidad de análisis.....	11
2. MARCO TEÓRICO .....	12
2.1. Antecedentes.....	12
2.2. Bases teóricas.....	15
2.3. Formulación de hipótesis.....	31
2.3.1. Hipótesis general.....	31
2.3.2. Hipótesis específicas.....	31
3. METODOLOGÍA.....	32
3.1. Método de Investigación.....	32

3.2.	Enfoque de Investigación.....	32
3.3.	Tipo de Investigación.....	32
3.4.	Diseño de Investigación.....	32
3.5.	Población y muestra y muestreo .....	33
3.6.	Operacionalización de las variables.....	34
3.7.	Técnicas e instrumento de recolección de datos .....	36
3.7.1.	Técnica.....	36
3.7.2.	Descripción de instrumentos.....	36
3.7.3.	Validación.....	37
3.7.4.	Confiabilidad.....	38
3.8.	Procesamiento y análisis de datos.....	38
4.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS .....	41
4.1.	Cronograma de actividades.....	41
4.2.	Presupuesto .....	42
	ANEXOS .....	55
	Anexo 1. Matriz de consistencia.....	56
	Anexo 2. Instrumentos.....	57
	Anexo 3. Formato de consentimiento informado .....	61

## RESUMEN

En el contexto actual del Perú, los trastornos depresivos y la ideación suicida han adquirido una creciente relevancia, especialmente entre la población joven. Factores como el estrés, los conflictos familiares, la presión social y la escasa disponibilidad de apoyo psicológico influyen significativamente en el malestar emocional de muchas personas, llevándolas a experimentar sentimientos de soledad y desesperanza. Si bien se han implementado algunas iniciativas para fortalecer la atención en salud mental, aún persisten importantes limitaciones en cuanto al acceso y la cobertura. La ideación suicida, definida como la aparición de pensamientos sobre el deseo de morir o la planificación de un suicidio, constituye una manifestación crítica de cuadros depresivos no atendidos oportunamente. El objetivo de este estudio “Determinar la relación existente entre la depresión y la ideación suicida en adolescentes en un Centro de Salud-Lima, 2025.

**Metodología:** El estudio se desarrolla con el método hipotético deductivo, con enfoque cuantitativo, no experimental, corte transversal y nivel correlacional. La población total estará constituida por 100 adolescentes del servicio de unidad niño/niña adolescente del Centro de Salud - Lima, 2025. Se emplearán dos instrumentos, el cuestionario “Inventario de Depresión de Beck II” para evaluar la depresión cuestionario de escala de la ideación suicida de Beck. para evaluar la ideación suicida. Los datos recolectados serán analizados usando el software estadístico SPSS versión 26 y serán sometidas a pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales como el coeficiente de correlación Rho de Spearman para determinar la relación entre las variables.

*Palabras claves:* depresión, ideación suicida, adolescentes.

## ABSTRACT

In the current context of Peru, depressive disorders and suicidal ideation have gained increasing relevance, especially among the youth population. Factors such as stress, family conflicts, social pressure, and the limited availability of psychological support significantly influence the emotional distress experienced by many individuals, leading them to feelings of loneliness and hopelessness. Although some initiatives have been implemented to strengthen mental health care, significant limitations regarding access and coverage still persist. Suicidal ideation, defined as the emergence of thoughts about the desire to die or planning suicide, represents a critical manifestation of untreated depressive episodes. The objective of this study is to determine the relationship between depression and suicidal ideation in adolescents at a Health Center in Lima - 2025.

**Methodology:** This study is conducted using the hypothetical-deductive method, with a quantitative, non-experimental, cross-sectional, and correlational approach. The total population will consist of 100 adolescents from the child/adolescent unit of the I Health Center – Lima 2025. Two instruments will be used: the "Beck Depression Inventory II" to assess depression, and the "Beck Scale for Suicidal Ideation" to evaluate suicidal ideation. The data collected will be analyzed using SPSS software version 26 and will be subjected to both descriptive and inferential statistical tests, such as Spearman's Rho correlation coefficient, to determine the relationship between the variables.

*Keywords:* depression, suicidal ideation, adolescents

## 1. EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

La Organización (OMS) informa que 280 millones de personas en todo el mundo padecen trastornos depresivos, siendo el 3.8% el más frecuente en padecer de depresión mayor. En España, el 5.4% de los habitantes, casi un millón de personas sufre depresión mayor, y el 60% de los pacientes experimentan dolor físico como dolores de cabeza, espalda y cuello (1). Por otra parte 700,000 personas mueren por suicidio cada año a nivel mundial. La prevalencia de ideación suicida en adolescentes es del 15.3%, siendo la tercera causa de muerte en esta población debido a la depresión (2).

En otro estudio menciona que el insomnio e hipersomnia están arraigados con el riesgo de un intento o suicidio consumado que repercuten en la comunidad, la salud y la economía de un país (3). En este sentido, la ideación de muerte es común en adolescentes pues al ser una población vulnerable a menudo suelen presentar síntomas depresivos como los sentimientos de desesperanza, baja autoestima o vacío existencial (4).

En relación a ello, un estudio en Indonesia encontró que el 23.7% de adolescentes encuestados presentaron signos de ideación suicida, y el 12,4% tuvo una alta intención de cometer suicidio, también experimentaron altos niveles de estrés, ansiedad y depresión, asimismo, los jóvenes con estos pensamientos suelen tener problemas sociales (5).

En Brasil; el deseo de conocer la muerte en la adolescencia puede ser una búsqueda de sentido en la vida o una salida a las dificultades que se presentan en esta, sin embargo, en ello pueden estar camuflados pensamientos suicidas por motivos religiosos y culturales. Destacan factores como depresión, soledad, ansiedad, baja autoestima, agresividad familiar y de amigos, mala comunicación, violencia escolar y consumo de drogas (6). Una investigación en Colombia

revela que los adolescentes con depresión provienen de familias monoparentales o disfuncionales, lo que afecta su relación con los padres. El estudio mostró que el 30% de los participantes tenían ideación suicida. El 11.7% de mujeres y el 6.3% de hombres presentaron síntomas depresivos moderados a severos (7).

Según el Ministerio de Salud en Perú, más de 200 personas se suicidaron en los primeros meses del año 2021 o que podría superar la cifra de 614 del 2020. El confinamiento generó estrés y ansiedad, especialmente en adolescentes (8). La adolescencia puede llevar a la depresión debido a cambios hormonales, estrés, conflictos familiares y sociales, con consecuencias negativas a largo plazo incluido el suicidio en casos extremos (9).

Un estudio en Perú reveló que el 23.4% de adolescentes sufren violencia en sus hogares, siendo más común en mujeres (28.7%) que en hombres (8.6%). Los adolescentes en hogares conflictivos tienen mayor riesgo (10). Asimismo, en Villa el Salvador, Lima Perú, reveló que el 42.8% equivalente 439 escolares de la población adolescente, presenta un nivel moderado de depresión y el 9.1% equivalente a 93 escolares presentan un nivel grave de depresión (11). Según la Organización Panamericana de la Salud, el suicidio es una de las principales causas de muerte en adolescentes de América Latina, siendo los varones más propensos a fallecer y las mujeres a intentarlo. Países como Cuba, Honduras, Puerto Rico, República Dominicana, Perú y Argentina presentan una alta prevalencia de este problema de salud pública (12).

En 2021, la DIRIS Lima Sur reportó que la tasa de suicidio en adolescentes (12 a 17 años) fue de 3.6 por cada 100 000 habitantes, superando el promedio nacional. Por cada suicidio consumado, se atendieron unos 20 intentos. Los más afectados fueron jóvenes de 15 a 19 años, en su mayoría mujeres (13).

La falta de afecto, la violencia y la sobreprotección causan pensamientos negativos en los adolescentes, llevándolos a comportamientos autodestructivos (14).

En el contexto actual del año 2025, el Sistema Nacional de Defunciones (SINADEF) (15) reportó 52 casos de suicidio en Lima Metropolitana entre enero y abril el cual es una cifra que ya supera los 207 casos del mismo periodo en 2024

En el Centro de Salud Mental Comunitario de Villa el salvador, se evidenció que el 100 % de los adolescentes que acudieron por síntomas depresivos presentaron ideación suicida: 16 mencionaron haber pensado en la muerte, 11 de ellos llegaron a planear el acto y 7 intentaron suicidarse a través de métodos como autolesiones, ahorcamiento o automedicación. Entre las principales causas se identificaron conflictos familiares, problemas en las habilidades sociales, violencia intrafamiliar, dificultades económicas, antecedentes de trastornos emocionales y consumo de sustancias. Ante esta situación preocupante, surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre la depresión y la ideación suicida en adolescentes de un Centro de Salud - Lima, 2025?

## **1.2. Formulación del Problema**

### **1.2.1. Problema General**

¿De qué manera la depresión se relaciona con la ideación suicida en adolescentes de un Centro de Salud - Lima, 2025?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

¿De qué manera la depresión en su dimensión cognitivo se relaciona con la ideación suicida en adolescentes de un Centro de Salud - Lima, 2025?

¿De qué manera la depresión en su dimensión físico conductual se relaciona con la ideación suicida en adolescentes de un Centro de Salud - Lima, 2025?

¿De qué manera la depresión en su dimensión afectivo emocional se relaciona con la  
Objetivos

### **1.2.3. Objetivo General**

¿Determinar la relación entre la depresión y la ideación suicida en adolescentes en un  
Centro de Salud - Lima, 2025

### **1.2.4. Objetivo específico**

¿Establecer la relación entre la depresión en su dimensión cognitivo y la ideación  
suicida en adolescentes en un Centro de Salud - Lima, 2025

Establecer la relación entre la depresión en su dimensión físico conductual y la ideación  
suicida en adolescentes en un Centro de Salud, Lima – 2025.

Establecer la relación entre la depresión en su dimensión afectivo emocional y la  
ideación suicida en adolescentes en un Centro de Salud, Lima – 2025.

## **1.3. Justificación de la investigación**

### **1.3.1. Teórica**

Esta investigación tiene relevancia teórica por la importancia de las variables abordadas. Durante su desarrollo, se consultarán fuentes científicas actualizadas que enriquecerán el conocimiento del personal de enfermería, facilitando la elaboración de capacitaciones, guías y protocolos. El estudio se fundamenta en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, la cual destaca la necesidad de un cuidado empático y emocional. En el caso de adolescentes con depresión, este enfoque favorece intervenciones más humanas y eficaces que contribuyen al bienestar mental.

Según la Teoría de la Adaptación de Callista Roy, este estudio permite entender cómo los adolescentes reaccionan ante el estrés con respuestas desadaptativas como la ideación suicida. Esta comprensión guía al personal de enfermería en el conocimiento de mejores intervenciones que promuevan una mejor adaptación y prevención del riesgo.

### **1.3.2. Metodológica**

La presente investigación se fundamenta en un enfoque cuantitativo, adecuado para analizar de forma objetiva la relación entre la depresión y la ideación suicida en adolescentes. Al emplear un diseño no experimental, de tipo correlacional y transversal, se facilita la recolección de datos sin alterar las variables estudiadas. Esta metodología permitirá identificar asociaciones clave entre los factores emocionales y conductuales. Los resultados no solo servirán como base para desarrollar estrategias de prevención y guías de intervención en salud mental, sino que también podrán ser utilizados como referencia metodológica y comparativa en futuras investigaciones que aborden poblaciones similares o problemáticas relacionadas.

### **1.3.3. Práctica**

La investigación realizada podría ser utilizada como referencia por profesionales o autoridades para implementar planes de promoción, prevención o intervención educativa o psicológica con el objetivo de mejorar la población afectada.

Asimismo, este estudio ayudará a concientizar sobre la importancia de la salud mental a través de talleres y charlas basados en los resultados de las dos variables estudiadas, permitiendo a profesionales en salud mental justificar su práctica.

## **1.4. Delimitaciones de la investigación**

### **1.4.1. Temporal**

Esta investigación se ejecutará en un periodo de 4 meses entre los meses de abril a julio del 2025.

### **1.4.2. Espacial**

Esta investigación se ejecutará en Centro de Salud Mental Comunitario Sol de Villa, servicio de enfermería.

### **1.4.3. Población o unidad de análisis**

Esta investigación se aplicará a los adolescentes de 12 a 17 años que asisten al servicio de enfermería.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1. Antecedentes internacionales

Otika et al. (16), en el 2024 África, tuvo como objetivo “determinar la relación que existe entre depresión e intento suicida”, estudio observacional, descriptivo y transversal, con 385 participantes, los instrumentos fueron el cuestionario de salud del paciente-9 modificado para adolescentes, seguido de la herramienta de evaluación de detección P4 para riesgos suicidas, análisis de regresión de Poisson modificado para establecer predictores de depresión.  $P < .05$ , siendo los resultados la depresión fue de 15,1, el 8,6% pensamientos suicidas reciente y el 2,3% intentó suicidarse. Los participantes que experimentaron embarazo (razón de prevalencia ajustada [a PR]: 2,4, IC del 95%: 1,00-5,94,  $P = .049$ ), abuso sexual (a PR: 2,1, IC del 95%: 1,19-3,76,  $P = .011$ ) y abuso físico (a PR: 1,7, IC del 95%: 1,01-2,74,  $P = .044$ ), concluyeron que aproximadamente uno de cada seis adolescentes sufre depresión, especialmente aquellos que han experimentado embarazos en la adolescencia y abusos.

Secundino et al. (17), del 2021 México, tuvo como objetivo determinar la “relación entre síntomas depresivos y de ideación suicida en adolescentes”, estudio observacional descriptivo, prospectivo y transversal con 409 estudiantes, los instrumentos fueron en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-R), el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-30) y la Escala de Ideación Suicida de Beck, siendo los resultados el 14.9% de los adolescentes tenía ideación suicida. Además, se identificó una relación significativa entre la ideación suicida y factores como el género, padres divorciados, consumo de drogas, violencia reciente y pensamientos negativos. Entre los principales predictores de ideación suicida estaban ser mujer, el consumo de drogas, la depresión y los

intentos previos de suicidio, concluyeron que existen varios factores de riesgo para la ideación suicida en este grupo.

Tabares et al (18), en el 2020 Colombia, tuvo como objetivo “determinar la relación estadística entre riesgo suicida e ideación suicida con la depresión e impulsividad”, estudio de enfoque cuantitativo con diseño no experimental, transversal de alcance explicativo en una muestra de 179 adolescentes, los instrumentos fueron la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y el Inventario de Depresión de Beck, siendo los resultados encontrados que el 20.7% de los adolescentes presentaba riesgo suicida, con mayor prevalencia en mujeres. Además, el 12.8% mostró ideación suicida negativa muy alta, aunque el 84.9% presentó factores protectores. En cuanto a la impulsividad, el 22.3% de los adolescentes, especialmente mujeres, tendía a actuar impulsivamente. Respecto a la depresión, el 17.3% mostró síntomas moderados y el 2.8% síntomas graves, mientras que el 9.5% había intentado suicidarse, siendo los cortes en las venas el método más común, concluyeron que existe una relación directa entre las variables mencionadas en adolescentes.

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

Ríos et al. (19), en el 2021 Cusco, tuvo como objetivo “determinar la relación entre depresión e ideación suicida”, estudio de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo-correlacional y de diseño no experimental y transversal, en una muestra de 190 adolescentes. Los instrumentos aplicados fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Ideación Suicida de Beck, siendo los resultados una relación directa y estadísticamente significativa entre depresión e ideación suicida ( $r_s = .475$ ,  $p = .000$ ). Se observó que el 18.4% de los adolescentes presentaba depresión leve, el 13.2% moderada y el 24.2% severa. En cuanto a la depresión severa, el 14.7% eran mujeres y el 9.5% varones, concluyeron que, a menor grado de depresión, menor es la ideación suicida en los adolescentes.

Ochatoma y Pérez (20), en 2021 Ayacucho, tuvo como objetivo “determinar la relación entre depresión y autolesión”, estudio de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo-correlacional y de diseño no experimental y transversal, en una muestra de 281 educandos. Los instrumentos fueron la escala de autolesión SHAGER y el Inventario de Depresión de Beck, siendo los resultados una correlación positiva moderada entre depresión y autolesión, con un coeficiente de Spearman de 0.619 y un valor de  $p = 0.000$ , lo que indica una relación significativa. Además, se encontró una asociación relevante entre la depresión y las distintas dimensiones de la autolesión, concluyeron que existe una correlación moderada entre ambas variables en los estudiantes.

Castellano y Palomino (21), en el 2021 Ayacucho, tuvo como objetivo “determinar la relación entre depresión e ideación suicida en adolescentes”. estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo-correlacional, con un diseño no experimental y transversal, realizada en una muestra de 90 adolescentes. Se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ideación Suicida de Beck (BSI) los resultados revelaron una relación altamente significativa ( $p < .01$ ) y una fuerte correlación negativa ( $r_s = -.658$ ) entre la depresión e ideación suicida. También se encontró una correlación positiva alta entre la depresión y la actitud hacia la vida/muerte, así como una correlación moderada con los pensamientos/deseos suicidas, el proyecto de intento suicida y la actualización de dicho intento (todas con  $p < .01$ ) concluyeron que existe una relación fuerte entre los niveles de depresión y la ideación suicida en adolescentes.

Flores (22), en el 2021, Chiclayo, tuvo como objetivo” determinar la relación entre depresión e ideación suicida en estudiantes víctimas de violencia, estudio correlacional, transversal y no experimental, en el que se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Ideación Suicida (SSI) de Beck siendo los resultados una correlación

significativa entre depresión e ideación suicida. Se encontró que el 13.94% de los estudiantes tenía depresión leve, el 16.06% moderada y el 15.76% severa, mientras que el 41.52% presentó ideación suicida baja, el 39.70% media y el 18.79% alta. Además, hubo una correlación significativa entre la dimensión cognitivo-afectiva de la depresión y las dimensiones de la ideación suicida, especialmente con la actitud hacia la vida/muerte ( $p=0.000$ ) y los pensamientos suicidas ( $r_s=0.595$ ). También se encontró una correlación entre la dimensión físico conductual de la depresión y las dimensiones de ideación suicida, confirmando una relación directa y significativa entre estas variables.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Variable 1: Depresión**

#### **2.2.1.1. Conceptos de depresión**

La depresión es un trastorno mental con síntomas como retraimiento social y malestar emocional asociados con problemas de conducta y causados por factores biológicos, psicológicos y sociales (23).

El estrés es una alteración en el estado de ánimo que tiene como principal particularidad los cambios de humor que, según el tiempo del padecimiento y el origen de la misma sintomatología se puede incluir el trastorno en diferentes categorías como la depresión mayor, trastorno bipolar o distimia, derivados de la depresión (23).

#### **2.2.1.2. Características e implicancias de la depresión**

La sintomatología puede variar desde la predominancia de la afectividad, lo que se reconoce oficialmente como síntoma, hasta la expresión física misma reflejada en el malestar físico interno que solo la persona puede sentir y los signos que se pueden notar a simple vista

Algunos de los síntomas pueden ser la apatía, desinterés, la irritabilidad la fatiga, el sentimiento de culpa, incapacidad para disfrutar, sentimiento de vacío, entre muchos otros (24).

Por otro lado, no existe ninguna guía en donde se especifiquen cuáles son los síntomas somáticos predeterminados de la depresión, no obstante, los más comunes pueden presentarse como mialgia, pérdida o aumento de peso, insomnio u hipersomnia, dolor en el pecho, cefalea o taquicardia (25)

La falta de figura paterna o materna, pérdida de un miembro, crisis económica y social, enfermedades, maltrato, abuso sexual y embarazos prematuros, entre otros, causan fracasos irreversibles en los adolescentes, esto puede llevar a problemas sociales y educativos teniendo como resultado un trastorno depresivo resultando en trastorno depresivo, que puede conllevar a la ideación suicida y posteriormente al suicidio (26).

Sin embargo, este trastorno puede interpretarse tanto como un diagnóstico como también una causa, es decir, puede ser una enfermedad misma y a la misma vez un síntoma de otro trastorno (27).

Este hecho tiene como consecuencia una comorbilidad entre uno a más trastornos. En dicho sentido, tanto la depresión como otros trastornos mentales como la ansiedad, estrés, alteraciones en el sueño, entre otros; pueden funcionar como causa/efecto entre ellos (28).

### **2.2.1.3. Teorías de la depresión**

#### **Teoría Cognitiva de Beck**

La teoría cognitiva de la depresión, desarrollada por Aaron T. Beck, constituye uno de los pilares más sólidos para la comprensión y el abordaje de la depresión, especialmente en la población adolescente. Esta teoría sostiene que la depresión surge a partir de patrones de

pensamiento distorsionados y negativos, que afectan la manera en que el individuo interpreta su realidad, a sí mismo y su futuro (29).

De acuerdo con Beck, los esquemas cognitivos disfuncionales estructuras mentales adquiridas a lo largo de la vida predisponen al individuo a interpretar los eventos cotidianos de manera distorsionada. Ante situaciones de estrés, estos esquemas se activan y generan pensamientos automáticos negativos, que perpetúan el estado depresivo. La evidencia psicométrica respalda la validez de este modelo en adolescentes de diferentes contextos socioculturales, como lo muestra la aplicación y validación del Inventario de Depresión de Beck (BDI) en poblaciones clínicas y no clínicas (30).

La teoría cognitiva de Beck ofrece un marco explicativo robusto y empíricamente validado para entender la depresión en adolescentes. Su énfasis en los procesos mentales y las creencias subyacentes ha revolucionado tanto la investigación como la práctica clínica, permitiendo intervenciones más focalizadas y efectivas para esta población vulnerable (31).

#### **2.2.1.4. Evolución histórica de la depresión**

La evolución histórica de la depresión se remonta a la antigüedad clásica, cuando en la Grecia del siglo V y VI a.C. Hipócrates describió un conjunto de síntomas que hoy asociamos con este trastorno bajo el nombre de melancolía. Para los hipocráticos, la melancolía incluía tristeza profunda, insomnio, irritabilidad, miedo y aversión a la comida, vinculados a un desequilibrio de los cuatro humores, especialmente la bilis negra. Este concepto se mantuvo vigente durante siglos, en los que la depresión se entendía como un trastorno emocional prolongado, aunque sin una clara distinción entre sus diferentes formas o causas, y con un enfoque más filosófico y naturalista que médico (32).

Durante el Renacimiento y hasta el siglo XVIII, la melancolía continuó siendo el término predominante, aunque con cambios en su interpretación. En este periodo, la depresión

empezó a diferenciarse de otros trastornos mentales, y se comenzaron a identificar distintos tipos, como la melancolía expansiva y la melancolía depresiva, gracias a aportes de médicos como Pinel, quien también introdujo el tratamiento moral, humanizando el cuidado de los enfermos mentales. En el siglo XVIII, el término "depresión" comenzó a usarse para describir este estado de abatimiento y tristeza, especialmente tras la propuesta del británico Richard Blackmore en 1725. Sin embargo, el tratamiento seguía siendo empírico y basado en la observación clínica más que en una comprensión científica profunda (33).

El siglo XX marcó un cambio radical en la conceptualización y tratamiento de la depresión. Con el desarrollo de la psiquiatría científica, la depresión se clasificó formalmente en manuales diagnósticos como el DSM y la CIE, estableciendo criterios claros para su diagnóstico. Surgieron nuevas terapias, como las conductuales y cognitivas, y se introdujeron los primeros antidepresivos en la década de 1950, transformando la depresión en una enfermedad tratable desde un enfoque biomédico y psicológico. Este avance permitió una mejor comprensión de su naturaleza multifactorial, integrando aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y consolidando la depresión como un problema de salud pública relevante y prioritario (34).

#### **2.2.1.5. Instrumentos para medir y evaluar la depresión**

El Beck Depression Inventory, Segunda Edición (BDI-II), es un instrumento que ha sido adaptado por Noa en el año 2023 en la ciudad de Lima. En su investigación, Noa llevó a cabo un análisis que le permitió determinar la confiabilidad del BDI-II, evaluando su consistencia interna. Los resultados obtenidos mostraron que los valores de confiabilidad se encuentran en un rango que varía desde 0.740 hasta 0.884, tanto para las diferentes dimensiones del cuestionario como para la escala total del mismo. Por lo tanto, se puede concluir de manera

sólida que esta escala presenta un nivel de fiabilidad muy alto, lo cual es crucial para su adecuada aplicación en la evaluación de la depresión (70).

## **2.2.2. Dimensiones de la depresión**

### **Dimensión cognitiva**

La dimensión cognitiva de la depresión se refiere al conjunto de procesos mentales que se ven alterados en las personas que padecen este trastorno. Esta dimensión integra, por un lado, los pensamientos, creencias y evaluaciones que el individuo realiza sobre sí mismo, su entorno y el futuro, y por otro, los estados de ánimo predominantes que experimenta el sujeto (35).

Desde el enfoque cognitivo, la depresión se caracteriza por la presencia de esquemas mentales disfuncionales, es decir, estructuras cognitivas adquiridas a lo largo de la vida que predisponen a interpretar la realidad de manera negativa. Estas distorsiones cognitivas llevan al individuo a mantener pensamientos automáticos de fracaso, inutilidad o desesperanza, afectando la percepción de control sobre los acontecimientos y generando una visión pesimista tanto del presente como del futuro (36). En este sentido, la persona deprimida tiende a evaluar de forma negativa sus propias capacidades, sus relaciones interpersonales y las posibilidades de cambio, lo que incrementa la vulnerabilidad emocional y refuerza el estado depresivo (37).

### **Dimensión física/conductual.**

La dimensión física/conductual de la depresión se refiere a los síntomas corporales y cambios en el comportamiento que acompañan a este trastorno mental. En el plano físico, es común que las personas experimenten alteraciones en el sueño, que pueden manifestarse como insomnio o hipersomnia. Estas alteraciones afectan la calidad y cantidad del descanso, generando una fatiga persistente que dificulta la realización de actividades cotidianas. Además, la depresión puede provocar cambios en el apetito, con pérdida o aumento de peso no

intencionados, y una disminución notable de la energía, que se traduce en una sensación constante de cansancio y lentitud física (38).

En cuanto a la conducta, la depresión suele llevar a una reducción significativa en la actividad diaria. Las personas tienden a aislarse socialmente, evitando el contacto con familiares y amigos, y disminuyen su participación en actividades recreativas o laborales que antes disfrutaban. Esta retirada puede estar acompañada por una disminución del deseo sexual y una menor motivación para cumplir con responsabilidades, lo que afecta su rendimiento en diferentes ámbitos. También pueden presentarse signos de agitación o inquietud psicomotora, o por el contrario, una marcada lentitud en movimientos y en el habla, reflejando el impacto del trastorno en el funcionamiento motor (39).

### **Dimensión afectiva/emocional**

La dimensión afectiva/emocional de la depresión se refiere a los cambios profundos y persistentes en el estado de ánimo que experimenta la persona. Esta dimensión se caracteriza principalmente por una tristeza patológica que no desaparece con el tiempo ni con estímulos positivos, generando un sentimiento constante de desánimo y vacío emocional. Además, es común que la persona pierda la capacidad para sentir placer o interés en actividades que antes disfrutaba, fenómeno conocido como anhedonia. La tristeza puede manifestarse también como irritabilidad o enfado, especialmente en ciertos grupos como los adolescentes o personas que no expresan abiertamente su malestar emocional (40).

En esta dimensión, los sentimientos de desesperanza y pesimismo son frecuentes y dominan la percepción que la persona tiene de sí misma, del mundo y del futuro. La persona deprimida suele tener una baja autoestima, sentimientos de culpa excesiva y una visión negativa de sus propias capacidades, lo que contribuye a un estado afectivo negativo que se retroalimenta. Estos estados emocionales pueden llevar a una profunda sensación de inutilidad

y aislamiento, aumentando el riesgo de pensamientos suicidas o conductas autolesivas. La afectividad negativa se acompaña de una disminución en la motivación y en la capacidad para enfrentar situaciones cotidianas, generando un malestar que afecta todas las áreas de la vida (41).

### **Modelo de Interacción de Martha Rogers**

El Modelo de Interacción de Martha Rogers conceptualiza al ser humano como un campo de energía dinámico e irreductible que está en constante interacción con su entorno, también considerado un campo de energía. Según Rogers, tanto el individuo como su ambiente forman un sistema abierto donde existe un intercambio continuo de materia y energía, lo que genera patrones únicos que definen la identidad y experiencia del ser humano. Este modelo enfatiza la pandimensionalidad, un espacio no lineal y sin limitaciones temporales o espaciales, que permite comprender la experiencia humana de manera holística e integrada. La enfermería, desde esta perspectiva, se orienta a promover una interacción armónica entre el paciente y su entorno, buscando el equilibrio energético y el bienestar integral más allá de la simple ausencia de enfermedad (42).

En relación con el estudio, el modelo de Rogers aporta un marco teórico valioso para abordar la depresión como un fenómeno que no solo afecta al individuo en su dimensión psicológica, sino que también involucra su interacción con el entorno familiar, social y ambiental. La depresión puede entenderse como una alteración en los patrones energéticos y en la armonía entre el adolescente y su contexto, lo que justifica intervenciones enfermeras que promuevan la restauración de esta interacción armónica. Además, el modelo invita a la enfermería a considerar la experiencia subjetiva del adolescente, sus emociones, relaciones y entorno, facilitando un cuidado integral que fomente la salud mental y el bienestar desde una visión sistémica y dinámica (43).

### **2.2.3. Variable 2: Ideación suicida**

#### **2.2.3.1. Conceptualización de ideación suicida**

La ideación suicida se define como la presencia de pensamientos, deseos o reflexiones acerca de la posibilidad de quitarse la vida, que pueden manifestarse con o sin planificación o método específico. Constituye la primera fase dentro del continuum de la conducta suicida y es un marcador fundamental de vulnerabilidad, ya que puede desencadenar intentos de suicidio y, en casos extremos, la consumación del acto (44).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) la define como “pensamientos sobre autolesiones, con la consideración deliberada o la planificación de las posibles técnicas para causar la propia muerte”, mientras que la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) la describe como “pensamientos, ideas o reflexiones en torno a la posibilidad de poner fin a la vida propia, desde pensar que uno estaría mejor muerto hasta la formulación de planes detallados para suicidarse” (44).

#### **2.2.3.2. Características de la ideación suicida**

Esta ideación abarca una amplia gama de cogniciones que varían en intensidad, frecuencia y especificidad, desde pensamientos fugaces y pasivos como el deseo de no existir o la sensación de que sería mejor morir hasta pensamientos activos que incluyen planes detallados para suicidarse. En adolescentes y jóvenes, la ideación suicida puede fluctuar rápidamente entre formas pasivas y activas, lo que dificulta su predicción y requiere una evaluación cuidadosa (45).

La ideación suicida no siempre implica intención clara de morir; puede presentarse sin intención suicida, con intención indeterminada o con intención definida, lo que influye en el nivel de riesgo y en las estrategias de intervención (Psicología y Salud). Además, se distingue de la amenaza suicida, que es la expresión verbal o no verbal de la posibilidad de una conducta

suicida futura, y de la conducta suicida propiamente dicha, que incluye intentos y suicidio consumado (45).

### **2.2.3.3. Teorías y modelos de la ideación suicida**

#### **Modelo Integrado Motivacional-Volitivo**

El Modelo Integrado Motivacional-Volitivo del comportamiento suicida, desarrollado por O'Connor (2011) y actualizado posteriormente junto a Kirtley (2018), constituye un marco teórico robusto para comprender el proceso que conduce desde la ideación suicida hasta la conducta suicida consumada. Este modelo integra factores biológicos, psicológicos y sociales, y se estructura en tres fases secuenciales que explican la génesis y evolución del comportamiento suicida (46).

La primera fase, denominada pre-motivacional, se centra en las vulnerabilidades individuales y contextuales que predisponen al riesgo suicida. La segunda fase, la motivacional, es el núcleo del modelo y explica la aparición de la ideación suicida. Finalmente, la tercera fase, la volitiva, explica la transición de la ideación a la acción suicida (47).

El Modelo Integrado Motivacional-Volitivo proporciona un marco comprensivo y empíricamente sustentado para entender el comportamiento suicida. Al desglosar el proceso en fases pre-motivacional, motivacional y volitiva, el modelo integrado motivacional-volitivo ofrece una hoja de ruta para la investigación y la intervención clínica, permitiendo identificar a individuos en diferentes etapas del riesgo suicida y diseñar estrategias de prevención más específicas y efectivas (47).

#### **Teoría del Dolor Psicológico o “Psychache” (Shneidman)**

La teoría del dolor psicológico o “psychache”, formulada por Edwin S. Shneidman, constituye una de las aportaciones más influyentes en la comprensión del suicidio desde una

perspectiva psicológica. Shneidman define el dolor psicológico como un estado mental intolerable y perturbador, caracterizado por una experiencia interna de emociones negativas intensas, tales como vergüenza, culpa, humillación, soledad y miedo, que resultan de la frustración de necesidades psicológicas básicas (48).

Según esta teoría, el suicidio no es un acto impulsivo ni irracional, sino la consecuencia de un sufrimiento emocional insoportable que la persona percibe como imposible de aliviar por otros medios. Shneidman postula que el suicidio es el intento de poner fin a ese dolor psicológico extremo, resumido en su axioma fundamental: “sin dolor no hay suicidio”. Este dolor mental es distinto de la depresión o la desesperanza, aunque puede coexistir con ellas; es un estado afectivo introspectivo que implica una profunda disrupción en la experiencia del yo y su relación con el mundo (49).

El psychache surge cuando las necesidades psicológicas esenciales como ser amado, sentirse seguro, evitar la vergüenza o ser comprendido no se satisfacen, generando emociones negativas que la persona no logra manejar ni superar. Este sufrimiento se prolonga en el tiempo y puede llevar a la persona a contemplar el suicidio como la única salida para cesar su agonía interna. La teoría enfatiza además que el umbral de tolerancia al dolor psicológico varía entre individuos, lo que explica por qué no todas las personas con dificultades emocionales llegan a la ideación o conducta suicida (50).

#### **2.2.3.4. Evolución histórica de la ideación suicida**

La evolución histórica del pensamiento suicida muestra un cambio significativo en la comprensión y tratamiento de este fenómeno a través del tiempo. En la antigüedad, el suicidio no se asociaba directamente a trastornos mentales, sino que se veía desde enfoques filosóficos, morales o religiosos. En la Roma antigua, el término "no compos mentis" se usaba para describir a personas sin pleno uso de su mente, implicando que no todos los suicidios se

consideraban resultado de enfermedad mental. Solo con la publicación de obras como *Anatomía de la Melancolía* de Robert Burton en el siglo XVII se empezó a vincular la ideación suicida con estados de depresión, describiendo el suicidio como una expresión del vacío existencial, el aburrimiento y la desesperanza que definen la melancolía (51).

A lo largo de los siglos posteriores, la conexión entre depresión y pensamientos suicidas se reafirmó en la medicina y la psiquiatría. En el siglo XX, el desarrollo de la psiquiatría y psicología hizo que la ideación suicida se viera como un síntoma clínico relevante en los trastornos afectivos, especialmente en la depresión mayor. Investigaciones epidemiológicas y clínicas evidenciaron que los pensamientos suicidas son un importante indicador de intentos y suicidio consumado, por lo que se clasificó la conducta suicida en un continuo que abarca desde ideas pasivas sobre la muerte hasta la planificación y realización del acto. Asimismo, se encontraron factores de riesgo relacionados, como la comorbilidad entre depresión y ansiedad, antecedentes familiares y condiciones psicosociales, que incrementan la probabilidad de que la ideación progrese a un intento. Hoy en día, la ideación suicida se entiende como un fenómeno complejo y multifacético que demanda una evaluación clínica meticulosa y un enfoque integral (52).

#### **2.2.3.5. Instrumentos sobre la ideación suicida**

La Escala de Ideación Suicida de Beck es una herramienta que se utilizó para evaluar los pensamientos suicidas y fue desarrollada por un equipo de psicólogos compuesto por Aaron T. Beck, junto con sus colegas, los psicólogos Kovacs y Weissman. Posteriormente, en el año 2022, se llevó a cabo una adaptación y validación de esta escala específicamente para jóvenes adolescentes, un importante grupo poblacional, por el investigador Patiño en la ciudad de Huancayo. Su estudio, titulado “Ideación suicida en estudiantes del tercer al quinto año de secundaria de una Institución Educativa Emblemática de Chupaca – 2022”, se centra en

analizar y comprender los niveles de ideación suicida entre los estudiantes de esos grados educativos (71).

#### **2.2.3.6. Dimensiones de la ideación suicida**

##### **Dimensión Actitud hacia la vida / muerte**

La dimensión Actitud hacia la vida/muerte dentro de la ideación suicida se refiere a la postura emocional, valorativa y existencial que adopta una persona frente a la vida y la muerte. Esta dimensión refleja cómo el individuo percibe y valora su propia existencia, manifestando desde un deseo pasivo de morir hasta una aceptación o indiferencia hacia la muerte. En este sentido, no se trata únicamente de pensamientos concretos sobre el suicidio, sino de una disposición más profunda y generalizada que puede incluir sentimientos de desesperanza, vacío existencial y una disminución del valor otorgado a la vida (53).

Desde una perspectiva psicológica, la actitud hacia la vida/muerte implica un proceso complejo en el que el individuo puede oscilar entre el deseo de vivir y la atracción hacia la muerte como escape al sufrimiento. Este proceso puede incluir fases de negación, ambivalencia y eventual aceptación de la muerte, lo que incrementa el riesgo de que la ideación suicida progrese hacia la planificación y el intento. Además, la dimensión abarca la valoración cultural y personal del significado de la muerte, que en el ser humano es única por su conciencia y ritualización, influyendo en cómo se experimentan y expresan estas actitudes (54).

En la evaluación clínica, identificar la actitud hacia la vida/muerte es fundamental para comprender el nivel de riesgo y diseñar intervenciones oportunas. Esta dimensión se relaciona con la percepción del valor de la vida, la capacidad de resiliencia y los estilos de afrontamiento que el individuo emplea frente a situaciones adversas. Por ejemplo, estilos de afrontamiento cognitivo adaptativo se asocian negativamente con actitudes negativas hacia la vida, mientras

que estilos de bloqueo o evitación se vinculan positivamente con estas actitudes, aumentando la vulnerabilidad suicida (55).

### **Dimensión Pensamientos suicidas**

La dimensión Pensamientos suicidas dentro de la ideación suicida se refiere a la presencia de pensamientos conscientes y recurrentes relacionados con la idea de quitarse la vida. Estos pensamientos pueden variar en su grado de concreción, frecuencia, duración e intensidad, y constituyen un indicador clave del riesgo suicida. Según la literatura científica, estos pensamientos pueden manifestarse en forma de imágenes mentales, cadenas de ideas o rumiaciones persistentes que oscilan entre deseos pasivos como “ojalá que me ocurra algo” y pensamientos activos con intención clara de morir (56).

La frecuencia y duración de estos pensamientos son variables; pueden ser episodios breves y fugaces que duran segundos o minutos, o bien prolongarse durante horas, siendo estos últimos asociados a mayor gravedad. Además, la ideación puede ser activa, con planes y deseos explícitos de suicidio, o pasiva, con deseos de morir sin intención concreta de llevarlo a cabo. La intensidad emocional que acompaña a estos pensamientos también es diversa, incluyendo miedo, angustia, culpa o incluso alivio temporal (57).

Desde un enfoque clínico, los pensamientos suicidas reflejan un profundo sufrimiento emocional y cognitivo, caracterizado por desesperanza, pérdida de sentido y la percepción de la muerte como única salida a un dolor insoportable. No obstante, es importante destacar que muchas personas con pensamientos suicidas no desean morir realmente, sino escapar del sufrimiento, lo que subraya la complejidad y ambivalencia de esta dimensión (58).

### **Dimensión Proyección suicida**

La dimensión Proyección suicida dentro de la ideación suicida se refiere a la fase en la que la persona no solo experimenta pensamientos o deseos relacionados con la muerte, sino

que comienza a formular planes concretos y específicos para llevar a cabo un acto suicida. Esta dimensión implica una transición importante desde la contemplación pasiva hacia la preparación activa del suicidio, donde el individuo evalúa métodos, tiempos y circunstancias para ejecutar la conducta autodestructiva (59).

La proyección suicida representa la disposición mental y conductual que se genera cuando la persona organiza una serie de ideas con el fin explícito de acabar con su vida. Esta etapa es crítica porque refleja una mayor gravedad y riesgo, ya que la ideación se traduce en una planificación que puede conducir a intentos concretos. La proyección incluye aspectos como la selección del método, la búsqueda de medios letales y la consideración del momento oportuno para el acto. Estudios psicométricos, como la Escala de Ideación Suicida de Beck, han identificado esta dimensión como un factor diferenciador en la evaluación clínica del riesgo suicida, permitiendo cuantificar la intensidad y concreción de los planes suicidas. La presencia de proyección suicida está asociada a una mayor probabilidad de intentos y requiere una intervención inmediata y especializada para prevenir la consumación del suicidio (60).

Desde un enfoque psicológico, la proyección suicida refleja una movilidad operativa en la persona, donde la rigidez y concreción de los planes pueden limitar la capacidad para considerar alternativas o soluciones distintas al suicidio. Esta rigidez cognitiva y emocional contribuye a la dificultad para buscar ayuda o modificar la conducta, aumentando la vulnerabilidad (61).

### **Dimensión Desesperanza**

La dimensión Desesperanza dentro de la ideación suicida se refiere al momento en que los pensamientos y planes suicidas se traducen en una conducta efectiva, es decir, en la realización de un intento de suicidio, o bien a la sensación profunda de desesperanza que

impulsa a la persona hacia esa acción. Esta dimensión representa la fase más crítica y peligrosa del continuum suicida, donde el riesgo de daño físico y muerte es inminente (62).

Desde una perspectiva clínica, el intento suicida se define como un acto autoinfligido con la intención explícita de provocar la propia muerte, aunque no siempre con resultado fatal. Los intentos varían en método, letalidad y grado de intención suicida, y su evaluación es fundamental para determinar el pronóstico y planificar intervenciones. La desesperanza, por su parte, es un estado emocional caracterizado por la pérdida de expectativas positivas hacia el futuro y la percepción de que no existen soluciones viables a los problemas que enfrenta la persona, constituyendo un predictor potente de intentos y suicidio consumado (63).

La actualización del intento implica que la persona ha superado las barreras cognitivas y emocionales que mantenían la ideación en un nivel abstracto o planificado, y ha pasado a la acción. Esta conducta puede ser impulsiva o premeditada, y está influenciada por factores como la intensidad del sufrimiento psicológico, la disponibilidad de medios letales y la ausencia de redes de apoyo. Estudios muestran que la letalidad del método utilizado y la seriedad de la intención suicida no siempre se correlacionan, por lo que es necesario un análisis detallado de cada caso para evaluar el riesgo (64).

### **Modelo Psicodinámico de Hildegard Peplau**

El Modelo Psicodinámico de Hildegard Peplau se centra en la relación interpersonal entre la enfermera y el paciente, considerándola fundamental para el proceso de cuidado y recuperación. Peplau describe cuatro fases en esta relación: orientación, identificación, explotación y resolución, que no son lineales, sino que pueden superponerse y repetirse según las necesidades del paciente. La enfermera asume distintos roles como el de extraño, educador, asesor y conductor para facilitar que el paciente reconozca su problema, se identifique con la ayuda profesional, aproveche los recursos disponibles y finalmente logre la autonomía. Este

modelo destaca la importancia de la comunicación, la empatía y la comprensión profunda del comportamiento humano para ayudar a los pacientes a resolver sus conflictos emocionales y promover su desarrollo personal (65).

El modelo de Peplau ofrece un marco teórico valioso para abordar esta problemática desde la enfermería. La ideación suicida implica un sufrimiento emocional profundo y conflictos interpersonales que pueden ser identificados y manejados mediante una relación terapéutica sólida. La enfermera, a través de las fases del modelo, puede establecer confianza con el adolescente, identificar factores de riesgo y ofrecer apoyo emocional y educativo que promueva la esperanza y la resolución de la crisis. Además, el enfoque psicodinámico permite comprender las causas subyacentes de la ideación suicida, facilitando intervenciones personalizadas que favorezcan la salud mental y prevengan el suicidio en este grupo vulnerable.

## 2.3. Formulación de hipótesis

### 2.3.1. Hipótesis general

**Hi:** Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y la ideación suicida en adolescentes en un Centro de Salud de Lima, 2025

**H0:** No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y la ideación suicida en adolescentes en un Centro de Salud de Lima, 2025

### 2.3.2. Hipótesis específicas

**Hi<sub>1</sub>:** Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión según la dimensión cognitivo y la ideación suicida en adolescentes.

**H0<sub>1</sub>:** No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión según la dimensión cognitivo y la ideación suicida en adolescentes.

**Hi<sub>2</sub>:** Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión según la dimensión físico conductual y la ideación suicida en adolescentes.

**H0<sub>2</sub>:** No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión según la dimensión físico conductual y la ideación suicida en adolescentes.

**Hi<sub>3</sub>:** Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión según la dimensión afectivo emocional y la ideación suicida en adolescentes.

**H0<sub>3</sub>:** No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión según la dimensión afectivo emocional y la ideación suicida en adolescentes.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Método de Investigación**

El método que se empleará será hipotético-deductivo el cual es un procedimiento que se lleva a cabo a partir de afirmar el contenido de la hipótesis con el fin de refutar o confirmar dichas hipótesis, deduciendo de este hecho conclusiones que afrontan los sucesos de la realidad (66).

#### **3.2. Enfoque de Investigación**

El enfoque que se utilizará será cuantitativo ya que el presente trabajo busca recolectar y analizar datos numéricos para medir fenómenos y establecer relaciones estadísticas entre variables (67).

En ella se utiliza herramientas matemáticas y técnicas estandarizadas con el fin de obtener resultados generalizables que se puedan comparar con la pregunta, objetivos e hipótesis de la investigación (67).

#### **3.3. Tipo de Investigación**

Se empleará el tipo de investigación aplicada que se distingue por su enfoque en la aplicación práctica del conocimiento enfocado a solucionar problemas prácticos, y descriptivo, debido a que busca conocer propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice (68).

#### **3.4. Diseño de Investigación**

El diseño que se llevará a cabo será el no experimental en el cual el investigador no interviene ni manipula las variables estudiadas, sino que observa los fenómenos tal como

ocurren en su contexto natural, por ello no se establecen grupos experimentales ni se aplican tratamientos (69).

El corte será transversal, ya que, en este procedimiento, todas las variables de interés serán medidas de manera simultánea en un único momento y en una sola ocasión (70).

El alcance será correlacional ya que este busca determinar la relación o asociación entre dos o más variables, explorando los patrones y tendencias entre variables en contextos naturales, permitiendo predecir el comportamiento de una variable en función de los cambios en otra (71).

### **3.5. Población y muestra y muestreo**

#### **Población**

La población engloba el conjunto total de individuos involucrados en el tema y desarrollo de la investigación. Por ello, la población total estará constituida por 100 adolescentes del servicio de unidad niño/niña adolescente del Centro de Salud Mental Comunitario Sol de Villa – Lima, dado que la población es finita no contará con muestra (72).

#### **Muestra**

Una muestra se define como la elección o selección de un subconjunto representativo de un grupo más amplio que se conoce como la población total. La muestra del presente estudio estará conformada por todas las 100 adolescentes del servicio de unidad niño/niña adolescente del Centro de Salud Mental Comunitario Sol de Villa – Lima (73).

#### **Muestreo**

El muestreo que se considerará será no probabilístico por decisión del investigador, donde por contar con un número reducido de personas, se considerará la misma cantidad de madres de la población para la muestra (74).

## **Criterios de selección**

### **Criterios de inclusión**

- Adolescentes que deseen participar.
- Adolescentes de 12 a 17 años 11 meses con 29 días que se atienden en CSMC.
- Adolescentes de Nacionalidad peruana.
- Adolescentes que se atienden en centro de salud mental comunitario cuyos padres firmen el consentimiento informado.
- Adolescentes que firmen asentimiento informado

### **Criterios de exclusión**

- Adolescentes que no deseen participar en el estudio.
- Adolescentes extranjeros.
- Adolescentes menores de 14 años

## **3.6. Operacionalización de las variables**

- Variable 1: Depresión
- Variable 2: Ideación Suicida

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
<b>Variable 1 Depresión</b>	Es un trastorno del estado de ánimo que produce malestar psicológico que se caracteriza por, tristeza, irritabilidad, pérdida de interés por las actividades de gusto propio. (75).	por parte de los adolescentes de un Centro de Salud, será medido a través del cuestionario Inventario de Depresión de Beck II comprende las dimensiones: cognitivo afectivo, somático motivacional (76).	Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tristeza</li> <li>- Pesimismo</li> <li>- Pensamientos o ideas suicidad</li> <li>- Falta autoestima</li> </ul>	Ordinal Politómica	0-10 Depresión mínima
			Físico conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indecisión</li> <li>- Sentimiento de culpa</li> <li>- Fracaso</li> <li>- Disconformidad con uno mismo</li> <li>- Sentimiento de castigo</li> <li>- Llanto</li> </ul>		11-15 Depresión leve
			Afectivo emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agitación.</li> <li>- Pérdida de energía.</li> <li>- Cambios en los hábitos de sueño</li> <li>- Irritabilidad</li> <li>- Cambios de apetito</li> </ul>		22-57 Depresión moderado
<b>Variable 2 Ideación suicida</b>	La ideación suicida como primera manifestación de la conducta suicida se expresa en ideas o pensamientos intencionales de autolesión o deseos acabar con su vida. (77).	La ideación suicida como primera manifestación de la conducta suicida se expresa en ideas o pensamientos de autolesionarse o acabar con su vida ejercido por los adolescentes de un centro de salud de Lima y será medido mediante el cuestionario de escala de la ideación suicida de Beck (78).	Actitud hacia la vida / muerte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deseo vivir</li> <li>- Razones para vivir /morir</li> <li>- Deseo realizar un intento activo de suicidio.</li> <li>- Intento pasivo de suicidio</li> </ul>	Ordinal Politómica	Nivel Bajo: 18-22 Nivel Medio: 23-29 Nivel Alto: 30-36
			Pensamientos suicidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duración</li> <li>- Frecuencia</li> <li>- Factores disuasorios del intento activo</li> <li>- Razones del proyecto de intento</li> </ul>		
			Proyección suicida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Especificación/planes.</li> <li>- Accesibilidad/ oportunidad</li> <li>- Sensación de “capacidad”</li> <li>- Espectativas/anticipación</li> </ul>		
			Desesperanza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparación real</li> <li>- Nota acerca del suicidio</li> <li>- Preparativos finales ante la anticipación de la muerte</li> <li>- Engaño /encubrimiento del intento proyectado</li> </ul>		

### 3.7. Técnicas e instrumento de recolección de datos

#### 3.7.1. Técnica

La técnica que se empleará en el estudio será la encuesta, esta técnica de estudio facilitan una recopilación y procesamiento de datos pronta y eficaz (79). En este estudio se utiliza la técnica de la encuesta para la recogida de los datos.

**Variable 1:** la técnica empleada para recolección de datos de la variable 1 será la encuesta Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

**Variable 2:** la técnica empleada para recolección de datos de la variable 1 será la encuesta. Escala de ideación suicida de Beck

#### 3.7.2. Descripción de instrumentos

##### **Instrumento 1: Inventario de depresión de Beck (BDI-II)**

El presente inventario fue creado por el psicólogo Aaron Beck. La adaptación y validación fue realizado por Noa en el 2023 en Lima en su estudio titulado “Depresión y satisfacción familiar en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa de San Juan de Miraflores” (80).

El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) es un cuestionario auto aplicable diseñado para medir la severidad de los síntomas de depresión en adolescentes y adultos. Consta de 20 ítems y cuenta con 3 dimensiones: Cognitivo, Físico conductual y Afectivo emocional. En este, la primera dimensión consta de los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 7; la segunda dimensión consta de , 8, 9, 10, 14 11, 12, y la tercera consta de los ítems 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20,

Las respuestas se puntúan de forma directa, es decir, cada ítem presenta 4 opciones de respuesta, puntuadas de 0 a 3, donde el 0 indica la ausencia de síntomas y el 3 una intensidad elevada de los mismos.

El rango del puntaje total varía de 0 a 60. En donde del 0-12 representa un nivel mínimo o sin depresión, del 13-17 depresión leve, del 18-26 depresión moderada y del 27-60 depresión severa.

### **Instrumento 2: Escala de ideación suicida de Beck**

La presente escala fue creada por los psicólogos Beck, Kovacs y Weissman; la adaptación y validación a la población adolescente fue realizada por Patiño en el 2022 en Huancayo en su estudio titulado “Ideación suicida en estudiantes del tercer al quinto año de secundaria de una Institución Educativa Emblemática De Chupaca – 2022” (81).

El cuestionario consta de 19 ítems y cuenta con cuatro dimensiones: Actitud hacia la vida - muerte (1 al 5), Pensamientos suicidas (6 al 11), Proyección suicida (12 al 15) y Desesperanza (16 al 18).

Cada ítem cuenta con 3 opciones que básicamente se refiere a la ausencia, presencia o máxima intensidad de ideación suicida en un individuo.

La puntuación final se categoriza en 3 niveles: bajo (18-22), medio (23-29) y alto (30-36).

### **3.7.3. Validación**

#### **Instrumento 1: Inventario de depresión de Beck (BDI-II)**

Este instrumento fue sometido a un proceso de validación por Noa en el 2023 en Lima a través del análisis factorial exploratorio, en donde se efectuó la técnica de extracción de factorización de ejes principales, en vista que los datos de la muestra poseen

una distribución no normal, se optó por utilizar la rotación oblicua con oblmin directo. De acuerdo a ello, se obtuvo como resultado un KMO fue de 0.814; además, se aprecia una prueba de esfericidad de Bartlett fue muy significativa (80).

### **Instrumento 2: Escala de ideacion suicida de Beck**

Este instrumento fue sometido a un proceso de validación por Patiño en el 2022 mediante un juicio de 3 expertos quienes evaluaron el instrumento mediante el coeficiente de Kuder Richarson donde se tuvo como resultado el índice de 0,902 lo que indica validez alta (81).

#### **3.7.4. Confiabilidad**

##### **Instrumento 1: Inventario de depresión de Beck (BDI-II)**

Este instrumento adaptado por Noa en el 2023 en Lima, quien determinó la confiabilidad d por consistencia interna del BDI – II cuyos valores oscilan entre .740 y .884 para las dimensiones y la escala total, por tanto, se concluye que la escala posee una alta fiabilidad (80).

##### **Instrumento 2: Escala de ideacion suicida de Beck**

Este instrumento adaptado por Patiño en el 2022 en Huancayo, quien realizó una prueba piloto en 40 estudiantes con el que se realizó mediante el coeficiente de KR-20 donde obtuvieron un coeficiente de 0.97 lo que indica alta confiabilidad (81).

#### **3.8. Procesamiento y análisis de datos**

El procesamiento y análisis de los datos se llevará a cabo de manera sistemática. Antes de aplicar el instrumento y proceder con el procesamiento y análisis de los datos, se gestionarán los permisos necesarios ante la institución de salud correspondiente. Una vez autorizada la recolección de información mediante la encuesta, se explicarán a los

participantes los objetivos y alcances del estudio, y se les presentará el consentimiento informado.

El procesamiento de los datos comenzará con un control de calidad de los 40 cuestionarios respondidos, revisando su contenido para detectar posibles omisiones o preguntas sin respuesta.

Tras completar la muestra, los datos serán ingresados en una matriz en Excel, para luego ser transferidos al software estadístico SPSS versión 26, donde se etiquetarán las variables y sus respectivas categorías.

Se procederá al cálculo de los puntajes y niveles de las variables del estudio. Con la puntuación total obtenida, se aplicará la prueba de Kolmogórov-Smirnov con el fin de verificar la normalidad en la distribución de las variables.

Finalmente, las hipótesis de investigación serán evaluadas utilizando las pruebas estadísticas Rho de Spearman o Pearson, y se presentarán los resultados mediante tablas y figuras acompañadas de sus respectivos análisis e interpretaciones.

### **3.9. Aspectos Éticos.**

Para llevar a cabo el estudio, se tendrán en cuenta los cuatro principios fundamentales de la bioética, que se detallan a continuación:

#### **El principio de autonomía**

La autonomía en adolescentes es una capacidad en desarrollo que les permite tomar decisiones informadas en interacción con su entorno. En esta investigación, se brindará información clara sobre el estudio y se respetará su decisión voluntaria de participar (82)

**La beneficencia**

Implica un deber ético de evitar perjuicios y promover acciones que favorezcan el bienestar de las personas (83).

**El principio de no maleficencia**

Resalta la obligación ética de abstenerse de causar daño y de procurar la minimización de posibles efectos adverso, Este estudio de carácter público no tiene como objetivo perjudicar a la institución y velará por la protección de los datos, priorizando el bienestar de los adolescentes (84)

**Principio de justicia**

Garantiza un trato igualitario para todos los participantes, promoviendo la dignidad, el respeto y la ausencia de discriminación o privilegios. Este principio se fundamenta en la equidad, asegurando que existan normas que protejan los derechos de cada individuo involucrado en la investigación. Los participantes serán tratados con dignidad y cortesía, garantizando igualdad en el trato sin discriminación ni favoritismos (85)

## 4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

### 4.1. Cronograma de actividades

1

N°	ACTIVIDADES	Abr.	May	Jun.	Jul.
1	Búsqueda de la realidad problemática				
2	Identificación de las fuentes bibliográficas				
3	Planteamiento de problemas y objetivos				
4	Importancia y justificación de la investigación				
5	Situación problemática y marco teórico				
6	Enfoque y diseño de investigación				
7	Población, muestra y muestreo				
8	Técnicas e instrumentos de recolección de datos				
9	Aspectos bioéticos				
10	Métodos de análisis de información				
11	Aspectos administrativos del estudio				
12	Elaboración de los anexos				
13	Aprobación del proyecto				
14	Sustentación del trabajo				

#### LEYENDA

Ejecutado: ■

Por ejecutar: ■

## 4.2. Presupuesto

<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>	<b>precio unidad</b>	<b>Precio total</b>
<b>A. Materiales –</b> - Manuscritos: copias, -Internet. - Papelería bond A4 - Materiales de escritorio	100  3 millares	0.20 50.00 30.00	20 150 90 50
<b>B. Servicios</b> Computadoras impresión Fotocopia Anillo Empastado.	500 horas 100 100 2 ejemplares	 1.00 0.50 0.10 10.0	1.500 100 50 120 100
<b>C. Viáticos</b> -Pasajes			
<b>TOTAL,</b>			<b>S/. 2,180</b>

## 5. REFERENCIAS

1. Pérez V, Montes J, Trillo E, Gasull, V, García J, Olivares J, et al. Consenso sobre la detección y manejo de pacientes con depresión y dolor como síntoma somático asociado. Rev. Esp Psiq Sal Men [Internet].; 2023 [citado 2025 junio 10]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-spanish-journal-psychiatry-mental-health-250-avance-resumen-consensus-on-detection-management-patients-S2950285323000558>.
2. Jiang M, Wan D , Feng J, Wang X, Xie R. Relaciones de desarrollo entre la depresión y la ideación suicida entre adolescentes: un estudio de modelado de puntuación de cambio latente. Rev. sciencedirect [internet].; 2023; (2):18-29. [citado 2025 junio 20]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886924002320#preview-section-snippets>.
3. Duan H, Qin K, Hu L, Liu B, Su G, Zhan H, et al. Asociación entre la duración del sueño, la ideación suicida, el intento de suicidio y la conducta suicida entre adolescentes chinos. Rev. Tras Afec [internet].; 2024; (23) 363; 348-357. [citado 2025 junio 20]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032724011571#preview-section-snippets>.
4. González L. La Ideación suicida en adolescentes estado de la cuestión. Rev. Copala [internet].; 2023; 17 (17):113–28. [citado 2025 junio 20]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/6681/668173277015/html/>.
5. Windarwati H, Lestari R, Agung S, Wahyu M , Asih N. Relación entre estrés, ansiedad y depresión con ideación suicida en adolescentes. Rev Med Ners. [internet].; 2022; 17 (1): 36-41. [citado 2025 junio 20]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20473/jn.v17i1.31216>.
6. Amaral A, Sampaio J, Matos F, Santos M, Fernandez R, Milanés I. Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención. Rev. Enferm glob. [internet].; 2020; 19 (5): 1-35. [citado 2025 junio 20]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412020000300001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000300001&lng=es).

7. Serna D, Terán C, Vanega A, Medina Ó, Blandón O, Cardona D. Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Rev haban cienc méd* [Internet].; 2020; 19 ( 5 ) [citado 2025 junio 20]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2020000600016&lng=es..](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000600016&lng=es..)
8. Tirado K, Diaz J. Depresión e ideación suicida en adolescentes: una revisión narrativa. *Rev Cien Dig Psic* [internet].; 2022; 11 (2):108-16. [citado 2025 junio 20]. Disponible en: <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/1918>.
9. Chávez A, Lima D. Depresión, ansiedad, estrés y funcionalidad familiar en adolescentes de una unidad educativa de Guayaquil. *Rev Eug Esp*. [Internet].; 2022: 17 (2), 33–45. [citado 2025 junio 20]. Disponible en: <https://doi.org/10.37135/ee.04.17.05>.
10. Rivera R, Arias W. Factores asociados a la violencia contra los adolescentes dentro del hogar en el Perú. *Rev Interacciones*. [Internet].; 2020; 11(2): 108-16. [citado 2025 junio 20]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.24016/2020.v6n3.104>.
11. Ocorima, JE. Inteligencia emocional y depresión en estudiantes de instituciones educativas estatales de Villa El Salvador. [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Perú].; Lima: Universidad Autónoma del Perú; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13067/1933>.
12. Huamani S, Marquez R. Funcionamiento familiar e ideación. *Rev Published* [Internet].; 2021: 5 (2); 3. [citado 2025 junio 20]. Disponible en: [https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft\\_7\\_2021/12\\_funcionamiento\\_familiar\\_ideaci%C3%B3n.pdf](https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_7_2021/12_funcionamiento_familiar_ideaci%C3%B3n.pdf).
13. Ministerio de Salud (MINSA). El 71.5 % de los casos de intento de suicidio en el Perú es de personas entre 15 y 34 años [Internet].; Perú: MINSA; 2022 [citado 2025 junio 20]. 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>.
14. Castro E, Palacios M, Calderón I Gonzalez E, Rayme O. Efectos de estilos de crianza sobre la depresión en adolescentes escolarizados de una muestra peruana. *Rev Inv Psic*.

- [Internet].; 2022: 25 (2); 39-54. [citado 2025 junio 20]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v25i2.23811>.
15. Angulo J. Perú registra 253 suicidios en lo que va del 2025: cifra ya sobrepasa casos de enero a abril de 2024 [internet].; 2025 [citado 2025 julio 01]. Disponible en: <https://www.infobae.com/peru/2025/04/25/peru-registra-253-suicidios-en-lo-que-va-del-2025-cifra-ya-sobrepasa-casos-de-enero-a-abril-de-2024/>.
16. Otika D, Odongo G; Muzaki R, Lamwaka B, Bongomin F; Pebolo P. Depresión e ideación suicida entre adolescentes en asentamientos de refugiados en el norte de Uganda Medicine. Rev Baltimore. [Internet].; 2024; 103 (19): e38077. [citado 2025 junio 22]. Disponible en: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38728480/#:~:text=The%20prevalence%20of%20depression%20was,n%20%3D%209\)%20attempted%20suicide](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38728480/#:~:text=The%20prevalence%20of%20depression%20was,n%20%3D%209)%20attempted%20suicide).
17. Secundino G, Veytia M, Guadarrama R, Míguez M. Síntomas depresivos y pensamientos negativos automáticos como predictores de ideación suicida en adolescentes mexicanos. Rev Salud Ment [Internet].; 2021; 44 (1): 3–10. [citado 2025 junio 22]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2021.002>.
18. Tabares A, Núñez C, Osorio M, Aguirre A. Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. Rev Iberoam Diagn Eval Aval Psicol [Internet].; 2020; 54 (1). [citado 2025 junio 22]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459664448014>.
19. Rios J, Cabrera S, Vasthi, L. Depresión e Ideación Suicida en Adolescentes del distrito de Pichari, La Convención, Cusco. [Tesis para obtener el título profesional de licenciada en psicología].; Lima: Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/71576/Cabrera\\_HLV-Rios\\_HJS-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/71576/Cabrera_HLV-Rios_HJS-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
20. Ochatoma F, Perez G. Depresión y autolesiones en estudiantes de quinto de secundaria de una Institución Educativa distrito de Jesús Nazareno, Ayacucho. [Tesis para obtener el título profesional de licenciado en psicología].; Lima: Universidad César Vallejo; 2021 [citado 2025 junio 22]. Disponible en:

[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/92004/Ochatoma\\_HF-Perez\\_CGW-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/92004/Ochatoma_HF-Perez_CGW-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

21. Castellano R, Palomino L. Depresión e ideación suicida en estudiantes adolescentes de una institución educativa en la ciudad de Huamanga [Tesis para optar el grado de licenciada en Psicología].; Lima: Universidad Cesar Vallejo; 2021. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/119683/Castellano\\_ARE-Palomino\\_HLM-SD.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/119683/Castellano_ARE-Palomino_HLM-SD.pdf?sequence=5&isAllowed=y).
22. Flores Z. Depresión e ideación suicida en estudiantes víctimas de violencia de una institución educativa secundaria de Chiclayo [Tesis para optar el grado de licenciada en Psicología].; Chiclayo: Universidad Cesar Vallejo; 2021. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/75916/Flores\\_CZ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/75916/Flores_CZ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
23. Corea M. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev Méd Hondu [Internet].; 2021: 89 (1); 46-52. [citado 2025 junio 22]. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>.
24. Briceño A. Depresión en Adolescentes: Cómo acompañarlos a enfrentar esta enfermedad y las claves para prevenirla. Rev Ed Mer. [internet].; 2022: 26 (3); 12-21 [citado 2025 junio 22]. Disponible en: <https://www.perlego.com/es/book/3544812/depresin-en-adolescentes-cmo-acompaarlos-a-enfrentar-esta-enfermedad-y-las-claves-para-prevenirla-pdf>.
25. Hermosa C, Paz H, Andrade P, García J, Chalezquer S, López C, et al. Síntomas De Depresión, Ansiedad Y Estrés En La Población General Ecuatoriana Durante La Pandemia Por COVID-19. Rev Ecuat Neurol. [Internet].; 2021: 30 (2); 40-47. [citado 2025 junio 22]. Disponible en: [http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2631-25812021000200040&lng=es](http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812021000200040&lng=es). <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol30200040>.
26. Sevillano MD, Manso R, Cacabelos P. Comorbilidad en la migraña: depresión, ansiedad, estrés y trastornos del sueño. Rev Neurol. [internet].; 2007: 45 (07): 400-405. [citado 2025 junio 25]. Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.4507.2007122>.

27. Solís E GF. La depresión y su relación con la ideación suicida en estudiantes universitarios. *Rev. Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* [Internet].; 2021: 4 (1), 930-939. [citado 2025 junio 25]. Disponible en: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.307>.
28. Basantes D, Villavicencio L. Vista de Ansiedad y depresión en adolescentes. *Rev Bol Redipe* [Internet].; 2020: 10 (2); 182-189 [citado 2025 junio 25]. Disponible en: <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/1205/1122>.
29. Beltrán M, Freyre M, Hernández L. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Rev Ter Psic.* [internet].; 2012: 30 (1): 5-13. [citado 2025 junio 22]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>.
30. Marchetti I, Pössel P. Tríada cognitiva y síntomas depresivos en la adolescencia: especificidad y superposición. *Rev. PubMed* [internet].; 2022; 54 (4): 1209–1217 [citado 2025 junio 22]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10272270/>.
31. Puerta J, Padilla D. Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Rev Duazary* [internet].; 2011: 8 (2); 251-257 [citado 2025 junio 20]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>.
32. García D. Depresión en el siglo XX: concepción y tratamientos. [internet].; Bogotá: Universidad del Rosario: 2017 [citado 2025 junio 25]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/5e090760-3cec-423b-a8fd-80c60851992f/content>.
33. Aguirre A. Antropología de la depresión. *Revista Mal Estar e Subjetividade* [internet].; 2008: 8(3); 563-601. [citado 2025 julio 02]. Disponible en: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482008000300002](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000300002).
34. Grau A, Comas P, Suñer R, Peláez E, Sala L, Planas M. Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. *Rev An Med Int* [internet].; 2007: 24 (5); 212-216 [citado 2025 junio 25]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992007000500002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000500002).

35. Vázquez C, Hervás G, Hernangómez L. Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. Rev Psicología Conductual [Internet].; 2010: 18 (1); 139-165 [citado 2025 junio 25]. Disponible en: [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/08.Vazquez\\_18-1oa-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/08.Vazquez_18-1oa-1.pdf).
36. Dahad J, Rivadeneira C, Minici A. La depresión desde la perspectiva cognitivo conductual. Rev. Ter Cog Con [Internet].; 2002: 2 (3): 26- 28 [citado 2025 junio 25]. Disponible en: <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>.
37. Robles F, Galicia I, Sánchez A, Pichard A. Afectividad y dimensiones temporales asociadas a la depresión en estudiantes de bachillerato. Rev Psi Iber [internet].; 2015: 23 (1); 40-47 [citado 2025 junio 25]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133944230005.pdf>.
38. González M, Barraza J, Barrientos P, Contreras H, Marín E, Martínez B. Afectividad, síntomas somáticos y dolor psicológico como dimensiones del bienestar: un modelo de senderos en estudiantes universitarios chilenos. Rev de Psic [Internet].; 2023: 41 (2): 58-64 [citado 2025 junio 25]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472023000200787](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472023000200787).
39. Botto A, Acuña J, Jiménez J. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Rev Méd Chile [Internet].; 2014: 142 (10); 1297-1305. [citado 2025 junio 25]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872014001000010](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000010).
40. García F. Los síntomas somáticos-motivacionales de la depresión, el psicoticismo y la ansiedad en situaciones cotidianas: nuevas vías para entender problemas clásicos en las supervivientes al cáncer de mama. Rev. Dialnet [internet].; 2014: 10 (2); 12 - 35 [citado 2025 junio 25]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=68462>.

41. Mayo Clinic. Depresión (trastorno depresivo mayor) [internet].; 2021 [citado 2025 junio 25]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>.
42. Rojas S. Aplicación de la teoría de Martha Rogers para el cuidado de la gestante en trabajo de parto. Revista Paraninfo Digital [internet].; 2018 [citado 2025 junio 25]. 12 (28). Disponible en: <https://www.index-f.com/para/n28/pdf/e048.pdf>.
43. Görlitz N. Martha Roger Teoria de Interaccion [internet].; 2021 [citado 2025 julio 07]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/119149059/Martha-Roger-Teoria-de-Interaccion>.
44. Cañón S, Carmona J. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. Pedia Aten Prim. [internet].; 2018: 20 (80): 387-397. [citado 2025 junio 25]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322018000400014](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014).
45. Baños J, López D, Ynquillay P. Análisis de Red de la Ideación Suicida Pasiva y Activa en Adolescentes. Rev Psic Clín. [internet].; 2024: 11 (1); 71-79 [citado 2025 junio 25]. Disponible en: [https://www.revistapcna.com/sites/default/files/2326\\_0.pdf](https://www.revistapcna.com/sites/default/files/2326_0.pdf).
46. Baños J, Ynquillay P, Caycho T. Evidencias psicométricas de las escalas de derrota y atrapamiento en adolescentes peruanos. Rev. Liberabit [internet].; 2024: 30 (2); 868. [citado 2025 junio 25]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272024000200005&lng=es&nrm=is&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272024000200005&lng=es&nrm=is&tlng=es).
47. Ordoñez J, Cuadrado I, Rojas A. Adaptación al español de las escalas de derrota y atrapamiento en jóvenes adultos: propiedades psicométricas. Rev Ter psic. [internet].; 2021: 39 (1); 17-37. [citado 2025 junio 25]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082021000100017>.
48. Méndez J. Dolor psíquico: una mirada a su condición actual. Rev Chil Neuro. [internet].; 2019: 57 (2): 176-182. [citado 2025 junio 25]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272019000200176](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272019000200176).
49. Chávez A, Leenaars A. Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. Rev Salud mental [internet].; 2010: 33 (4): 355-360. [citado 2025 junio 25]. Disponible en:

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000400008](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008).

50. Méndez J. Dolor psíquico: una mirada a su condición actual. Rev Chil Neuro-Psiq. [internet].; 2019: 57 (2): 176-182. [citado 2025 Junio 25]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272019000200176](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272019000200176).
51. Amador G. Suicidio: Consideraciones Históricas [internet].; 2015: 21( 2 ): 91-98. [citado 2025 junio 25]. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582015000200012](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012).
52. Baca E, Aroca F. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. Revista Salud mental [internet].; 2014: 37 ( 5 ): 373-380. [citado 2025 julio 03]. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000500003](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500003).
53. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. Rev Ter psic. [Internet].; 2015: 33 (2); 117-126. [citado 2025 junio 25]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082015000200006](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000200006).
54. Luna M, Dávila C. Efecto de la depresión y la autoestima en la ideación suicida de adolescentes estudiantes de secundaria y bachillerato en la Ciudad de México. Rev Pap de pobla. [Internet].; 2021: 26 (106); 75-103. [citado 2025 junio 25]. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252020000400075](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252020000400075).
55. Tobar R, Grajales F, Sarmiento J. Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. Rev Aquichan [Internet].; 2016; 16 (4): 473-486. [citado 2025 junio 25]. Disponible en: [Doi: 10.5294/aqui.2016.16](https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16).
56. Duarté Y, Lorenzo L, Rosselló J. Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, auto- concepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. Rev Puer de Psic [Internet].; 2012: 23 (2); 1-17 [citado 2025 junio 25]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233228917001.pdf>.

57. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. Rev Ter Psic. [internet].; 2015: 33 (2); 117-126. [citado 2025 junio 25]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082015000200006](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000200006).
58. Gómez G. Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. Rev Méd Clín Cond. [Internet].; 2012: 23 (5); 607-615 [citado 2025 junio 25]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-evaluacion-del-riesgo-suicidio-enfoque-S0716864012703553>.
59. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. Rev Ter psic. [Internet].; 2015: 33 (3): 117-126. [citado 2025 junio 25]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082015000200006](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000200006).
60. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Prevención del suicidio [internet].; 2022: Suiza; OMS [citado 2025 junio 25]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>.
61. Ordóñez J. Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida [Tesis doctoral para obtener el título de Doctor en el Programa de Doctorado en Salud, Psicología y Psiquiatría].; España: Universidad de Almería; 2021. Disponible en: <https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/12138/01.%20Tesis.pdf?sequence=1>.
62. Tomas M, Edmundo P, Millán R, Yáñez M. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. Revista Méd Clí Con [Internet].; 2011: 22 (3); 303-309 [citado 2025 Junio 25]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-algunas-consideraciones-sobre-el-intento-S0716864011704308>.
63. Campillo C, Fajardo G. Prevención del suicidio y la conducta suicida. Rev. Gac Méd Méx [internet].; 2021: 157 (5) [citado 2025 junio 25]. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132021000500564](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132021000500564).
64. Moutier C. Conducta suicida [Internet].; 2024 [citado 2025 junio 25]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/conducta-suicida>.

65. Galvis M. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Rev Cuid. [internet].; 2015: 6 (2): 1108-1120. [citado 2025 julio 04]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732015000200012](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732015000200012).
66. Guanella, A. Introducción a la Epistemología y a la Metodología de la Ciencia. Primera ed. Argentina: Universidad Nacional de La Plata; 1995.
67. Testsiteforme. Testsiteforme en línea. [En línea].; 2022 [citado 2023 agosto 29]. Disponible en: <https://www.testsiteforme.com/enfoque-cuantitativo/>.
68. Beana, G. Metodología de la investigación. Tercera ed. Gómez MdCP, editor. México: Grupo Editorial Patria; 2017.
69. Supo, J. Metodología de la investigación científica: Para las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales. Tercera edición ed. Zacarías H, editor.: BIOESTADISTICO EIRL; 2020.
70. Alicia E. Introducción a la Epistemología y a la Metodología de la Ciencia Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de La Plata; 1995.
71. Hernández, R., Mendez, S. y Col. Fundamentos de investigación. Mexico: Graw Hill education.; 2017.
72. Arispe, CM. Yangali, JS. Guerrero, MA. et al. La investigación Científica. Primera ed. Ecuador Uid, editor. Guayaquil, Ecuador: Departamento de investigación; 2020.
73. Hurtado, J. Metodología de la investigación Holística. Tecera ed. Sypal F, editor. Caracas, Venezuela: Instituto Univeritario de Tecnología Caripito; 2000.
74. Fonceca AA. Investigación Científica en Salud. Primera ed. Huanuco: Medinaliber Hispanica; 2021.
75. Tijerina GLZ, González GE, Gómez NM, et al. Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. Rev Sal Púb Nutri. [internet].; 2018; 17 (4): 41-47. [citado 2025 junio 20]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=84412>.

76. Adorno V. Depresión y Diabetes. Rev. Sal Pub Pár. [Internet].; 2019: 9 (2): 7-8. [citado 2025 junio 22]. Disponible en: <https://doi.org/10.18004/rspp.2019.diciembre.7-8>.
77. Cañón S, Carmona J. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. Rev Pediatr Aten Primaria. [Internet].; 2018; 20 (80): 387 - 397. [citado 2025 junio 25]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es).
78. Fonseca E, Pérez A, Halabí S. Conducta suicida en adolescentes a revisión: creando esperanza a través de la acción. Rev Pap Psic. [Internet].; 2022: 43 (3); 173-184 [citado 2025 junio 25]. Disponible en: <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/3000.pdf>.
79. García, M.. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación (pp. 123-152). Madrid, España: Alianza Universidad. [En línea].; 1993. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/19380/34/Tema%208-Encuestas.pdf>.
80. Noa, E.A. Depresión y satisfacción familiar en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa de San Juan de Miraflores. Tesis. Lima: Universidad Autónoma del Perú, Escuela profesional de psicología; 2023. Report No.: <https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/2719/Noa%20Quispe%20Emily%20Abigail.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
81. Patiño, J. Ideación suicida en estudiantes del tercer al quinto año de secundaria de una Institución Educativa Emblemática De Chupaca – 2022. Tesis. Huancayo: Universidad peruana de los Andes, Facultad De Ciencias De La Salud; 2022. Report No.: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/4714/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
82. Tuirán, E.E. El desarrollo de la autonomía moral en los adolescentes, una revisión de la teoría. Revista Unica. [En línea].; 2021 [citado 2025 Julio 3. Disponible en: <https://revistas.unica.cu/index.php/edusoc/article/view/1675/pdf>.
83. Nora CR, Junges JR. Seguridad del paciente y aspectos éticos: revisión de alcance. [En línea].; 2021 [citado 2025 Julio 3. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Qyh8fL4hbTXNpkBrTfGbVLL/?lang=es#>.

84. Bush,F. Adams.L y Bresseem K. Aspectos éticos biomédicos hacia la implementación de la inteligencia artificial en la educación médica. Spring Nature. [En línea].; 2023 [citado 2025 Julio 3. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40670-023-01815-x>.
85. Ontano M, Mejía A, Avilés M.. Principios bioéticos y su aplicación en las investigaciones médico-científicas: Artículo de revisión. Rev. Cien. Ecu.. [En línea].; 2021 [citado 2025 Julio 3. Disponible en: <https://cienciaecuador.com.ec/index.php/ojs/article/view/27>.

## **ANEXOS**

## Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	DISEÑO METODOLÓGICO
<p><b>General</b></p> <p>¿De qué manera la depresión se relaciona con la ideación suicida en adolescentes?</p> <p><b>Específicos</b></p> <p>¿De qué manera la dimensión cognitiva se relaciona con la ideación suicida en adolescentes?</p> <p>¿De qué manera la dimensión físico conductual se relaciona con la ideación suicida en adolescentes?</p>	<p><b>General</b></p> <p>Determinar la relación existente entre la depresión y la ideación suicida en adolescentes en un centro de salud, Lima – 2025</p> <p><b>Específico</b></p> <p>Establecer la relación existente entre la dimensión cognitivo y la ideación suicida en adolescentes.</p> <p>Establecer la relación existente entre la dimensión físico conductual y la ideación suicida en adolescentes.</p>	<p><b>Hipótesis general</b></p> <p>Existe relación estadísticamente significativa entre el estrés y la ideación suicida en adolescentes en un Centro de Salud de Lima, 2025</p> <p><b>Hipótesis específicas</b></p> <p>Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión según la dimensión cognitivo y la ideación suicida en adolescentes</p> <p>Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión según la dimensión físico conductual y la ideación suicida en adolescentes.</p>	<p><b>Variable 1:</b></p> <p>Depresión</p> <p>Dimensiones:</p> <p>D1: Cognitivo</p> <p>D2: Físico conductual</p> <p>D3: Afectivo emocional</p> <p><b>Variable 2:</b></p> <p>Ideación suicidad</p> <p>Dimensiones:</p> <p>D 1: Actitud hacia la vida / muerte</p> <p>D2: Pensamientos suicidas</p> <p>D3: Proyección suicida</p> <p>D4: Desesperanza</p>	<p><b>TIPO:</b> APLICADA</p> <p><b>Enfoque:</b> Cuantitativo</p> <p><b>Método:</b> deductivo</p> <p><b>Diseño:</b> observacional, descriptivo correlacional, transversal, prospectivo</p> <p><b>Población:</b> 96</p> <p><b>Técnica:</b> Encuesta-Cuestionario</p> <p><b>Instrumento:</b></p> <p>1. Cuestionario: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)</p> <p>2. Cuestionario: La Escala de Ideación Suicida (SSI)</p>

## Anexo 2. Instrumentos

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD MENTAL Y  
PSIQUIÁTRICA

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI-II)

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Depresión e ideación suicida en adolescentes en un centro de salud - Lima, 2025.

Edad \_\_\_\_\_

Sexo: M ( ) F ( )

**1. Tristeza**

- a) No me siento triste.
- b) Me siento triste gran parte del tiempo
- c) Me siento triste todo el tiempo.
- d) Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

**2. Pesimismo**

- a) No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- b) Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- c) No espero que las cosas funcionen para mí.
- d) Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

**3. Fracaso**

- a) No me siento como un fracasado.
- b) He fracasado más de lo que hubiera debido.
- c) Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- d) Siento que como persona soy un fracaso total.

**4. Pérdida de Placer**

- a) Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- b) No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- c) Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- d) No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

**5. Sentimientos de Culpa**

- a) No me siento particularmente culpable.
- b) Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- c) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- d) Me siento culpable todo el tiempo.

**6. Sentimientos de Castigo**

- a) No siento que este siendo castigado
- b) Siento que tal vez pueda ser castigado.
- c) Espero ser castigado.
- d) Siento que estoy siendo castigado.

**7. Disconformidad con uno mismo.**

- a) Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
- b) He perdido la confianza en mí mismo.
- c) Estoy decepcionado conmigo mismo.

d) No me gusto a mí mismo.

**8. Autocrítica**

- a) No me critico ni me culpo más de lo habitual
- b) Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- c) Me critico a mí mismo por todos mis errores
- d) Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- a) No tengo ningún pensamiento de matarme.
- b) He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- c) Querría matarme
- d) Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

**10. Llanto**

- a) No lloro más de lo que solía hacerlo.
- b) Lloro más de lo que solía hacerlo
- c) Lloro por cualquier pequeñez.
- d) Siento ganas de llorar, pero no puedo.

**11. Agitación**

- a) No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- b) Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- c) Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- d) Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

**12. Pérdida de Interés**

- a) No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- b) Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- c) He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- d) Me es difícil interesarme por algo.

**13. Indecisión**

- a) Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- b) Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- c) Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- d) Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**14. Desvalorización**

- a) No siento que yo no sea valioso
- b) No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- c) Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- d) Siento que no valgo nada.

**15. Pérdida de Energía**

- a) Tengo tanta energía como siempre.
- b) Tengo menos energía que la que solía tener.
- c) No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- d) No tengo energía suficiente para hacer nada.

**16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- a) No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- b) Duermo un poco más/menos que lo habitual.
- c) Duermo mucho más/menos que lo habitual.
- d) Duermo la mayor parte del día

**17. Irritabilidad**

- a) No estoy tan irritable que lo habitual.
- b) Estoy más irritable que lo habitual.

- c) Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- d) Estoy irritable todo el tiempo.

**18. Cambios en el Apetito**

- a) No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- b) Mi apetito es un poco mayor o menor que lo habitual.
- c) Mi apetito es mucho mayor o menor que antes.
- d) No tengo apetito en absoluto o quiero comer todo el día.

**19. Dificultad de Concentración**

- a) Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- b) No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- c) Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- d) Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

- a) No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- b) Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- c) 2Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- d) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD MENTAL Y  
PSIQUIÁTRICA**

**ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK**

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Depresión e ideación suicida en adolescentes en un centro de salud - Lima, 2025.

N°	PREGUNTAS	SI	NO
01.	¿Tienes deseos de morir?		
02.	¿Tienes motivos para querer morir?		
03.	¿Siente que su vida no tiene sentido?		
04.	¿Se siente útil y productivo en esta vida?		
05.	¿Crees que la muerte trae sentimientos de alivio al sufrimiento?		
06.	¿Ha tenido pensamientos de terminar con su vida?		
07.	¿Ha tenido deseos de acabar con su vida?		
08.	¿Tiene pensamientos suicidas con frecuencia?		
09.	¿Logra resistir a esos pensamientos suicidas?		
10.	¿Ha pensado en algún método para acabar con su vida?		
11.	¿El método para terminar con su vida es accesible a usted?		
12.	¿Ha comentado con alguien sobre algún método de suicidio?		
13.	¿Ha realizado algún intento de suicidio en algún momento de su vida?		
14.	¿Pensaría en llevar a cabo algún intento de suicidio?		
15.	¿Tiene posibilidades para ser feliz en el futuro o para estar mejor que ahora?		
16.	¿Siente que tiene control sobre su vida?		
17.	¿Pierde las esperanzas cuando le pasa algo?		
18.	¿Piensa que su familia rara vez lo toma en cuenta?		

### **Anexo 3. Formato de asentimiento informado**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

**Instituciones:** Universidad Privada Norbert Wiener

**Investigadores:** Lic. Mamani Vilca, Rosa Antonia,

**Título:** Depresión e ideación suicida en adolescentes en un Centro de Salud - Lima, 2025.

---

#### **Propósito del estudio**

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “Depresión e ideación suicida en adolescentes en un centro de salud - Lima, 2025”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lic. Mamani Vilca, Rosa Antonia. El propósito de este estudio es determinar la relación existente entre la depresión y la ideación suicida en adolescentes en un centro de salud, Lima – 2025. Su ejecución ayudará a/permitirá establecer la relación que existe entre la depresión e ideación suicida en adolescentes en un centro de salud.

#### **Procedimientos**

Si usted acepta que su menor hijo participe en este estudio, se le realizará lo siguiente: Se explicará el procedimiento a los padres, docentes y adolescentes; el cual se realizará mediante encuestas, estos tienen alternativas para que su menor hijo pueda marcar con ello describir y evaluar la depresión y la ideación suicida.

La entrevista/encuesta puede demorar unos 25 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 de su menor hijo. 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 el adolescente 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. Mamani Vilca, Rosa Antonia (número de teléfono: 989169191)

## **CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente que mi menor hijo participe 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.

---

Padre o madre

Nombres:

DNI:

---

Investigador

Nombres:

DNI:

## ● 11% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 9% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### FUENTES PRINCIPALES

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

1	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Internet	4%
2	<b>uwiener on 2024-05-26</b> Submitted works	1%
3	<b>repositorio.ujcm.edu.pe</b> Internet	<1%
4	<b>hdl.handle.net</b> Internet	<1%
5	<b>repositorio.autonoma.edu.pe</b> Internet	<1%
6	<b>uwiener on 2023-10-16</b> Submitted works	<1%
7	<b>Universidad Wiener on 2024-08-16</b> Submitted works	<1%
8	<b>Universidad Privada San Juan Bautista on 2025-06-13</b> Submitted works	<1%