

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**IDEACIÓN SUICIDA Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 4º Y 5º
DE SECUNDARIA DE 2 INSTITUCIONES EDUCATIVAS NACIONALES
DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2025**

PRESENTADO POR:

Br. JHON DAVID HINOJOSA ARTEAGA

PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

ASESOR :

Dr. HUGO ARIAS CHÁVEZ

CUSCO - PERÚ

2025



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor HUGO ARIAS CHÁVEZ

..... quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada:

IDEACIÓN SUICIDA Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 4º Y 5º

DE SECUNDARIA DE 2 INSTITUCIONES EDUCATIVAS NACIONALES

DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2025

Presentado por: JHON DAVID HINOJOSA ARTEAGA DNI N° 70492179

Para optar el título Profesional/Grado Académico de
MÉDICO CIRUJANO

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 4 ves, mediante el Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de Similitud en la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 3 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	<u>X</u>
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 23 de DICIEMBRE de 20..25.....

HUGO ARIAS CHÁVEZ
MEDICO PSIQUIATRA
CMP. 11422 RNE 5212

Firma

Post firma..... HUGO ARIAS CHÁVEZ

Nro. de DNI..... 23956473

ORCID del Asesor..... 0000-0001-5555-9416

Se adjunta:

- Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: oid: 27259:542893097

jhon david Hinojosa Arteaga

Ideacion Suicida y Depresion en Adolescentes de 4° y 5° de secundaria de 2 Instituciones Educativas Nacionales de Cusco...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:542893097

Fecha de entrega

23 dic 2025, 5:57 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

23 dic 2025, 6:08 a.m. GMT-5

Nombre del archivo

Ideacion Suicida y Depresion en Adolescentes de 4° y 5° de secundaria de 2 Instituciones Educati....pdf

Tamaño del archivo

2.9 MB

107 páginas

25.934 palabras

143.194 caracteres




3% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 25 palabras)

Fuentes principales

- 2%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 2%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

CONTENIDO

Contenido	
INTRODUCCION.....	4
RESUMEN / ABSTRACT	5
CAPITULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.1. Fundamentación del problema	7
1.2. Antecedentes teóricos.....	11
1.3. Formulación del problema	17
Problema general	17
Problemas específicos.....	17
1.4. Objetivos de la investigación	17
1.4.1. Objetivo general.....	18
1.4.2. Objetivos específicos.....	18
1.5. Justificación de la investigación	18
1.6. Limitaciones de la investigación	19
1.7. Aspectos éticos	20
CAPITULO II	21
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	21
2.1. MARCO TEORICO	21
2.1.1. Ideación Suicida	21
2.1.2. Depresión	32
2.1.2.6.1. Depresión mínima o leve (0–4).....	36
2.1.2.6.4. Depresión moderadamente severa (15–19).....	36
2.1.2.6.5. Depresión severa (20–27).....	37
2.1.3. Adolescencia.....	38
2.2.1. Ideación suicida.....	43
2.2.2. Depresión	44
2.2.3. Adolescencia	45
2.3. Hipótesis	45
2.3.1. Hipótesis general.....	45
2.3.2. Hipótesis específicas	45
2.4. Variables.....	46
2.4.1. Variables implicadas	46
2.4.2. Variables no implicadas o intervinientes.....	46
2.4.3. Variables intervinientes	46
2.5. Definiciones operacionales.....	47

2.5.1.VARIABLE DEPENDIENTE.....	47
VARIABLE	47
DEFINICIÓN CONCEPTUAL.....	47
DIMENCIONES O DOMINIOS	47
INDICADORES (como se mide)	47
TIPO	47
ESCALA DE MEDICIÓN.....	47
INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTI DE MEDICIÓN	47
EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	47
ITEM	47
DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE.....	47
2.5.2.VARIABLE INDEPENDIENTE.....	48
2.5.3. VARIABLES NO IMPLICADAS O INTERVINIENTES:.....	50
CAPITULO III METODOS DE INVESTIGACION	53
3.1. Tipos de investigación	53
3.2. Diseño de investigación.....	53
3.3. Población y muestra :.....	54
3.3.1. Descripción de la población:.....	54
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión :.....	54
Criterios de inclusión	54
Criterios de exclusión	55
3.3.3. Muestra : Tamaño de muestra y método de muestreo.	55
3.4. Técnicas , Recolección de datos , Instrumento y Procedimiento realizado	57
3.5. Plan de análisis de datos :.....	58
3.5.1. Análisis Univariado.....	58
3.5.2. Análisis Bivariado	58
3.5.3. Análisis Multivariado.....	59
CAPITULO IV : RESULTADOS , DISCUSION Y CONCLUS IONES	60
4.1. RESULTADOS.....	60
4.1.1. ANALISIS UNIVARIADO.....	60
4.2. DISCUSIÓN.....	68
CRONOGRAMA	74
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS :.....	75
ANEXOS	83
ANEXO 1 : MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	83
ANEXO 2: Instrumento de Investigación.....	89

INTRODUCCIÓN

La ideación suicida se define como el conjunto de pensamientos recurrentes relacionados con la posibilidad de acabar con la propia vida. Este fenómeno se engloba desde pensamientos pasajeros y evasivos hasta planos específicos y detallados para poner fin a la vida. Además, la idea suicida no es un trastorno autónomo, sino un síntoma presente en diversas enfermedades mentales, principalmente en la depresión mayor. Su identificación temprana es vital para la prevención de conductas suicidas y para brindar la intervención adecuada. En nuestra región se está volviendo muy frecuente esta práctica en personas adolescentes.

En cuanto la depresión es un trastorno del estado de ánimo, que representan un cambio significativo respecto al funcionamiento anterior. Entre estos síntomas, debe estar presente un estado de ánimo depresivo o una marcada pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Además, puede manifestarse con alteraciones cognitivas, emocionales y físicas, como dificultad para concentrarse, sentimientos de desesperanza, fatiga, cambios en el apetito y en el sueño, y en casos severos, pensamientos sobre la muerte o suicidio. La depresión afecta significativamente la capacidad de una persona para llevar a cabo sus actividades diarias normales y requiere intervención clínica para su tratamiento.

En tal sentido mediante este estudio tiene como objetivo principal se busca identificar si existe o no una relación entre la ideación suicida y la depresión en adolescentes en edad escolar que cursan el 4to y 5to grado de educación secundaria de instituciones educativas nacionales el 2025 de la región de Cusco.

RESUMEN
IDEACIÓN SUICIDA Y DEPRESION EN ADOLESCENTES DE 4° Y 5° DE
SECUNDARIA DE 2 INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL
CUSCO, 2025

Hinojosa J.

Antecedentes : La ideación suicida es el trastorno más común que ronda el pensamiento de adolescentes, vinculándolo posiblemente con la depresión. El cual nos obliga a saber de que prevalencia estamos hablando. Hacemos un llamado a los servicios de salud mental y psicológicas y la atención primaria de salud a brindar educación sanitaria de promoción y prevención para concientizar a las personas implicadas

Objetivo : Determinar la relación entre las ideas suicidas y depresión, en adolescentes de 4° y 5° de secundaria de dos instituciones educativas nacionales de la ciudad de Cusco ,2025.

Métodos : Se realizo un estudio correlacional , de diseño observacional y transversal. Se aplicaron el cuestionario (THQ-9) y el inventario de Columbia (C-SSRS) en una muestra de 260 adolescentes

Resultados : EL 56,5% fue femenino ,frente a 43,5%varones. Se observo que sin de ideación suicida 47,7% y 52.3% tienen ideación suicida; de los cuales 45,8%, mostró ideación suicida leve, 4,2% ideación suicida moderada ,2,3% ideación severa. Respecto a la depresión : depresión mínima 34.2%,depresión leve 25.4% ,20.8% depresión moderada,10.4% depresión moderadamente severa, y un 9.2% depresión severa. Se halló una correlación positiva fuerte (OR=9.505 ;IC 95% [5.215- 17.324], $p < 0.001$) además que el sexo tiene una relación directa y el grado académico una relación inversa.

Conclusiones : La ideación suicida se relación significativamente con la presencia y gravedad depresiva en adolescentes de 4° y 5° de dos instituciones nacionales de la ciudad de Cusco,2025

Palabras clave: Ideación suicida ; Depresión ; Adolescentes ; Secundaria

ABSTRACT

SUICIDAL IDEATION AND DEPRESSION IN ADOLESCENTS FROM TWO EDUCATIONAL CENTERS IN THE CITY OF CUSCO, 2024-2025

Background: Suicidal ideation has become one of the most frequent mental health concerns among adolescents in recent decades, often linked to depressive symptoms. This highlights the need to understand its prevalence and to call upon mental health, psychological, and primary care services to strengthen health education, promotion, and prevention strategies targeting those at risk.

Objective: To determine the relationship between suicidal ideation and depression in adolescents from the 4th and 5th grades of two public secondary schools in the city of Cusco, 2025.

Methods: A correlational, observational, and cross-sectional study was conducted. The Depression Questionnaire (THQ-9) and the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) were administered to a sample of 260 adolescents.

Results: Of the participants, 56.5% were female and 43.5% male. Suicidal ideation was absent in 47.7% and present in 52.3%; among those with ideation, 45.8% reported mild, 4.2% moderate, and 2.3% severe ideation. Regarding depression levels, 34.2% presented minimal depression, 25.4% mild, 20.8% moderate, 10.4% moderately severe, and 9.2% severe depression. A strong positive correlation was found between suicidal ideation and depressive symptoms (OR = 9.505; 95% CI [5.215–17.324], $p < 0.001$). Additionally, sex showed a direct association, while academic grade showed an inverse association.

Conclusions: Suicidal ideation is significantly associated with the presence and severity of depressive symptoms among 4th- and 5th-year adolescents from two public secondary schools in Cusco, 2025.

Keywords: Suicidal Ideation; Depression; Adolescents ; Secondary

CAPITULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe el suicidio como cualquier acción en la que una persona se inflige daño o lesión a sí misma, con diferentes niveles de intención de acabar con su vida, sin importar la razón que lo motivo ⁽¹⁾. La ideación suicida se entiende como una serie de etapas conocidas como el proceso suicida, que en muchos casos avanza de manera gradual. Este comienza con pensamientos o ideas sobre acabar con la vida, que pueden evolucionar hacia la elaboración de planos específicos, y en algunos casos, terminar en uno o varios intentos de suicidio. A lo largo de este proceso, la peligrosidad o severidad de las tiende a incrementarse, pudiendo finalizar en la muerte por suicidio o en intentos sin consecuencias fatales. ⁽²⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 el suicidio fue la causa principal de muertes violentas, con un total de 815.000 casos registrados, lo que representa una tasa global de 14,5 personas por cada 100.000 habitantes; en otras palabras, una persona cae por suicidio cada 40 segundos. Actualmente, aproximadamente 720.000 personas mueren cada año en el mundo por esta causa, y muchos más intentan quitarse la vida. Este problema constituye la tercera causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años. ⁽²⁾y es una de las 10 causas principales de carga de enfermedad en el mundo. ⁽⁷⁾

De acuerdo con la Alianza Nacional para la Enfermedad Mental (ANEM), el suicidio es la segunda causa principal de muerte entre jóvenes de 15 a 24 años, y se estima que el 9% de ellos ya había intentado quitarse la vida mientras aún estaban en la secundaria. Entre los años 2020 y 2021, Europa registró una disminución significativa en la tasa de suicidios, pasando de 22 a 12,1 casos por cada 100.000 habitantes. ⁽⁴⁾. En contraste, América del Norte muestra la tasa más elevada de suicidios, con 14,1 casos por cada 100.000 habitantes ⁽³⁾.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Las Américas es la única región a nivel mundial donde la mortalidad por suicidio ha incrementado durante los últimos 20 años, alcanzando una tasa de 14,7 por cada 100.000 habitantes en el año 2024 ⁽⁷²⁾. Actualmente, la tasa de suicidio es de 7,3 por cada 100.000 habitantes, que es menor en comparación con el promedio mundial de 11,4 por cada 100.000. En total, alrededor de 97.000 personas se quitaron la vida, de las cuales el 79% fueron hombres. ⁽³⁾. Para el año 2025, en América Latina las tasas de suicidio por país mostraron variaciones importantes: Guyana lideró con un 40,3%, seguida por Uruguay con 21,2%, Chile con un 9%, Argentina con 8,4%, Brasil con 6,9%, Bolivia con 6,2% y Perú con una tasa de 2,8% ⁽⁴⁾

Según datos del SINADEF, en 2024 se registraron 745 suicidios, lo que representa un aumento del 63% en comparación con 2023. Para 2025, hasta la fecha, ya se han contabilizado 290 suicidios, superando las cifras del mismo periodo del año anterior. Esto significa que, en promedio, entre 2 y 3 personas han fallecido por suicidio cada día en lo que va del año, en comparación con 2 suicidios diarios durante 2023⁽⁵⁾. En el Perú, según el Sistema de Vigilancia Centinela del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) y el Ministerio de Salud (MINSA), durante el periodo 2016-2023 los intentos de suicidio aumentaron de 521 a 2,134 casos, lo que representa un incremento del 69.9%. De ese total, el 23,4% corresponde a adolescentes de 12 a 17 años, mientras que el 51,4% son jóvenes entre 18 y 29 años⁽⁹⁾.

El Ministerio de Salud (MINSA) informó que, en los primeros 127 días de 2025, se han registrado 1,153 atenciones relacionadas con ideación suicida e intentos de suicidio, lo que equivale a un promedio de nueve casos diarios. En Lima, la incidencia de ideas suicidas creció significativamente, pasando del 1.6% en 2019 a un 33% en 2023. ⁽⁹⁾. En 2024, el total de suicidios registrados fue de 735, distribuidos por regiones de la siguiente manera: 120 casos en Arequipa, 115 en Lima y 70 en Cusco. De estos, el 72,4% correspondieron a mujeres, con un total de 1.174 casos, mientras que los hombres sumaron 446. La mayoría de las personas afectadas tenían entre 15 y 19 años.⁽⁷³⁾

Entre el 2023 y 2024 en la región de Cusco se reportaron 36 casos de suicidio en espacios públicos, siendo los adolescentes el grupo más afectado, seguidos por

adultos y adultos mayores, según datos del Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS). Este fenómeno representa la segunda causa de muerte violenta en la zona, sólo detrás de los accidentes de tránsito. ⁽¹¹⁾ El grupo etario con mayor número de casos de suicidio en Cusco fue el de 20 a 29 años, con un total de 15 casos reportados. El último intento de suicidio registrado en la región ocurrió en marzo y afectó a una adolescente de 14 años, motivado principalmente por problemas familiares y del entorno cercano. ⁽⁷⁴⁾

Un metaanálisis realizado en cinco países del sur de Asia recopiló un total de 38 estudios, cuyos resultados mostraron que la prevalencia de depresión entre quienes realizaron intentos no fatales de suicidio varió entre el 14% y el 78%, con una tasa combinada del 32,7% (intervalo de confianza del 95%: 26-39,3%). Por otro lado, la prevalencia de depresión entre personas que cometieron suicidio osciló entre el 8% y el 79%, con una estimación combinada del 37,3% (IC 95%: 26,9-47,6%). Los autores concluyen que, aunque la relación entre ideación suicida y depresión en Asia es menor en comparación con otras regiones, esto puede variar dependiendo del continente. ⁽¹²⁾

Un metaanálisis realizado entre 2016 y 2021, que incluyó a 8,444 adolescentes y jóvenes de entre 13 y 29 años, concluyó que la relación entre la ideación suicida y la depresión en esta población está creciendo. En particular, el año 2021 mostró el porcentaje más alto de adolescentes con pensamientos suicidas, alcanzando un 80%. Asimismo, se identificó que aproximadamente el 30% de estos trastornos están relacionados con dificultades económicas que enfrentan actualmente, y que el 46% de los jóvenes afectados carecen de la motivación adecuada para llevar a cabo sus actividades diarias. ⁽¹³⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) inició un Plan de Acción Integral sobre Salud Mental para el período 2013-2030, que tiene como uno de sus principales objetivos reducir en un tercio la tasa mundial de suicidios en ese plazo. Este plan subraya que aproximadamente el 80% de los trastornos mentales, especialmente la depresión, pueden derivar en suicidio. Por eso, la OMS destaca que la prevención del suicidio debe ser una prioridad fundamental en salud pública, considerando que un 60% de los países enfrentan importantes carencias en la atención a la salud mental, sobre todo en poblaciones vulnerables como niños y adolescentes.

En relación a la situación local, SINADEF reportó que entre enero y septiembre de 2023 hubo 43 muertes por suicidio en espacios públicos solo en la región de Cusco, con un grupo más afectado de personas entre 20 y 29 años. Además, se reconoce que cada muerte por suicidio provoca un aumento significativo de depresión entre los familiares cercanos. Por esta razón, la Gerencia Regional de Salud (GERESA) ha hecho un llamado urgente para intensificar acciones destinadas a prevenir trastornos mentales y mejorar la salud emocional de la población.

Este enfoque busca enfrentar la problemática desde un punto de vista integral y humano, priorizando la prevención y el apoyo a quienes están en riesgo. ⁽¹¹⁾

En Cusco, aún no se ha profundizado lo suficiente en estudios que analizan la relación entre ideación suicida y depresión en adolescentes, especialmente aquellos en los últimos dos años de secundaria, a pesar de que la salud mental en esta etapa escolar es crucial. La falta de información sobre la realidad que vive este grupo hace que sea aún más necesario realizar investigaciones que permitan entender y proteger mejor a los jóvenes de la región.

Con base en esta necesidad, el proyecto de investigación busca precisamente establecer cómo se relacionan la ideación suicida y la depresión en estudiantes de escuelas secundarias en Cusco, con la esperanza de aportar datos valiosos para diseñar intervenciones que ayuden a prevenir estos problemas y cuidar el bienestar emocional de los adolescentes.

Este tipo de investigación es fundamental para brindar un respaldo real a la juventud cusqueña y para que las autoridades y profesionales de la salud mental puedan implementar acciones efectivas y oportunas.

1.2. Antecedentes teóricos

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Costa Souza, Laura (BRASIL , 2023) Realizó el estudio “Trastorno depresivo mayor como factor de riesgo de ideación suicida en asistentes a instituciones educativas: un metaanálisis y metarregresión”⁽²⁴⁾, cuyo objetivo fue determinar la magnitud de la asociación entre el trastorno depresivo mayor y la ideación suicida en adolescentes y jóvenes de instituciones educativas. Se desarrolló un metaanálisis y metarregresión con 22 estudios observacionales (transversales y de cohorte) publicados entre 2013 y 2022, con una población total superior a 12 000 adolescentes y jóvenes. Se evaluaron depresión e ideación suicida mediante instrumentos validados como el BDI-II, PHQ-9 y C-SSRS. El metaanálisis mostró una asociación significativa, con un OR combinado de 3.89 (IC95%: 2.62–5.77; $p < 0.001$), indicando que los adolescentes con depresión tienen casi cuatro veces más probabilidad de presentar ideación suicida. La metarregresión evidenció mayor asociación en estudios realizados en entornos educativos y con muestras mayoritariamente femeninas. El estudio concluye que la depresión es un factor de riesgo sólido y significativo para la ideación suicida en población adolescente y juvenil, enfatizando la necesidad de programas preventivos y detección temprana en instituciones educativas.

García Mayorga María, Mayorga Lascano Marlon. (Tungurahua- ECUADOR, 2023) En el estudio “Relación entre depresión y riesgo suicida en adolescentes de Tungurahua”⁽¹⁵⁾, tuvieron como objetivos evaluar el índice de depresión, determinar el riesgo suicida y analizar la relación entre ambas variables en adolescentes de esta provincia. El estudio fue cuantitativo, no experimental, descriptivo correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 336 adolescentes de tres instituciones educativas seleccionados mediante muestreo no probabilístico. La depresión se midió con el BDI-II y el riesgo suicida con la Escala de Riesgo Suicida (ERSP), aplicados en mayo de 2022. Los resultados mostraron que el 14.3% presentaba depresión moderada y el 24.7% riesgo suicida. Se halló una correlación positiva y significativa entre depresión y riesgo suicida ($r = 0.753$; $p < 0.01$). El análisis de covarianza indicó que la depresión explicaba el 54.2% del

riesgo suicida. En conclusión, la relación entre ambas variables fue altamente significativa, aunque se requieren otras teorías para explicar completamente este fenómeno.

Ezequiel Medellín Marín, et al. (Nuevo León-MÉXICO, 2020) En su trabajo titulado “Depresión y Riesgo Suicida en Estudiantes de secundaria” ⁽¹⁹⁾ El estudio tuvo como intención explorar la relación entre depresión y riesgo suicida en estudiantes de secundaria del estado de Nuevo León, México. Se empleó un diseño descriptivo correlacional, con una población de 758 estudiantes y una muestra estratificada de 252 alumnos según edad y género. Las variables depresión e ideación suicida fueron evaluadas mediante el BDI-II y el Inventario de Ideación Suicida de Beck (ISB) en febrero de 2019. Del total, 50% fueron mujeres; el 8.3% presentó depresión grave, 12.3% depresión leve y 68.7% depresión mínima. Además, 4.8% reportó sentirse fracasado, 2.8% sentimiento de culpa y 2.8% sensación de castigo. La ideación suicida fue de 26.2%, y el 2.8% declaró que se suicidaría si tuviera la oportunidad. En cuanto al deseo de morir, 11.1% mostró un deseo fuerte y 48.9% un deseo moderado, observándose que las razones para morir superaban en 4.4% a las razones para vivir. La actitud hacia el pensamiento suicida fue del 8.9%. Las mujeres presentaron mayor riesgo suicida (16.1%). Se halló una relación positiva y significativa entre depresión e ideación suicida ($RS = 0.696$; $p < 0.01$). Se concluye que ambas variables están significativamente asociadas, aunque no se identifica un intento suicida claro; se recomienda mayor atención en esta etapa del desarrollo y estrategias de intervención específicas

Amaral Paula Ana, et. al. (Maranhao – BRASIL ,2020) en su trabajo “Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención” ⁽²¹⁾ El objetivo fue diseñar, ejecutar y evaluar un programa de prevención del suicidio en adolescentes. Se realizó un estudio cuasiexperimental con 102 jóvenes de 13 a 17 años. Las variables fueron ideación suicida, evaluada con la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI), y depresión, medida con el Inventario de Depresión de Beck (BDI). El estudio se desarrolló en mayo, junio y julio de 2017. Antes de la intervención, el promedio de depresión fue 23.83 y disminuyó a 7.17 tras el programa ($p < 0.0001$). Después de la intervención, 12 participantes (40%) continuaron con ideación suicida. La desesperanza pasó de un

promedio inicial de 7.23 a 2.17 ($p < 0.0001$). La ideación suicida también disminuyó significativamente, de 10.50 a 2.57 ($p < 0.0001$). Los coeficientes alfa de Cronbach fueron de 0.76 a 0.83 para depresión y de 0.81 a 0.88 para ideación suicida. Se concluyó que el programa produjo una reducción significativa de la depresión, la desesperanza y la ideación suicida, evidenciando una respuesta favorable a la intervención preventiva.

Gómez Tabares Anyerson, et. al. (Medellín -COLOMBIA, 2020) en su estudio “Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares” ⁽²⁰⁾ El objetivo fue analizar la relación estadística entre el riesgo suicida, la ideación suicida y las variables depresión e impulsividad en adolescentes escolarizados durante el primer semestre de 2018. El estudio fue transversal, no experimental, con una muestra de 179 adolescentes de 14 a 17 años. Las variables incluyeron el intento suicida, evaluado con la Escala de Riesgo Suicida e Impulsividad de Plutchik (RS); la ideación suicida positiva y negativa, medida con el Inventario PANSI de Osman; y la depresión, evaluada con el Inventario de Depresión de Beck (BDI-I). El estudio se realizó en el primer semestre de 2018. Los resultados indicaron que 20.7% presentaba riesgo suicida según Plutchik (21.3% mujeres y 19.7% varones). Según PANSI, 12.8% tenía ideación suicida muy alta, observándose mayor frecuencia de ideas suicidas en mujeres. La ideación suicida positiva fue leve en 84.9% de varones y 82.4% de mujeres. La ideación suicida negativa ($H = 50.594$; $p < 0.001$; $d = 1.2$) y la ideación suicida total ($H = 36.286$; $p < 0.001$; $d = 1.0$) fueron más altas en adolescentes con depresión moderada y grave, en comparación con quienes no presentaban síntomas depresivos. En contraste, la ideación suicida positiva ($H = 20.730$; $p < 0.001$; $d = 0.7$) fue mayor en adolescentes sin depresión frente a aquellos con depresión leve, moderada o grave. El análisis correlacional mostró una relación significativa y positiva entre ideación suicida y depresión ($r = 0.725$). Se concluyó que la ideación suicida negativa se asocia significativamente con la depresión, mientras que la ideación suicida positiva, considerada un factor protector, presentó correlaciones negativas con las demás variables.

Jumbo A. , Patricia E. (Loja-ECUADOR, 2020). En su estudio “Depresión e ideación suicida en adolescente del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja”

(22) El objetivo fue identificar la prevalencia y la relación entre depresión e ideación suicida en adolescentes de segundo y tercer año de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo de Loja, además de determinar la frecuencia de ambas variables según género. El estudio fue analítico descriptivo transversal, con una población de 750 adolescentes y una muestra de 260 estudiantes. Las variables depresión e ideación suicida se evaluaron con el Test de Beck para Depresión y el Test de Beck para Ideación Suicida, aplicados entre julio y diciembre de 2018. La prevalencia de depresión fue 39.6% (IC95%: 34.97–44.22%), con diferencias significativas por género. Se halló una asociación estadísticamente significativa entre depresión e ideación suicida (χ^2 , $p = 0.000 < 0.05$); los adolescentes con depresión tuvieron 8.52 veces más probabilidad de presentar ideación suicida (OR = 8.52; IC95%: 4.82–15.05). Para ambos géneros, el χ^2 (8.37; $p = 0.015 < 0.05$) mostró diferencias significativas entre las frecuencias observadas y esperadas de ideación suicida y los niveles de depresión. Concluyeron que la ideación suicida se presenta en igual proporción en varones y mujeres, mientras que la depresión mostró diferencias mínimas por género; además, la relación entre ambas variables fue alta, indicando que los adolescentes con mayor depresión tienen mayor ideación suicida.

ANTECEDENTES NACIONALES

Pastor San Miguel , Paolo (Lima – PERÚ ,2023) en un estudio denominada “prevalencia y factores asociados a ideación suicida en adolescentes de 4to y 5to año de secundaria de una institución educativa en lima metropolitana” (14) El estudio evaluó la prevalencia de ideación suicida y su relación con ansiedad, depresión, autoestima, conductas disociales y dinámica familiar en adolescentes de 4° y 5° de secundaria de la Escuela Metropolitana de Lima, con una muestra de 244 estudiantes. Se aplicaron la Escala de Ideación Suicida de Beck y la Escala de Psicopatología Depresiva EPD-4, ambas adaptadas para Perú. Los hallazgos mostraron que el género no influyó de manera significativa en la ideación suicida ($p=0.958$). En cambio, la ansiedad presentó una fuerte asociación con los pensamientos suicidas tanto en niveles moderados ($EXP(B)=3.601$) como elevados ($EXP(B)=3.763$), con valores p significativos. La depresión severa también evidenció relación importante con la ideación suicida ($EXP(B)=1.276$, $p<0.001$). Asimismo, la dinámica familiar se comportó como un factor protector: ambientes familiares más funcionales se asociaron con menor riesgo de pensamientos

suicidas. En conjunto, los resultados indican que la ansiedad y la depresión son los principales predictores de ideación suicida en adolescentes, mientras que una buena estructura familiar contribuye a disminuirla. Esto resalta la necesidad de fortalecer tanto la atención psicológica individual como las intervenciones orientadas a mejorar el entorno familiar.

Adan Rojas S, Guevara Cordero C. (Lima – PERÚ ,2023) en su estudio titulado “depresión e ideación suicida en estudiantes universitarios de lima metropolitana,2023 ”⁽²⁵⁾ El estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre depresión e ideación suicida en adolescentes universitarios de la Universidad Metropolitana de Lima en 2023, además de identificar los niveles de depresión e ideación suicida y sus dimensiones afectiva, fisiológica y psicológica en estudiantes de 18 a 29 años. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, no experimental y transversal, con una población de 374 estudiantes. Las variables fueron depresión e ideación suicida, evaluadas mediante el Inventario de Depresión de Zung y el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI). Los resultados mostraron una correlación significativa entre depresión e ideación suicida ($\rho=0.275$, $p<.001$), con $r^2=0.8$, indicando que mayores niveles de depresión se asocian con mayor presencia de ideas suicidas. El estudio concluyó que la depresión incrementa el riesgo de ideación suicida, por lo que se recomienda potenciar la atención en salud mental y promover asesoría psicológica en centros de educación superior.

Castellano Arce Ruth, Palomino Huamán Liz , (Huamanga- PERÚ ,2022) en su estudio titulado “Depresión e ideación suicida en estudiantes adolescentes de una institución educativa en la ciudad de Humanga ,2022 ” ⁽¹⁶⁾ El estudio buscó determinar la relación entre depresión e ideación suicida en adolescentes de 14 a 17 años de un colegio de Huamanga durante 2022, analizando también las dimensiones de la depresión y su vínculo con actitudes hacia la vida y la muerte, la presencia de deseos suicidas, la intención de intento suicida y las diferencias según sexo. Fue un estudio descriptivo correlacional, no experimental y transversal, con una población de 130 estudiantes. Las variables fueron depresión e ideación suicida, evaluadas mediante las escalas de Beck (BDI-II, versión argentina) y la Escala de Depresión de Reynolds. El trabajo realizado en 2017 reportó una relación significativa y alta entre depresión e ideación suicida ($r_s=.658$, $p<.01$, $r^2=.433$).

Según sexo, la correlación fue también significativa ($r_s=.502$, $p=.001$, $r^2=.252$), destacando un nivel de relación fuerte en mujeres ($r_s=.717$, $p<.01$). Los resultados evidencian que el incremento de síntomas depresivos se asocia directamente con mayores pensamientos y deseos suicidas en los adolescentes evaluados.

Gutiérrez Chambilla Cristhine A.(Moquegua - PERÚ,2022) en su estudio “Depresión e ideación suicida en estudiantes de 3ro,4to,5to grado de secundaria de la institución educativa Juan Bautista Scasi Valdivia ,Samegua 2022” ⁽¹⁷⁾. Este estudio tiene como propósito identificar cómo se relacionan la depresión y la ideación suicida en los estudiantes de 3°, 4°, 5° año de secundaria de la Institución Educativa Juan Bautista Scarsi Valdivia, ubicada en Samegua, durante el año 2022, el tipo de estudio fue de diseño no experimental , cuantitativo ,correlacional, transversal con una población de estudio de 101 estudiantes de 3ro,4to,5to grado de secundaria, las variables fueron depresión que se midió con el inventario de depresión de Beck (BDI-II) e ideación suicida que se pudo medir con la escala de ideación suicida (SSI), se tomaron los datos el 2022. Los resultados fueron masculinos 60.40% fueron varones, depresión mínima 46.53%, depresión grave 18.81%, depresión leve 17.82% y depresión moderada 16.83%, respecto a la ideación suicida 50.50% baja, 43.56% ideación suicida media e ideación suicida alta con 5.94% y la relación entre depresión e ideación suicida fue de ($R= 0.649^{**}$) la relación es altamente significativa

Carazas Caman ,Juvia de los Ángeles (Lima- PERÚ ,2021) en su estudio “Depresión e ideación suicida en alumnos de una institución educativa nacional de Lima metropolitana” ⁽¹⁸⁾ El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre depresión e ideación suicida en estudiantes de segundo y tercer grado de secundaria. Fue una investigación cuantitativa, correlacional y transversal, sin intervención experimental. La población estuvo compuesta por 275 adolescentes de 12 a 16 años, de los cuales se seleccionaron 160. Se evaluaron dos variables principales: depresión e ideación suicida, utilizando la Escala de Beck para pensamientos suicidas y el Inventario Psicológico de Depresión para Adolescentes de Reynolds. Los resultados mostraron una relación significativa entre ambas

variables, evidenciando que niveles más altos de depresión se asocian con mayor frecuencia e intensidad de pensamientos suicidas ($\rho = .433$, $p < .01$). También se encontró relación entre depresión y la postura frente a la vida y la muerte ($\rho = .400$) y entre depresión y pensamientos suicidas específicos ($\rho = .371$). El estudio concluyó que existe una asociación positiva y relevante entre depresión e ideación suicida en adolescentes de segundo y tercer año de secundaria de un colegio de Lima Metropolitana.

1.3. Formulación del problema

Problema general

¿Qué relación existe entre ideación suicida y depresión en adolescentes de 4° y 5° de secundaria de dos instituciones educativas nacionales de la ciudad de Cusco, 2025?

Problemas específicos

¿Qué nivel de ideación suicida existe en adolescentes de 4° y 5° de secundaria de dos instituciones educativas nacionales de la ciudad de Cusco, 2025?

¿Qué nivel de depresión existe en adolescentes de 4° y 5° de secundaria de dos instituciones educativas nacionales de la ciudad de Cusco, 2025?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre las ideas suicidas y depresión, en adolescentes de 4° y 5° de secundaria de dos instituciones educativas nacionales de la ciudad de Cusco ,2025.

1.4.2. Objetivos específicos

Estimar el grado de ideación suicidas, en adolescentes de 4° y 5° de secundaria de dos instituciones educativas nacionales de la ciudad de Cusco ,2025

Calcular el grado de depresión, existentes en adolescentes de 4° y 5° de secundaria de dos instituciones educativas nacionales de la ciudad de Cusco ,2025

1.5. Justificación de la investigación

Los suicidios siguen manteniéndonos en incertidumbre a la población cusqueña; ya que no se pueden predecir y está en nuestras manos este accionar. Solo en Cusco en los 3 últimos años los casos de suicidio en público fueron de 106 según REUNIS, en los últimos nueve meses de este año se registró 70 muertes por suicidios ⁽¹¹⁾.

Con esta investigación se pretende prevenir y reducir a tasa de ideación suicida en adolescentes de la región Cusco; dado que una muerte por suicidio genera más depresión en los familiares según SINADEF ⁽⁵⁾. De esta manera se quiere ver la relación entre la ideación suicida y depresión en adolescentes, contribuyendo como futuros médicos a tener la capacidad de promover, predecir, y diagnosticar a tiempo las enfermedades mentales en poblaciones vulnerables. Cumpliendo las metas trazadas de la OMS quienes hacen énfasis en reducir la tasa mundial de suicidio en 1/3 desde el 2013 al 2030. Añadiendo importancia a esta situacionalidad en nuestra región la GERESA hace un llamado para prevenir los trastornos mentales en el 2023 al 2025. ⁽¹¹⁾.

Es novedoso considerando que hasta la fecha los estudios sobre la ideación suicida y depresión en adolescentes de colegios y aún no se han estudiado en Cusco, por tanto, este trabajo pretende llenar ese hueco en el conocimiento y es crucial la salud mental en adolescentes en etapa de colegio, ya que no existe información al

respecto y nos vemos impulsados a contribuir con la sociedad con este aporte científico, por otro lado, es económicamente factible.

Se pretende ver que otros factores están presentes en la problemática psicología que tienen los adolescentes, puesto que, los problemas psicológicos son multifactoriales, por este motivo se quiere ver no solamente la reacción entre estas dos variables, sino también, identificar más factores como el ciberbullying, tiempo en redes sociales, conducta social, disfunción familiar e ideas equivocadas de reacciones frente a publicaciones en redes sociales, por lo tanto es en este rango de edad donde los adolescentes pasan mayor parte de su tiempo como objeto de distracción y son ajenos a la realidad emocional y la salud psicológica que puede llevar a tomar decisiones fatales, sin estar plenamente conscientes.

De esta manera la finalidad de esta investigación es contribuir a reducir el alto impacto de mortalidad de adolescentes debido a suicidios.

Reducir la tasa global de ideación suicidios, beneficiando a los mismos adolescentes, familias de estos y la sociedad en general ayudando a contribuir con la promoción y prevención social de la salud mental de los adolescentes en edad de colegio y a futuro.

1.6. Limitaciones de la investigación

Sesgo de muestreo ya que la población está dirigida a colegios educativos de diferente condición socioeconomía y la muestras pueda que no sea representativa, cabe resaltar que la toma de la muestra puede ser sesgada.

Sesgo de memoria : al ser un estudio de este tipo que se basa en la respuesta de los estudiantes, los participantes pueden dar mala información

Sesgo del investigador : puesto que la tomade muestreo lo hare personalmente mediante una encuesta elaborada para los fines y dado que se realizará con una sola persona, las respuestas recabadas pueden ser sesgadas al no contar con economía suficiente para contratar personal colaborador y capacitarlos para tener mejor calidad de fichas correctamente llenadas

Sesgo de confusión, dado que se puede sobrestimar o subestimar la asociación real por lo que se puede reforzar los criterios de elegibilidad, así como aplicar el método anti sesgo a lo largo del estudio. Además, se deben recopilar datos

detallados sobre las características de los estudiantes y las variables intervinientes para realizar un ajuste confiable en el análisis.

1.7. Aspectos éticos

En la presente investigación, se concede una importancia primordial a los aspectos éticos que rigen la conducción de la investigación médica. Este estudio se llevó a cabo siguiendo estrictamente los principios éticos de la Declaración de Helsinki, actualizada durante la LXV Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, realizada en Fortaleza, Brasil en 2013, se llevará a cabo el estudio , así como las directrices del Informe Belmont. El respeto por la dignidad, los derechos y el bienestar de los participantes en la investigación es de vital importancia. Antes de iniciar la recolección de datos, se obtendrá el permiso correspondiente de los centros educativos involucrados en el estudio. El análisis de las encuestas, que representa una parte fundamental de esta investigación, se realizará adoptando todas las medidas requeridas para proteger la privacidad de todos los individuos participante y aseguramos la confidencialidad de su información personal. Esto se logrará mediante el anonimato de los datos, asegurando que la información personal de los estudiantes sea eliminada o enmascarada de manera que no sea posible identificar a individuos específicos. ⁽⁶¹⁾

Siguiendo las directrices del informe Belmont, en línea con el principio de beneficencia, se buscará maximizar los posibles beneficios para la salud mental de los estudiantes y minimizar los riesgos. Puesto que las la ideaciones suicidas se podrán tratar con la mayor precaución y atención posible. ⁽⁶²⁾

La selección de los datos se llevará a cabo sin ningún tipo de discriminación. Todos los estudiantes que cumplan con los criterios de inclusión serán considerados para el estudio, garantizando así la imparcialidad y la integridad de la investigación. Se mantendrá un compromiso constante con la responsabilidad y la transparencia a lo largo de todo el proceso de investigación. Esto incluye desde la recopilación y el análisis de datos hasta la presentación y discusión de los resultados. Cualquier conflicto de intereses potencial será gestionado de manera transparente y se comunicará en las publicaciones resultantes.

CAPITULO II : MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. MARCO TEORICO

2.1.1. Ideación Suicida

2.1.1.1. Definiciones:

Se define como un factor de riesgo para intentos de suicidio y cumplimientos, es el más común de todas las conductas suicidas, pero solo una minoría de ideadores hace pública la autolesiones ⁽²⁷⁾

La ideación suicida se define en sentido general, como un conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otros tipos de vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o predisposición de la propia muerte de manera voluntaria que es sinónimo de pensamiento suicida. ⁽¹¹⁾

Otra definición de según a la OPS. La ideación suicida está definida como la “aparición de pensamientos, planes o ideas persistentes de cometer un atentado contra la vida propia”. Incluidos , pensamientos que manifiestan la falta de valor de la vida propia, y abarcan también deseos de acabar con su vida, podría llamarse también como fantasías de suicidio y planificación de un suceso letal con desenlaces poco favorables. ⁽²⁸⁾

La amenaza suicida también es considerada como la expresión verbal o no verbal, que manifiesta la posibilidad de una conducta suicida en un futuro próximo ⁽²⁹⁾

Respecto a la Ideaciones suicidas: Se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido del oficio de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción. ⁽³⁰⁾

2.1.1.2. Suicidio

Según la OMS el suicidio es un acto voluntario de quitarse la vida, estando completamente consciente de la decisión, bajo efectos emocionales de por medio (28)

Para la Real Academia Española es la “Acción o conducta perjudicial que realiza un sujeto contra si mismas quedando con secuelas graves en este caso la perdida de la vida” (31)

Beck, define al suicidio como la manifestación de abandonar todos los problemas que ya no se pueden resolver sin ver alguna solución. (32)

Durkheim define suicidio como, “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la misma víctima, a sabiendas del resultado” (33)

Por otro lado, Shneidman lo define como “un acto consciente de auto aniquilación, que se entiende como un malestar multidimensional en un individuo que percibe el suicidio como la mejor solución buscando una escapatoria (34)

Lara define el suicidio Antes de que alguien contemple el suicidio como una opción, es necesario que haya pasado por una conducta suicida previa, lo que se denomina proceso suicida(35)

Según Beck, de acuerdo con el Grupo de Trabajo del Centro de Estudios de Prevención del Suicidio del Instituto Nacional de Salud Mental, la conducta suicida expresa por medio de condición de 3 pautas que conforman dicha conducta que, va desde la ideación suicida, el intento suicida y el suicidio consumado (32)

Una definición más reciente identifica a la ideación suicida como el primer orden y el más leve y al mismo tiempo el más habitual (37), cabe resaltar que por el lado más fatal el suicidio puede ser producto de la depresión (1)(4)

Beck, define a la ideación suicida como, la presencia de deseos y planes imperantes de suicidarse con la distinción de que aún no se han procedido a realizarse; además, durante la ideación suicida, se distinguen diversos temores, como contradecir la religión, la moral, arruinar los planes, la conmoción que tendrán los familiares y personas cercanas (32)

También se caracterizarse por presentarse pensamientos, creencias, imágenes, voces y otros procesos mentales que remiten la culminación voluntaria de la existencia de uno mismo, y eso explicaría que, cuando se consuma el suicidio, se comprende que, la persona no pudo gestionar todos los pensamientos y emociones, sobrepasando el umbral de tolerancia y terminando en el acto letal. ⁽³⁶⁾

Beck también define el intento suicida como la transformación del deseo de morir por medio del pensamiento y planes para realizar el plan que lleva al intento de suicidio ⁽³²⁾

La OMS, señala que, durante la infancia y adolescencia se considera normal idear pensamientos de suicidio, porque, es parte del desarrollo humano intentar despejar preocupaciones existenciales y profundizar más la razón de la vida y de la muerte ⁽²⁸⁾.

Puesto que indica que, pensar en la vida y la muerte no se considera una conducta suicida, ya que, procesar intelectualmente el significado de la muerte y las consecuencias de la misma permite valorar la vida. ⁽³⁷⁾.

2.1.1.3. Epidemiología.

El suicidio y sus intentos son uno de los problemas más graves de salud actuales. El suicidio es un problema de salud pública. Cada año más de 700.000 personas mueren por suicidio. Es la cuarta causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años. Cada suicidio no sólo es trágico en sí misma, sino que también tiene efectos devastadores en familias y comunidades enteras ⁽¹⁾⁽⁴⁾.

Según la OMS, Informó, además, que el mayor número de muertes violentas fue en el año 2000 (815 000 casos) fueron por suicidio, con una tasa global de 14,5 por 100 000 habitantes; es decir, una muerte cada 40 segundos. Hoy en día 703.000 personas mueren por suicidio cada año en el mundo y muchas más personas intentan suicidarse. Este problema es una de las 10 causas principales de carga de enfermedad en el mundo. ⁽⁷⁾

El informe detalla que el 79% de los suicidios en América ocurre entre hombres, y en las mujeres también ha aumentado. En 2019 se registraron más de 97.000 suicidios en el América. ⁽³⁸⁾

En la realidad peruana, la tasa como tal de ideación suicida no tiene registro, pero si como suicidios consumados, ya que solo estos casos si se declara en registro de fallecimientos, sin embargo, diferentes estudios y metaanálisis podemos inferir que la ideación suicida es más frecuente en suicidios consumados en adolescentes, y por cada suicidio existen 400 que lo intentan y 4000 que lo piensan ⁽³⁹⁾

2.1.1.4. Etiopatogenia.

La ideación suicida no se transmite genéticamente, pero las personas pueden estar predispuestas debido al historial de suicidio en familiares. Por ello, es fundamental identificar antecedentes patológicos familiares para intervenir y disminuir el riesgo suicida. En la evaluación clínica, es necesario reconocer los factores subyacentes y estimar la probabilidad de muerte, considerando aspectos sociales, familiares, psicológicos y biológicos. La experiencia indica que, aunque la proporción de suicidios sea algo menor, sigue siendo un riesgo grave. Para el individuo, el acto suicida puede tener una lógica, viéndose como la única vía para acabar con el sufrimiento, lo que fundamenta diversas teorías sobre el suicidio. ⁽⁴⁰⁾

Durkheim dice que hay tres tipos de suicidio según la relación de la persona con su entorno social: el egoísta, que ocurre cuando alguien está aislado o no pertenece a un grupo, como los solteros que no tienen la protección de una familia; el altruista, que sucede cuando la persona está tan ligada a un grupo que se sacrifica por él, como los soldados que mueren por su país; y el anómico, que pasa cuando las reglas sociales cambian mucho o se rompen, y la persona se siente perdida y sin normas claras, como en crisis económica o cambios fuertes en la vida. En pocas palabras, para Durkheim, el suicidio tiene que ver con cómo una persona se siente conectada o no con la sociedad y las normas que la regulan.

Freud, en cambio, cree que el suicidio es una forma de agresión que la persona dirige contra sí misma, que viene de emociones complejas y de deseos reprimidos, como el querer lastimar a alguien más, pero que en lugar de eso se vuelve contra sí mismo. ⁽³³⁾

Menninger explica que el suicidio es como un homicidio invertido, es decir, la persona siente mucha ira o rabia hacia alguien más, pero en lugar de expresarla

hacia afuera, esa agresión se vuelve hacia sí misma, o se usa como una forma de castigarse. Él también habló de un instinto de muerte, parecido a la idea de Freud llamada Thanatos, que impulsa a la persona a autodestruirse. Además, Menninger describió tres deseos importantes en el suicidio: el deseo de matar a alguien, el deseo de ser matado o castigado, y el deseo de morir finalmente. Estos tres deseos suelen estar presentes para que la persona decida suicidarse. ⁽⁴¹⁾

Wenzel y Beck basaron su modelo en la teoría cognitiva de la depresión de Beck, y proponen que el acto suicida se produce por tres tipos de factores: primero, factores de vulnerabilidad disposicional, que son características que hacen a la persona más propensa a desarrollar problemas mentales o actuar de forma suicida; segundo, procesos cognitivos relacionados con trastornos psiquiátricos, como pensamientos negativos o formas de pensar distorsionadas; y tercero, procesos cognitivos relacionados directamente con los actos suicidas, que pueden activarse en crisis o momentos de alto estrés. Este modelo ayuda a entender cómo las formas de pensar y las experiencias previas pueden llevar a alguien a intentar suicidarse. El primero, según los autores, son cinco los elementos que lo componen, que son:

- a) impulsividad y constructos relacionados,
- b) déficit en la resolución de problemas,
- c) estilo de memoria sobre generalizado,
- d) estilos cognitivos mal adaptativos
- e) rasgos de personalidad.

El segundo factor se refiere a los pensamientos y creencias negativas o dañinas que tiene la persona (lo que piensa) ya la forma en que procesa la información (cómo piensa), lo que puede estar distorsionado. El tercer factor comprende las crisis suicidas, que son los momentos en que aparecen las ideas de suicidio (ideación suicida) y las intenciones reales de llevar a cabo (intención suicida). Cuando una persona tiene estos factores, aumenta la posibilidad de desarrollar problemas mentales (psicopatologías) y, si además enfrenta situaciones estresantes, estas empeoran su forma de pensar, generando más pensamientos suicidas y crisis. Esto puede llevar a que la persona experimente más ideas e

intentos hasta llegar al suicidio. Los autores concluyen que mientras una persona acumula más de estos factores, mayor será el riesgo del acto suicida, pero también nos ayuda a entender la situación de esa persona. ⁽³⁶⁾

Teoría Interpersonal del Suicidio basándose en Beck, plantea tres criterios

- a) pertenencia frustrada,
- b) sensación de ser una carga para los otros
- c) capacidad de suicidarse.

Beck plantea que dos situaciones pueden llevar a que una persona tenga pensamientos suicidas, la primera es sentirse excluida, como no pertenecer a ningún grupo, sentirse rara o diferente ante los demás, y la segunda es creer que uno es una carga para otros, pensar que la familia y amigos estarían mejor sin él, o que uno causa daño a los demás. Cada una de estas situaciones por sí sola puede provocar la etapa inicial de pensar en el suicidio, especialmente en la adolescencia, cuando la aceptación del grupo es muy importante. Pero si se juntan ambas situaciones, la persona no solo piensa en el suicidio, sino que desea suicidarse. Y si además se suma una tercera situación, que implica tener la capacidad para llevar a cabo, entonces la persona puede llegar a intentar el suicidio. Sin embargo, aún existen miedos en esta última fase, como el miedo al dolor, a sufrir daños si no se logra el suicidio, y al miedo mismo a la muerte. Solo cuando estos miedos son superados, se puede consumir el acto suicida. ⁽⁴²⁾

Los antecedentes familiares de suicidio se presentan con mayor frecuencia en personas que han intentado suicidarse en comparación con quienes nunca lo han hecho, esto indica que tener familiares que han vivido esta experiencia puede aumentar el riesgo en una persona. Esto puede deberse a factores genéticos, pero también a influencias ambientales o aprendidas dentro de la familia. En resumen, la historia familiar es un factor importante que puede predisponer a alguien a conductas suicidas, por lo que es fundamental tenerlo en cuenta para la prevención y la intervención oportuna. ⁽⁴³⁾

Un déficit de serotonina en el cerebro está relacionado con un mayor riesgo de suicidio, especialmente en pacientes que usan métodos más violentos para intentar suicidarse, ya que se ha encontrado que tienen niveles más bajos de

serotonina en el líquido cefalorraquídeo en comparación con aquellos que usan métodos menos violentos. Algunos estudios en humanos han demostrado que cuando el sistema secretor de serotonina del cerebro no funciona bien, las personas pueden tener menos control sobre sus impulsos, lo que puede llevar a que el suicidio sea una conducta más impulsiva. Por esto, el desequilibrio químico en el cerebro, y en particular la falta de serotonina, juega un papel importante en la conducta suicida. ⁽⁴³⁾

2.1.1.5. Clasificación de la Ideación Suicida:

Se clasifican en:

La idea suicida sin planeamiento es cuando una persona desea morir, pero no sabe cómo hacerlo, y al preguntarle suele responder que no lo sabe. En esta etapa la persona solo tiene el deseo de morir, sin haber pensado en un método o plan específico, lo que indica que todavía no está en una etapa más avanzada del proceso suicida. Esta situación es una señal importante para buscar ayuda. ⁽⁴²⁾

El plan suicida es cuando una persona no solo tiene deseos de suicidarse, sino que además ha pensado en un método específico, un lugar concreto y las precauciones para no ser descubiertas, con la intención clara de morir⁽⁴²⁾. Esta situación es muy grave porque muestra que la persona ha avanzado en el proceso y está organizando cómo llevar a cabo su intención. ⁽⁴⁴⁾

2.1.1.6. Factores de Riesgo Suicida y factores de protección Suicida en Adolescentes

Según el ministerio de salud, los adolescentes que cursan el colegio podrían tener diversos factores que podría desencadenar un riesgo suicida. ⁽⁴⁶⁾

2.1.1.6.1. Factores de Riesgo Suicida en Adolescentes.

Las causas del suicidio en adolescentes que se estudian son diversas, y la existencia o falta de algunos factores no significa que se descarte el caso, pues cada persona presenta rasgos únicos debido a su individualidad y al ambiente que la rodea. ⁽⁴⁶⁾

- A. Factores individuales: Incluye también la presencia de trastornos mentales como alteraciones del estado de ánimo, esquizofrenia, consumo de sustancias legales e ilegales; uno o varios intentos previos de suicidio;

eventos significativos como procesos de duelo, crisis emocionales y otros; el suicidio de personas allegadas y queridas, sensación de desesperanza, agresiones físicas y/o sexuales, ser víctima de acoso escolar; autolesiones, pensamientos constantes sobre el suicidio, enfermedades o discapacidades, además del estrés relacionado con los estudios. ⁽⁴⁶⁾

B. Factores familiares: También abarca contar con antecedentes familiares de enfermedades mentales, historial familiar de conductas suicidas, afrontar problemas económicos y sociales, vivir situaciones estresantes, la desintegración del núcleo familiar y disputas dentro del hogar. ⁽⁴⁶⁾

C. Factores ambientales: Incluye la falta de apoyo social, la escasa información sobre suicidios en diversos medios, la discriminación hacia personas de comunidades LGBTIQ+, indígenas, migrantes, entre otras, la alta presión académica, las demandas escolares intensas, normativas poco estrictas respecto al uso de armas y sustancias ilícitas, tensiones sociales y el acceso restringido a servicios de salud. ⁽⁴⁶⁾

2.1.1.6.2. Factores de protección Suicida en Adolescentes.

De manera similar, existen numerosas causas que favorecen el bienestar juvenil durante su etapa escolar, actuando como factores protectores en contraposición a los factores de riesgo mencionados anteriormente. ⁽⁴⁶⁾

Involucra disponer de tácticas de afrontamiento positivas y competencias para la solución de inconvenientes, establecer un plan de vida, poseer automotivación constante y la habilidad para requerir ayuda externa. ⁽⁴⁶⁾

2.1.1.6.3. Factores familiares: Implica la armonía familiar y el soporte por parte de los miembros del hogar. ⁽⁴⁶⁾

2.1.1.6.4. Factores ambientales: Incluye la participación en actividades deportivas, la afiliación a grupos religiosos o clubes, las relaciones positivas con compañeros y profesores, así como contar con una red de apoyo sólida. ⁽⁴⁶⁾

2.1.1.7. Señales de alerta en adolescentes sobre la base del ministerio de salud se hallan avisos que advierten ideación e intención suicida en los educandos que se dividen en dos las señales directas e indirectas. ⁽⁴⁶⁾

2.1.1.7.1. Las señales directas

Consiste en indagar formas de suicidarse mediante foros o sitios web que explican cómo hacerlo, localizar lugares con acceso sencillo a sustancias tóxicas o armas letales, y preparar un plan específico que contemple el lugar, el método y la manera de llevar a cabo. Otras señales incluyen realizar gestos de despedida, como redactar notas en medios digitales o cartas formales, y entregar obsequios. También se manifiesta al hablar o escribir sobre la muerte, además de presentar conductas autolesivas como rayones, cortes o quemaduras en muñecas, piernas y áreas cubiertas. ⁽⁴⁶⁾

2.1.1.7.2. las señales indirectas

Se presentan en los jóvenes con el alejamiento de la familia, amigos y grupos sociales, la disminución del rendimiento escolar, el aumento en el consumo de sustancias legales e ilegales, fluctuaciones significativas en el estado emocional, descuido personal y cambios en los patrones de sueño y alimentación. ⁽⁴⁶⁾

El gobierno requiere que conversar sobre los problemas y dificultades con los jóvenes les genera sensación de apoyo y comprensión, contrario a eso, se sentirían abandonados y con pensamientos suicidas recurrentes. Por ello, la mejor forma de descubrir si alguien tiene ideas suicidas es preguntárselo directamente. ⁽⁷⁾

2.1.1.8. Diagnostico:

La primera vez que se atiende a alguien con pensamientos o intentos de suicidio es a través de una entrevista clínica inicial, que es el método principal para evaluar la situación. En esta entrevista se verifica si la persona está muy alterada, desesperada o desorganizada, al punto de que pueda intentar suicidarse. Por eso, el profesional que atiende será quien lleve la conversación, usará bien el tiempo y tendrá como meta principal que la persona continúe con vida, considerando varios aspectos importantes durante la charla. ⁽⁴⁷⁾

- Evaluar y reconocer el problema o el incidente que actuó como disparador
- Determinar el riesgo de mortalidad o hacer una evaluación del riesgo suicida según factores presentes
- Asegurar la supervivencia del paciente mediante una intervención en crisis inmediata

- Decidir si es necesario hospitalizar o derivar a otros profesionales y realizar esas derivaciones
- Realice un inventario de las razones para vivir que tiene el paciente
- Registre toda la información relevante en la Historia Clínica dentro de la base de datos
- Establecer un vínculo de confianza y comunicación con el paciente para lograr eficacia en el tratamiento. ⁽⁴⁷⁾

La intervención que se ofrece en el Servicio de Psicología corresponde a un nivel de atención primaria. Tiene como objetivo tratar las causas y efectos de la enfermedad principal, intervenir en los factores de riesgo que se pueden cambiar, evitar nuevos intentos de suicidio y hacer un seguimiento constante. ⁽⁴⁷⁾

El abordaje clínico mencionado se desarrolla a mediano plazo, con una duración estimada de entre 8 y 15 sesiones, según la condición psicológica inicial y los niveles de riesgo identificados. Las sesiones tienen una duración aproximada de 40 minutos y se llevan a cabo con una frecuencia semanal. ⁽⁴⁷⁾

2.1.1.9. Clasificación de la ideación suicida y conducta suicida según el CIE 10

No se tiene registro como tal en la 10a Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), en su lugar, cuenta con código de extensión dentro del apartado denominado Otros procesos ⁽¹⁾⁽⁴⁾

Catalogados como alteraciones mentales del comportamiento, correspondiente al capítulo XX, Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01- V98), Suicidios y lesiones intencionalmente autoinfligidas (X60-X84)⁽¹⁾⁽⁴⁾

2.1.1.10. Consecuencias del Suicidio

Las personas cercanas al suicida, al conocer lo ocurrido y atravesar el duelo, suelen experimentar sentimientos de culpa. Esto sucede porque frecuentemente creen erróneamente que alguien fuera del núcleo familiar no cumplió adecuadamente con los cuidados, y dirigen esa culpa hacia profesionales de salud mental, familiares y amigos que estaban al tanto de la situación vulnerable del afectado. También sienten vergüenza y estigma, ya que durante el proceso de duelo se cargan con una fuerte responsabilidad por lo sucedido, y enfrentan

además el juicio social, lo que intensifica aún más su sufrimiento, haciendo que este evento sea especialmente doloroso para los familiares sobrevivientes. ⁽⁴⁸⁾

2.1.1.11. Recomendaciones y actos de prevención de la Ideación Suicida

El autor señala que la prevención en el ámbito escolar incluye ofrecer charlas educativas sobre el suicidio, proporcionar información mediante páginas web confiables, fomentar la comunicación entre profesores y estudiantes, capacitar a los docentes sobre conductas suicidas, promover campañas contra la violencia escolar, crear protocolos para actuar ante señales de ideación o intentos de suicidio, y establecer colaboraciones entre la escuela y entidades gubernamentales como la policía. En caso de que un estudiante se suicide, se recomienda comunicarlo de forma profesional y transparente para que la comunidad escolar pueda afrontar el duelo de manera natural. ⁽⁴⁹⁾

2.1.1.12. Dimensiones de Escala de Columbia para la Evaluación del Riesgo de Suicidio (C-SSRS)

El instrumento que se tomara es la escala de Columbia de riesgo suicida en adolescentes (C-SSRS)

La Escala de Columbia para la Evaluación del Riesgo de Suicidio (C-SSRS; Columbia-Suicide Severity Rating Scale) es un instrumento semiestructurado ampliamente utilizado para valorar la ideación suicida (su severidad e intensidad) y las conductas suicidas (internamientos, preparativos, letalidad) en poblaciones clínicas y no clínicas, incluidos adolescentes. con un alfa de 0,814, lo cual indica una consistencia interna razonable para la versión adaptada , con una sensibilidad de 94% y especificidad de 97,9% para la predicción de intentos de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes hispanohablantes. Se estructura en dos grandes bloques: ideación suicida y comportamiento suicida. Cada bloque contiene preguntas específicas que permiten determinar severidad e intensidad del riesgo . primer bloque evalúa la presencia, severidad y características del pensamiento suicida con 5 preguntas clave de opción dicotómica , (si y no) y una pregunta sobre el riesgo de materializar este deseo . En cuanto a la validez, mostro una alternativa robusta a la escala de Beck, Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) porque no sólo mide ideación, sino también comportamiento (preparativos, intentos, letalidad) y es sensible a cambios temporales en la severidad⁽²⁶⁾.

2.1.2. Depresión

2.1.2.1. Definición

Es un trastorno psicológico moderado, menos grave que la depresión mayor, caracterizado por una tristeza profunda y por una reducción en las funciones mentales, a veces acompañado de alteraciones en el sistema nervioso autónomo (trastornos neurovegetativos). ⁽²⁷⁾

Se describe como una visión distorsionada de la realidad, tanto del entorno como de uno mismo, donde las personas con depresión aceptan como ciertas estas interpretaciones erróneas. Además, suelen tener pensamientos, imágenes e interpretaciones espontáneas enfocadas en menospreciarse, ver su pasado y futuro de forma negativa, minimizar sus logros y subestimar sus metas. ⁽³²⁾

La depresión es un trastorno mental que afecta a muchas personas en todo el mundo, sin importar su condición. Provoca cambios en la forma de sentir, pensar y actuar, afectando significativamente el funcionamiento diario de quien la padece. ⁽⁷⁾.

La depresión se caracteriza por episodios persistentes de tristeza, pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban, alteraciones en el sueño y en la alimentación, así como una marcada falta de energía y dificultades para concentrarse. Además, es una de las enfermedades mentales más comunes que afecta a nivel mundial. Se comprende la presencia de trastornos mentales como trastornos del ánimo, esquizofrenia, abuso de drogas legales e ilegales; uno o varios intentos de suicidio; eventos significativos como etapas de duelo, crisis emocionales, entre otros; el suicidio de seres queridos, desesperanza, violencia física y/o sexual, ser víctima de acoso escolar; autolesiones, pensamientos suicidas continuos, enfermedades o discapacidades, y estrés académico. ⁽¹⁾⁽⁴⁾

La depresión puede volverse crónica o recurrente, lo que dificulta considerablemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para enfrentar la vida diaria. En su forma más grave, puede llevar al suicidio. Es fundamental reconocer que la depresión es una enfermedad seria con estas posibles consecuencias, por lo que requiere atención y tratamiento adecuados para prevenir complicaciones graves. ⁽¹⁾⁽⁴⁾

La tríada cognitiva de Beck está compuesta por tres elementos centrales en la depresión. El primero se refiere a la visión negativa que la persona tiene de sí misma, enfocándose en sus defectos y sintiéndose inútil o sin valor, considerando todo lo que hace como carente de importancia. El segundo componente se centra en la interpretación pesimista de las experiencias vividas, donde la persona ve sus objetivos como muy lejanos o imposibles de alcanzar y siente que siempre le demandan demasiado tiempo. Finalmente, el tercer componente es la perspectiva negativa del futuro, en la que la persona no visualiza proyectos estables ni tiene expectativas positivas, creyendo que todo terminará mal. Estos pensamientos negativos se refuerzan mutuamente y contribuyen al estado depresivo.⁽⁵⁰⁾

Los episodios cognitivos depresógenos son patrones mentales estables y duraderos que influyen en cómo una persona percibe, almacena y recuerda la información del mundo que la rodea. Estos esquemas afectan la forma en que interpreta y responde a las experiencias, manteniendo una visión negativa y distorsionada de sí misma, su entorno y su futuro, contribuyendo así al desarrollo y mantenimiento de la depresión.⁽⁵⁰⁾

Cuando los esquemas cognitivos no funcionan bien, como ocurre en las personas con depresión, esto provoca errores en el pensamiento. Estos errores hacen que la persona interprete y recuerde las experiencias de manera negativa, incluso si hay aspectos positivos en su vida que sabe que existen. Así, las distorsiones cognitivas fijan una visión negativa de la realidad que se mantiene y refuerza en su mente, dificultando cambiar esa percepción pese a la evidencia contraria.⁽⁵⁰⁾

2.1.2.2. Epidemiología.

La depresión es una enfermedad muy común a nivel mundial, afectando a más de 300 millones de personas. Se distingue de los cambios normales de ánimo y las respuestas emocionales breves a problemas cotidianos. Cuando es prolongada y de intensidad moderada a grave, puede causar gran sufrimiento y afectar el trabajo, la escuela y la vida familiar. En casos graves, la depresión puede llevar al suicidio. Cada año, cerca de 800,000 personas se suicidan en el mundo, y el suicidio es la segunda causa de muerte en jóvenes de entre 15 y 29 años.⁽¹⁾⁽⁴⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2021 aproximadamente 280 millones de personas en el mundo vivían con depresión, lo

que equivale a casi el 5% de la población adulta. Se observa que las mujeres son afectadas en mayor proporción que los hombres. La OMS también señala que esta cifra refleja una gran carga para la salud pública a nivel global, con necesidades urgentes de mejorar los servicios de salud mental y prevenir el impacto asociado.⁽¹⁾

2.1.2.3. Definición de interés cognitivos de depresión según Beck

Beck propuso 3 ítems para tratar de explicar la etiología psicológica de la depresión, los cuales son

- a) la triada cognitiva
- b) los esquemas
- c) los errores cognitivos.

El segundo criterio del modelo, que son los esquemas, se refiere a las formas de estructurar y retener lo que sucede al rededor, en el caso de personas con depresión, presentan una conservación constante de los pensamientos y actitudes pesimistas que empeoran el trastorno mental.⁽³²⁾

2.1.2.3.1. Errores del pensamiento depresivo:

- Generalización excesiva: Consiste en formar una idea general tomando como base una o dos experiencias particulares y aplicarla automáticamente, sin reflexión, a situaciones futuras similares.
- Personalización: Es el proceso mediante el cual una persona se culpa a sí misma por problemas que en realidad fueron ocasionados por un evento externo, sin que exista una relación directa entre ambos.
- Pensamiento dicotómico: Se refiere a, catalogar las vivencias de forma polarizada, llevándolas a cada extremo y sin matices⁽³²⁾

2.1.2.4. Dimensiones de la depresión ⁽³²⁾

El inventario de Depresión de Beck (BDI-II), cuya creación fue realizada por Beck, Steer, Ball y Ranieri, clasifica a la variable en dos dimensiones ⁽⁵⁰⁾. Al adaptarse a

realidad peruana conservó las dos dimensiones, mientras que, dos ítems fueron retiradas:

2.1.2.4.1. Cognitivo-afectivo

Comprende la tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, disconformidad, autocrítica, pensamientos suicidas, llanto y desvalorización que la persona con depresión experimenta. ⁽⁵¹⁾

2.1.2.4.2. Somático-motivacional

Consiste en la agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración y cansancio que del mismo modo afectan al individuo con depresión. ⁽⁵¹⁾

2.1.2.5. Síntomas de la depresión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los signos y síntomas de la depresión varían según si este es leve, moderado o grave:

- Estado depresivo
- Pérdida de interés y capacidad para disfrutar
- Disminución de la energía que lleva a una sensación de agotamiento extremo

Además, se presentan otros síntomas secundarios durante la depresión, entre ellos:

- Reducción en la capacidad de atención y concentración
- Irritabilidad fácil
- Tendencia a adicciones, como el alcoholismo
- Conductas histriónicas
- Pérdida de gustos
- Levantarse tarde
- Rechazo a los alimentos
- Pérdida de peso
- Ausencia del deseo sexual

Estos últimos síntomas deben estar al menos dos semanas antes según el ministerio de salud especifica los síntomas en los adolescentes como: ⁽¹⁾⁽⁴⁾

Ya no se divierten ni disfrutan sus pasatiempos ni los juegos/videojuegos con amigos. ⁽⁷⁾

- Empiezan a comer mucho más que antes o lo contrario.
- No tienen deseos de asistir a clases.
- Problemas para concentrarse que perjudican el funcionamiento académico.
- Escuchan canciones con letras de desesperanza y que motiven la conducta suicida.
- No tienen esperanza de que su situación cambie.

2.1.2.6. Tipos de depresión ⁽⁵²⁾

2.1.2.6.1. Depresión mínima o leve (0–4)

Corresponde a la presencia de síntomas aislados, transitorios y de baja intensidad. No generan deterioro funcional significativo y suelen relacionarse con estrés o cansancio. Generalmente solo requiere educación, autocuidado y seguimiento.

2.1.2.6.2. Depresión leve (5-9)

Menos de dos de los tres síntomas típicos, de los siete principales y una duración de dos semanas como mínimo, puede o no presentarse síntomas somáticos y deben ser cuatro o más síntomas somáticos. ⁽⁵²⁾

2.1.2.6.3. Depresión moderada (10- 14)

También debe tener dos de los tres síntomas principales como mínimo, pero debe tener cuatro de los siete síntomas secundarios, con una intensidad moderada, respecto a la sintomatología somática deberían tener cuatro o más de los síntomas somáticos. ⁽⁵²⁾

2.1.2.6.4. Depresión moderadamente severa (15–19)

Presenta síntomas intensos y persistentes, con impacto claro en la vida diaria. La persona experimenta deterioro funcional significativo, marcada desesperanza,

alteraciones importantes del sueño y del apetito, e incremento en pensamientos negativos. Se recomienda tratamiento combinado (psicoterapia y posible farmacoterapia).

2.1.2.6.5. Depresión severa (20–27)

Síntomas profundos, constantes y discapacitantes. Incluye ideación suicida, incapacidad para realizar actividades básicas, anhedonia extrema, llanto frecuente, agitación o lentitud marcada. Requiere atención inmediata y manejo especializado, pudiendo incluir intervención psiquiátrica urgente. ⁽⁵²⁾

2.1.2.7. Factores de riesgo para depresión en adolescentes

El Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia ⁽⁵³⁾, menciona las causas que conllevan a la depresión en la población adolescente:

- Dificultades en el ámbito académico
- Un ambiente hostil dentro de la institución educativa
- Conflictos o atmósfera tensa en el entorno familiar
- Discriminación por origen étnico y antecedentes de haber sufrido violencia física, psicológica y/o sexual
- Progenitores con depresión
- Negligencia familiar
- Pérdida de un padre, madre o familiar cercano
- Problemas con el círculo de amistad
- Sufrir alguna enfermedad
- Consumo excesivo de alcohol y drogas

2.1.2.8. Clasificación de la Depresión en Adolescentes según CIE-10

Se incluyen dentro de los trastornos del humor (afectivos) y clasifica a la depresión desde F32.0 al F32.9, Episodios depresivos ⁽¹⁾⁽⁴⁾

2.1.2.9. Diagnostico.

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM) ⁽⁵²⁾

Para que se considere un episodio depresivo, es necesario que los síntomas de ánimo deprimido, pérdida de interés o de capacidad para disfrutar, y aumento de la fatiga duren al menos dos semanas. Además, al menos dos de estos tres síntomas han de estar presentes para el diagnóstico. Esta definición se ajusta a los criterios del DSM-5, que establece que al menos uno de los síntomas principales debe ser el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades. ⁽⁷⁾

2.1.3. Adolescencia.

La adolescencia es la etapa que sigue a la niñez y se extiende desde el inicio de la pubertad hasta que el cuerpo alcanza su desarrollo completo. La adolescencia es un período de transición en el ciclo del crecimiento que señala el fin de la niñez y marca el inicio de la adultez. Para muchos jóvenes, esta etapa puede ser un momento lleno de incertidumbre e incluso desesperanza, mientras que para otros representa la oportunidad de formar amistades profundas, comenzar a independizarse gradualmente de sus padres y soñar con su futuro. Esta fase implica cambios físicos, psicológicos y sociales significativos, y es fundamental para el desarrollo de la identidad y la autonomía personal. Durante la adolescencia ocurren importantes cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales que contribuyen a la construcción de la identidad y la autonomía personal. ⁽³¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el período de crecimiento que sucede después de la niñez y antes de la edad adulta, comprendido entre los 10 y 19 años. Aunque determinar un rango exacto puede ser complejo, lo más importante es el valor adaptativo, funcional y decisivo que esta etapa representa para el desarrollo del individuo. Durante la adolescencia ocurren cambios físicos, psicológicos, intelectuales y sociales que marcan la transición hacia la adultez y la formación de la identidad propia. ⁽⁵⁴⁾

2.1.3.1. Etapas de la Adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud, define la adolescencia como el periodo cronológico que oscila entre los 10 y 19 años de edad, considerándose dos fases la adolescencia temprana de 10 a 14 años de edad y la adolescencia tardía de 15 a 19 años⁽⁵⁴⁾

a. Adolescencia Temprana

Abarca aproximadamente desde los 10 u 11 años hasta los 14. Se caracteriza fundamentalmente por el inicio de la pubertad, donde se producen los grandes cambios físicos, que afectan al crecimiento y maduración sexual.⁽⁵⁴⁾

b. Adolescencia Media

Entre los 15 a 17 años. Caracterizada, sobre todo por los conflictos familiares, debido a la importancia que adquiere el grupo de amigos⁽⁵⁴⁾

c. Adolescencia Tardía.

Desde los 18 a los 21 años, caracterizada por la receptación de valores paternos y por asumir la tarea de responsabilidad propia de la edad adulta⁽⁵⁴⁾

2.1.3.2. Depresión en Adolescentes

La adolescencia puede ser difícil. Hay cambios en el cuerpo y el cerebro que pueden afectar la forma en que uno aprende, piensa y se comporta. Y si se enfrentan situaciones difíciles o estresantes, es normal tener altos y bajos emocionales. Pero si has estado demasiado triste durante mucho tiempo (algunas semanas o hasta meses) y no puedes concentrarte o hacer las cosas que generalmente disfrutas, es posible que quieras hablar con un adulto de confianza sobre la depresión⁽⁵⁵⁾

Los amigos o familiares pueden tener buenas intenciones al decirle a alguien con depresión que “se le quite”, o “se le pase”, que “sea positivo” o “puede ser más feliz si se esfuerza más”. Pero la depresión no es una señal de debilidad o un defecto de carácter. La mayoría de las personas con depresión necesitan tratamiento para mejorar.⁽⁵⁵⁾

2.1.3.3. Ideación Suicida en Adolescentes

Es una condición que recién empieza a ser estudiada y comprendida, se trata de un fenómeno relativamente nuevo, donde algunas investigaciones describen cuales pudieran ser los factores riesgo que llevan a los adolescentes a desarrollar ciertas conductas por tanto revisamos algunas propuestas. ⁽⁵⁶⁾

Desde la perspectiva de la salud mental, los adolescentes enfrentan vulnerabilidades propias de esta etapa del desarrollo, como los cambios hormonales, la búsqueda de identidad e independencia, y la necesidad de adaptarse a sus pares. A esto se suman situaciones estresantes como el divorcio de los padres, la presión académica que genera insomnio y estrés, junto con los cambios corporales, cognitivos y emocionales que experimentan. Estas transformaciones pueden llevar a los jóvenes a vivir en un estado de incertidumbre y ansiedad que, si no se maneja adecuadamente con el tiempo, puede desencadenar pensamientos y conductas suicidas. Cuidar la salud mental de los adolescentes es fundamental para evitar que estas dificultades se conviertan en problemas más graves. ⁽⁵⁶⁾

Desafortunadamente para algunos adolescentes que presentan conducta suicida como lo señala puede ser una solución a sus problemas y al estrés; dicha conducta incluye ciertas fases, que van desde la ideación, el intento, hasta llegar a la consumación del suicidio. ⁽⁵⁷⁾

En la adolescencia y la ideación suicida son un riesgo, se incrementa por la carga de presiones o responsabilidades individuales, que unida a la inexperiencia e inmadurez generan tropiezos que pueden traducirse en momentos de angustia, soledad y frustración, que propician factores de riesgo para cometer un acto o conducta suicida. ⁽⁵⁸⁾

Los padres deben de estar conscientes de las siguientes señales que puede emitir el adolescente que ha desarrollado una conducta suicida y el inicio de esta en la etapa de la ideación suicida se muestran en el esquema Es importante difundir los factores a los padres, madres y tutores de los estudiantes, para que se familiaricen con los temas y conceptos y puedan identificarlos en casa, en caso de que se presente el caso. ⁽⁵⁸⁾

indican que estos adolescentes con conductas suicidas generalmente provienen de familias desestructuradas, con carencias en el aspecto económico, déficit sociales y culturales, alteraciones en las relaciones dentro y fuera del grupo familiar, o lo que pudiera llamarse familias multiproblemas, o familias, que por sus características intrafamiliares y, por el entorno en que viven pueden calificarse de alto riesgo, con pobreza educacional, y de exposición a situaciones familiares adversas. ⁽⁵⁸⁾

2.1.4. Variables intervinientes

2.1.4.1. Sexo

Las mujeres presentaron mayor riesgo de intento de suicidio (OR 1,96, IC 95% 1,54-2,50) y los hombres de muerte por suicidio (HR 2,50, IC 95% 1,8-3,6) ⁽⁶⁹⁾

2.1.4.2. Edad

La edad media de inicio de la autolesión fue de 13 años, siendo el 47% reportando sólo 1 o 2 episodios y el corte el tipo más común (45%) ⁽⁶⁴⁾ , sin embargo, otro estudio menciona que la edad en adolescentes no es muy relevante cuando se usó como variable continua⁽⁶⁵⁾

2.1.4.3. Bullying

Describe el metaanálisis que si se encuentra relación entre perpetración de acoso cibernético e ideación suicida OR = 1.89 , IC95%, 1.54-2.32) (P<0.001) ⁽⁶⁵⁾

2.1.4.4. Cyberbullying

Se encontró una relación muy fuerte entre ideación suicida y victimización en adolescentes (OR = 2,93, IC del 95 %: 2,43, 3,54) (P<0.001)⁽⁶⁵⁾

2.1.4.5. Redes sociales

Los efectos combinados no fueron significativos para la asociación con la ideación suicida (OR = 1,05; IC del 95 %: 0,96; 1,15) ⁽⁶⁵⁾

2.1.4.6. Consumo de sustancias

así como una asociación significativa entre fumar cannabis e ideación suicida (OR: 2,04; IC 95%: 1,64–2,53; valor Z p: <0,001; I² : 94,88) ⁽⁶⁷⁾

2.1.4.7. Ausentismo escolar

el ausentismo escolar se asoció con un mayor riesgo de ideación suicida (ORa 1,20; IC 95 %: 1,02–1,42; P = 0,03)⁽⁶⁸⁾

2.1.4.8. Discriminación

La discriminaron a aquellos con antecedentes de intento de suicidio de aquellos sin ellos (OR 1,38; IC del 95 %: 1,01 a 1,89) hay una estrecha relación entre esta variable y la principal ⁽⁶⁵⁾

Por tal motivo, es menester entender el suicidio como un fenómeno multicausal, donde no solo las causas personales sino donde el contexto también tiene influencia. La presencia de un trastorno psiquiátrico está íntimamente ligada al suicidio; más de 50% de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos

El instrumento con el que se medirá la depresión es PHQ-9 – Patient Health Questionnaire-9

El PHQ-9 es un cuestionario de 9 ítems que evalúa la presencia y severidad de síntomas depresivos según los criterios del DSM-IV/DSM-5. Cada ítem pregunta por la frecuencia de síntomas en las últimas dos semanas, con respuesta tipo Likert (0 a 3).

El PHQ-9 presenta una alta consistencia interna, con alfa de Cronbach entre 0.86 y 0.89 en poblaciones clínicas y comunitarias.

Ha mostrado sensibilidad entre 77% y 88% y especificidad entre 88% y 94% para depresión mayor (utilizando punto de corte ≥ 10).Validado ampliamente en adolescentes, adultos y adultos mayores consta de las siguientes preguntas :

1. Pérdida de interés o placer: Pregunta si la persona ha dejado de disfrutar o interesarse por actividades habituales.
2. Estado de ánimo deprimido: Evalúa tristeza persistente, desesperanza o sentirse “decaído”.
3. Alteraciones del sueño: Indaga sobre insomnio o hipersomnía.

4. Fatiga o baja energía: Determina si la persona se ha sentido constantemente cansada.
5. Cambios en el apetito o peso: Pregunta por disminución o aumento del apetito.
6. Sentimientos de culpa o inutilidad: Evalúa pensamientos de fracaso o autocrítica excesiva.
7. Dificultad para concentrarse: Problemas para pensar, mantenerse enfocado o tomar decisiones.
8. Lentitud psicomotora o agitación: Observación del propio paciente sobre moverse o hablar “muy lento” o “demasiado inquieto”.
9. Ideación suicida: Pensamientos de muerte, autolesión o suicidio.

Además, incluye una pregunta extra sobre impacto funcional, que evalúa cuánto interfieren los síntomas en la vida diaria.⁽⁴⁹⁾

Definición de términos Básicos

2.2.1. Ideación suicida

2.2.1.1. Definición conceptual.

Se define como un factor de riesgo para intentos de suicidio y cumplimientos, es el más común de todas las conductas suicidas, pero solo una minoría de ideadores hace pública la autolesiones ⁽²⁷⁾

La ideación suicida Según Beck (1979) es el indicador de cada individuo en torno al pensamiento orientado a alguna actividad cuyo fin sea generarse la muerte, se refiere a que la persona tiene estos pensamientos y llega a idear un plan sin tener algo claro, llegando a tener muchas ideas de ellos, pero sin lograr realizarlo, creando en la persona la desvalorización frente a la vida. ⁽⁵⁰⁾

2.2.1.2. Definición operacional.

Fue evaluado mediante la Escala de Ideación Suicida de Beck, adaptada por Bobadilla en 2004, que consta de 18 ítems con respuestas dicotómicas (Sí/No). Esta escala mide cuatro indicadores principales, y la puntuación total puede variar

entre 1 y 2, reflejando la presencia o ausencia de pensamientos suicidas en el evaluador. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 1 – 2, la suma total va a ser de acuerdo a la sumatoria de los valores asignados por cada ítem; así mismo se utilizará una planilla para la calificación de 18 a 23 dando Bajo, 24 a 29 Medio, 30 a 36 es Alto; los indicadores de la escala son actitud hacia la vida / muerte, pensamientos / deseos, proyecto de intento de suicidio y desesperanza. ⁽⁵⁰⁾

2.2.2. Depresión

2.2.2.1. Definición conceptual.

Es un trastorno neurótico y psicológico moderado en comparación con la depresión mayor, también es un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces, con trastornos neurovegetativos” ⁽²⁷⁾

La depresión es una tendencia a interpretar los sucesos cotidianos de manera negativa, ver las cosas como poco prometedoras en lugar de apreciarlas de manera positiva (Beck 1976), es por ello que la persona llega a la desesperanza perdiendo seguridad y confianza en sí mismo, llegando a generar pensamiento e ideas negativas. ⁽⁵⁰⁾

2.2.2.2. Definición operacional.

Ideación suicida : se refiere, en términos generales, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intención de morir, así como a vivencias psicológicas relacionadas con el suicidio, como la fantasía o la prefiguración de la propia muerte. Es sinónimo de pensamiento suicida. Esta ideación puede variar desde deseos pasajeros o superficiales hasta planos detallados sobre cómo llevar a cabo el acto, e implica una amplia gama de experiencias cognitivas y emocionales relacionadas con la voluntad de acabar con la propia vida

Depresión : Estado de tristeza; con cierto grado de abandono que puede darse a nivel personal, social, familiar o laboral. Sentido de desesperanza injustificado o justificado ⁽⁶⁰⁾

2.2.3. Adolescencia

Por otra parte, los estudiantes de preparatoria cursan por la etapa adolescente; por lo cual la OMS, la define así: “la adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años” ^{(1) (4)}

Por otro lado, se tiene dos etapas de la adolescencia: la etapa temprana de 10 a 14 años y la etapa tardía de 15 a 19 años, la cual se caracteriza por el periodo donde el joven adquiere la madurez y mayor responsabilidad para enfrentar la etapa de adulto ⁽⁶³⁾.

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

La relación entre la ideación suicida y la depresión en adolescentes de 4° y 5° de secundaria de dos instituciones educativas nacionales de la ciudad de Cusco ,2025. es fuerte.

2.3.2. Hipótesis específicas

El nivel de ideación suicida en adolescentes de 4° y 5° de secundaria de dos instituciones educativas nacionales de la ciudad de Cusco ,2025.es alto

El nivel de depresión en adolescentes de 4° y 5° de secundaria de dos instituciones educativas nacionales de la ciudad de Cusco ,2025. es medio – alto

2.4. Variables

2.4.1. Variables implicadas

Variable dependiente { Ideación suicida

Variable independiente { Depresión

2.4.2. Variables no implicadas o intervinientes

2.4.3. Variables intervinientes

- sexo
- edad
- lugar de procedencia
- bullying
- frecuencia de uso de redes sociales
- consumo de sustancias
- absentismo escolar
- discriminación

2.5. Definiciones operacionales

2.5.1.VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENCIONES O DOMINIOS	INDICADORES (como se mide)	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
IDEACIÓN SUICIDA	Se define como un factor de riesgo para intentos de suicidio y cumplimientos, es el más común de todas las conductas suicidas, pero solo una	Actitud hacia la vida/muerte y pensamiento s/deseos suicidas proyecto de intento suicida	Se medira mediante la escala de C-SSRS versión tamizaje , de ideación suicida 1.Deseo de morir (si/no) 2.Ideación suicida sin método (si/no) 3.Ideación suicida con método (si/no) 4.Plan suicida (si/no) 5.Intentos suicida (si/no) 6.Riesgo suicida (si/no)	Cualitativa	Ordinal	Se usó la Escala DE COLUMBIA-PARA RIESGO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES (C-SSRS).	Sin ideación suicida (0) Con ideación leve (0 – 2) Con ideación moderada(1-3) Con ideación	1	se expresa como sin ideación, riesgo leve, moderado y severo según la ficha de recolección de datos.

	minoría de ideadores hace pública la autolesiones	desesperanza	Nivel de riesgo (bajo moderado o alto) según criterios C-SSRS				moderadamente grave (3-4) Con ideación grave (5)		
--	---	--------------	---	--	--	--	---	--	--

2.5.2.VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	DEF. CONCEPT	DIMENSIONES O DOMINIOS	INDICADORES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
DEPRESIÓN	Trastorno neurótico y psicológico es un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las	Factor cognitivo – afectivo	Estado de animo 1.deprimido (item 1) 2.Anhedonia (item 2) 3.Alteración del sueño (item 3) 4.Fatiga o energía baja (item 4)	Cualitativa	Ordinal	Mediante la información brindada por la ficha de recolección de datos elaborada para este	Según la puntuación se clasificará en:	2	se expresa como ausencia de depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión grave según la

	funciones psíquicas, a veces, con trastornos neurovegetativos, pensamientos, interpretaciones e imágenes espontáneas enfocadas en el menosprecio y la visión pesimista de su pasado y futuro, así como, la minimización de logros		<p>5.Cambio de apetito (item 5)</p> <p>6.Sentimiento de fracaso o culpa(item 6)</p> <p>7.Dificultad para concentrarse (item 7)</p> <p>8.Lentitud o agitación psicomotora (item 8)</p> <p>9.Ideación autolesiva (item 9)</p> <p>10.Puntuación total del PHQ-9 clasificacion minima leve, moderada, moderaradamente severa, severa</p>			<p>estudio, en el cual se encuentra la Escala de Depresión de THQ-9</p>	<p>a) Sin depresión De 0 a 4 puntos:</p> <p>b) Depresión leve de 5 a 9 puntos:</p> <p>c) Depresión moderada de 10 a 15 puntos:</p> <p>d) Depresión moderadamente severa de 16 a 20</p> <p>e)Depresión severa de 20 a 27</p>		Escala de depresión de THQ-9 consignada en la ficha de recolección de datos.
--	---	--	--	--	--	---	---	--	--

2.5.3. VARIABLES NO IMPLICADAS O INTERVINIENTES:

Edad	Termino que señala el tiempo que ha vivido un individuo.	NA	años cumplidos	cuantitativa	intervalo	Mediante la ficha de recolección de datos del estudio	14 a 15 15 a 16 16 a 17 17 a menos de 18	3	Se ala indicación del adolescente
Sexo	Expresión que define la categoría orgánica, femenino o masculino.	NA	fenotipo de los estudiantes	cuantitativa	Nominal	Mediante la ficha de recolección de datos del estudio	Sexo:	4	basado en la información proporcionada "Masculino" o "Femenino"
							a. Femenino		
							b. Masculino		
Lugar de procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo	NA	lugar de residencia	cualitativo	Nominal	Mediante la ficha de recolección de datos elaborada para este estudio	distrito de procedencia: a. Urbano b. rural	5	Especificado por el lugar de donde viene el estudiante

bullying	El comportamiento agresivo intencionado para causar daño o angustia. El comportamiento puede ser físico o verbal. Normalmente hay un desequilibrio del vigor, fuerza, o del estado entre el objetivo y el agresor	Maltrato Verbal, Exclusión Social Directa, Amenazas, Exclusión Social Indirecta Maltrato Físico	nivel de bullying	cualitativo	Nominal	Mediante la ficha de recolección de datos elaborada para este estudio	bullying físico. bullying verbal. bullying sexual.. cyberbullying.	6	las actitudes de sus compañeros hacia el encuestado frente a vivencias dentro del centro educativo
Frecuencia de redes sociales	Personas conectadas con la familia, el trabajo u otros intereses. También incluye conectividad facilitada por las comunicaciones a través del computador.	HABITUAL USO EXCESIVO FALTA DE CONTROL OBSESION	cantidad de tiempo que pasa en redes sociales	cualitativo	intervalo	Mediante la ficha de recolección de datos elaborada para este estudio	1 red social 2 redes sociales 3 redes sociales 4 a mas redes sociales	7	la cantidad de horas o días que pasa el estudiante usando redes sociales con fines diversos
Consumo de sustancias	Acto voluntario o deliberado de consumir sustancias o agentes encendidos y sostenidos a mano	recreacional moderado compulsivo dependiente	cuantas veces al día o a la semana	cualitativo	Nominal	Mediante la ficha de recolección de datos elaborada	Si , cual es.....? No	8	condición de inhalar cannabis de manera : recreacional. Habitual moderada o compulsivo

						para este estudio			
Absentismo escolar	Ausencia al trabajo u otras obligaciones.	asistencia o no asistencia al centro educativo	cantidad de días que asistió a clases académicas y horas y días lectivos en el colegio	cualitativo	Nominal	Mediante la ficha de recolección de datos del estudio	a)faltar a clases. b)recuperar las clases perdidas..... c)justifica por las faltas.....	9	los días que asistió a labores educativas a lo largo del periodo de estudio y /o durante todo el año
discriminación	Conducta del grupo hacia los demás en virtud de su pertenencia al grupo	raza o color de piel, forma de hablar, rasgos físicos ,economía	presencia o ausencia de discriminación	cualitativo	Nominal	Mediante la ficha de recolección de datos del estudio	a. Si b. No	10	sensación de odio percibido por cualquier condición que le haga parecer diferente al resto de estudiantes

CAPITULO III METODOS DE INVESTIGACION

3.1. Tipos de investigación

La presente investigación se enmarca en un enfoque cuantitativo, con el propósito de medir y estimar las magnitudes de los fenómenos estudiados. El problema de estudio ha sido delimitado y se formulan preguntas específicas para abordarlo. A través de la recolección de datos basada en mediciones estandarizadas, respaldadas por la revisión de la literatura y un marco teórico, se someten a prueba una o varias hipótesis mediante el empleo de diseños de investigación adecuados. Los datos recopilados se analizan utilizando métodos estadísticos para identificar patrones y relaciones, buscando corroborar o refutar las hipótesis planteadas. La generalización de los hallazgos a una población mayor y la contribución a la generación de conocimiento teórico son objetivos centrales de esta investigación cuantitativa⁽⁷¹⁾

Transversal, dado que la información de la fuente y con el instrumento será recopilada en un solo momento. Y analítico debido a que se pretende ver la relación o grado de asociación que pueda existir entre ideación suicida y depresión en adolescentes de 4to y 5to grado de secundaria de 2 colegios de la ciudad de Cusco, ya que el objetivo es determinar la relación entre las ideas suicidas entre depresión, en estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria de colegios secundarios de la ciudad de Cusco , 2025⁽⁷¹⁾

Es por ello con la siguiente investigación se pretende identificar el grado de asociación que existe entre la ideación suicida y la depresión , en estudiantes adolescentes de 4° y 5° de secundaria de 2 instituciones educativas nacionales de la ciudad de cusco 2025⁽⁷¹⁾

3.2. Diseño de investigación

El diseño del estudio es observacional o no experimental, ya que se lleva a cabo sin la manipulación deliberada de variables y se centra en la observación de los fenómenos en su entorno natural con el propósito de analizarlos

El estudio es observacional , transversal , dado que solo se pretende ver la relación entre ideación suicida y depresión , además de saber que variables intervienen en esta asociación . Además, será un estudio transversal , ya que a

lo largo del estudio solo se hará una medición en un tiempo y momento de terminado .

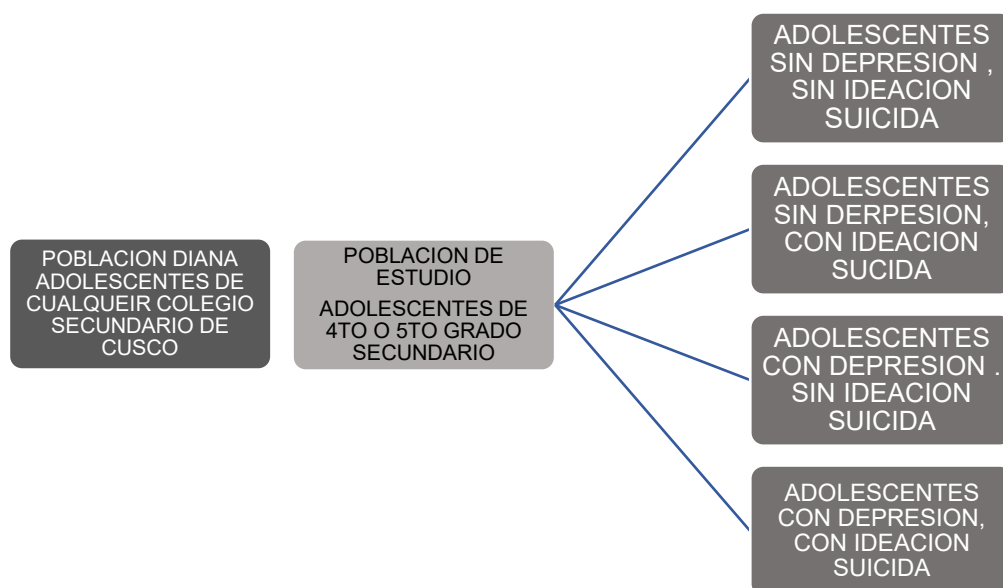


imagen 1 diagrama de flujo de diseño de investigación

3.3. Población y muestra :

3.3.1. Descripción de la población:

Dicha población de estudio está dada por los estudiantes de 4° y 5° de secundaria de 2 instituciones educativas nacionales de la ciudad de Cusco , que sufren de algún grado de depresión y además tienen en algún momento pensamientos sobre ideación suicidada , en el periodo comprendido el año 2025

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión :

Criterios de inclusión

- Adolescentes cuyos padres o apoderados hayan recibido y aceptado hacer participe en la encuesta realizada
- Adolescentes que hayan llenado la ficha de recolección de datos y hayan sido catalogadas con algún nivel de depresión, leve , moderado y severo
- Adolescentes de 4° o 5° grado de educación secundaria de 2 instituciones de la ciudad de Cusco.
- Adolescentes que deseen participar en dicho estudio

Criterios de exclusión

- Adolescentes que no hayan cumplido con la firma en el consentimiento informado para participar en la recolección de datos
- adolescentes que no hayan llegado bien la ficha de recolección de datos y /o no hayan tenido resultado positivo para algún nivel de depresión ya sea leve, moderado o severo.
- Adolescentes que hayan faltado el día que se hizo la recolección de datos
- Adolescentes que no estén cursando los grados 4° o 5° de secundaria en la ciudad de Cusco.

3.3.3. Muestra : Tamaño de muestra y método de muestreo.

a.) Tamaño de muestra

La muestra será identificada mediante elección de adolescentes de 4° y 5° de secundaria de 2 colegios nacionales de la ciudad de Cusco, 2025 mediante el cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión de dicho muestreo

El tamaño de la muestra se obtendrá con la ayuda del programa Epi Info™ versión 7.2.6.0 del Centro de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC-EEUU).

Se utilizará el cálculo de tamaño muestral, el estudio transversal publicado por **Costa Souza, Laura (Brasil, 2023)** en su estudio titulado “Trastorno depresivo mayor como factor de riesgo de ideación suicida en asistentes a instituciones educativas: un metaanálisis y metarregresión” se analizó un metaanálisis y la relación entre estas dos variables y se escogió esta población con un OR 3.89

Obtenida la información en el programa Epi Info™ versión 7.2.6.0 se introdujeron los siguientes parámetros:

StatCalc - Sample Size and Power

Unmatched Case-Control Study (Comparison of ILL and NOT ILL)

Two-sided confidence level: 95%

Power: 80%

Ratio of controls to cases: 1

Percent of controls exposed: 43.7%

Odds ratio: 3.89

Percent of cases with exposure: 75.1%

	Kelsey	Fleiss	Fleiss w/ CC
Cases	39	38	44
Controls	39	38	44
Total	78	76	88

CALCULO DE MUESTREO SEGUN ANTECEDENTE 1 , fuente : elaboracion propia

OR: 3.89 , Poder : 80% , Confianza : 95% , numero de controles expuestos : 43.7 % , número de casos expuestos : 75.1% , margen de error permitido 5 %

Para calcular el tamaño de muestra se empleó el programa EPI INFO WEBSITE versión 7.2, utilizando un nivel de confianza del 95% y una potencia estadística del 80% para identificar una diferencia real en la ideación suicida del 75.1% y 43.7% proporción esperada .

De acuerdo al estudio base se obtuvo una muestra de 154 se adiciona 10% de los participantes para poder compensar las posibles pérdidas que podrían presentarse en la investigación : resultando 170 participantes finalmente. Se seleccionará adolescentes de forma a aleatoria simple y no intencionada . Sin embargo, con fines académicos se optó por tomar la muestra necesaria de un 150% adicional de la muestra original , con fines académicos y mejor análisis de datos la cual fue de 275 adolescentes

b.) Método de Muestreo

Se realizará un tipo de muestreo probabilístico y aleatorizado simple , ya que se elegirá 2 centros educativos al azar de la ciudad de Cusco y de estos , se elegirá al azar los salones de 4° y 5° grado de secundaria, por consiguiente, se encuestará a los alumnos que cumplan con los criterios de selección o selección, para darle una mejor representatividad a la población en estudio, y para obtener la muestra en cada estrato se usará el programa Epidat versión 4.2

3.4. Técnicas , Recolección de datos , Instrumento y Procedimiento realizado

La data se recolectará mediante instrumento de recolección de datos , y encuestas a estudiantes de 4° y 5° de secundaria en 2 instituciones educativas nacionales de la ciudad de Cusco, entre el periodo de setiembre -octubre del 2025. Para ello, se solicitará la autorización de las instituciones educativas correspondientes y de los adolescentes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se revisarán 275 fichas de encuestas o recolección de datos en el periodo definido. Es importante señalar que la ficha para la recolección de datos será validada mediante juicio de expertos especializados en el área médico-psiquiátrica. Para ello se solicitará el permiso a las instituciones educativas involucradas, así como a los adolescentes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se realizará una revisión de 275 fichas de encuestas o recolección de datos durante el período establecido. Es importante mencionar que la ficha de recolección de datos será validada por un panel de expertos del ámbito médico psiquiátrico.

Se redactará la ficha de recolección de datos en un borrador que luego será presentado al asesor. El resultado de la corrección de la ficha será validado nuevamente con la participación de psiquiatras a los profesionales se les brindará el cuestionario de 10 ítems específicas . Cada pregunta estará acompañada por una escala de evaluación, en la cual el valor más alto, 7, indica el nivel máximo, mientras que el valor más bajo, 1, representa el nivel mínimo de estimación. Después de esto, se empleará el método de distancia del punto medio (DPP) para validar la ficha de recolección de datos. Esta ficha estará compuesta por 20 artículos, organizados en 5 dimensiones, una de ellas dedicada a los datos de los estudiantes. Se estima que el tiempo promedio para completar cada ficha será aproximadamente de 40 minutos. Considerando en la parte final una observación o una recomendación de dicho instrumento validado.

Después de este acto protocolar , se solicitará participación y aceptación de las instituciones educativas secundarias para llevar a cabo el estudio , una vez aceptado, se iniciara con el llenado de ficha de recolección de datos por los adolescentes y se recaudaran e ingresara en una hoja de cálculo Microsoft Excel

para facilitar su posterior análisis, y posterior a esta se realizará la limpieza de datos de las bases consolidadas para que no afecte la validez de los resultados.

3.5. Plan de análisis de datos :

Se procedió a la recopilación de datos mediante un instrumento diseñado para tal fin, aplicado a estudiantes adolescentes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. La aplicación de esta ficha de recolección se llevo a cabo en los colegios secundarios involucrados en la investigación. Los datos obtenidos fueron organizados en una hoja de cálculo creada en el programa Excel versión 2019, incluyendo todas las variables estudiadas. Además, se ejecuto un control de calidad para los datos, verificando la inexistencia de celdas vacías, inconsistencias y duplicados, identificando y corrigiendo posibles errores antes de ingresar la información al programa STAT para su análisis.

3.5.1. Análisis Univariado

Se describio los datos y sus proporciones en su totalidad de la población fue eminentemente descriptivo , ya que son variables categóricas. Y al final de la tesis se obtuvo una tabla de todas las variables con sus respectivos porcentajes y frecuencias absolutas y relativas. Se uso las medidas de tendencia de medidas de tendencia central (media , mediana) y de dispersión , según la distribución de datos.

3.5.2. Análisis Bivariado

Se describio los datos y sus proporciones en su totalidad de la población .Se comparo las variables categóricas usando la prueba no paramétrica χ^2 – chi cuadrado para mostrar la asociación .Se uso estadística descriptiva para las variables cualitativas , para la variable independiente que es ideación suicida y la variable dependiente que es la depresión ,para lo cual se utilizo el promedio y la tabla terracotica. Y se usara el Riesgo de Probabilidad (RP) como medida de asociación. Para el análisis estadístico se empleará el programa Epi InfoTM versión 7.2.6.0 del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC-EEUU). La significancia estadística se determinará con

un valor de $p < 0.05$ y un intervalo de confianza del 95%, cuyos límites inferior y superior $[a - b]$ no deben incluir la unidad. Cuando se evalúen factores de riesgo, el límite inferior debe ser mayor a 1, mientras que, para factores protectores, el límite superior debe ser menor a 1. Se elaboro tablas finales que integran todas las variables analizadas, estructuradas en un formato 2x2, con las categorías: con ideación suicida y sin ideación suicida, y con depresión y sin depresión.

RP:0.00; IC 95% [0.00 – 0.00]; $p=0.00$ RP : $a/(a+b)/c/(c+d)$

Se uso estadística descriptiva, en este caso de variables categóricas estas se expresarán en frecuencias usando porcentajes. Se uso para identificar datos atípicos el test de Grubb.

Con el fin de buscar la asociación entre variable independiente y dependiente

3.5.3. Análisis Multivariado

Se realizo una regresión logística simple para variables categóricas , esto con el fin de hallar el RP crudo, con un intervalo de confianza de 95% ,donde se incluyo los potenciales factores de riesgo junto con las variables confusoras, para lograr nuestra comprensión por parte de nuestro análisis. Posteriormente hallar datos más concluyentes mediante el cálculo del RP ajustado.

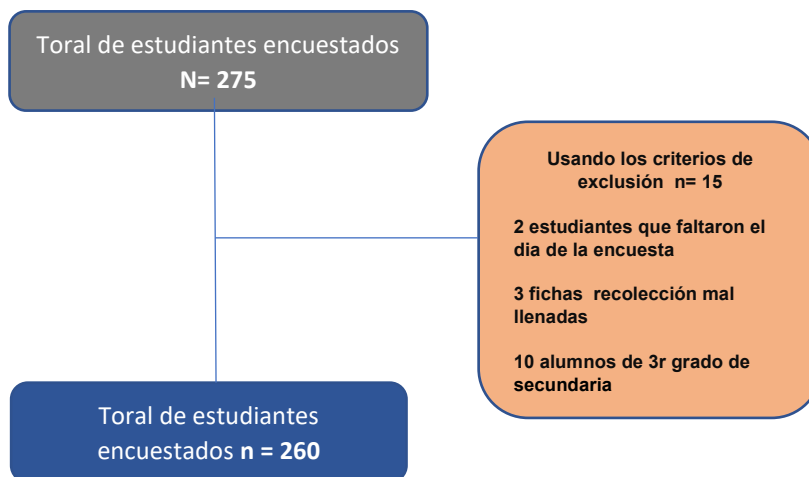
También se buscará algún tipo de relación entre las principales variables y las variables intervinientes o no implicantes

Los procedimientos analíticos señalados se ejecutarán con la ayuda de Microsoft Excel 2020 para MacOS y Windows, junto con el software estadístico Stata® versión 17.4 para ambos sistemas operativos. Finalmente, toda la información será registrada y presentada en formatos tabulares o gráficos.

CAPITULO IV : RESULTADOS , DISCUSION Y CONCLUS IONES

4.1. RESULTADOS

El instrumento de recolección de datos fue aplicado en 260 estudiantes de 2 Instituciones Educativas Nacionales de la ciudad de Cusco 2025, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión , se validaron 260 encuestas



4.1.1. ANALISIS UNIVARIADO

Se realizo un análisis descriptivo de las variables no aplicantes y sociodemográficas.

La población estuvo formada por estudiantes de 4° y 5° de secundaria: 53,1% de 4° y 46,9% de 5°. Predominó el sexo femenino (56,5%) frente a varones (43,5%). La mayoría tenía 14–15 años (35,0%), seguido de 15–16 años (31,2%), 16–17 años (30,4%) y solo 3,5% tenía 17 años y antes de los 18 años.

El 88,8% provenía del área urbana y el 11,2% del área rural. La mayoría vivía con su familia (93,8%), mientras que 3,8% vivía solo y 2,3% con otras personas. El 93,8% se sentía seguro en casa.

En cuanto al bullying, el 22,7% sufrió bullying verbal, 3,5% sexual, 3,1% físico y 1,9% cyberbullying; el 68,8% no sufrió ningún tipo. Además, el 23,8% refirió discriminación.

Sobre redes sociales, 50,8% usaba más de tres; 18,1% tres; 16,5% dos; y 14,6% una. El 92,3% no consumía sustancias; el alcohol fue consumido por 4,6%, cannabis 1,9% y tabaco 1,2%. Finalmente, el 69,6% no presentó ausentismo; 20,8% recuperaba clases y 9,6% faltaba sin recuperar tal como se muestra en la Tabla N° 1

Tabla N°1. Características sociodemográficas de los estudiantes de 4° y 5° de secundaria las 2 Instituciones Educativas de la Ciudad de Cusco , 2025

CARACTERISTICAS	n	%
GRADO		
4°	138	53.1%
5°	122	46.9%
SEXO		
masculino	113	43.5%
femenino	147	56.5%
EDAD (años cumplidos) con una media de 15 a 16 años		
14 a 15	91	35.0%
15 a 16	81	31.2%
16 a 17	79	30.4%
17 a más	9	3.5%
PROCEDENCIA		
urbano	231	88.8%
rural	29	11.2%
VIVENCIA EN CASA		
familia	244	93.8%
solo	10	3.8%
otros	6	2.3%
SEGURIDAD EN CASA		
si	244	93.8%
no	16	6.2%
BULLYNG		
físico	8	3.1%
verbal	59	22.7%
sexual	9	3.5%
ciberbullyng	5	1.9%
ninguno	179	68.8%
DISCRIMINACIÓN		
si	62	23.8%
no	198	76.2%
USO DE REDES SOCIALES		
una red social	38	14.6%
dos redes sociales	43	16.5%
tres redes sociales	47	18.1%
más de tres	132	50.8%
USO DE SUSTANCIAS		
tabaco	3	1.2%
bebidas alcohólicas	12	4.6%
cannabis	5	1.9%
ninguno	240	92.3%
AUSENTISMO ESCOLAR		
falta a clases	25	9.6%
recupera si falta	54	20.8%
no falta a clases	181	69.6%

*Expresada en media y porcentaje. Fuente: Elaboración propia (2025) – Ficha de recolección de datos

La variable depresión , fue medida mediante el puntaje total de THQ-9 ,fue evaluada en cuanto a su distribución utilizando la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. El resultado obtenido ($P<0.001$) indicó que los datos no presentan una distribución normal, es decir, los puntajes no se distribuyen de manera simétrica ni predecible. Por ello, se optó por el uso de estadísticos no paramétricos para describir y analizar dicha variable.

La muestra evaluada estuvo conformada por 260 participantes. La mayoría presentó depresión mínima (34.2%), seguida de depresión leve (25.4%). Un 20.8% mostró depresión moderada, mientras que el 10.4% presentó un nivel moderadamente severo. Finalmente, un 9.2% de los participantes evidenció depresión severa.

Tabla N°2 Distribucion de puntaje total de Depresion en adolescentes de 4° y 5°de secundaria de dos instituciones educativas nacionales de la ciudad de cusco 2025

<u>NIVEL DE DEPRESION</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
depresión mínima	89	34.2%
depresión leve	66	25.4%
depresión moderada	54	20.8%
moderadamente severa	27	10.4%
depresión severa	24	9.2%
Total	260	100.0%

Fuente: Elaboración propia (2025) – Ficha de recolección de datos

De las personas que reportaron algún tipo de depresión mediante el test de THQ-9 , el tipo de depresión más usual es la de tipo mínima en un 34.2% del total de participantes. Seguidamente la depresión leve en un 25.4% , la depresión moderada en un 20.8% , y ya en el ámbito de severidad la depresión moderadamente severa con un porcentaje de 10.4 , y por último 9.2% de los adolescentes cursan con depresión severa

La variable ideación suicida fue evaluada mediante la escala Columbia para la Seriedad de la Ideación Suicida (C-SSRS). Se observó que el 52.3% de los adolescentes tienen ideación suicida, el cual se distribuyó en los siguientes niveles : En una muestra total de 260 participantes, casi la mitad presentó ausencia de ideación suicida (47,7%). Un porcentaje muy similar, 45,8%, mostró ideación suicida leve, lo cual indica que más del 90% de los estudiantes se encuentra entre sin riesgo o riesgo leve.

Por otro lado, un 4,2% presentó ideación suicida moderada, y un 2,3% evidenció ideación severa, representando el grupo con mayor nivel de riesgo y que requiere mayor atención e intervención.

En conjunto, los datos muestran que, aunque la mayoría se ubica en niveles bajos o nulos de ideación suicida, un pequeño pero importante porcentaje (6,5%) presenta ideación moderada o severa, lo que implica la necesidad de vigilancia y apoyo psicológico oportuno

Tabla N°3. Distribución de los niveles de Ideación suicida mediante el test de riesgo de ideación suicida C-SSRS en adolescentes de 4° y 5° de secundaria de 2 instituciones educativas nacionales de la ciudad de Cusco, 2025.

NIVEL DE IDEACIÓN SUICIDA		
IDEACION SUICIDA	n	%
sin ideación	124	47.7%
ideación leve	119	45.8%
ideación moderada	11	4.2%
ideación severa	6	2.3%
Total	260	100.0%

Fuente: Elaboración propia (2025) – Ficha de recolección de datos

4.1.1. ANALISIS BIVARIADO

Se analizó la relación entre las variables , depresión (variable cualitativa ordinal) e ideación suicida (variable cualitativa ordinal) . dado que ambas variables presentan una distribución no normal se usa la prueba de Chi- cuadrado . con el propósito de determinar si existía o no diferencia significativa en los resultados de medición de ideación suicida y depresión en estudiantes adolescentes . Los

resultados fueron estadísticamente significativos ($H : 107.557$; $p < 0.001$). En cuanto a al análisis lineal también fue significativo ($p < 0.001$) ,lo que indica que a medida que aumenta el nivel de depresión , también aumenta el nivel de ideación suicida. La fuerza de asociación fue moderada a fuerte ($\phi: 0.643$; V de Cramer : 0.371) por lo que la depresión se relaciona de manera significativa creciente con la ideación suicida en la población estudiada . La tabla N°5 presenta los resultados del análisis de correlación y de tendencia en general

Tabla N°4 Correlación entre ideación suicida y depresión en estudiantes de 4° y 5° de secundaria de dos instituciones educativas de la ciudad de Cusco , 2025

		IDEACIÓN SUICIDA							
		sin ideación	con ideación						
		suicida	suicida	TOTAL					
DEPRESIÓN	sin								
	depresión	105 (84.70%)	50 (36.80%)	155 (59.60%)					
	con								
	depresión	19 (15.30%)	86 (63.20%)	105(40.40%)					
TOTAL		124 (100.00%)	136 (100.00%)	260(100.00%)					
		DEPRESIÓN							
		depresion minima	depresion leve	depresion moderada	moderadamente severa	depresio n severa	Total	P	
IDEACION SUICIDA	sin ideacion	n	76	29	14	3	2	124	<0.001
		%	61.3%	23.4%	11.3%	2.4%	1.6%	100.0%	
	ideacion leve	n	11	29	38	20	21	119	
		%	9.2%	24.4%	31.9%	16.8%	17.6%	100.0%	
	ideacion moderada	n	2	4	1	4	0	11	
		%	18.2%	36.4%	9.1%	36.4%	0.0%	100.0%	
	ideacion severa	n	0	4	1	0	1	6	
		%	0.0%	66.7%	16.7%	0.0%	16.7%	100.0%	
TOTAL		n	89	66	54	27	24	260	
		%	34.2%	25.4%	20.8%	10.4%	9.2%	100.0%	

Elaboración propia (2025) - Ficha de recolección de datos.

Se exploró la relación entre las variables no implicantes y la variable principal se encontró una asociación se identificó que únicamente el sexo y el grado académico mostraron asociación estadísticamente significativa. Las adolescentes del sexo femenino presentaron mayor proporción de ideación suicida, duplicando el riesgo frente a los varones (OR = 2.020; IC95%: 1.228–3.323; $p = 0.005$), mientras que pertenecer al 5.º grado actuó como factor protector al reducir el riesgo de ideación suicida (OR = 0.323; IC95%: 0.194–0.536; $p < 0.001$). En contraste, variables como la edad, procedencia, vivencia, seguridad en casa, bullying, discriminación, uso de redes sociales, consumo de sustancias y ausentismo escolar **no mostraron asociación significativa** con la ideación suicida ($p > 0.05$). Si bien algunas características evidenciaron tendencias —como no sentirse seguro en casa (OR = 2.903; IC95%: 1.911–9.11; $p = 0.061$), vivir sin familia, mayor uso de redes sociales (OR = 1.274; IC95%: 1.753–2.155; $p = 0.366$) o tener 17 años o más— estas no alcanzaron significancia estadística, dado que sus intervalos de confianza fueron amplios o incluyeron la unidad, lo cual indica ausencia de certeza en la asociación. En conjunto, los resultados muestran que, dentro de esta población, solo el sexo femenino y cursar el 4.º grado se comportan como factores asociados a mayor ideación suicida, mientras que las demás variables analizadas no demostraron relación estadísticamente relevante.

Tabla N°6. Relación de variable no implicantes e Ideación Suicida en Adolescentes de 4° y 5° de dos Instituciones Educativas de la ciudad de Cusco, 2025.

	SIN IDEACIÓN SUICIDA N=124	CON IDEACIÓN SUICIDA N=136	TOTAL	IC 95% [LI-LS]
CARACTERISTICAS	N(%)	N(%)	N(%)	
SEXO				
masculino	65 (57.5%)	48 (42.5%)	113 (100%)	OR= 2.020 [1.228 - 3.323] X ² = 7.741 p = 0,005
femenino	59(40.1%)	88 (59.9%)	147 (100%)	
EDAD				
14 a 15	45 (49.5%)	46(50.5%)	91 (100%)	X ² = 2.569 p = 0,479
15 a 16	40 (49.4%)	41(50.6%)	81 (100%)	
16 a 17	37 846.8%)	42 (53.2%)	79(100%)	
17 a mas	2(22.2%)	7 (77.8%)	9 (100%)	
GRADO				
4° grado	48 (34.8%)	90(65.2%)	138 (100%)	OR= 0.323 [0.194- 0.536]
5° grado	76 (62.3%)	46 (37.7%)	122 (100%)	X ² = 19.6 p = 0,000
PROCEDENCIA				
urbano	109 (47.2%)	122(52.8%)	231 (100%)	OR= 0.834 [0.385- 1.806]
rural	15 (51.7%)	14(48.3%)	29(100%)	X ² = 0.213 p = 0,645
VIVENCIA				
en familia	119 48.8%)	125(51.2%)	244(100%)	OR= 2.094 [0.707- 6.208]
sin familia	5(31.3 %)	11 (68.8%)	16(100%)	X ² = 1.848 p = 0.174
SEGURIDAD EN CASA				
se siente seguro en casa	120(49.2%)	124(50.8 %)	244 (100%)	OR= 2.903 [0.911- 911] X ² = 3.519 p = 0.061
no se siente seguro en casa	4(25.0%)	12 (75.0%)	16 (100%)	
BULLYNG				
sufre bullyng	35 (43.2%)	46(56.8%)	81 (100%)	OR= 0.769 [0.454- 1.305]
no sufre bullyng	89 (49.7%)	90 (50.3%)	179 (100%)	X ² = 0.948 p = 0.330
SUFRE DISCRIMINACION				
si sufre	30(48.4%)	32(51.6%)	62 (100%)	OR= 1.037 [0.586 - 1.836]
no sufre	94 (47.5%)	104(52.5%)	198 (100%)	X ² = 0.016 p = 0.90
USO DE REDES SOCIALES				
bajo uso de redes	42 (51.9%)	39(48.1%)	81 (100%)	OR= 1.274 [0.753 - 2.155]
alto uso de redes	82 (45.8%)	97 (54.2%)	179 (100%)	X ² = 0.816 p = 0.366
CONSUMO DE SUSTANCIAS				
consume	9 (45.0%)	11 (55.0%)	20(100%)	OR= 0.88 [0.356 - 2.224]
no consume	115(47.9%)	125 (52.1 %)	240(100%)	X ² = 0.063 p = 0.802
AUSENTISMO ESCOLAR				
falta a clases	40 (50.6%)	39 (49.4%)	79(100%)	OR= 1.184 [0.698 - 2.010]
no falta a clases	84 (46.4%)	97 (53.6%)	181(100%)	X ² = 0.393 p = 0.531

Fuente: Elaboración propia (2025) – Ficha de recolección de datos

4.1.3. ANALISIS MULTIVARIADO

Luego del análisis bivariado, se realizó un modelo de regresión logística multivariada con las variables que presentaron un valor $p < 0.25$ o relevancia clínica. El objetivo fue identificar los factores asociados a la ideación suicida ajustando por posibles variables confusoras.

Se incluyeron en el modelo las variables sexo, grado académico, vivencia, seguridad en casa y depresión, por presentar $p < 0.25$ en el análisis bivariado o importancia clínica.

El análisis multivariado nos dio por resultados (OR) de 9.505 (IC 95% [5.215-17.324], $p < 0.001$). se afirma que los adolescentes con depresión tienen 9.5 veces más probabilidad de presentar ideación suicida comparada con quienes no tiene depresión , por lo que la asociación es fuerte , precisa y altamente significativa. Dado que el OR es mayor a 1 y el intervalo de confianza no incluye este valor, se concluye que la ideación suicida actúa como un factor de riesgo para la depresión.

Asimismo, se hizo regresión logística bivariado entre la variable ideación suicida y la variable sexo , el cual el resultado fue (OR) de 2.263 (IC 95% [1.330 – 3.850], $p < 0.003$) la variable sexo está bien ligada a la ideación suicida , específicamente las mujeres tienen 2.26 veces mayor probabilidad de ideación suicida comparado con los varones , lo que refuerza el efecto de ideación suicida como factor de riesgo para mayor gravedad depresiva. En cuanto a las demás variables como grado , los adolescentes de 4° tienen más riesgo de sufrir de ideas suicidas ya que tiene un (OR) de 20.48 (IC 95% [0.174 – 0.50], $p < 0.001$) Por último la convivencia en casa y la seguridad en casa , no mostraron asociación estadísticamente significativa con el nivel de ideación suicida ($p > 0,05$), lo que también nos indica que su efecto no sería relevante para controlar las demás variables

4.2. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito analizar la relación entre la ideación suicida y la depresión en adolescentes de 4° y 5° de secundaria de dos instituciones educativas de la ciudad de Cusco, 2025, así como determinar la prevalencia de ambas variables y la magnitud de su asociación estadística. Los resultados revelaron una **alta frecuencia de ideación suicida y una relación estadísticamente significativa con la depresión**, hallazgos que coinciden ampliamente con la literatura latinoamericana y regional revisada. Asimismo, se identificó que los adolescentes con depresión presentan una probabilidad marcadamente mayor de desarrollar pensamientos suicidas, lo cual refuerza la teoría multidimensional del riesgo suicida y sustenta la relevancia de estas variables en el ámbito educativo y psicosocial.

En el análisis descriptivo, la población mostró una distribución de la ideación suicida donde el **47.7% no presentó ideación**, mientras que **45.8% presentó ideación leve**, **4.2% moderada** y **2.3% severa**, alcanzando una prevalencia total del **52.3%** en algún nivel de ideación suicida. Esta cifra es considerablemente más alta que la reportada por Medellín Marín et al. (2020), quienes encontraron una prevalencia de 26.2%, y duplica los resultados obtenidos por Gómez Tabares et al. (2020) en Colombia, en cuyo estudio solo el 12.8% presentó ideación suicida muy alta. La presente prevalencia también excede la hallada por Jumbo (2020) en Ecuador, donde se reportó un 39.6%, y supera las cifras encontradas por Gutiérrez Chambilla (2022) en Moquegua, donde la ideación alta alcanzó apenas el 5.94%. Estas comparaciones sugieren que la población evaluada presenta un nivel de vulnerabilidad más elevado, posiblemente asociado a condiciones psicosociales específicas del entorno, factores familiares y escolares, o a un incremento general en los problemas de salud mental postpandemia, tendencia también mencionada en estudios recientes.

Con respecto a la depresión, en el presente estudio el **40.4% de los adolescentes presentaron depresión**, un valor comparable al encontrado por Jumbo (2020), quien reportó un 39.6%, pero superior al de García Mayorga (2023), que halló niveles moderados en 14.3% de los adolescentes, y al de Gómez Tabares (2020), donde solo 2.8% presentó depresión grave. Asimismo,

la proporción observada en este estudio difiere de los resultados de Medellín Marín (2020), donde predominó la depresión mínima (68.7%) y solo un 8.3% presentó depresión severa. Estas variaciones podrían explicarse por diferencias en los contextos socioculturales, el uso de instrumentos distintos, o las características propias de cada población educativa, aunque todas coinciden en demostrar que la depresión constituye un problema recurrente entre los adolescentes.

El análisis inferencial reflejó una asociación clara y estadísticamente significativa entre depresión e ideación suicida, sustentada por una fuerza de relación elevada ($\phi=0.643$ y V de Cramer= 0.371). Este hallazgo es consistente con numerosos estudios previos. Medellín Marín et al. (2020) reportaron una correlación positiva significativa ($RS=0.696$), mientras que Gómez Tabares (2020) encontró una relación similar ($r=0.725$), confirmando que la depresión incrementa sustancialmente la probabilidad de ideación suicida. Asimismo, Jumbo (2020) identificó que los adolescentes con depresión tenían **8.52 veces** más probabilidades de presentar ideación suicida, OR incluso mayor que el hallado en el presente estudio. En la misma línea, el metaanálisis de Costa Souza (2023) reportó un OR combinado de **3.89**, evidenciando que la depresión casi cuadruplica el riesgo de ideación suicida en la población estudiantil.

Los resultados obtenidos también coinciden con la literatura peruana reciente: Pastor San Miguel (2023) identificó que los niveles altos de depresión aumentaban significativamente la probabilidad de ideación suicida, mientras que Carazas Caman (2021) encontró correlaciones moderadas a fuertes ($\rho=0.433$), semejantes a las obtenidas en este estudio. Además, Castellano Arce (2022) halló coeficientes de correlación elevados ($rs=0.658$), sobre todo en mujeres, lo cual sugiere que el sexo puede modular la fuerza de la relación. Sumado a ello en el presente estudio se analizó diferencia por sexo en esta variable, los antecedentes coinciden en señalar que las adolescentes femeninas tienden a presentar mayor afectación emocional, tendencia también observada por Medellín, Gómez Tabares y Amaral.

En general, la consistencia entre los hallazgos del presente estudio y los resultados latinoamericanos fortalece la hipótesis de que la depresión constituye uno de los predictores más robustos de la ideación suicida en adolescentes.

Incluso estudios experimentales como el de Amaral (2020), donde las intervenciones disminuyeron significativamente la depresión y la ideación suicida, respaldan esta relación causal. A su vez, investigaciones con modelamientos avanzados, como la metarregresión de Costa Souza (2023), han demostrado que esta relación puede intensificarse en sistemas educativos altamente demandantes o con predominancia femenina, lo cual podría explicar parcialmente la magnitud observada en la población evaluada.

Finalmente, la alta prevalencia encontrada en este estudio, junto con la magnitud de la relación estadística entre depresión e ideación suicida, plantea la necesidad de implementar programas de prevención, detección temprana y acompañamiento emocional en instituciones educativas. Esta urgencia es reforzada por múltiples autores, quienes coinciden en que la adolescencia es una etapa crítica de vulnerabilidad emocional y riesgo suicida. En conjunto, los hallazgos evidencian que el suicidio no es un evento aislado, sino el resultado de una interacción compleja entre factores psicológicos, familiares y sociales que requieren abordajes integrales, sostenibles y culturalmente adaptados.

4.3. CONCLUSIÓN

Primero : El estudio permitió determinar que existe una relación significativa y consistente entre la depresión y la ideación suicida en los adolescentes de 4° y 5° de secundaria de dos instituciones educativas nacionales del Cusco, 2025 que fue de (OR) de 9.505 (IC 95% [5.215- 17.324], $p < 0.001$) .Esta asociación se mantuvo incluso después del análisis multivariado, evidenciando que la depresión constituye el principal predictor clínico del riesgo suicida en esta población. Los adolescentes con depresión presentan nueve veces más probabilidad de desarrollar ideación suicida, lo que confirma la relevancia de este trastorno como factor de riesgo prioritario.

Segundo: Se estimó el grado de ideación suicida, se encontró una prevalencia elevada de 52.3%. Ideación leve (45.8%), Moderados (4.2%) y Severos (2.3%). Estos valores superan los reportados en estudios nacionales previos, lo cual evidencia que los escolares cusqueños atraviesan un escenario de vulnerabilidad psicológica importante, posiblemente influenciado por estrés académico, conflictos familiares y limitado acceso a servicios especializados de salud mental.

Tercero : Del mismo modo, se calculó el grado de depresión en los adolescentes, identificándose niveles moderados (20.8%), moderadamente severos (10.4%) y severos (9.2%). En conjunto, el 65.8% presentó algún grado de depresión superior al mínimo, lo que constituye un riesgo elevado para el desarrollo de ideación suicida. Esta alta prevalencia confirma que la depresión representa un problema emergente de salud pública en la población juvenil del Cusco, influido por factores escolares, sociales y económicos.

Curato : Finalmente, aunque variables como sexo, grado académico, convivencia y percepción de seguridad en casa mostraron asociaciones iniciales, ninguna mantuvo significancia tras el ajuste estadístico, demostrando que su efecto es secundario respecto a la depresión. No obstante, se observó una tendencia relevante en la percepción de seguridad en el hogar, lo cual sugiere que ambientes familiares tensos podrían contribuir al incremento del riesgo suicida. En conjunto, los hallazgos resaltan la necesidad de intervenciones

escolares y familiares enfocadas en la detección temprana y manejo de la depresión, con el fin de prevenir la ideación suicida en adolescentes.

4.4. SUGERENCIAS

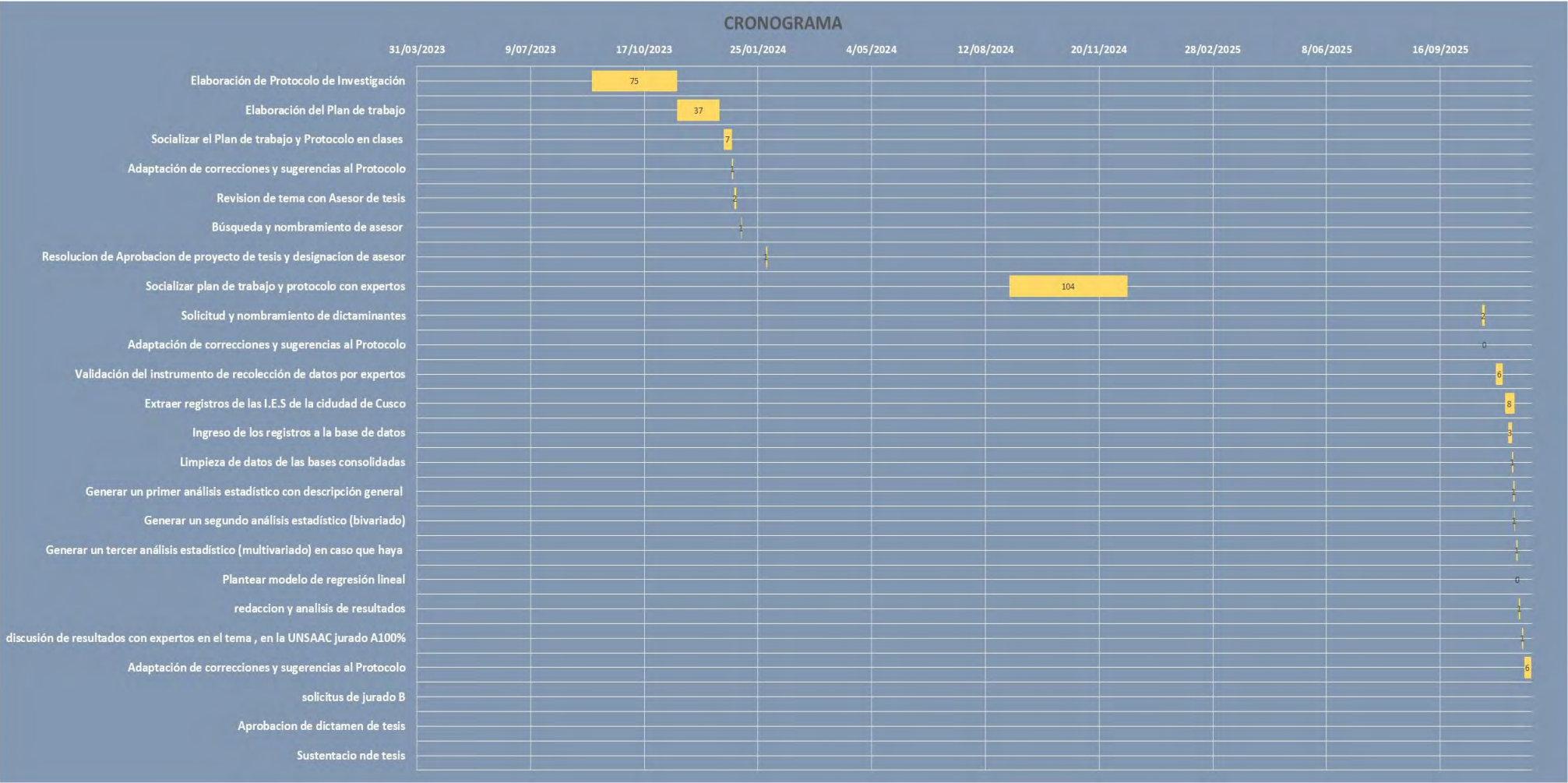
1. Para futuras investigaciones en instituciones educativas de la ciudad de Cusco
 - Ampliar la muestra a más distritos, incluir factores familiares, escolares y socioeconómicos, y realizar estudios longitudinales que evalúen la efectividad de programas preventivos. Complementar con análisis cualitativos para comprender mejor la experiencia adolescente.
2. Para el director de las instituciones educativas participe de la investigación
 - Realizar charlas psicológicas rutinarias mediante el departamento de psicología y ayuda al estudiante puesto que estas enfermedades psicológicas son altamente prevenibles
3. Para personal de psicología y salud mental de las instituciones educativas nacionales de la ciudad de Cusco
 - Estandarizar protocolos de tamizaje y derivación rápida. Fortalecer la capacitación continua en manejo de crisis y entrevista sensible. Mejorar la coordinación entre centros de salud y escuelas, y aplicar intervenciones breves basadas en evidencia.
4. Para los adolescentes de instituciones educativas nacionales encuestados
 - Promover educación emocional, espacios de escucha segura y actividades recreativas que fortalezcan vínculos protectores y permitan identificar tempranamente depresión o riesgo suicida. Involucrar a las familias mediante talleres prácticos sobre señales de alerta y cómo ofrecer apoyo sin estigmatizar.
5. Para el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y centros de atención de primer nivel
 - Impulsar campañas sostenidas de promoción de la salud mental, reducir estigma y facilitar el acceso a servicios especializados. Priorizar zonas vulnerables y articular esfuerzos entre autoridades, escuelas, centros de salud y líderes comunitarios.

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Se propone el siguiente presupuesto para realizar la investigación en función del cronograma planteado

ACTIVIDAD	DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO	DETALLES DEL COSTO	PRESUPUESTO
Imprimir cuadernillos de validación	06 unidades del cuadernillo de validación para expertos	6 unidades x 0.60 soles	3.6
Impresión del protocolo	06 unidades de proyecto de investigación	6 unidades x 7 soles	42
Imprimir fichas de recolección de datos	370 fichas de recolección	370 hojas x 0.10 soles	37
Pago por solicitud de dictaminantes	01 pago	Pago único x 30 soles	30
Pago por aprobación de protocolo	01 pago	Pago único x 25 soles	25
Aplicación de la ficha de recolección de datos	Tipo de transporte: servicio urbano por 276 días	10 días x 1 sol	10
	Solicitudes de autorización que se emitirá a los centros educativos secundarios para el posterior estudio	2 solicitudes x 1 soles	2
	Almuerzo para personal de apoyo , en el caso que haya	2 apoyo por S/7 de refrigerio	14
Digitalización y transcripción de datos	Pago por servicio de internet (3 mes)	3 meses x 59 soles	177
Procesamiento de datos	Compra de un paquete estadístico (SPSS)	01 licencia x 45 soles	45
Análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones	Reunión de análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones	2 días por 2 expertos (S/30 refrigerio)	120
	Redacción final (corrección de estilo)	1 investigador por 400 soles	300
Impresión de informe final para el jurado evaluador	04 unidades del informe final	4 unidades x 15 soles	60
Entrega de ejemplar empastado para la biblioteca y CD serigrafiados (escuela y INIME)	01 unidad del ejemplar empastado	1 unidad x 45 soles	45
	02 CD serigrafiados y quemados	2 unidades x 7 soles	14
TOTAL			924.6

CRONOGRAMA



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS :

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Quien.int. [citado el 1 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es>
2. Encuesta nacional mental Cañón Buitrago SC. Citado en la Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM, 2015)
3. (***) University of California UCLA [Internet]. Suicide Rates among young people continue to rise, but there are ways to help [Fecha de acceso: 18 de septiembre 2023]. Disponible en: <https://www.uclahealth.org/news/suicide-rate-highestamong-teens-and-young-adults>
4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS, cop. 2020 [citada 25 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es>.
5. Sistema Informático Nacional de Defunciones - Ministerio de Salud (SINADEF) [Internet]. Gob.pe. [citado el 5 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/defunciones/>
6. Ministerio de Salud REUNIS :. Repositorio Único Nacional de Información en Salud - Ministerio de Salud [Internet]. Gob.pe. [citado el 5 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/reunis/>
7. Ministerio de Salud (MINSA)[Internet]. Gob.pe. [citado el 5 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE05/mental.pdf>
8. CONTRERAS-CORDOVA, Coco R. et al.Suicidios en el Perú: Descripción epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017-2021. Rev Neuropsiquiatr [online]. 2022, vol.85, n.1, pp.19-28. Epub 21-Mar-2022. ISSN 0034-8597. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4152>
9. CDC español. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2023 [citado el 5 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/index.html>
10. Ceballos-Ospino GA, Suarez-Colorado Y, Suescún-Arregocés J, Gamarra-Vega LM, González KE, Sotelo-Manjarres AP. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. Duazary [Internet]. 2015;12(1):15. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156301003>

11. GERENCIA REGIONAL DE SALUD (GERESA) Normas y documentos legales 26 de octubre de 2022. Resolución de Gerencial Regional N° 1189-2022-GRCUSCO/**GERESA**. RESOLUCION GERENCIAL 1189.
12. Arafat SMY, Saleem T, Menon V, Ali SA, Baminiwatta A, Kar SK, Akter H, Singh R. Depression and suicidal Beauvoir in South Asia: a systematic review and meta-analysis. *Glob Ment Health (Camb)*. 2022 Apr 1;9:181-192. doi: 10.1017/gmh.2022.20. PMID: 36618741; PMCID: PMC9806989.
13. CHACALIAZA, Karina Pamela Tirado; MANRIQUE, Jimmy Diaz. Depresión e ideación suicida en adolescentes: una revisión narrativa. *PsiqueMag*, 2022, vol. 11, no 2, p. 108-116.
14. Miguel PS, Marcelo P. Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 4to y 5to año de secundaria de una institución educativa en Lima Metropolitana 2023. Universidad Ricardo Palma; 2023.
15. MayorgaM. G., & Mayorga LascanoM. (2023). Relación entre depresión y riesgo suicida en adolescentes de Tungurahua. *AXIOMA*, 1(28), 10-16. <https://doi.org/10.26621/ra.v1i28.866>
16. Castellano Arce, R. E., & Palomino Huamán, L. M. (2023). Depresión e ideación suicida en estudiantes adolescentes de una institución educativa en la ciudad de Huamanga, 2022. Universidad César Vallejo.
17. Gutiérrez C, Cristhine A. Depresión e ideación suicida en estudiantes de 3ro, 4to y 5to grado de secundaria de la Institución Educativa Juan Bautista Scarsi Valdivia, Samegua 2022. Universidad José Carlos Mariátegui; 2023.
18. Carazas, J. (2021). Depresión e ideación suicida en alumnos de una institución educativa nacional de Lima Metropolitana [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5571>
19. Medellín Marín, E., Roger, A., Carolina, S., Rodríguez-González, K. Y. y Ramoz-MartínezL. (2022). Depresión y Riesgo Suicida en Estudiantes de Secundaria. *Revista Salud y Administración*
20. Tabares, A., Núñez, C., Osorio, M. y Aguirre, A. (2020). Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 54 (1). <https://doi.org/10.21865/ridep54.1.12>
21. Amaral AP, Uchoa Sampaio J, Ney Matos FR, Pocinho MTS, Fernandes de Mesquita R, Sousa LRM. Depresión e idea suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención. *Enferm Glob* [Internet]. 2020 [citado el 22 de diciembre de 2025];19(3):1–35. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000300001

22. Eliana Patricia Alejandro Jumbo , Depresión e ideación suicida en adolescentes del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja : <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/23330/1/ElianaPatriciaAlejandroJumbo.pdf.pdf>
23. Tabares, A., Nuñez, C., Osorio, M., & Aguirre, A. (2020). Riesgo Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación -e Avaliacá Psicológica, i(54). <https://www.redalyc.org/journal/4596/459664448014/459664448014.pdf>
24. Costa Souza L, Pequeno Galvão L, Soares Paiva H, de Azevedo-Marquês Périco C, Ventriglio A, Torales J, Castaldelli-Maia JM, Sousa Martins-da-Silva A. Trastorno depresivo mayor como factor de riesgo de ideación suicida en asistentes a instituciones educativas: un metaanálisis y metarregresión. **Rev Paul Pediatr**. 2023;41:e2021344. doi:10.1590/1984-0462/2023/41/2021344. PMID: 36921167; PMCID: PMC10013990.
25. Caman C, de los Angeles J. Depresión e ideación suicida en alumnos de una institución educativa nacional de Lima Metropolitana. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2021.
26. Abarca, C., et al. (2018). *Revisión de literatura para identificar escalas de valoración suicida normalizadas*. Medwave; por ejemplo para sensibilidad/especificidad de la C-SSRS.
27. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde [Internet]. Bvsalud.org. [citado el 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/>
28. OPS/OMS [Internet]. Paho.org. [citado el 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es>
29. Cañón Buitrago SC, Carmona Parra JA. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2018 [citado el 6 de diciembre de 2023];20(80):387–97. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014
30. Boyce P, Carter G, Penrose-Wall J, Wilhelm K, Goldney R. Summary Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for the Management of Adult 45 Deliberate Self-Harm. *Australasian Psychiatry*. [Internet]. 2003 Jun [citado 2018 Oct 15]; 11(2): 150 - 155. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1039-8562.2003.00541.x>
31. Rae.es. [citado el 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.rae.es/>

32. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F. & Emery, G. (1979) Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press Blackburn, I.M. James, I.A. Milne D.L & Reichelt F.K. (2001) Cognitive Therapy Scale – Revised (CTS-R)
33. EL SUICIDIO ESTUDIO de Sociología EMILIO DURKHEIM [citado el 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.sijufor.org/uploads/1/2/0/5/120589378/el_suicidio_-_durkheim_emilie.pdf
34. Shneidman E. Suicidio y suicidología: una breve nota etimológica. Comportamiento suicida que amenaza la vida 1971;1:260–264
35. Shneidman E. Suicidio y suicidología: una breve nota etimológica. Comportamiento suicida que amenaza la vida 1971;1:260–264
36. Wenzel, A., Brown, GK y Beck, AT (2009). Un modelo cognitivo de actos suicidas. En A. Wenzel, GK Brown y AT Beck, Terapia cognitiva para pacientes suicidas: aplicaciones científicas y clínicas (págs. 53–77). Asociación Americana de Psicología. <https://doi.org/10.1037/11862-003>
37. Villar, F., Castellano-Tejedor, C., Verge, M., Sánchez, B., & Blasco-Blasco, T. (2018). "Predictors of suicide behavior relapse in pediatric population". The Spanish Journal of Psychology, 21. e6. Doi:10.1017/sjp.2018.7
38. La ONU en Perú [Internet]. La ONU en Perú | Las Naciones Unidas en Perú. [citado el 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://peru.un.org/es/about/about-the-un>
39. Soutullo C, Mardomingo M. Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. [Internet]. Madrid: Editorial Medica Panamericana. 2015. [Citado 02/05/17]. Disponible en: <http://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788499697987.pdf>
40. Hernández Soto PA, Villarreal Casate RE. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. MEDISAN [Internet]. 2015 Ag [citado 7 Feb 2016]; 19(8):1051-1058. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800014&lng=pt
41. El suicidio y sus interpretaciones teóricas. F Rodríguez Pulido, J. L. Glez. de Rivera y Revuelta, R. Gracia Marco y D. Montes de Oca Hernández, Psiquis, 1990: 11: 374-380
42. Joiner, T. E. (2005). Why people die by suicide. Harvard University Press.
43. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría. Pensilvania: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.

44. Cortés A, Aguilar J, Suárez R, Rodríguez E, Durán JS. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2011 [citado 28 mar 2014]; 27(1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004
45. Baños-Chaparro, J. (2022). Ideación suicida pasiva y activa: una breve descripción: Passive and active suicidal ideation: a brief description. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*, 6(1), 42–45. Recuperado a partir de <https://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/170>
46. Ministerio de Salud. (2019b). Más del 60% de los pacientes que van a los servicios de salud mental son menores de 18 años de edad. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/29765-mas-del-60-de-los-pacientes-que-van-a-los-servicios-de-salud-mental-son-menores-de-18-anosde-edad>
47. Evolución de pacientes con intento de suicidio: seguimiento a un año de Alba-Carballo, .; Fernández-Baz, I.; Díaz-Vidal, L.; Martínez-Hervés, M.; Costas-González, M.; Núñez-Arias, D.
48. Urra, J. (2019). La huella de la desesperanza: Estrategias de prevención y afrontamiento del suicidio. Ediciones Morata. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/ujcm/166494>
49. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). *The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure*. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
50. Krefetz, D., Steer, R., Gulab, N., & Beck, A. (2002). Convergent Validity of the Beck Depression Inventory-II With the Reynolds Adolescent Depression Scale in Psychiatric Inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 78(3), 451-452. doi:10.1207/S15327752JPA7803_05
51. Rodríguez, E., & Farfán, D. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año. *Revista de Investigación Universitaria*, 4(2), 71-78. doi:<https://doi.org/10.17162/riu.v4i2.688>
52. Guía de Consultas de los Criterios Diagnósticos del (DSM-5) American Psychiatric Association. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
53. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. (2017). Depresión en la infancia y adolescencia: información para el paciente, familiares y personas interesadas. Ministerio de

- Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t). Obtenido de <http://hdl.handle.net/20.500.11940/13743>
54. Asociación Española de Pediatría [Internet]. Aeped.es. [citado el 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.aeped.es>
55. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" [Internet]. Gob.pe. [citado el 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/institucional/institucional.htm>
56. Bridge, JA, Goldstein, TR y Brent, DA (2006) Suicidio y conducta suicida en adolescentes. Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil, 47, 372-394. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
57. Mardomingo M. J. y Catolin-Zamora M. L. (1992), Intentos de suicidio en la infancia y adolescencia: características epidemiológicas. An Esp Pediatr 37, (1), 29-32.
58. Cortés, A., Román, M., Suárez, R. y Alonso, R. (2021). Conducta suicida, adolescencia y riesgo. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. 11(2), 1-6
59. Manifestación de catatonía en un adolescente con síndrome 22q11.2 Termini, Katherine y cols. Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Volumen 62, Número 12, 1281 - 1286
60. propiedades psicométricas de la escala de depresión para adolescentes de reynolds – segunda versión (edar-2) en estudiantes de secundaria de lima metropolitana <https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/15858/pascual-rivera-rodriquez-robles-propiedades-psicometricas-escala.pdf?sequence=1&isallowed=y>
61. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
62. INFORME BELMONT: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos.*. Revista Médica Herediana [Internet]. 1993 [citado 2 de agosto de 2023];4(3). Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/424>
63. Pineda Quevedo M, Salado M. Depresión e ideación suicida en estudiantes preparatorianos. Rev estud psicol [Internet]. 2023 [citado el 22 de diciembre de 2025];3(3):35–43. Disponible en: <https://estudiospsicológicos.com/index.php/rep/article/view/114>

64. Gillies D, Christou MA, Dixon AC, Featherston OJ, Rapti I, Garcia-Anguila A, Villasis-Keever M, Reebye P, Christou E, Al Kabir N, Christou PA. Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018 Oct;57(10):733-741. doi: 10.1016/j.jaac.2018.06.018. Epub 2018 Aug 21. PMID: 30274648.
65. Nesi J, Burke TA, Bettis AH, Kudinova AY, Thompson EC, MacPherson HA, Fox KA, Lawrence HR, Thomas SA, Wolff JC, Altemus MK, Soriano S, Liu RT. Social media use and self-injurious thoughts and behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2021 Jul;87:102038. doi: 10.1016/j.cpr.2021.102038. Epub 2021 May 8. PMID: 34034038; PMCID: PMC8243901.
66. Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Rosenbaum S, Schuch FB, Mugisha J, Probst M, Van Damme T, Carvalho AF, Stubbs B. Physical activity and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2018 Jan 1;225:438-448. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.070. Epub 2017 Aug 24. PMID: 28858658.
67. Fresán A, Dionisio-García DM, González-Castro TB, Ramos-Méndez MÁ, Castillo-Avila RG, Tovilla-Zárate CA, Juárez-Rojop IE, López-Narváez ML, Genis-Mendoza AD, Nicolini H. Cannabis smoking increases the risk of suicide ideation and suicide attempt in young individuals of 11-21 years: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2022 Sep;153:90-98. doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.06.053. Epub 2022 Jul 1. PMID: 35810604.
68. Barlow R, Payyazhi G, Hogan S, Grindlay D, Choi D, Verma M, Pasunuru K, Taylor R, Bewley A, Mohandas P. Suicide and Suicidality in Children and Adolescents with Chronic Skin Disorders: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol*. 2023 Jan 11;103:adv00851. doi: 10.2340/actadv.v102.1502. PMID: 36629476; PMCID: PMC9885289.
69. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, Cebrià A, Gabilondo A, Gili M, Lagares C, Piqueras JA, Rodríguez-Jiménez T, Rodríguez-Marín J, Roca M, Soto-Sanz V, Vilagut G, Alonso J. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health*. 2019 Mar;64(2):265-283. doi: 10.1007/s00038-018-1196-1. Epub 2019 Jan 12. PMID: 30635683; PMCID: PMC6439147.
70. Zhang MZ, Tang R, Rao WM, Wang MH, Liu MW, Yu HJ, He QQ. Body mass index and the risk of suicidal ideation and suicide attempt among youth in 45

- low-and middle-income countries. J Affect Disord. 2022 Feb 1;298(Pt A):357-363. doi: 10.1016/j.jad.2021.11.018. Epub 2021 Nov 10. PMID: 34774645.
71. Sampieri RH, Collado CF, Lucio M del PB. Metodología De La Investigación. 6.^a ed. México: McGraw-Hill; 2014
 72. CDC Español. (2024, 7 de octubre). *Un nuevo informe de los CDC muestra el riesgo de suicidio ligado a las condiciones económicas y sociales locales* . Sala de prensa de los CDC. <https://www.cdc.gov/media/es/releases/2024/s091024-vs-riesgo-suicidio.html>
 73. Mc Cubbin, R. (2025, 8 de mayo). *Minsa reporta 9 casos de conducta suicida al día en el Perú y advierte que este problema afecta a millas de familias* . infobae. <https://www.infobae.com/peru/2025/05/08/minsa-reporta-9-casos-de-conducta-suicida-al-dia-en-el-peru-y-advierte-que-este-problema-afecta-a-millas-de-familias/>
 74. [citado el 22 de diciembre de 2025]. Disponible en: <http://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v86n4/0034-8597-rnp-86-04-335.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1 : MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la investigación : **IDEACIÓN SUICIDA Y DEPRESION EN ADOLESCENTES DE 4 Y 5° DE SECUNDARIA DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS NACIONALES DE LA CIUDAD DE CUSCO, 2025**

ANEXO 1.- Matriz de consistencia							
Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Metodología	Recolección de datos
PG: ¿Cuál es la relación entre ideación suicida y la depresión, en estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria de colegios secundarios de la ciudad de Cusco ,2024?	OG: Determinar la relación entre las ideas suicidas entre depresión, en estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria de colegios secundarios de la ciudad de Cusco ,2024.	HG: La relación entre la ideación suicida y la depresión en estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria de colegios secundarios de la ciudad de Cusco ,2024 es fuerte. r=0.753	Variable dependiente			Tipo de estudio	se recopilará datos de con un instrumento de recolección de datos que consta de 13 ítems o preguntas que se divide en 3 secciones principales : la primera para la variable dependiente , la segunda parte para variable independiente y la tercera para las variables no implicantes o intervinientes. se realizará en 2 centros educativos , para lo cual se realizarán
			Ideación suicida	Actitud hacia la vida/muert Pensamientos o deseos suicida Proyecto de intento suicida Realización del intento proyectado Factor cognitivo afectivo Factor somático	¿Alguna vez has deseado estar muerto o haber deseado poder dormirte y no despertar jamás? ¿Has tenido alguna vez pensamientos suicidas? ¿Has pensado en como llevarías a cabo este pensamiento suicidas? ¿Has tenido estos pensamientos y alguna intención de actuar en consecuencia? ¿Has empezado a planificar o a elaborar los detalles de cómo suicidarte? ¿Tiene usted intención de llevar a cabo este plan?	cuantitativo analítico Transversal	
			Variable independiente				

					<p>Poco interés o placer en hacer las cosas</p> <p>Me he sentido decaído, deprimido o sin esperanzas</p> <p>He tenido dificultad para quedarme dormido o he dormido demasiado</p> <p>Se ha sentido cansado o con poca energía</p> <p>Sin apetito o ha comido en exceso</p> <p>Se ha sentido mal con ud mismo o sintio que es un fracaso, o ha quedado mal con su familia o ud. Mismo</p> <p>Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, como leer o ver la televisión</p> <p>¿Se ha movido lento o ha hablado lento y otras personas lo han notado?</p> <p>O lo contrario muy inquieto o agitado, más de lo normal</p> <p>¿Pensamientos de que estaria mejor muerto o de lastimarse de alguna manera?</p>	<p>observacional o no experimental</p> <p>Unidad de análisis</p> <p>estudiantes adolescentes de 4to y 5to grado de educación secundaria</p>	<p>respectivas solicitudes hacia dichos centros educativos , y poder llenar la ficha de recolección de datos exitosamente</p>
PE1: ¿Cuál es el nivel de ideación	OE1: : Estimar el nivel de	HE1: : El nivel de ideación				<p>Población y muestra</p> <p>esta dada por los estudiantes de 4to y 5to año de 2 colegios</p>	

suicida, en estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria de colegios secundarios de la ciudad de Cusco ,2024?	ideación suicidas, en estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria de colegios secundarios de la ciudad de Cusco ,2024	suicida en estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria de colegios secundarios de la ciudad de Cusco ,2024 es bajo B=0.244				de la ciudad de Cusco , que sufren de algún grado de depresión y además tienen en algún momento pensamientos sobre ideación suicidada	
						Criterios de inclusión	Plan de análisis de datos
PE2: ¿Cuál es nivel de depresión, en estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria de colegios secundarios de la ciudad de Cusco ,2024?	OE2: Calcular el nivel de depresión, en estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria de colegios secundarios de la ciudad de Cusco ,2024	HE2: El nivel de depresión en estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria de colegios secundarios de la ciudad de Cusco ,2024 es medio – alto, RP: 7,1.				Adolescentes con que hayan llenado la ficha de recolección de datos y hayan sido catalogadas con algún nivel de depresión, leve , moderado y severo	Se llevará acabo la recopilación de datos mediante un instrumento de recolección de datos en los estudiantes adolescentes , teniendo los criterios de inclusión y exclusión. Esta ficha de recolección de datos se ejecutará en los colegios secundarios , destinadas a la investigación . Con los datos obtenidos se creará una hoja de cálculo del programa Excel versión 2019 donde se incluirán todas
						Adolescentes de 4to o 5to grado de educación secundaria de 2 colegios de la ciudad de Cusco	

							las variables estudiadas, también se llevará a cabo un control de calidad de los datos ("missing o datos faltantes"; verificando que no existan celdas vacías, inconsistencias y duplicados de las mismas), identificando y resolviendo posibles errores ,para luego pasar por el programa STAT
			Variables intervinientes			Criterios de exclusión	Muestra
			edad	na	años cumplidos	adolescentes que no hayan llegado bien la ficha de recolección de datos y /o no hayan tenido resultado positivo para algún nivel de depresión ya sea leve, moderado o severo	La muestra será identificada mediante elección de adolescentes de 4to y 5to grado de educación secundaria de 2 colegios nacionales de la ciudad de Cusco, mediante el cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión de dicho muestreo El tamaño de la muestra se obtendrá con la ayuda del programa
			sexo		fenotipo de los estudiantes	Adolescentes que no estén cursando los grados 4to o 5to grado de educación secundaria los 2 colegios elegidos en la ciudad de Cusco.	
			lugar de procedencia		lugar de residencia		

				Epi InfoTM versión 7.2.6.0 del Centro de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC-EEUU)
	peso	na	cantidad de masa del estudiante	
	talla	na	metros alcanzados y altura	
	bullying	Maltrato Verbal, Exclusión Social Directa, Amenazas, Exclusión Social Indirecta Maltrato Físico	nivel de bullying	
	frecuencia de redes sociales	HABITUAL USO EXCESIVO FALTA DE CONTROL OBSESION	cantidad de tiempo que pasa en redes sociales	
	redes sociales	ME GUSTA , NUEVOS FANS , VISITAS O VISTAS , COMENTARIOS , AMIGOS	cantidad de aplicativos de redes sociales	
	fumar	recreacional moderado compulsivo , dependiente	cuantas veces al día o a la semana	
	absentismo laboral	asistencia o no asistencia al centro educativo	cantidad de días que asistió a clases académicas y horas y días lectivos en el colegio	
	discriminación	raza o color de piel, forma de hablar, rasgos físicos ,economía	presencia o ausencia de discriminación	

			justificación		
			Con esta investigación se pretende concientizar y reducir a tasa de ideación suicida en adolescentes de la región Cusco; y entender la relación entre la ideación suicida y depresión en adolescentes, contribuyendo como futuros médicos a tener la capacidad de promover, predecir, y diagnosticar a tiempo las enfermedades mentales en poblaciones vulnerables.		

ANEXO 2: Instrumento de Investigación



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco
Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



“IDEACION SUICIDA Y DEPRESION EN DOLESCENTES DE 4° Y 5° DE SECUNDARIA DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS NACIONALES DE LA CIUDAD DE CUSCO, 2025”

HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador: Univ. JHON DAVID HINOJOSA ARTEAGAE

ESTIMADO/A

Me dirijo a usted para informarle sobre la realización del estudio de investigación titulado: **“IDEACION SUICIDA Y DEPRESION EN DOLESCENTES DE 4° Y 5° DE SECUNDARIA DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS NACIONALES DE LA CIUDAD DE CUSCO, 2025”**, como parte del proceso para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano. El objetivo de la investigación es analizar si las experiencias adversas que se presentan durante la infancia tienen relación con la aparición de síntomas depresivos en la adultez, enfocándonos en la población universitaria.

La participación en este estudio es completamente voluntaria, anónima y será manejada de forma confidencial por el equipo de investigación. Usted tiene derecho de decidir si desea formar parte del estudio y, en caso de aceptar, puede retirar su consentimiento en cualquier momento, sin ninguna consecuencia.

Se le solicita responder a las preguntas con total sinceridad, en base a lo que usted conoce o piensa y de acuerdo a lo que ocurre en su vida cotidiana. Si tiene alguna duda, puede pedir alguna aclaración al encuestador. **Se agradece no brindar información falsa, pues el estudio puede fracasar. No hay respuestas buenas o malas, todas las respuestas son válidas.**

Gracias por su tiempo y colaboración.

Consentimiento informado:

Al firmar, indico que:

- He leído y comprendido la información que me proporcionaron.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y solicitar la eliminación de mis datos personales.
- Autorizo el uso de la información recopilada por esta ficha de recolección de datos.
- Consiento participar en el presente estudio: Si () , NO ()

Fecha:

Firma: _____



ANEXO 3:

INTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS , TEST DE DEPRESION



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO			FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS		FICHA N°	
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA						
"IDEACION SUICIDA Y DEPRESION EN ADOLESCENTES DE 4° Y 5° DE SECUNDARIA DE 2 INSTITUCIONES EDUCATIVAS NACIONALES DE LA CIUDAD E CUSCO"						
INSTRUCCIONES Encierra en un circulo o marca con una (x) la letra o numero que creas conveniente según tu situacion actual , NO EXISTE RESPUESTA BUENA O MALA ,esta ficha es totalmente anonima y confidencial, previo consentimiento y asentimiento informado, proceda a marcar					Fecha: / /	GRADO : a. 4° b. 5°
DATOS GENERALES :						
1. EDAD (años cumplidos) a. 14 a 15 b. 15 a 16 c. 16 a 17 d. 17 a mas	2. SEXO a. masculino b. femenino	3. LUGAR DE PROCEDENCIA a. urbano b. rural	4. SUFRE ALGÚN TIPO DE BULLING: a. físico b. verbal c. sexual d. cyberbullying e. ninguno	5. CON QUIÉN VIVE EN CASA a. familia b. solo c. otros	6. TE SIENTES SEGURO EN CASA a. si b. no	
7. CONSUME ALGÚN TIPO DE SUSTANCIA a. tabaco b. bebidas alcohol c. cannabis	8. CUANTAS REDES SOCIALES USA a. Una red social b. Dos redes sociales c. Tres redes sociales d. mas de 3	9. AUSENTISMO ESCOLAR a. falta a clases b. recupera clases si falta c. justifica sus faltas con el docente		10. SUFRE DISCRIMINACIÓN DE CUALQUIER TIPO , EN LA ESCUELA O EL LA CALLE a. si b. no		

CUESTIONARIO (CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE) PHQ-9					
Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "X" para indicar su respuesta)		NINGUN DÍA	VARIOS DÍAS	MAS DE LA MITAD DE LOS DÍAS DE LA SEMANA	CASI TODOS LOS DÍAS DE LA SEMANA
1	Poco interes o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2	Me he sentido decaído, deprimido o sin esperanzas	0	1	2	3
3	He tenido dificultad para quedarme dormido o he dormido demasiado	0	1	2	3
4	Se ha sentido cansado o con poca energia	0	1	2	3
5	Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6	Se ha sentido mal con ud mismo o o sintio que es un fracaso, o ha quedado mal con su familia o ud. mismo	0	1	2	3
7	Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, como leer o ver la television	0	1	2	3



INTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS , TEST DE DEPRESION E
ESCALA DE COLUMBIA PARA RIESGO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES (C-SSRS)



**ESCALA DE COLUMBIA- PARA RIESGO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES
(C-SSRS)**

Durante el ultimo mes , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? , NO HAY REPUESTA BUENA O MALA ,

(Marque con un “ X” para indicar su respuesta)

1	¿Alguna vez has deseado estar muerto o haber deseado poder dormirte y no despertar jamás?	SI	NO
2	¿Has tenido alguna vez pensamientos suicidas?	SI	NO
3	¿Has pensado en como llevarías a cabo este pensamiento suicidas?	SI	NO
4	¿Has tenido estos pensamientos y alguna intención de actuar en consecuencia?	SI	NO
5	¿Has empezado a planificar o a elaborar los detalles de cómo suicidarte?	SI	NO
6	¿Tiene usted intención de llevar a cabo este plan?	SI	NO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



CUADERNILLO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

“ IDEACIÓN SUICIDA Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 4° Y 5° DE SECUNDARIA DE 2 INSTITUCIONES EDUCATIVAS NACIONALES DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2025 ”

Estimado/a doctor/a:

Me complace dirigirme a usted debido a su amplia experiencia en el campo de la psiquiatría e investigación. Me encuentro actualmente desarrollando una investigación titulada:

“ IDEACIÓN SUICIDA Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 4° Y 5° DE SECUNDARIA DE 2 INSTITUCIONES EDUCATIVAS NACIONALES DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2025 ”

Cuyo objetivo es. Determinar la relación entre las ideas suicidas entre depresión, en adolescentes de 4° y 5° de secundaria de 2 instituciones educativas nacionales de la ciudad del cusco, 2025 ”

En este sentido, me gustaría solicitar su colaboración en la validación de una ficha de recolección de datos diseñada para recopilar información sobre ideación suicida , sociodemográfica, y factores intervinientes en la muestra ya explicada

Agradezco de antemano su colaboración en este proyecto de investigación y quedo a la espera de su respuesta.

Atentamente :

Estudiante

Jhon d. Hinojosa Arteaga



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE VALIDACION POR EXPERTOS

“ IDEACIÓN SUICIDA Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 4° Y 5° DE SECUNDARIA DE 2 INSTITUCIONES EDUCATIVAS NACIONALES DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2025 ”

Presentado por : Jhon David Hinojosa Arteaga

En el presente cuestionario, se le solicita realizar la evaluación destinada a validar el instrumento para la presente investigación.

Para ello, por favor proceda a seleccionar la opción correspondiente marcando con un “X” dentro de los casilleros disponibles, en las escalas tipo Likert.

Dichas escalas constan de 5 opciones , **se le ruega dejar una sugerencia , u observación acerca del cuestionario presentado , esto con el afán de mejorar la calidad de educación y formación profesional de nosotros como futuros médicos**

1. **Ausencia de elementos que absuelven**
2. **Absolución escasa**
3. **Términos intermedios**
4. **Absuelven en gran medida**
5. **Totalmente suficiente**



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE: “RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2025”

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....

.....

.....

Agradezco anticipadamente su colaboración

ANEXO 4: Validación del instrumento

Validez a criterio de expertos, utilizando el método DPP (distancia del punto medio)

Procedimiento:

Se construyó una tabla donde colocamos los puntajes por ítems y sus respectivos promedios, brindados por cuatro especialistas del tema.

N° de ítem	Expertos				Promedio
	A	B	C	D	
1	4	5	5	5	4.75
2	4	5	5	5	4.75
3	5	5	5	5	5
4	5	5	5	5	5
5	4	4	5	4	4.25
6	5	5	5	5	5
7	5	4	3	5	4.25
8	5	5	5	5	5
9	5	5	5	5	5

Con los promedios hallados se determinó la distancia del punto múltiple (DPP) mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x-y_1)^2 + (x-y_2)^2 + \dots + (x-y_9)^2}$$

Donde:

X = valor máximo en la escala concedido para cada ítem Y =

promedio para cada ítem

$$DPP = \sqrt{(0.25)^2 + (0.25)^2 + 0 + 0 + (0.75)^2 + 0 + (0.75)^2 + 0 + 0} = \sqrt{1.245}$$

Si DPP es igual a cero, significa que el instrumento posee una adecuación total con lo que pretende medir, por consiguiente, puede ser aplicado para obtener información.

Resultado:

$$DPP = 1.11$$

Determinando la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{(x_1-1)^2 + (x_2-1)^2 + \dots + (x_n-1)^2}$$

Donde:

X = valor máximo en la escala concedido para cada ítem. Y= 1

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{(4)^2 + (4)^2 + (4)^2 + (4)^2 + (4)^2 + (4)^2 + (4)^2 + (4)^2 + (4)^2} = \sqrt{144}$$

$$D (\text{máx.}) = 12$$

D (máx.) se dividió entre el valor máximo de la escala: $D (\text{máx.}) / 5$

Resultado: 2.4

Con este último valor hallado se construyó una escala valorativa a partir de cero, hasta llegar al valor D máx.; dividiéndose en intervalos iguales entre sí, denominados de la siguiente manera:

A = adecuación total

B = adecuación en gran medida C=

adecuación promedio

D = escasa adecuación

E = inadecuación

0 – 2.4					
A		2.5 – 4.8			
(1.11)	B	4.9 – 7.2	
		()	C
			()
				D	7.3 – 9.6
				()
					E
					9.7 – 12
					(
)

El punto DPP se debería localizar en las zonas A o B, caso contrario la encuesta requeriría reestructuración y/o modificación; luego de las cuales se sometería nuevamente a juicio de expertos.

Conclusión

El valor hallado del DPP en el estudio fue de **1.11** encontrándose en la zona **A**, lo cual significa **Adecuación total** del instrumento, para medir lo propuesto.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE ENCUESTA

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

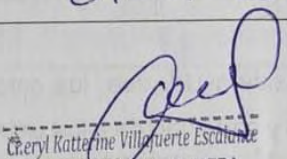
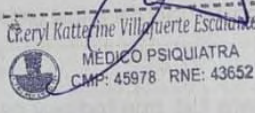
.....

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA CONTRIBUCIÓN A LA
VALIDACIÓN DE ESTE INSTRUMENTO.

Att: Jhon David Hinojosa Arteaga

IDENTIFICACION DEL EXPERTO

Nombres y Apellidos	CERYL VILLOVERTE E.
Lugar de Trabajo	HRC.
Fecha de Validación	04-11-2025
Firma y Sello	 

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE ENCUESTA

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

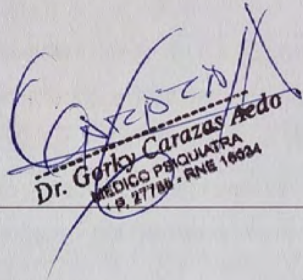
.....

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA CONTRIBUCIÓN A LA
VALIDACIÓN DE ESTE INSTRUMENTO.

Att: Jhon David Hinojosa Arteaga

IDENTIFICACION DEL EXPERTO

Nombres y Apellidos	Gorky Carrazas Aedo
Lugar de Trabajo	Privado
Fecha de Validación	04 11 2023
Firma y Sello	 Dr. Gorky Carrazas Aedo MEDICO PSIQUIATRA C.R. 27789 - RNE 16624

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE ENCUESTA

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---


10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

Usar escalas con 5, fácil comprensión
para el grupo etario a estudio.

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA CONTRIBUCIÓN A LA
VALIDACIÓN DE ESTE INSTRUMENTO.

Att: Jhon David Hinojosa Arteaga

IDENTIFICACION DEL EXPERTO

Nombres y Apellidos	Diana Mercedes Uoclla Concha
Lugar de Trabajo	Hospital Regional Cusco
Fecha de Validación	05/11/25.
Firma y Sello	 HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO UNIDAD DE HOSPIEDADES DE DÍA SALUD MENTAL Diana M. Uoclla Concha MEDICO PSIQUIATRIA CMP. 63732 RNE 37906 ~

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE ENCUESTA

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

4. ¿Considera Ud. que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	---------------------------------------	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

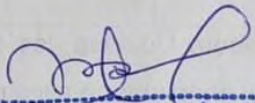
.....

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA CONTRIBUCIÓN A LA
VALIDACIÓN DE ESTE INSTRUMENTO.

Att: Jhon David Hinojosa Arteaga

IDENTIFICACION DEL EXPERTO

Nombres y Apellidos	JORGE Luis Cabezas Limaco
Lugar de Trabajo	UMLH cusco
Fecha de Validación	11-11-25
Firma y Sello	 JORGE LUIS CABEZAS LIMACO MEDICO PSIQUIATRA C.M.P 29644 - R.N.E. 16144

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE ENCUESTA

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

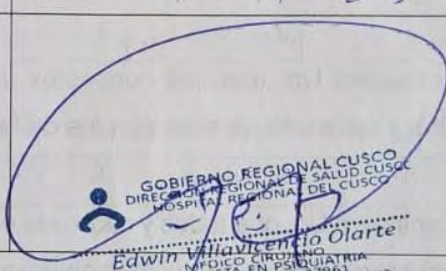
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?


.....
ninguno

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA CONTRIBUCIÓN A LA
VALIDACIÓN DE ESTE INSTRUMENTO.


Att: Jhon David Hinojosa Arteaga

IDENTIFICACION DEL EXPERTO

Nombres y Apellidos	Edwin Villavicencio Olarte
Lugar de Trabajo	H.R.C.
Fecha de Validación	11-11-25
Firma y Sello	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO Edwin Villavicencio Olarte MÉDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA RNE 31940 EMP 37963 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



SOLICITO : Autorización para recolección de datos mediante encuesta y test profesional con fines académicos y tesis profesional universitaria

SEÑOR HUMBERTO SUÁREZ RÍOS, DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "INCA GARCILASO DE LA VEGA" DE CUSCO

I. E. EMBLEMÁTICA
"INCA GARCILASO DE LA VEGA"
MESA DE PARTES
30 OCT. 2025
Exp. 3256
Firma: _____


Yo , **Jhon David Hinojosa Arteaga** identificaco con DNI N° **70492179** alumno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco con codigo de alumno **091383** , con el debido respeto me presento y digo

Que , siendo egresado de la facutad de Medicina Humana , recurro a su despacho con la finalidad de solicitar autorizacion para aplicar mi documento de recoleccion de datos en el plantel educativo ,especificamente en los estudiantes de 4° y 5° grado de secundaria que esten de acuerdo en participar en el estudio titulado: **" IDEACIÓN SUICIDA Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 4° Y 5° DE SECUNDARIA DE 2 INSTITUCIONES EDUCATIVAS NACIONALES DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2025 "**, previo consentimiento o asentimiento informado de los padres o apoderados o de los mismos participantes , tomando las medidas de seguridad y rigor científico como el anonimato y confidencialidad de los participantes del estudio; los datos solo se usaran con fines académicos. Por lo cual reitero mi peticion y su autorizacion ; netamente para llenar las encuesta dada en las horas de tutoria previa autorizacion y conocimiento por el docente del curso. Será una prueba en fisico o formulario virtual puesto que son problemas propios de este grupo etario. Y concluido el trabajo se le hara presente los resultados obtenidos.

POR LO EXPUESTO:



Ruego a ud. Dr. acceda a mi solicitud

Cusco , 30 de octubre 2025



Jhon david hinojosa arteaga
DNI N° : 70492179

Cel - 925724673

Coordinar con el Sr. Dr. Marcelino



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



SOLICITO : Autorización para recolección de datos mediante encuesta y test profesional con fines académicos y tesis profesional universitaria

SEÑORA, HILDA BEATRIZ MAMANI AYMA, DIRECTORA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "COMERCIO 41" DE CUSCO

Yo, **Jhon David Hinojosa Arteaga** identifico con DNI N° **70492179** alumno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco con código de alumno **091383**, con el debido respeto me presento y digo

Que, siendo egresado de la facultad de Medicina Humana, recorro a su despacho con la finalidad de solicitar autorización para aplicar mi documento de recolección de datos en el plantel educativo, específicamente en los estudiantes de 4° y 5° grado de secundaria que estén de acuerdo en participar en el estudio titulado: **"IDEACIÓN SUICIDA Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 4° Y 5° DE SECUNDARIA DE 2 INSTITUCIONES EDUCATIVAS NACIONALES DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2025"**, previo consentimiento o asentimiento informado de los padres o apoderados o de los mismos participantes, tomando las medidas de seguridad y rigor científico como el anonimato y confidencialidad de los participantes del estudio; los datos solo se usarán con fines académicos. Por lo cual reitero mi petición y su autorización; netamente para llenar las encuestas dadas en las horas de tutoría previa autorización y conocimiento por el docente del curso. Será una prueba en físico o formulario virtual puesto que son problemas propios de este grupo etario. Y concluido el trabajo se le hará presente los resultados obtenidos.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a ud. Dr, acceda a mi solicitud

Cusco, 03 de Noviembre 2025

Jhon david hinojosa arteaga

DNI N° : 70492179



Artes y Oficios
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN BÁSICA
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN BÁSICA
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN BÁSICA

Coordinar con el
Asf Wilfredo,
T.O.B