

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS
AL RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARÍA - AREQUIPA 2021”**

Tesis presentada por los Bachilleres:

Obando Vera, Sebastian Dudri

Solís Endara, Raúl César

para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Vargas Olivera, Germán Augusto

Arequipa- Perú

2022

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MEDICINA HUMANA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 26 de Abril del 2022

Dictamen: 004052-C-EPMH-2022

Visto el borrador del expediente 004052, presentado por:

2015101401 - OBANDO VERA SEBASTIAN DUDRI
2014132031 - SOLIS ENDARA RAUL CESAR

Titulado:

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS AL RIESGO SUICIDA EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA - AREQUIPA 2021**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

1249 - LLAZA LOAYZA ELISA GLORIA
DICTAMINADOR



1821 - ALVARADO DUEÑAS ELVIS FELIPE
DICTAMINADOR



2244 - ZEVALLOS RODRIGUEZ JUAN MANUEL
DICTAMINADOR



DEDICATORIA

A Dios y a la virgen María, por permitirme llegar con salud a culminar mi carrera universitaria, gozar de los míos en esta etapa tan importante para mí y por guiar cada paso que doy en mi vida.

A mis padres, Napoleon y Rosario, por enseñarme la vocación de la salud, por todas las oportunidades que me han brindado con su duro trabajo y por demostrarme lo que es el verdadero amor incondicional. Todo lo que soy es gracias a ustedes, espero siempre llenarlos de orgullo.

A mis hermanos, Julissa, Kimberly y Kaleb, y a mi pequeña sobrina, Fernanda, quienes alegran mis días más difíciles y por quienes siempre busco ser una mejor persona.

A la clínica San Juan de Dios, mi sede de internado, donde conocí excelentes profesionales quienes me ayudaron a crecer de manera exponencial en mi formación académica, pero, sobre todo, como persona.

A mis pacientes, quienes confiaron en mí y me impulsaron a expandir mis conocimientos para seguir ayudando a los demás.

A todos y cada uno de ellos va dedicada mi tesis.

Sebastian Dudri Obando Vera

A mis padres, que con su esfuerzo me han permitido materializar el anhelado sueño, a mi hermano por ser él.

A Valeria, por su paciencia e infinita comprensión.

A mis maestros y docentes, algunos de ellos desde el cielo, que me han inculcado el amor por la medicina.

A mis amigos, quienes incondicionalmente me han apoyado y me apoyarán en todos los aspectos de mi vida.

Raúl César Solís Endara

AGRADECIMIENTO

A la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, por darnos la oportunidad de formarnos como Médicos Cirujanos.

A la Dra. Agueda Muñoz Toia, por todo el apoyo y fe puestos en el trabajo en mención.

A nuestros catedráticos y docentes, quienes brindaron su valioso tiempo y conocimiento para la realización de esta investigación.

Un sincero agradecimiento al Dr. WOPCH y al Dr. Diaz, que en vida demostraron ser un verdadero paradigma, como personas y como profesionales.

A los participantes de la investigación, que, sin su tiempo y disposición, la presente tesis no sería posible, y en ellos cobra sentido nuestro trabajo.

A nuestros compañeros y amigos, quienes estuvieron apoyándonos en todo el desarrollo de nuestro trabajo.

A nuestros jurados por colaborar con el éxito y realización de este trabajo de investigación.

RESUMEN

El presente trabajo busca determinar si existe asociación entre los factores sociodemográficos y psicopatológicos y el riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021.

Para ello se realizó un estudio descriptivo-analítico de corte transversal, el cual se realizó en la Universidad Católica de Santa María, Arequipa. Se utilizaron las escalas de DASS-21, Plutchik y la ficha sociodemográfica a través de la plataforma virtual. Participaron 471 estudiantes del primer año al sexto año de la facultad de medicina de la UCSM que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central) e inferencial (Chi cuadrado, Rho de Spearman, ratio de probabilidades, RP); para determinar la asociación entre las variables, se utilizó el ratio de probabilidades con la regresión de Poisson, a través del sistema SPSS v.22.0.

Encontrando que, de los estudiantes evaluados el rango de edad estaba entre los 16 y 33 años, con una edad promedio de 20.87 años (DE 2.602 años); el 66.7% fueron del sexo femenino, el 99.6% tenían un estado civil categorizado como soltero(a). Respecto al nivel socioeconómico, el 33.8% de evaluados pertenecieron al nivel C, y el 29.9% al nivel B. También, se observa que el 73% provienen de Arequipa. Asimismo, se obtuvo que el 69%, 69.6% y el 62% tenía algún grado de depresión, ansiedad y estrés respectivamente. De igual manera, se halló que el 44.8% tenían un nivel leve de riesgo suicida, el 48% presentan un nivel moderado; mientras que el 7.2% presentan un nivel alto de riesgo suicida. Por otro lado, se encontró que existe una correlación directa, moderadamente fuerte y estadísticamente significativa entre la depresión ($r= 0.792$; $p < 0.001$), ansiedad ($r= 0.596$; $p < 0.001$) y estrés ($r= 0.632$; $p < 0.001$) con el riesgo de suicidio. Respecto a los factores sociodemográficos y psicopatológicos estudiados, se demostró que existe asociación estadísticamente significativa entre la depresión (RP= 1.362; IC 95% [1.182; 1.569]; $p < 0.001$) y el riesgo de suicidio.

Se concluye que existe una correlación directa y estadísticamente significativa entre depresión, ansiedad y estrés con el riesgo suicida; no obstante, existe asociación estadísticamente significativa solo entre depresión y riesgo suicida en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021.

Palabras clave: depresión, ansiedad, estrés, riesgo suicida.



ABSTRACT

The current investigation seeks to determine if there is an association between sociodemographic and psychopathological factors and the risk of suicide in university students from first year to sixth year of the Faculty of Human Medicine of the Catholic University of Santa Maria in Arequipa 2021.

For this purpose, a descriptive-analytical, cross-sectional study was conducted at the Catholic University of Santa Maria, Arequipa. The DASS-21, Plutchik scales and the sociodemographic card were used through the virtual platform. A total of 471 students from the first year to the sixth year of medical school at UCSM who met the inclusion criteria participated. Descriptive statistics (frequencies, percentages, and measures of central tendency) and inferential statistics (Chi-square, Spearman's Rho, odds ratio, PR) were used; to determine the association between variables, the odds ratio was used with Poisson regression, through the SPSS v.22.0 system.

We found that, of the students evaluated, the age range was between 16 and 33 years, with an average age of 20.87 years (SD 2.602 years); 66.7% were female, 99.6% had a marital status categorized as single. With respect to socioeconomic level, 33.8% of those evaluated belonged to level C, and 29.9% to level B. Also, 73% were from Arequipa. Likewise, 69%, 69.6% and 62% had some degree of depression, anxiety and stress, respectively. Similarly, it was found that 44.8% had a mild level of suicidal risk, 48% had a moderate level, while 7.2% had a high level of suicidal risk. On the other hand, it was found that there is a direct, moderately strong and statistically significant correlation between depression ($r= 0.792$; $p <0.001$), anxiety ($r= 0.596$; $p <0.001$) and stress ($r= 0.632$; $p <0.001$) with the risk of suicide. Regarding the sociodemographic and psychopathological factors studied, it was shown that there is a statistically significant association between depression (PR= 1.362; 95% CI [1.182; 1.569]; $p <0.001$) and suicide risk.

It is concluded that there is a direct and statistically significant correlation between depression, anxiety and stress with suicidal risk; however, there is statistically significant association only between depression and suicidal risk in university students from first year to sixth year of the Faculty of Human Medicine of the Catholic University of Santa Maria in Arequipa 2021.

Key words: depression, anxiety, stress, suicidal risk.



ÍNDICE GENERAL

DICTAMEN APROBATORIO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	4
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.1. Enunciado del problema.....	5
1.2. Descripción del problema	5
1.2.1. Área del conocimiento	5
1.2.2. Operacionalización de variables	5
1.2.3. Interrogantes básicas	8
1.2.4. Tipo de investigación	9
1.2.5. Diseño de investigación	9
1.2.6. Nivel de investigación.....	9
1.3. Justificación del problema	9
2. OBJETIVOS	12
2.1. Objetivo principal	12
2.2. Objetivos específicos	12
3. MARCO TEÓRICO.....	13
3.1. Esquema conceptual.....	13
3.1.1. Depresión	13
3.1.2. Ansiedad.....	18
3.1.3. Estrés crónico.....	23
3.1.4. Riesgo, Ideación suicida e Intento de suicidio	26
3.2. Análisis de antecedentes investigativos	34
4. HIPÓTESIS.....	43
CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	44
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	45
1.1. Técnicas	45

1.2. Instrumentos.....	45
1.3. Materiales.....	45
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	45
2.1. Ubicación espacial.....	45
2.2. Ubicación temporal.....	45
2.3. Unidades de estudio.....	45
2.4. Población.....	45
2.4.1. Universo.....	45
2.4.2. Muestra.....	45
2.4.2.1. Criterios de inclusión.....	47
2.4.2.2. Criterios de exclusión.....	47
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	48
3.1. Organización.....	48
3.2. Recursos.....	48
3.3. Validación de los instrumentos.....	49
3.4. Criterios para el manejo de resultados.....	49
3.4.1. Plan de procesamiento.....	49
CAPITULO III RESULTADOS.....	51
DISCUSIÓN.....	68
CONCLUSIONES.....	77
RECOMENDACIONES.....	79
REFERENCIAS.....	81
ANEXOS.....	96
1. ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	
2. ANEXO 2: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA	
3. ANEXO 3: ESCALA DASS-21	
4. ANEXO 4: ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK	
5. ANEXO 5: DICTAMEN DE COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN	
6. ANEXO 6: DECLARACIÓN DE COMPROMISO DE ASESORÍA DE TESIS	
7. ANEXO 7: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas de los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021	53
Tabla 2: Apoyo familiar de los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021	54
Tabla 3: Edad de los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021	55
Tabla 4: Nivel de depresión en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021	56
Tabla 5: Nivel de ansiedad en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021	57
Tabla 6: Nivel de estrés en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021	58
Tabla 7: Nivel de riesgo suicida en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021	59
Tabla 8: Asociación entre sexo y riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021	60

xii

Tabla 9: Asociación entre estado civil y riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021	61
Tabla 10: Asociación entre nivel socioeconómico y riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021	62
Tabla 11: Asociación entre procedencia y riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021	63
Tabla 12: Correlación entre edad, factores psicopatológicos y riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021	64
Tabla 13: Asociación entre los factores sociodemográficos y psicopatológicos con el riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021	66

INTRODUCCIÓN

Desde sus principios académicos en la edad media, la carrera de medicina humana se ha considerado una profesión que ofrece la oportunidad de crecimiento y mejora personal¹. No obstante, desde hace ya varias décadas, distintas investigaciones han puesto en evidencia que tanto el personal médico como los estudiantes de medicina presenten niveles significativamente elevados de ansiedad, depresión y estrés, en comparación con lo esperado en la población general^{2,3,6}. Asimismo, existen diversos estudios que indican que los médicos y estudiantes de medicina tienen mayor riesgo de padecer otras enfermedades mentales y menor posibilidad de ser parte de un tratamiento óptimo, pese a que aparentemente tienen mayor accesibilidad a la atención médica^{4,5,79,122}.

En torno a esta situación problemática, un área de creciente preocupación fue la probabilidad de encontrar mayores niveles de suicidios en el sector salud –incluyendo la carrera médica–, por lo cual se vio la importancia de efectuar estudios que permitieran la comprensión del fenómeno suicida en este grupo. “Los primeros, fueron realizados especialmente en población de países económicamente desarrollados; sin embargo, poco después comenzó a estudiarse la prevalencia y los factores asociados a suicidio en estudiantes de medicina en otras partes del mundo, incluyendo Latinoamérica”⁶. Uno de los estudios más representativos en el contexto latinoamericano se realizó en Colombia, en el que participaron 953 estudiantes de la carrera de medicina, y se determinó que “el 15,7% de estos había tenido por lo menos un episodio de ideación suicida”⁷. La ideación suicida ha sido también motivo de investigación en nuestro país, en el cual se realizó un estudio con 159 médicos en formación, en los que se aplicó la prueba MINI, y se obtuvo que “11.2% de éstos presentaba ideación suicida”^{6,8}.

A nivel local se han realizado estudios sobre ideación suicida y los factores asociados; tal como la investigación realizada por Dávila Salas en el 2017, el propósito de su investigación de carácter transversal fue “determinar la prevalencia de ideación suicida en 88 internos de medicina humana en un nosocomio de Arequipa, en donde halló que el 27.3% de ellos presentó ideación suicida, 77.3% ansiedad y 81.8% depresión”⁷⁹, además “halló que el sexo femenino, lugar de procedencia, tener un diagnóstico de enfermedad mental, presentar ansiedad y depresión son factores de

riesgo para la ideación suicida”⁷⁹.

A nivel nacional, Leal Zavala investigó sobre las tendencias suicidas en 111 médicos varones relacionándolas con factores sociodemográficos, laborales y psicológicos durante el 2009, hallando que “la prevalencia de la ideación suicida fue de 28.8% y del intento suicida, 14.4%”^{1,79}; además, el autor sostiene que “los participantes con más altas puntuaciones para tendencia suicida presentan mayores niveles de percepción del estrés y perfeccionismo mal adaptativo, a diferencia de otras variables como estado civil, situación laboral y tipo de establecimiento donde labora, los cuales no tuvieron diferencia significativa en tendencias suicidas”^{1,79}. Por otro lado, en el 2020 Sindeev et al, evidenció “la existencia de asociación significativa entre el riesgo suicida con la disfunción familiar grave, probable depresión, probable ansiedad; además el intento suicida estuvo asociado significativamente con probable depresión y ansiedad, pensamiento homicida, riesgo de violencia, disfunción familiar grave y sospecha de problemas de alcohol”⁸⁰.

La investigación realizada por Perales et al es una de las que cuentan con una mayor muestra de 1819 estudiantes de pregrado general entre 15 y 44 años de la UNMSM en el 2015, cuyos principales hallazgos fueron que “los principales factores de riesgo para la conducta suicida son: el sexo femenino, la depresión, angustia y el vivir en un hogar no nuclear”⁸¹. Por su parte, Rotenstein y colaboradores realizaron una revisión sistemática de la prevalencia de la depresión, los síntomas depresivos y la ideación suicida entre médicos en formación, en investigaciones publicadas hasta el mes de septiembre del 2016⁸²; la autora indica que “la prevalencia bruta global combinada de depresión o síntomas depresivos fue del 27.2% con un aumento de 0.2% de forma constante desde 1982 hasta 2015”⁸². Respecto a la prevalencia bruta global de la ideación suicida fue de 11.1% variando entre 7.4% al 24.2%⁸². En Latinoamérica, Rodriguez y colaboradores realizaron un metaanálisis “con el objetivo de determinar la prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de la carrera medicina, hallando que el 13.85% de los evaluados presentó ideación suicida”⁶; por otro lado, Pinzón et al realizó una investigación en Bucaramanga para “determinar la prevalencia y los factores asociados a la ideación e intentos suicidas, hallando que el 15.7% de los estudiantes refirió ideaciones suicidas a lo largo de su vida, y solamente el 5% reportó por lo menos un intento suicida”⁷. Las variables del estudio que “presentaron

asociación con la ideación suicida fueron los síntomas depresivos clínicamente significativos, historia de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas y, percepción de su rendimiento académico durante el último año”^{7,80}.

Teniendo como base estos estudios anteriores, el número de limitado de investigaciones realizadas acerca de la ideación suicida en facultades de medicina en el Perú y que la coyuntura actual por el coronavirus podría contribuir a aumentar el riesgo de suicidio, los autores consideran sustancial el estudio de los niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con el riesgo suicida en estudiantes universitarios de la facultad de medicina de nuestra prestigiosa universidad¹⁰⁹.

La presente investigación se enfoca en determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y psicopatológicos con el riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santamaría en Arequipa 2021, a través de un diseño transversal descriptivo-analítico se han identificado las características sociodemográficas, los niveles de depresión, ansiedad, estrés y riesgo de suicidio en los estudiantes participantes del estudio.

El presente estudio está dividido en cuatro partes; el primer capítulo detalla el planteamiento del problema, en el cual se describen el enunciado y descripción del problema y operacionalización de las variables, las interrogantes básicas del estudio, la justificación del problema y los objetivos, y ulteriormente el marco teórico y conceptual. En el segundo capítulo, se presenta el planteamiento operacional del estudio, el cual versa sobre las técnicas, instrumentos y materiales de recolección de datos, el campo de verificación, la ubicación espacial, temporal y unidades de estudio, así como la descripción de la población, muestra y los respectivos criterios de inclusión y exclusión de los participantes, la estrategia de recolección de datos, recursos, validación de instrumentos y finalmente los criterios para el manejo de los resultados. En el tercer capítulo, se exponen - a través de cuadros elaborados por los autores, así como pruebas de estadística inferencial- los principales resultados de la investigación; finalmente, se procede a discutir los resultados mediante la integración de lo hallado frente a otros estudios de investigación y la literatura abordada por el presente trabajo, se exponen las conclusiones y recomendaciones elaboradas por los autores de la presente investigación.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Enunciado del problema

¿Qué asociación existe entre los factores sociodemográficos y psicopatológicos con el riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021?

1.2 Descripción del problema

1.2.1 Área del conocimiento

1.2.1.1 Área general : Ciencias de la Salud

1.2.1.2 Área específica: Medicina Humana

1.2.1.3 Especialidad : Psiquiatría

1.2.1.4 Línea : Depresión, ansiedad, estrés y riesgo suicida

1.2.2 Operacionalización de Variables

1.2.2.1 Variable principal:

Factores sociodemográficos y psicopatológicos

1.2.2.2 Variable secundaria

Riesgo suicida

Variable	Subvariable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
FACTORES SOCIO - DEMOGRÁFICOS	Edad	Ficha Sociodemográfica de elaboración propia	Años	De razón
	Sexo	Ficha Sociodemográfica de elaboración propia	Masculino/Femenino	Nominal
	Estado civil	Ficha Sociodemográfica de elaboración propia	Soltero / Casado / Conviviente / Viudo	Nominal
	Nivel socioeconómico	Ficha Sociodemográfica de elaboración propia	A: S/.12500 o más B: S/. 7000 C: S/. 4000 D: S/. 2500 E: S/. 1300	Nominal
	Procedencia	Ficha Sociodemográfica de elaboración propia	Arequipa/ fuera de Arequipa	Nominal
	Apoyo familiar	Ficha Sociodemográfica de elaboración propia	Padre / madre / tíos / hermanos / Otros	Nominal
	Año de Estudios	Ficha Sociodemográfica de elaboración propia	Primer año Segundo año Tercer año Cuarto año Quinto año	Ordinal

			Sexto año	
FACTORES PSICO - PATOLÓGICOS	Depresión	Escala de Depresión (DASS- 21) con 7 ítems puntuados de 0 a 3 cada uno, máximo 21 puntos	Normal = 0 – 4 puntos Bajo = 5 – 6 puntos Moderado = 7 – 10 puntos Severo = 11 – 13 puntos Extremadamente severo = 14 o más	Ordinal
	Ansiedad	Escala de Ansiedad (DASS- 21) con 7 ítems puntuados de 0 a 3 cada uno, máximo 21 puntos	Normal = 0 – 3 puntos Bajo = 4 – 5 puntos Moderado = 6 – 7 puntos Severo = 8 – 9 puntos Extremadamente severo = 10 o más	Ordinal
	Estrés	Escala de Estrés (DASS-21) con 7 ítems puntuados de 0 a 3 cada uno, máximo 21 puntos	Normal = 0 – 7 puntos Bajo = 8 – 9 puntos Moderado = 10 – 12 puntos Severo = 13 – 16 puntos Extremadamente severo = 17 o más	Ordinal
RIESGO SUICIDA	Riesgo suicida	Resultados del Inventario de Plutchik Intentos autolíticos previos, sentimientos de depresión, intensidad de la ideación actual, desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas	Riesgo Leve: 0 a 4 Riesgo Moderado: 5 a 10 Alto Riesgo Suicida: 11 a 15	Ordinal

1.2.3. Interrogantes básicas

- A. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y psicopatológicas de los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021?
 - ¿Cuáles son los niveles de depresión en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021?
 - ¿Cuáles son los niveles de ansiedad en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021?
 - ¿Cuáles son los niveles de estrés en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021?
- B. ¿Cuáles son los niveles de riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021?
- C. ¿Existe asociación entre los factores sociodemográficos y psicopatológicos con el riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021?

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos y psicopatológicos asociados con el riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021?

1.2.4. Tipo de investigación:

Estudio descriptivo-analítico de corte transversal

1.2.5. Diseño de investigación:

No experimental de corte transversal

1.2.6. Nivel de investigación:

Correlacional-asociativo

1.3 Justificación del problema

El presente trabajo de investigación científica se justifica por las siguientes razones:

1.3.1. Originalidad:

Existen tan solo algunos estudios que muestran cómo es que los estudiantes de medicina piensan y se sienten. De igual manera, es insuficiente la información sobre la correlación y asociación entre depresión, ansiedad y estrés y el riesgo de suicidio en el contexto del confinamiento social debido a la COVID-19¹²².

Los estudios de nuestra localidad no consideran a todos los grados de la carrera de medicina en sus estudios, ello nos permitirá tener una visión más amplia de la manifestación de los niveles de depresión, ansiedad, estrés y riesgo suicida.

Del mismo modo, no se cuenta con un plan de detección e intervención en estos estudiantes, a causa de la falta de datos y conocimientos suficientes sobre la situación local de esta problemática.

1.3.2. Científica:

Desde hace ya varias décadas diversos estudios han destacado al personal médico como una población con elevada tendencia al suicidio. Estudios recientes han ampliado información sobre este fenómeno y comprobaron que ocurre también en estudiantes de medicina. De tal forma que, la variable sociodemográfica ocupacional en la investigación coloca a la profesión médica y al estudio de esta como la de mayor riesgo hacia la conducta suicida.

Existe un vacío en el conocimiento en nuestra localidad respecto a la relación entre el riesgo suicida y los niveles de depresión, ansiedad, estrés y condiciones sociodemográficas; por lo tanto, el presente trabajo de investigación busca aportar información, para la implementación de planes y programas de salud mental en los estudiantes de medicina de nuestra localidad.

1.3.3. Humana:

Como estudiantes de medicina y médicos asistimos personas y es nuestro deber velar el bienestar físico, psicológico y social. tanto por nosotros, de nuestros futuros pacientes y las personas que dependen de nuestro buen criterio.

En vista de que los estudiantes de medicina son una población lábil a padecer ansiedad, depresión y estrés, añadiéndose actualmente la carga emocional que significa encontrarse en confinamiento social es fundamental tener información local sobre la prevalencia y los niveles de severidad de estas patologías y su relación con el riesgo de suicidio.

1.3.4. Social

El suicidio es indiscutiblemente un problema de salud pública, que provoca confusión social y tiene consecuencias tangibles. Cada año, casi 703 000 personas cometen suicidio y muchos más intentos. Los suicidios no solo ocurren en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, más del 77% de los suicidios suscitados en 2019 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. Esto justifica su existencia en América Latina como fenómeno

social, a pesar de que nuestras cifras estadísticas son inferiores a las de otros países^{57,60}.

Además, este estudio está respaldado por los resultados de un meta-análisis reciente realizado por Denis-Rodríguez, et al., titulado “Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica”, donde se observa que la prevalencia de la ideación suicida, así como del suicidio intentado y consumado, es mayor en los estudiantes médicos que en la población general; esto se concluyó tras la realización de numerosos estudios epidemiológicos en médicos en formación de todo el mundo⁷.

1.3.5. Contemporánea:

En los últimos 20 años, nuestra sociedad ha sido consciente del impacto de la salud mental en el desenvolvimiento de las actividades de los individuos, objetivándose a través de las campañas de salud mental, las políticas educativas, donde un profesional de salud mental debe participar en las instituciones educativas de forma permanente, y muchísimas más actividades. En términos de prevalencia, se ha visto un incremento de las enfermedades mentales en casi todas las edades, probablemente por el mayor diagnóstico, así como por la complejidad de los tiempos en los que estamos viviendo. La medicina también está cambiando y con ello, los niveles de exigencia y competitividad son altos, incluso desde el ingreso a la carrera; ello puede convertirse en un caldo de cultivo para la presentación de dichas patologías.

En la década pasada, la investigación y las estrategias sobre el fenómeno suicida aumentaron; es así como, en mayo de 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) implementó su primer Plan de Acción para la Salud Mental en su historia en la sexagésima sexta Asamblea Mundial de la Salud. Uno de los objetivos del plan fue reducir las tasas de suicidio en un 10% para 2020¹¹⁸.

Asimismo, en los últimos años se han realizado varios metaanálisis y revisiones sistemáticas respecto a la importancia actual del tema, publicándose información actualizada que sostiene y guía nuestra investigación.

1.3.6. Factibilidad:

Debido a que nuestro país aún se encuentra en emergencia sanitaria, el estudio puede realizarse mediante encuestas virtuales con instrumentos validados, sin ninguna dificultad.

1.3.7. Interés Personal:

Cuando nos encontrábamos cursando el segundo año de carrera este problema obtuvo nuestra atención en particular como resultado del suicidio de una interna de medicina de nuestra localidad; este fatídico suceso nos hizo reflexionar sobre la trascendencia de estos problemas y aceptar que nos enfrentamos a un problema que exige una investigación más profunda para tomar medidas idóneas.

Además, reflexionamos de la relevancia de la salud mental en la formación médica, la trascendencia de la oportuna detección de los trastornos depresivos, ansiosos e ideas suicidas; y aún más, queremos dar uno de los primeros pasos para que exista una línea de investigación en problemas de salud mental en estudiantes universitarios de nuestra carrera y de otras.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Principal

Determinar si existe asociación entre los factores sociodemográficos y psicopatológicos y el riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021.

2.2. Objetivos Específicos

2.2.1. Describir las características sociodemográficas de los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021.

- 2.2.2. Identificar los niveles de depresión en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021.
- 2.2.3. Identificar los niveles de ansiedad en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021.
- 2.2.4. Identificar los niveles de estrés en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021.
- 2.2.5. Identificar los niveles de riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021.
- 2.2.6. Determinar la correlación entre los factores sociodemográficos y psicopatológicos con el riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ESQUEMA CONCEPTUAL

3.1.1. Depresión

3.1.1.1. Definición

De acuerdo con el manual de psiquiatría de Kaplan y Sadock la depresión es definida como un trastorno afectivo caracterizado principalmente por una disminución del estado de ánimo y anhedonia, que afecta claramente al funcionamiento de la persona y persiste al menos durante 2 semanas. Es también denominada depresión unipolar, depresión melancólica y depresión neurótica¹⁰.

Es definida por la Organización Mundial de la Salud como uno de los trastornos mentales más frecuentes, en el cual el paciente desarrolla melancolía o tristeza, falta de interés o placer, culpa o baja autoestima, así como trastornos del sueño o del apetito, una sensación persistente de agotamiento y

problemas de concentración¹¹.

3.1.1.2. Epidemiología

La depresión es una patología prevalente alrededor del mundo y se estima que aflige a más de trescientos millones de personas¹¹. Si bien su prevalencia ha aumentado con el pasar de los años, la mayoría de los autores concuerda que parte del aumento puede atribuirse a cambios en los procedimientos para diagnosticar este trastorno afectivo¹².

Se ha objetivado que la depresión es más prevalente en países desarrollados que en los países en desarrollo. Siendo la prevalencia estimada en Estados Unidos y Europa de 18% y en los países como México y Brasil de 9%. Esta diferencia entre países desarrollados y en vías de desarrollo puede reflejar una variación significativa en los determinantes de la depresión debido a factores culturales o genéticos, sesgos de selección de muestras y problemas con la portabilidad intercultural de los criterios de diagnóstico¹³.

Independientemente de factores como la nacionalidad, la prevalencia de la depresión es aproximadamente dos veces mayor en las mujeres en comparación con los hombres, siendo asimismo las personas entre 18 y 29 años las más afectadas^{3,14,15}.

En el contexto nacional, en la población mayor de 12 años, los trastornos mentales más frecuentes son los episodios depresivos, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8,8% en Iquitos; y, se estima un promedio nacional de 7,6%¹⁶.

3.1.1.3. Etiología

“La depresión probablemente representa un grupo de trastornos heterogéneos que son fenotípicamente similares. Por tanto, la depresión puede considerarse la vía final común

de diferentes procesos patológicos que se producen a lo largo de un continuo biopsicosocial”¹²³.

La patogenia de la depresión mayor parece implicar tres conjuntos amplios de factores de riesgo, incluidos factores internalizantes (Ej., genética), factores externalizantes (Ej., abuso de sustancias) y adversidad (Ej., eventos estresantes). Los factores sociales y psicológicos también pueden contribuir a la etiología de la depresión¹⁷.

Correspondiente al factor genético se piensa que la depresión se debe a múltiples efectos genéticos pequeños, así como a influencias ambientales específicas del individuo. Los genes probablemente contribuyen a la vulnerabilidad a la depresión que requiere factores ambientales no genéticos adicionales para producir el trastorno¹⁸.

Respecto a la adversidad podemos mencionar factores estresantes que pueden aumentar el riesgo de desarrollar un episodio depresivo, de igual forma constituyen un factor de riesgo la falta de apoyo social, la soledad, o perder a algún familiar o ser querido. Estos factores cobran mayor importancia en individuos que presentan vulnerabilidad cognitiva¹⁹.

3.1.1.4. Diagnóstico

“Se tiene como base los criterios diagnósticos dados por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el manual DSM-V, en el cual se incluye además información actualizada para el diagnóstico de diferentes patologías psiquiátricas”²⁰.

“Una alternativa razonable al DSM-V para el diagnóstico de trastornos depresivos es la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, décima revisión (CID-10)”²¹.

Del mismo modo, “se cuenta con instrumentos validados tales como la Escala de Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Clasificación de Depresión de Hamilton”^{22,23,24,122}.

3.1.1.4.1. “Criterios Diagnósticos para el Trastorno de Depresión Mayor (DSM-V)”

A. “Cinco o más de los síntomas presentados a continuación que se hayan dado en un mismo periodo de tiempo de dos semanas y que significan un cambio del funcionamiento previo, siendo al menos uno de los síntomas el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer. No se debe tomar en cuenta síntomas que sean claramente atribuibles a otras patologías”.

1. “Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día y casi toda la semana”.
2. “Disminución significativa del interés o placer por realizar todas o casi todas las actividades diarias la mayor parte del día y casi toda la semana”.
3. “Evidente pérdida de peso sin hacer dieta o aumento del mismo, aumento o disminución del apetito durante casi toda la semana”.
4. “Insomnio o hipersomnia casi toda la semana”.
5. “Agitación o retraso psicomotor casi toda la semana”.
6. “Fatiga o pérdida de energía casi toda la semana”.
7. “Sentimiento de incompetencia o culpabilidad excesiva o inapropiada

durante casi toda la semana”.

8. “Disminución de la capacidad de pensar, mantenerse concentrado o tomar decisiones durante casi toda la semana”.

9. “Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan definido, intento de suicidio o un plan concreto para llevarlo a cabo”.

B. “Los síntomas provocan un malestar clínicamente importante o un deterioro en el área social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento”.

C. “El episodio no puede ser atribuido a efectos fisiológicos de alguna sustancia o a otra patología”.

D. “El episodio de Depresión Mayor no puede ser explicado por algún trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos”.

E. “Nunca se debe haber presentado un episodio maniaco o hipomaniaco”²⁰.

Un estudio encontró que la confiabilidad entre evaluadores (grado en el que dos o más médicos están de acuerdo) en el diagnóstico de la depresión mayor unipolar según los criterios del DSM-V era cuestionable, lo que puede deberse a la comorbilidad. Sin embargo, la experiencia previa con los mismos criterios sugiere que la fiabilidad puede ser muy buena cuando los médicos están capacitados para aplicar los criterios de diagnóstico²⁵.

3.1.1.5. Tratamiento

El fin primario del tratamiento inicial de la depresión es la disminución de los síntomas, así como la recuperación de los niveles de funcionamiento anteriores al episodio depresivo²⁶. Para cumplir con este propósito y basándose en ensayos aleatorizados que demostraron que, una combinación de farmacoterapia y psicoterapia era más eficaz que cualquiera de estos tratamientos por sí solos, se recomienda la combinación de farmacoterapia y psicoterapia²⁷.

Dentro de la farmacoterapia indicada para este trastorno afectivo se encuentran los antidepresivos de segunda generación: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Ej., Fluoxetina), Inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (Ej., Venlafaxina), antidepresivos atípicos (Ej., Bupropion) y moduladores de serotonina (Ej. Nefadozona); y los antidepresivos de primera generación: inhibidores de la monoaminoxidasa (Ej., Isocarboxacida), antidepresivos tricíclicos (Ej. Amitriptilina)²⁰.

Existen varias psicoterapias disponibles para tratar la depresión mayor unipolar, por lo general se sugiere la terapia cognitivo-conductual (TCC) o la psicoterapia interpersonal en lugar de otras psicoterapias. Sin embargo, alternativas razonables a la TCC y la psicoterapia interpersonal incluyen activación conductual, terapia familiar y de pareja, terapia de resolución de problemas, psicoterapia psicodinámica y psicoterapia de apoyo²⁸.

3.1.2. Ansiedad

3.1.2.1. Definición

Sadock y Kaplan plantean que “los trastornos de ansiedad cubren un amplio espectro de condiciones caracterizadas por una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga, que puede estar acompañada de síntomas vegetativos, como

cefalea, diaforesis, taquicardia e inquietud, y que por lo general se manifiestan por la incapacidad de permanecer sentado o estar de pie durante mucho tiempo”¹⁰.

De igual forma, la APA describe que “los trastornos de ansiedad se encuentran caracterizados por una sensación excesiva y desproporcionada de ansiedad y miedo como respuesta anticipada a una amenaza futura inminente, que puede ser real o imaginaria”¹²². La APA hace hincapié en la diferenciación del miedo y la ansiedad, siendo el miedo una señal de alerta a la ansiedad, como respuesta a una amenaza conocida, y la ansiedad una respuesta a una amenaza desconocida²⁰.

3.1.2.2. Epidemiología

Entre las diferentes condiciones que se encuentran dentro de los trastornos de ansiedad, destaca por su prevalencia el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). “Éste es uno de los trastornos mentales más comunes en los entornos de atención primaria y está asociado con un mayor uso de los servicios de salud”²⁹.

El trastorno de ansiedad generalizada es aproximadamente dos veces más común en mujeres que en hombres y es más frecuente en personas que tienen un nivel socioeconómico alto^{9,10,122}.

La prevalencia anual en EE. UU. del trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes es del 0,9% y en adultos es del 2,9%²⁰. En otro estudio realizados en ese mismo país “se estima una prevalencia para el trastorno de ansiedad generalizada que va de 5,1 a 11,9% a lo largo de la vida”³⁰.

En el contexto nacional, el “Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2015” realizado en nuestro país reveló una prevalencia de trastornos de ansiedad del 7,9% a lo largo de la vida¹⁶. Resultado que posiciona a los

trastornos de ansiedad como la patología mental más frecuente en nuestro país.

3.1.2.3. Etiología

La etiología de los trastornos de ansiedad es multifactorial y puede involucrar factores genéticos, del desarrollo, ambientales, neurobiológicos, cognitivos y psicosociales.

Los factores genéticos pueden estar asociados al desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), aun cuando los datos de los estudios de gemelos han sido inconsistentes; por otro lado, el TAG podría compartir una heredabilidad común con la depresión mayor³¹.

Respecto a los factores biológicos, las investigaciones de posibles alteraciones en los principales neurotransmisores norepinefrina, 5-hidroxitriptamina (5-HT, serotonina) y ácido gamma aminobutírico (GABA) en TAG han tendido a ser pequeñas, inconsistentes o no repetidas. Por otro lado, se reconoce que podría existir alguna alteración en el locus caeruleus y los núcleos del rafe que se proyectan principalmente al sistema límbico y a la corteza cerebral¹⁰.

Asimismo, se ha descrito que el TAG en la vida adulta se asocia con un número superior al promedio de experiencias traumáticas y otros sucesos vitales indeseables en la infancia, en comparación con los individuos sin TAG³².

3.1.2.4. Diagnóstico

“El diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se basa en la presencia de ansiedad generalizada, persistente y excesiva y una combinación de diversas quejas psicológicas y somáticas”.

3.1.2.4.1. “Criterios Diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (DSM-V)”

- A. “Ansiedad y preocupación excesivas (expectativa aprensiva), que ocurren más días de los que no lo hacen durante al menos seis meses, acerca de una serie de eventos o actividades (como el desempeño laboral o escolar)”.
- B. “Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación”.
- C. “La ansiedad y la preocupación están asociadas con tres o más de los siguientes seis síntomas, con al menos algunos síntomas que han estado presentes durante la mayoría de días durante los últimos seis meses”:
1. “Inquietud o sensación de nerviosismo”
 2. “Fatiga con facilidad”
 3. “Dificultad para concentrarse o mente en blanco”
 4. “Irritabilidad”
 5. “Tensión muscular”
 6. “Alteración del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o sueño inquieto o insatisfactorio)”
- D. “La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento”.
- E. “La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica (por ejemplo,

hipertiroidismo)”.
F. “La alteración no puede ser explicada mejor por otro trastorno mental”²⁰.

“La característica esencial de los criterios de diagnóstico para el TAG en la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud es la ansiedad “flotante”, con tensión, preocupación y sentimientos de aprensión prominentes sobre los eventos y problemas cotidianos. Además, el diagnóstico requiere la presencia de al menos cuatro características más de una lista de 22 síntomas relacionados con la excitación autónoma, la tensión, el estado mental, las molestias torácicas / abdominales y las alteraciones del sueño”²¹. Como con los criterios de diagnóstico del DSM-V, los síntomas deben estar presentes en la mayoría de los días durante los seis meses anteriores.

3.1.2.5. Tratamiento

Una vez diagnosticado un paciente con un trastorno de ansiedad generalizada (TGA), el siguiente paso es determinar si es necesario el tratamiento del trastorno basándose en una evaluación clínica de la gravedad, el grado de angustia o deterioro y las preferencias del paciente¹⁰.

Los pacientes con un subtipo más leve de TAG cuyos síntomas no interfieren significativamente con el funcionamiento pueden elegir razonablemente no recibir tratamiento inicialmente. El seguimiento clínico de estos pacientes cada seis meses será importante para controlar el curso del trastorno y determinar si los síntomas están empeorando o impidiendo su funcionamiento normal, lo que indicaría la necesidad de tratamiento¹⁰.

Para la mayoría de los pacientes con un nuevo diagnóstico de TAG que necesitan tratamiento, se recomienda un antidepresivo serotoninérgico, una terapia cognitivo-

conductual (TCC) o ambas, en lugar de otras intervenciones. Los antidepresivos serotoninérgicos y la TCC son los tratamientos eficaces más ampliamente estudiados para el TAG³³.

3.1.3. Estrés Crónico

3.1.3.1. Definición

Cannon acuñó el término "estrés" en la comunidad científica en 1911. Este investigador, en un primer momento “aplicó el término a todo estímulo susceptible de provocar una reacción de lucha o huida. Posteriormente esta palabra se utilizó también para designar los factores del medio cuya influencia exigía un trabajo mayor al habitual de los mecanismos homeostáticos de una persona”³⁴.

En 1936, Hans Selye acuñó el término “Síndrome General de Adaptación” para especificar los cambios que se suscitan en el organismo de una persona como efecto de la presencia mantenida de una situación estresante³⁵. Para Selye, este síndrome se caracterizaba por “síntomas inespecíficos y comunes, tales como cansancio, pérdida de apetito, baja de peso y astenia”³⁵.

Paralelamente al concepto de estrés biológico determinado por Selye, otros autores se han preocupado por delimitar el llamado estrés psicológico, que Engel definió como “todo aquel proceso, originado tanto en el ambiente interno como externo del individuo, que implica un requerimiento o un esfuerzo de su organismo, y cuya resolución requiere de los mecanismos psicológicos de defensa antes de cualquier otro sistema”³⁶. En dicho contexto, González de la Rivera define el estrés como “el conjunto de cambios en la fisiología basal del individuo directamente atribuibles a la eliminación o adaptación a estímulos dañinos ya sean reales o imaginarios”³⁷.

Tras ello, se descubrieron diferencias individuales significativas en la forma en que los individuos reaccionaron al mismo agente de estrés, lo que llevó a varios investigadores a concluir que un evento será estresante en la medida en que la persona lo percibe y valora como tal, independientemente de las características objetivas del mismo. Por todo lo previamente mencionado, actualmente el término estrés no puede definirse de forma exclusivamente objetiva, haciendo sólo referencia a las condiciones ambientales, sin tener en cuenta las características de la persona. Por lo tanto, en términos sencillos es posible afirmar que cuando un individuo es sometido a una situación estresante, ésta supera los mecanismos de afrontamiento, finalizando en una respuesta inefectiva o mal adaptativa¹¹⁹.

3.1.3.2. Estrés en Estudiantes de Medicina

Diversos estudios han demostrado que los estudiantes de medicina experimentan un alto nivel de estrés durante su carrera universitaria^{38,39,40}. Dichos niveles de estrés pueden tener un efecto negativo en el funcionamiento cognitivo y el aprendizaje de estos estudiantes.

La prevalencia estimada de estrés encontrada en diferentes estudios en estudiantes de medicina fue mayor que en la población general. En tres universidades británicas, la prevalencia del estrés fue del 31,2%, del 41,9% en una escuela de medicina de Malasia y del 61,4% en una escuela de medicina de Tailandia^{41,42,43}.

En un estudio realizado en Perú, en el que se midieron comparativamente los niveles de estrés entre estudiantes de diferentes carreras universitarias se determinó que los alumnos de la carrera de Medicina Humana tenían un mayor nivel de estrés en comparación con los estudiantes de Psicología y Derecho⁴⁴.

Es probable que el estrés en la escuela de medicina prediga problemas de salud mental posteriores, pero los estudiantes rara vez buscan ayuda para sus problemas⁴⁵. En un estudio sueco, la prevalencia de síntomas depresivos entre los estudiantes de medicina fue del 12,9% y el 2,7% de los estudiantes había realizado intentos de suicidio⁴⁶.

3.1.3.3. Diagnóstico

3.1.3.3.1. Diagnóstico del Estrés Crónico

El estudio del estrés cuenta con varias limitaciones teóricas y metodológicas, ello impacta directamente en la variedad de modelos teóricos e instrumentos de evaluación para su diagnóstico. Se han utilizado varios enfoques de medición, pero existen dos categorías principales: medidas fisiológicas y autoinformes⁴⁷. Respecto a éstos últimos referidos, encontramos una gran variedad de instrumentos, desde modelos enfocados en el cáncer como el Inventario de Distrés Emocional Percibido⁴⁸, hasta la Escala de Estrés Percibido – 10, el cual fue elaborado y adaptado a múltiples realidades⁴⁹.

Asimismo, en la presente investigación ha sido utilizado el instrumento DASS-21, que permite la valoración del estrés, junto con otras alteraciones de salud mental, originalmente constaba de 42 reactivos, pero fue adaptado para sólo contener 21 preguntas en escala tipo Likert⁵⁰.

3.1.3.4. Tratamiento

3.1.3.4.1. Entrenamiento en relajación

Es una de las intervenciones más sencillas y fácil de aplicar, se considera a Jacobson como uno de

los pioneros, con su famosa *relajación progresiva*, donde los pacientes aprenden a relajar grupos musculares, progresando a la relajación de la totalidad de grupos musculares, logrando la relajación completa de la persona⁴⁷.

3.1.3.4.2. Terapia cognitivo conductual

En la actualidad, es una herramienta terapéutica que cuenta con mayor evidencia y publicaciones sobre su efectividad, asimismo es usada para otros trastornos mentales, como la depresión y ansiedad. Se enfoca principalmente en el control de los pensamientos, creencias y pensamientos disfuncionales, para disminuir los efectos de éstos en las emociones, y por lo tanto mejorar el afrontamiento del estrés⁵¹.

3.1.3.4.3. Enfoques multimodales

Son intervenciones que consisten en diversas estrategias, pueden incluir el biofeedback, el entrenamiento en relajación, rehabilitación física y otros; implica la combinación de técnicas, que mejoran los resultados, pero la evaluación individual se hace difícil. A pesar de esas dificultades, en términos generales son eficaces⁴⁷.

3.1.4. Riesgo, ideación suicida e intento de suicidio

3.1.4.1. Definición

Comprendemos como riesgo suicida “cualquier manifestación de suicidio, ya sea ideación, conducta o intento”⁸⁶; para valorar el riesgo de suicidio se pueden utilizar una variedad de factores, tales como los factores

epidemiológicos, los factores histórico-culturales, el estado mental del individuo y las situaciones de estrés a las que éste es expuesto⁸⁷.

“Según la sinopsis de psiquiatría de Kaplan y Sadock la ideación suicida se define como el pensamiento que sirve de agente para la propia muerte; la gravedad puede variar de acuerdo con la especificidad de los planes de suicidio y del grado del intento suicida”^{20,79}. Es, asimismo, “denominado pensamiento suicida, comprende los deseos, actitudes y planes que tiene una persona para llegar a eliminarse”⁵².

Los intentos de suicidio se clasifican como tales cuando están acompañados de cualquier intento de acabar con la propia vida; esta clasificación es consistente con la utilizada por la mayoría de los autores⁵³, al igual que con las recomendaciones de CDC de los EEUU⁵⁴.

3.1.4.2. Epidemiología

Las estadísticas reportadas de suicidios posiblemente no reflejan la verdadera carga debido a la clasificación errónea de las muertes. Los suicidios pueden clasificarse erróneamente como accidentes o no intencionales en torno a la decisión del suicida, a la sensibilidad del fenómeno suicida, y al estigma social; incluso en algunos países, el suicidio es considerado ilegal. Los errores en la clasificación pueden ser causados por vacíos legales y de estándares relacionados a los registros de defunción⁵⁵.

En todo el mundo en 2015, “la tasa de suicidio estandarizada por edad fue de 12 por cada 100.000 personas”⁵⁶. Más de 800.000 personas murieron por lesiones causadas por sí mismas, y el suicidio fue la décimo cuarta causa principal de muerte en todo el mundo; el ahorcamiento, el consumo de pesticidas y las armas de fuego fueron los métodos más utilizados⁶⁷.

Basado en encuestas comunitarias realizadas por la OMS en 21 países ($n > 100.000$ adultos), “la prevalencia de 12 meses de intentos de suicidio no fatales es de aproximadamente 0.3 a 0.4% y la prevalencia de por vida es del 3%”⁵⁸. En EE. UU. en 2015, 1,4 millones de adultos intentaron suicidarse, lo que representó una prevalencia de 12 meses del 0,6%⁵⁹.

En estas encuestas comunitarias realizadas por la OMS también se reportó que “la prevalencia de ideas (pensamientos) suicidas durante 12 meses era aproximadamente del 2% y que la prevalencia de por vida era del 9%”⁵⁸.

En un estudio epidemiológico de salud mental en la sierra peruana realizada en el año 2014, se encontró que “el pensamiento y el intento de suicidio son los indicadores más sensibles a cambios, antes del suicidio consumado; en este estudio se describe que el 30.3% de la población adulta ha presentado deseos suicidas alguna vez en su vida, un 8.5% lo ha considerado en el último año y el 3.5% en el último mes”⁶⁰.

3.1.4.3. Factores de Riesgo Asociados

3.1.4.3.1. Historia de Intentos de suicidio previo

“Se estima que hay de 10 a 40 intentos de suicidio no fatales por cada suicidio consumado, debido a ello se considera que una historia previa de intento de suicidio es el factor predictivo más fuerte de suicidio”^{67,124}.

Un estudio de una muestra comunitaria “utilizó registros médicos de 1986 a 2007 para identificar a 1490 personas con un primer intento de suicidio en la vida que recibió atención médica; más del 5 por ciento ($n = 81$) murió por suicidio. De los 81, más de la mitad ($n = 48$, 59%) murió inmediatamente por el intento de suicidio índice,

y entre las 33 personas que sobrevivieron al intento índice, 27 (82%) se suicidaron en un año”^{61,124}.

3.1.4.3.2. Trastornos psiquiátricos

Los trastornos psiquiátricos se consideran predictores del comportamiento suicida; en algunos estudios se comprobó que más del 90% de los individuos con comportamientos autolíticos tenían un trastorno mental, mientras que el 95% de los suicidios consumados tenían algún antecedente⁶².

La gravedad de la enfermedad psiquiátrica está asociada con el riesgo de suicidio; a modo de ejemplo, un metaanálisis encontró que el riesgo de suicidio de por vida es del 8,6% en pacientes que han tenido una admisión psiquiátrica como paciente interno que involucra ideación suicida, 4% en pacientes que han tenido una admisión psiquiátrica por un trastorno afectivo sin tendencias suicidas, 2,2% en pacientes psiquiátricos ambulatorios y menos del 0,5% en la población general⁶³.

Los trastornos psiquiátricos más comúnmente asociados con el suicidio incluyen depresión, trastorno bipolar, alcoholismo u otro abuso de sustancias, esquizofrenia, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad que incluyen trastorno de pánico, trastornos de estrés postraumático y delirio. Los trastornos de ansiedad duplican con creces el riesgo de intentos de suicidio y una combinación de depresión y ansiedad aumenta enormemente el riesgo⁶⁴.

3.1.4.3.3. Estado Civil

El suicidio ocurre con mayor frecuencia en personas solteras que en personas casadas. En un metaanálisis de 36 estudios (n > 100.000.000 de personas) el riesgo de suicidio casi se duplica en los solteros en comparación con los casados. Los subanálisis realizados en este metaanálisis encontraron que el riesgo elevado era aproximadamente comparable para las personas solteras, divorciadas o viudas, en comparación con las personas casadas⁶⁵.

3.1.4.3.4. Sexo

Los hombres cometen suicidio en mayor proporción que las mujeres⁶⁶. “En 2012, la tasa mundial de suicidios estandarizada por edad en los hombres fue de 15 por cada 100.000 individuos y en las mujeres fue de 8 por cada 100.000, lo que implica una relación entre hombres y mujeres de 1,9”⁶⁷. No obstante, estas tasas varían según el ingreso nacional. “En los países de ingresos altos, la proporción de suicidios entre hombres y mujeres es de 3,5, mientras que, en los países de ingresos medios y bajos, la proporción es de 1,6”⁶⁷.

Las encuestas comunitarias en 21 países (n > 100.000 personas) estiman que la prevalencia de ideas (pensamientos) suicidas durante 12 meses es mayor en mujeres que en hombres (2.2 a 2.4% versus 1.6 a 1.7%), mientras que la prevalencia de intentos de suicidio es comparable para mujeres y hombres (0,3 a 0,5% y 0,3 a 0,4%)⁶⁸.

En los Estados Unidos, los datos de salud pública

indican que la tasa anual de suicidio por cada 100.000 personas es de tres a cuatro veces mayor en los hombres que en las mujeres (24 frente a 7)⁶⁹. Sin embargo, la tasa anual de intentos de suicidio no fatales y la ideación suicida son comparables para mujeres y hombres⁷⁰.

3.1.4.3.5. Minorías Sexuales

Los pensamientos y comportamientos suicidas son más frecuentes en las minorías sexuales. Como ejemplo, un metaanálisis de 46 estudios encontró que “la proporción de personas que intentaron suicidarse en los últimos 12 meses fue aproximadamente de dos a tres veces mayor en las minorías sexuales que en los heterosexuales; asimismo, determinó que los intentos de suicidio de por vida fueron aproximadamente cuatro veces mayores en las minorías sexuales que en los heterosexuales”⁷¹.

3.1.4.3.6. Ocupación

El suicidio puede ser mayor en pacientes que se desempeñan en ocupaciones no calificadas que en ocupaciones calificadas. Un metaanálisis de 34 estudios encontró que el riesgo de suicidio era mayor entre los trabajadores menos calificados (Ej., Limpiadores de oficinas) que en la población en edad laboral general⁷². Por el contrario, el riesgo de suicidio fue menor en los trabajadores más calificados (Ej., Gerentes generales) que en la población en edad de trabajar en general⁷³.

No obstante, entre los trabajadores altamente calificados, los médicos pueden tener un mayor

riesgo de suicidio. Un metaanálisis de 25 estudios encontró que “la tasa de suicidio fue mayor en los médicos que en la población general”⁷⁴.

3.1.4.4. Manejo del Paciente con Ideación Suicida

La primera prioridad para los pacientes que han intentado suicidarse es la estabilización médica en un hospital. Se debe contactar al servicio quirúrgico apropiado para el manejo del trauma. Los pacientes cuyo intento implicó la ingestión de fármacos deben ser descontaminados y recibir los antídotos indicados.

La hospitalización psiquiátrica para su posterior evaluación y la iniciación de la terapia es casi siempre indicada para pacientes con reciente comportamiento suicida (Ej., el intento de suicidio) o alto riesgo inminente de suicidio (Ej., los pacientes con ideación suicida moderada grave que incluye un plan e intención)⁷⁵.

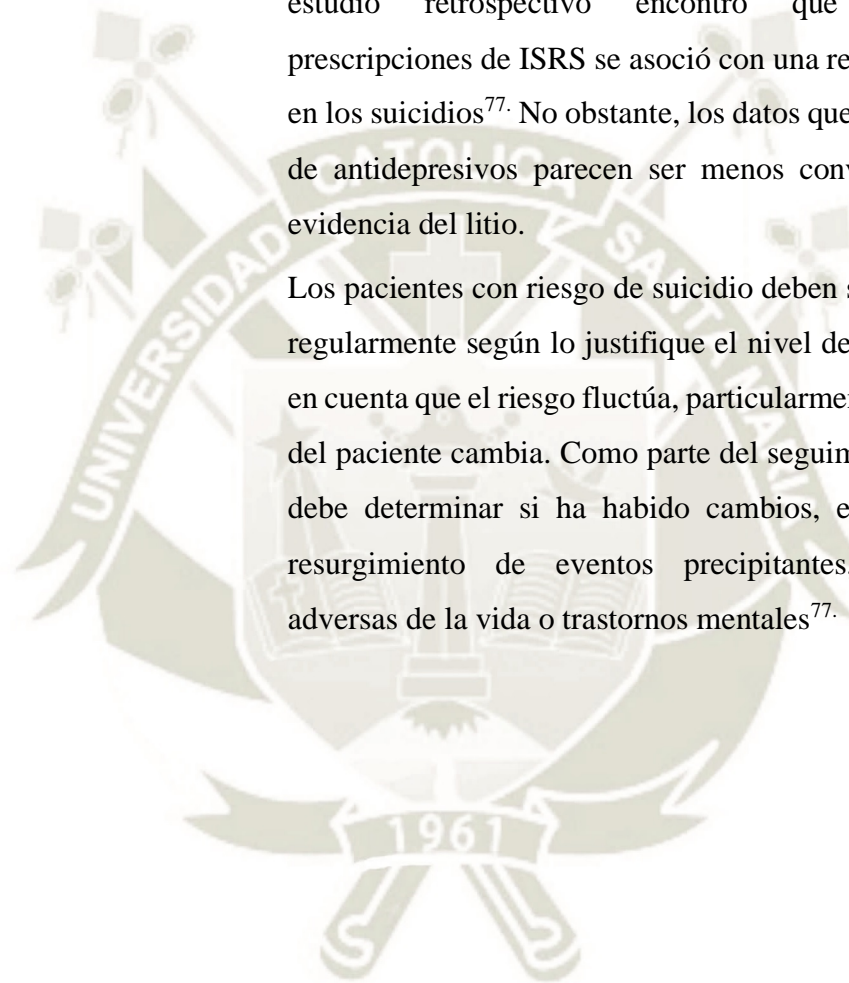
Como parte del apoyo a la capacidad del paciente para evitar un comportamiento suicida, los médicos deben discutir un plan de seguridad que especifique cómo los pacientes pueden hacer frente a los impulsos suicidas recurrentes en el futuro. El plan de seguridad es una herramienta terapéutica muy utilizada. Además, la medida en que los pacientes pueden comprometerse a mantenerse seguros y utilizar el plan de seguridad proporciona información adicional sobre su riesgo de comportamiento suicida, lo que ayuda a la evaluación del paciente⁷⁵.

Para pacientes con depresión mayor unipolar o trastorno bipolar, los ensayos aleatorios indican que el tratamiento de mantenimiento con litio puede prevenir el suicidio. Un metaanálisis de cuatro ensayos (485 pacientes con trastornos depresivos unipolares o trastorno bipolar) comparó litio con placebo para el tratamiento de continuación y mantenimiento

que varió de 20 a 104 semanas; la mayoría de los pacientes habían respondido inicialmente al tratamiento agudo con litio⁷⁶.

Los pacientes con depresión mayor unipolar aguda que manifiestan pensamientos o comportamientos suicidas generalmente se tratan con antidepresivos. Como ejemplo, un estudio retrospectivo encontró que duplicar las prescripciones de ISRS se asoció con una reducción del 25% en los suicidios⁷⁷. No obstante, los datos que respaldan el uso de antidepresivos parecen ser menos convincentes que la evidencia del litio.

Los pacientes con riesgo de suicidio deben ser monitoreados regularmente según lo justifique el nivel de riesgo, teniendo en cuenta que el riesgo fluctúa, particularmente si la situación del paciente cambia. Como parte del seguimiento, el médico debe determinar si ha habido cambios, especialmente un resurgimiento de eventos precipitantes, circunstancias adversas de la vida o trastornos mentales⁷⁷.



3.2. Análisis de antecedentes investigativos

3.2.1. Nivel local:

Autor: “Juan Ricardo Manuel Rodríguez Parra Fera”

Título: “Factores asociados a la ideación suicida en estudiantes del Programa de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa 2019”

Resumen:

“Los pensamientos y conductas suicidas son problemas de salud pública, para su prevención y tratamiento debe determinarse los factores de riesgo. Objetivo: Determinar la asociación de los factores como edad, sexo, sustento económico, tener pareja, relación de pareja, víctima de abuso sexual, convivencia, procedencia, maltrato, funcionamiento familiar disfuncional, depresión con la ideación suicida en estudiantes del programa de psicología. Material y métodos: la población estuvo compuesta por estudiantes de 1ro y 2do año de psicología de la UNSA. Estudio observacional, prospectivo, transversal según Douglas Altman. Previa autorización del Director de la Escuela de Psicología de la UNSA, se encuestó a los estudiantes coordinando con los docentes de cada aula. El instrumento recogió información sobre las características sociodemográficas, antecedente de abuso sexual, maltrato físico, para determinar la disfunción familiar, la ideación suicida y la depresión se utilizó el Apgar familiar, la escala de Beck, y el test de Birleson respectivamente. Resultados: el 38.40% presenta ideación suicida. El 48.70% de varones, el 63% de los que tuvieron abuso sexual, el 48% de los que tuvieron maltrato infantil, el 60.4% de los que tienen disfunción familiar, el 62.4% de los que tienen depresión tienen ideación suicida. El Análisis Multivariado determinó que los que son varones y simultáneamente sufren depresión tienen alta probabilidad de tener ideación suicida. Conclusión: Los factores relacionados significativamente con la ideación suicida son el ser de sexo masculino, ser víctima de abuso sexual, haber sufrido maltrato físico y/o psicológico en la infancia, la disfunción familiar y la depresión”⁷⁸.

Autor: “Dávila Salas, Bergie Hazel”

Título: “Prevalencia de ideación suicida y factores de riesgo asociados en internos de medicina Hospital Honorio Delgado Espinoza, Enero – diciembre 2017”

Resumen:

“Objetivos: Determinar la prevalencia de Ideación Suicida en Internos de Medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2017, determinar si existe asociación estadísticamente significativa entre la ideación suicida y determinados factores de riesgo. Métodos: Se trata de un estudio observacional transversal de asociación simple y de campo, de nivel correlacional. Se trabajó con una muestra de 88 internos de Medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza, a cada interno se le aplicó una Ficha de recolección de datos para los factores de riesgo, la Escala de Ideación Suicida de Beck (BIS), la Escala de Ansiedad y depresión de Goldberg (GADS) para medir las variables. Se determinó la prevalencia de Ideación Suicida, ansiedad y depresión, y cuáles son los factores de riesgo asociados a ideación suicida en esta población. La relación entre las variables de estudio mediante la prueba de X^2 , $P < 0.05$ y Odds Ratio. Resultados: De los 88 internos de Medicina encuestados, se encontró una prevalencia para la Ideación suicida de 27,3% (24 internos), además de la prevalencia de ansiedad (77.3%) y depresión (81.8%). Asimismo, se estableció relación estadística significativa ($p < 0,05$), entre ideación suicida y sexo, religión, procedencia, consumo de alcohol, diagnóstico de enfermedad mental, ansiedad y depresión. Siendo factores de riesgo (ODDS Ratio > 1) ser mujer, lugar de procedencia, consumir alcohol, tener un diagnóstico de enfermedad mental, presentar ansiedad y presentar depresión, además se encontró que la religión se consideraría un factor protector. Conclusiones: La prevalencia de ideación suicida es alta en los internos encuestados con respecto a la población general. También presentan niveles elevados de ansiedad y depresión. Determinados factores tienen relación con la ideación suicida, encontrándose que ser mujer, el lugar de procedencia, el consumo de alcohol, tener antecedente de trastorno mental, la

presencia de ansiedad y depresión son factores de riesgo que influyen directamente con la presencia de ideación suicida, siendo la religión un factor protector”⁷⁹.

3.2.2. Nivel nacional:

Autor: “Rafael Antonio Leal Zavala”

Título: “Tendencia suicida en una muestra de médicos varones de lima metropolitana y su relación con factores sociodemográficos, laborales y psicológicos”

Resumen:

“La presente investigación está orientada a conocer las características de la tendencia suicida en una muestra de médicos varones de Lima Metropolitana, Perú; así como el tipo de relación que existe entre esta tendencia y algunas variables de tipo sociodemográfico, laboral o psicológico. Para la recolección de los datos se desarrolló una encuesta conformada por 8 ítems de elección múltiple o completamiento que evalúan las características demográficas y laborales; y 34 ítems formulados en alternativa tipo Likert que evalúan la tendencia suicida y las variables psicológicas asociadas. Se evaluó a una muestra no aleatoria de 111 médicos varones que laboran en establecimientos públicos de salud de Lima Metropolitana, la aplicación de los instrumentos fue individual y en los respectivos centros de trabajo. Los hallazgos nos indican que la prevalencia vida de ideación suicida fue de 28.8% y del intento suicida de 14.4%. Los médicos con altas puntuaciones en tendencia suicida difieren significativamente de los que tienen baja tendencia suicida por sus mayores niveles de percepción del estrés y perfeccionismo mal adaptativo ($X = 23.11$ y 45.10 vs. 16.33 y 29.54 ; sig. = $p < 0.001$); igualmente, los médicos con alta tendencia suicida presentan una menor satisfacción con la vida que los médicos con baja tendencia suicida ($X = 39$ vs. 44.4). Asimismo, se halló que la tendencia suicida difiere de manera significativa según la religión que profesa el médico y el número de personas que sustenta económicamente; mientras que no se halló una diferencia significativa

en la tendencia suicida según las variables estado civil, situación laboral y tipo de establecimiento donde se labora. Por otro lado, se halló que no obstante la alta y significativa relación entre la tendencia suicida y las variables satisfacción con la vida ($r = -0,523$; $p < 0,001$), percepción del estrés ($0,476$; $p < 0,001$) y el perfeccionismo mal adaptativo ($r = 0,527$; $p < 0,001$); sólo esta última resultó poseer una predicción significativa de la tendencia suicida. Finalmente, se halló que la relación entre el perfeccionismo mal adaptativo y la tendencia suicida es afectada en mayor medida por la percepción del estrés que por la satisfacción con la vida”¹.

Autor: “Sindeev A, Arispe Alburqueque CM, Villegas Escarate JN”

Título: “Factores asociados al riesgo e intento suicida en estudiantes de medicina de una universidad privada de Lima”

Resumen:

“Objetivos: Determinar la prevalencia de vida de la conducta suicida y los factores asociados al riesgo e intento suicida en estudiantes del primer año de medicina de una universidad privada de Lima. Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal. Muestra no probabilística, censal, consideró los 134 (98,5% de la totalidad) estudiantes del primer año de medicina de la Universidad Privada Norbert Wiener (Lima, Perú) que aceptaron participar previa firma del consentimiento informado. Se utilizaron instrumentos validados en el ámbito latinoamericano. Las asociaciones se buscaron con el análisis bivariado ($p < 0,05$). Resultados: La prevalencia de vida del pensamiento suicida, deseos de morir e intento suicida en la muestra estudiada fue 34,3%, 22,4% y 19,4% respectivamente, siendo el riesgo suicida de 32,1%. El análisis bivariado demostró la asociación estadísticamente significativa del riesgo suicida principalmente con la disfunción familiar grave ($p < 0,001$), probable depresión ($p < 0,001$) y probable ansiedad ($p = 0,001$), por otro lado, el intento suicida se asoció significativamente con probable depresión ($p < 0,05$) y ansiedad ($p < 0,05$); pensamiento homicida ($p < 0,001$), riesgo de violencia ($p = 0,005$), disfunción familiar grave y sospecha de problemas con el alcohol ($p < 0,05$). Conclusiones:

La población de estudiantes del primer año de medicina de la Universidad Privada Norbert Wiener (Lima, Perú) constituye un grupo de riesgo respecto a la conducta suicida, la cual, además, se asocia a otros problemas de salud mental”⁸⁰.

Autor: “Perales A, Sánchez E, Barahona L, Oliveros M, Bravo E, Aguilar W, et al.”

Título: “Prevalencia y factores asociados a conducta suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú”

Resumen:

“Introducción. La Organización Mundial de la Salud ha señalado el incremento de riesgo suicida en personas de 15 a 44 años, grupo etario en el que se ubican los estudiantes universitarios. Objetivo. Determinar prevalencias de conducta suicida y variables asociadas en estudiantes de pregrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), Lima-Perú. Métodos. Estudio analítico, transversal. La población objetivo fue de 24 118 estudiantes matriculados en 2015. Se aplicaron los instrumentos de conducta suicida de la Encuesta Nacional de Salud Mental en el Perú 2002 y 2012, las escalas de ansiedad y depresión de Zung y el cuestionario CAGE para problemas de alcohol, a una muestra de 1819 estudiantes obtenida mediante muestreo bietápico. Se estimaron prevalencias y se empleó regresión logística para determinar factores asociados. Resultados. Las prevalencias de vida, último año, últimos seis meses y último mes de los componentes de la conducta suicida fueron: deseos de morir (35%; 13,9%; 11% y 5,6%); ideación suicida (22,4%; 8,2%; 6% y 3,3%); plan suicida (17,7%; 4,4%; 3,5% y 1,6%); e intento suicida (11,1%; 3,7%; 2,8% y 1,4%). Los factores de riesgo en términos de Odds Ratio (OR) ajustados y sus IC 95% fueron: condición de mujer 1,48 (IC 95%: 1,03-2,12), depresión 2,46 (IC 95%: 1,49- 4,06), angustia 2,5 (IC 95%: 1,38-4,6), y vivir en hogar no nuclear 2,51 (IC 95%: 1,70-3,72). De los estudiantes que intentaron suicidarse sólo 16% buscó ayuda profesional y 21% pensó repetir el intento. Conclusiones. Los estudiantes de la UNMSM tienen mayor riesgo de conducta suicida que

los de la población en general, tanto por razones científicas como por responsabilidad moral se recomienda implementar estrategias de intervención para revertir esta tendencia y proteger a este valioso recurso humano”⁸¹.

3.2.3. A nivel Internacional:

Autor: “Lisa S. Rotenstein, BA; Marco A. Ramos, MPhil; Matthew Torre, MD; J. Bradley Segal, BA, BS; Michael J. Peluso, MD, MPhil; Constance Guille, MD, MS; Srijan Sen, MD, PhD; Douglas A. Mata, MD, MPH”

Título: “Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students A Systematic Review and Meta-Analysis”

Resumen:

"Importancia: Los estudiantes de medicina tienen un alto riesgo de depresión e ideación suicida. Sin embargo, las estimaciones de prevalencia de estos trastornos varían entre estudios. Objetivo: Estimar la prevalencia de depresión, síntomas depresivos e ideación suicida en estudiantes de medicina. Fuentes de datos y selección de estudios: Búsqueda sistemática de EMBASE, ERIC, MEDLINE, psycARTICLES y psycINFO sin restricción de idioma para estudios sobre la prevalencia de depresión, síntomas depresivos o ideación suicida en estudiantes de medicina publicados antes del 17 de septiembre de 2016. Se incluyó la literatura revisada por pares y los métodos de evaluación validados utilizados. Extracción y síntesis de datos: Información sobre las características del estudio; prevalencia de depresión o síntomas depresivos e ideación suicida; y 3 investigadores extrajeron de forma independiente si los estudiantes que dieron positivo en la detección de depresión buscaron tratamiento. Las estimaciones se combinaron mediante un metaanálisis de efectos aleatorios. Las diferencias por características a nivel de estudio se estimaron mediante metaanálisis estratificado y metarregresión. Principales resultados y medidas: Prevalencia puntual o periódica de depresión, síntomas depresivos o ideación suicida según lo evaluado mediante un cuestionario validado o

una entrevista estructurada. Resultados: Los datos de depresión o de prevalencia de síntomas depresivos se extrajeron de 167 estudios transversales ($n = 116\ 628$) y 16 estudios longitudinales ($n = 5728$) de 43 países. Todos los estudios menos uno utilizó instrumentos de autoinforme. La prevalencia bruta global combinada de depresión o síntomas depresivos fue del 27,2% ($37\ 933/122\ 356$ individuos; IC del 95%, 24,7% a 29,9%, $I^2 = 98,9\%$). Las estimaciones de prevalencia resumidas variaron entre las modalidades de evaluación del 9,3% al 55,9%. La prevalencia de síntomas depresivos se mantuvo relativamente constante durante el período estudiado (rango de años de la encuesta de referencia de 1982-2015; pendiente, aumento del 0,2% por año [IC del 95%, -0,2% a 0,7%]). En los 9 estudios longitudinales que evaluaron los síntomas depresivos antes y durante la escuela de medicina ($n = 2432$), la mediana del aumento absoluto de los síntomas fue del 13,5% (rango, del 0,6% al 35,3%). Las estimaciones de prevalencia no difirieron significativamente entre los estudios de solo estudiantes preclínicos y los estudios de solo estudiantes clínicos (23,7% [IC del 95%, 19,5% a 28,5%] vs 22,4% [IC del 95%, 17,6% a 28,2%]; $P = .72$). El porcentaje de estudiantes de medicina con resultados positivos para la depresión que buscaron tratamiento psiquiátrico fue del 15,7% ($110/954$ personas; IC del 95%, 10,2% a 23,4%, $I^2 = 70,1\%$). Los datos de prevalencia de ideación suicida se extrajeron de 24 estudios transversales ($n = 21\ 002$) de 15 países. Todos los estudios menos uno utilizó instrumentos de autoinforme. La prevalencia bruta global combinada de ideación suicida fue del 11,1% ($2043/21\ 002$ individuos; IC del 95%, 9,0% a 13,7%, $I^2 = 95,8\%$). Las estimaciones resumidas de prevalencia variaron entre las modalidades de evaluación del 7,4% al 24,2%. Conclusiones y relevancia: En esta revisión sistemática, la estimación resumida de la prevalencia de depresión o síntomas depresivos entre estudiantes de medicina fue del 27,2% y la de ideación suicida fue del 11,1%. Se necesitan más investigaciones para identificar estrategias para prevenir y tratar estos trastornos en esta población"⁸².

Autor: “Denis-Rodríguez E, Barradas Alarcón ME, Delgadillo-Castillo R, Denis-Rodríguez PB, Melo-Santiesteban G”

Título: “Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un metaanálisis”

Resumen:

“Hablar de conductas suicidas es hablar de diferentes etapas o fases que la persona puede llegar a presentar; generalmente inicia con un pensamiento suicida, después una planeación del suicidio y, finalmente, la búsqueda de los recursos para llegar al suicidio. Es importante señalar que la secuencia de estas fases no es una regla general; sin embargo, cada una de ellas pone en riesgo a la persona. El objetivo es realizar una revisión de los pasos que se han dado para constituir en objeto de investigación la ideación suicida y el suicidio consumado en estudiantes de medicina. Es una investigación documental de tipo metaanálisis. El metaanálisis es una integración estructurada y sistemática de la información obtenida en diferentes estudios, en este caso sobre la ideación suicida y el suicidio. Este tipo de revisión da una estimación cuantitativa y sintética de todos los estudios disponibles. En esta revisión se destacan los instrumentos utilizados para medir esta problemática, como son: el Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Orientaciones Suicidas de Casullo, la Escala de Personalidad de Catell, el Cuestionario Multimodal de Interacción Escolar, escala de Zung, entre otros. El suicidio es un problema de salud pública, responsable de más de 800 000 defunciones anuales en todo el mundo y es la segunda causa de muerte en individuos entre los 15 y 29 años de edad; este fenómeno ha comenzado a ser estudiado en Latinoamérica en fecha reciente. A partir de lo observado en este metaanálisis, basado en estudios incluidos en los buscadores Medline, Cochrane y Scielo, la prevalencia media de ideación suicida en Latinoamérica es 13.85%, ligeramente por debajo de lo observado en Europa y Estados Unidos. La prevalencia media observada en México es 8.76 % aunque este valor es poco confiable dado que es producto de 3 estudios en los que la metodología usada fue distinta y en dos de ellos se incluyeron residentes médicos en vez de estudiantes de pregrado. En conclusión, deben

realizarse estudios metodológicamente bien planeados para valorar la ideación suicida en estudiantes de medicina, analizando variables como el sexo, el año escolar, el abuso de sustancias tóxicas, psicopatologías asociadas y otras características sociodemográficas que nos permitan explicar la razón por la que la ideación suicida pudiera ser más elevada en estudiantes de medicina, hecho que sugieren diversos estudios realizados en el mundo en poblaciones heterogéneas”⁶.

Autor: “Alexander Pinzón-Amado, Sonia Guerrero, Katherine Moreno, Carolina Landínez y Julie Pinzón”

Título: “Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados”

Resumen:

“Introducción: Los médicos tienen mayores tasas de suicidio en comparación con la población general. Este riesgo tiende a incrementarse incluso a partir del inicio de la formación de pregrado en medicina. Existen pocos estudios que evalúen la frecuencia de conductas suicidas en estudiantes de pregrado de medicina, especialmente en Latinoamérica. Objetivo: Determinar la prevalencia de vida y factores asociados con la ideación suicida e intentos suicidas en una muestra de estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. Materiales y métodos: Se condujo un estudio observacional analítico de corte transversal, para determinar la prevalencia de vida de ideación suicida e intentos suicidas, en una muestra no probabilística de estudiantes de medicina matriculados en las 3 facultades de medicina de Bucaramanga. El cuestionario autoaplicado fue respondido de forma voluntaria y anónima por los participantes. Las versiones validadas de las escalas CES-D y CAGE fueron utilizadas para evaluar síntomas depresivos y uso problemático de alcohol, respectivamente. Se generó un modelo multivariado de regresión logística, con el fin de ajustar los estimadores de las variables asociadas con el desenlace -ideación suicida alguna vez en la vida-. Resultados: La muestra de estudio estuvo formada por 963 estudiantes. El 57% (n= 549) de los participantes fueron mujeres. El promedio de edad fue de 20,3 años DE= 2,3 años). En relación con la

prevalencia de ideación suicida, el 15,7% (n= 149) de los estudiantes informó haber tenido por lo menos un episodio de ideación suicida serio a lo largo de la vida. El 5% (n= 47) señaló haber realizado por lo menos un intento suicida. El 13,9% (n= 131) de los estudiantes informó haber ingerido antidepresivos durante su entrenamiento médico. Las variables asociadas con la ideación suicida en el modelo de regresión logística fueron: síntomas depresivos clínicamente significativos (OR: 6,9; IC 95%: 4,54-10,4), historia de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas (OR: 2,8; IC 95%: 1,6-4,8) y percepción del regular o mal rendimiento académico durante el último año (OR: 2,2; IC 95%: 1,38-3,63). El modelo de regresión logística clasificó correctamente al 85% de los sujetos con antecedente de ideación suicida”⁷.

4. Hipótesis

H1: Existe asociación entre los factores sociodemográficas y psicopatológicos con el riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

Ho: No existe asociación entre los factores sociodemográficas y psicopatológicos con el riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021



1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas:

Se utilizó la encuesta a través de la plataforma virtual, Google Docs.

1.2. Instrumentos:

- Ficha sociodemográfica
- Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)
- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

1.3. Materiales:

- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik
- Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)
- Computadoras
- Laptop
- Encuestas virtuales
- Consentimiento informado

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial:

La presente investigación se realizó en la Universidad Católica de Santa María de la ciudad de Arequipa – Perú en el 2021

2.2. Ubicación temporal:

Diciembre 2020 – febrero 2021

2.3. Unidades de estudio:

Estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en el 2021

2.4. Población:

2.4.1. Universo

La población está conformada por los Estudiantes Universitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María en el 2021

2.4.2. Muestra:

El tamaño muestral de la presente investigación se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de conocimiento adecuado de MAC = 0.20

q = 1 - p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: **n = 406**

El tamaño muestral ajustado a pérdidas se calculó mediante la fórmula de muestra ajustada a las pérdidas:

$$\text{Muestra ajustada a las pérdidas} = n \cdot \frac{1}{(1 - R)}$$

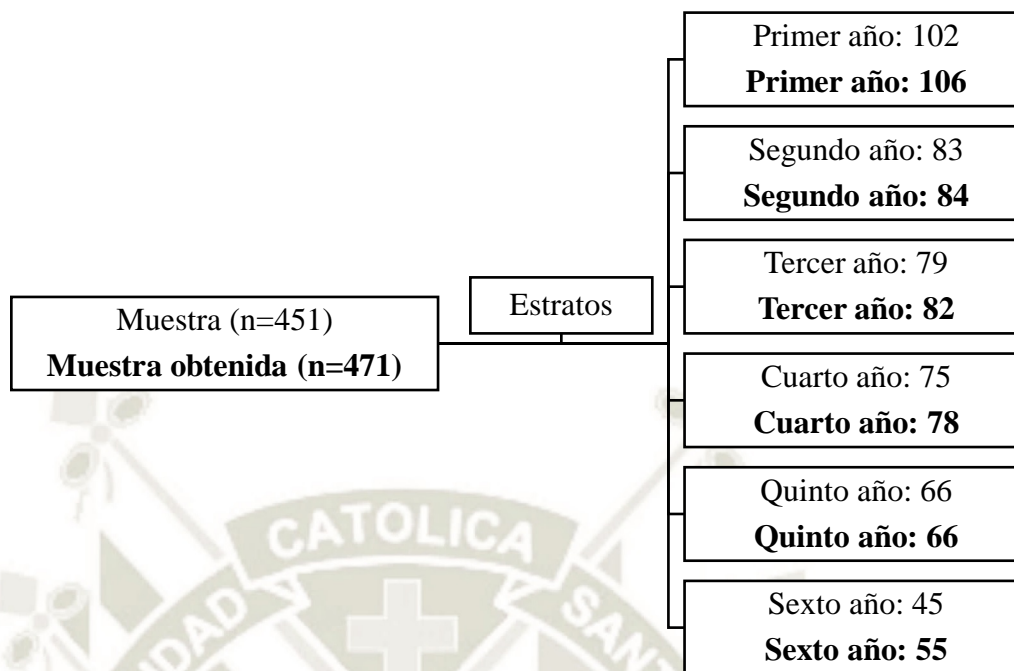
Donde:

n = número de sujetos sin pérdidas = 406

R = proporción esperada de pérdidas = 0.1

Por tanto: **Muestra ajustada a las pérdidas = 451**

Asimismo, se realizó el muestreo estratificado como lo detalla el siguiente esquema:



Además, los integrantes de la muestra cumplieron con los criterios de selección.

2.4.2.1. Criterios de inclusión

- Estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.
- Estudiantes de medicina que acepten voluntariamente llenar las encuestas utilizada en el presente estudio.

2.4.2.2. Criterios de exclusión

- Estudiantes que no pertenezcan a la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.
- Estudiantes que no deseen participar en la investigación.
- Estudiantes que llenen incorrectamente la ficha de datos y encuestas.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se solicitó la evaluación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Católica de Santa María. Tras la revisión de los jurados dictaminadores y su posterior aprobación, se solicitó la autorización para la ejecución del trabajo de investigación al Decano de la Facultad de Medicina Humana.

Se solicitó la lista de los alumnos del primero al sexto año a la Facultad de Medicina, a continuación, se envió un mensaje de difusión a través del aplicativo WhatsApp, el cuál mencionaba la naturaleza del estudio y contenía un enlace que los redireccionaba hacia el consentimiento informado, en este documento se recalca que su participación era voluntaria, anónima y confidencial. Una vez brindaron su consentimiento informado, los participantes procedieron a completar el formulario virtual que contenía la ficha de características sociodemográficas, la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Finalmente, se tabuló los datos en un computador con el programa Microsoft Office Excel para su análisis posterior con el paquete estadístico SPSS.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Dos (02) investigadores.
- Un (01) asesor

3.2.2. Institucionales

- Biblioteca virtual de la Universidad Católica de Santa María.
- Plataformas virtuales

3.2.3. Materiales

- Impresiones
- Hojas Bond
- Material Bibliográfico
- Dos computadoras
- Impresora
- Engrapadoras

3.2.4. Financieros

- Fondo interno de la Escuela de Medicina - UCSM: Jornadas Santamarianas 2020.

3.3. Validación de los Instrumentos

Para la presente investigación se empleó la escala DASS-21 (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés) validada por Zayra Antunez y Eugenia V. Vinet para la población de Chile en el año 2012. La escala de depresión obtuvo un alfa de Cronbach 0.85, en tanto que la escala de estrés y ansiedad obtuvieron 0.83 y 0.73 respectivamente. De forma general, los ítems comprendidos en el DASS-21 presentaron un alfa de 0.91¹²⁰.

Por su parte, se utilizó la escala de riesgo de suicidio de Plutchik, que fue validada por el trabajo de Chavez, que encuestó a los estudiantes del quinto año de una escuela secundaria del distrito Los Olivos en Lima y encontró una relación negativa y significativa entre el bienestar psicológico y el riesgo suicidio. Así mismo, se calculó la fiabilidad mediante la técnica estadística prueba-reprueba, tras 72 horas, con un alfa de Cronbach de 0.90 lo que confirma que es una prueba con un nivel bueno de confiabilidad¹²¹.

3.4. Criterios para manejo de resultados

3.4.1. Plan de Procesamiento

Para el procesamiento de la información primero, se realizó la categorización analítica de los datos, de tal forma que se codificaron y clasificaron para facilitar su análisis e interpretación en una matriz de datos en el programa Microsoft Office Excel.

Luego se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS v.22.0, la cual fue sometida a la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov obteniéndose una distribución no paramétrica de esta. Seguidamente, se analizó la base de datos en forma descriptiva y luego inferencial bivariado utilizando la prueba de chi cuadrado (χ^2). Posteriormente, se procedió a la determinación del grado de correlación, empleándose el coeficiente de correlación de Spearman dado que las variables presentaban distribución no paramétrica como se ha mencionado previamente.

Por último, se realizó el análisis multivariado ingresando al modelo de regresión logística las variables sociodemográficas, psicopatológicas y el riesgo suicida.





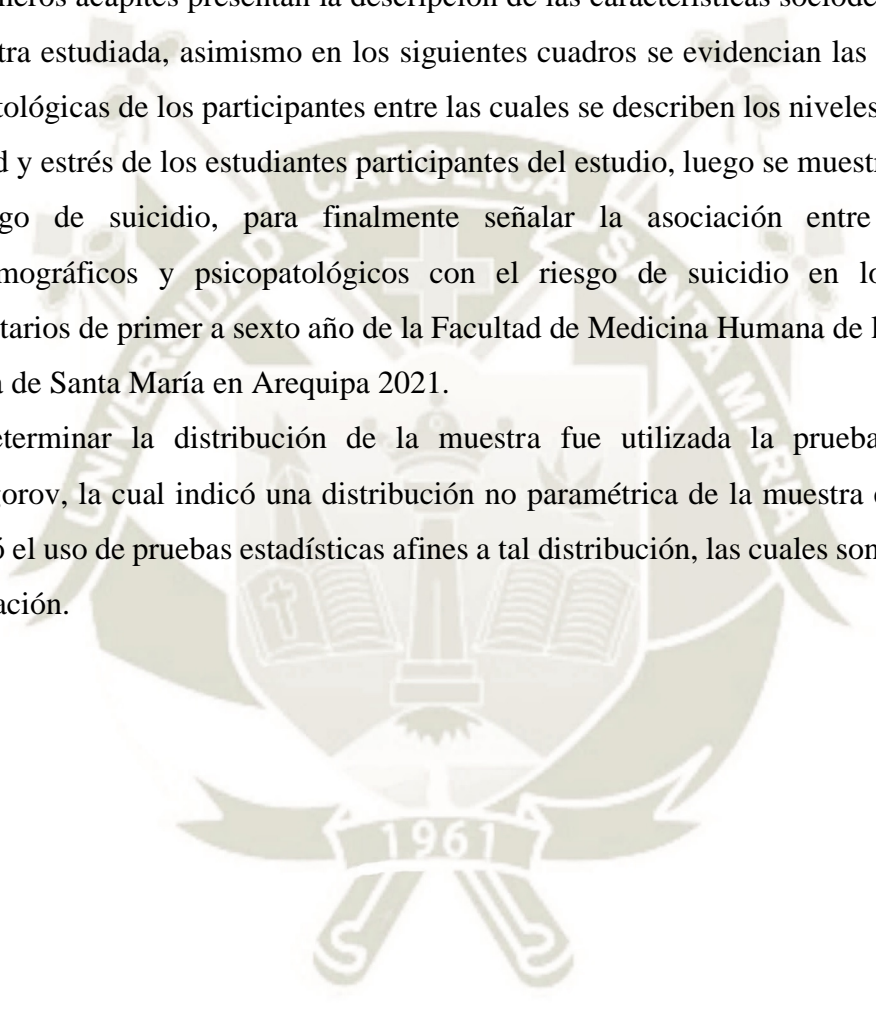
CAPITULO III RESULTADOS

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

El presente capítulo describe los principales hallazgos de investigación a través de las técnicas e instrumentos de recolección de datos anteriormente descritos, asimismo, la data fue procesada a través de estadística descriptiva e inferencial y es presentada por medio de tablas estadísticas de elaboración propia.

Los primeros acápite presentan la descripción de las características sociodemográficas de la muestra estudiada, asimismo en los siguientes cuadros se evidencian las características psicopatológicas de los participantes entre las cuales se describen los niveles de depresión, ansiedad y estrés de los estudiantes participantes del estudio, luego se muestran los niveles de riesgo de suicidio, para finalmente señalar la asociación entre los factores sociodemográficos y psicopatológicos con el riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021.

Para determinar la distribución de la muestra fue utilizada la prueba de Smirnov Komolgorov, la cual indicó una distribución no paramétrica de la muestra estudiada, que permitió el uso de pruebas estadísticas afines a tal distribución, las cuales son presentadas a continuación.



1. Características sociodemográficas de los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

Tabla 1

Características sociodemográficas de los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

		Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>Sexo</i>	Masculino	157	33.3
	Femenino	314	66.7
<i>Estado Civil</i>	Soltero	469	99.6
	Casado	1	0.2
	Conviviente	1	0.2
<i>Nivel socioeconómico</i>	A	52	11.0
	B	141	29.9
	C	159	33.8
	D	88	18.7
	E	31	6.6
<i>Procedencia</i>	Arequipa	344	73.0
	Fuera de Arequipa	127	27.0
<i>Año de estudios</i>	Primero	106	22.5
	Segundo	84	17.8
	Tercero	82	17.4
	Cuarto	78	16.6
	Quinto	66	14.0
	Sexto	55	11.7
	Total	471	100.0

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de evaluados fueron del sexo femenino (66.7%). Asimismo, el 99.6% de la muestra tenían un estado civil categorizado como soltero(a). Respecto al nivel socioeconómico, la mayor parte de evaluados provienen del nivel C (33.8%) y B (29.9%). También se observa que la mayor parte de evaluados proviene de Arequipa (73%). En cuanto al año de estudios, la mayoría está en el primer año (22.5%), en segundo (17.8%) o en tercero (17.4%).

Tabla 2

Apoyo familiar de los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

		Respuestas	
		N	Porcentaje (%)
Apoyo familiar	Padre	409	86.8
	Madre	413	87.7
	Tíos	49	10.4
	Hermanos	83	17.6
	Otros	20	4.2
Total de alumnos		471	-

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al apoyo familiar, se encontró que la mayoría de evaluados refiere que tiene el apoyo de su madre (87.7%) y su padre (86.6%) respectivamente. Asimismo, el 17.6% de la muestra reciben apoyo familiar de sus hermanos y el 10.4%, reciben apoyo de sus tíos.

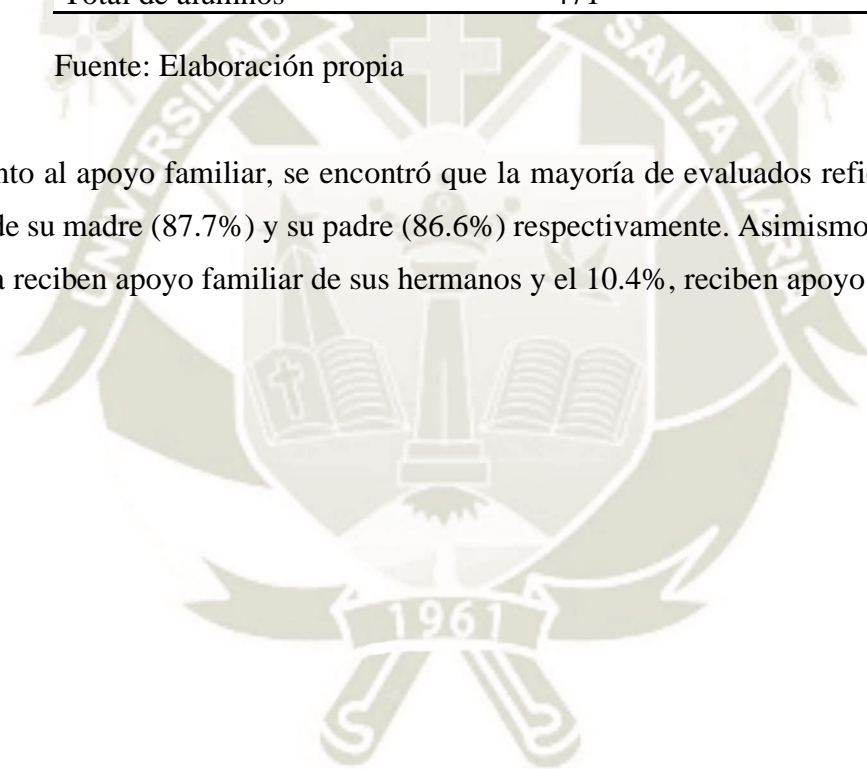
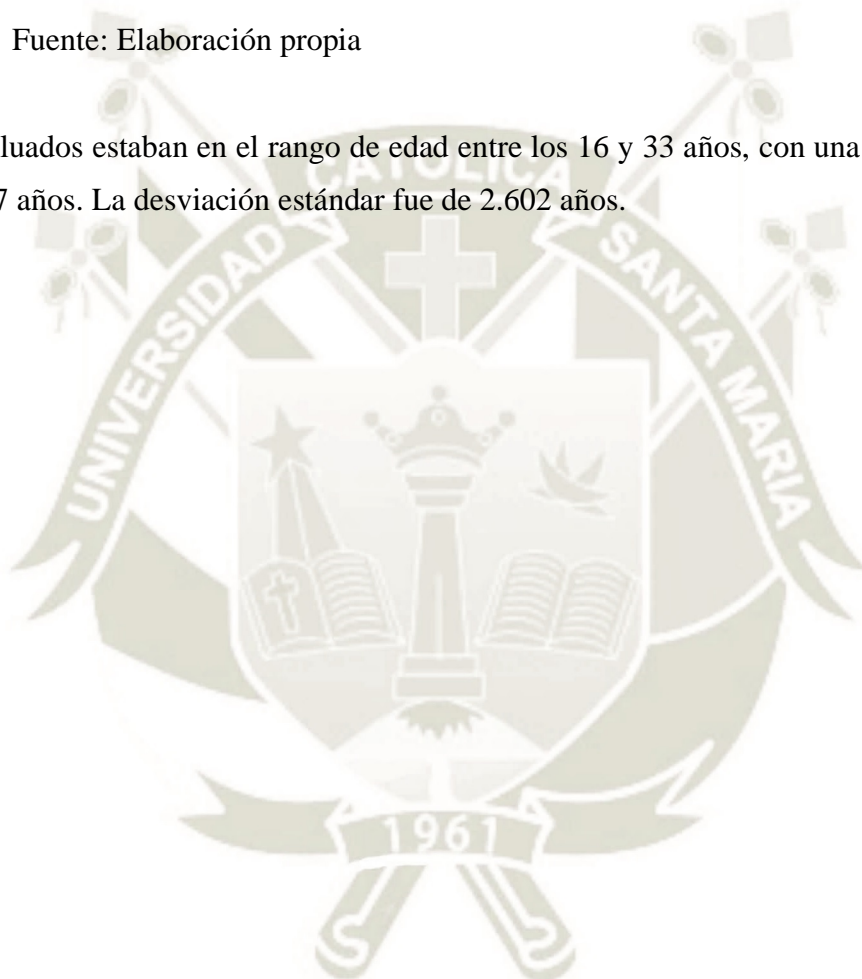


Tabla 3**Edad de los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021**

	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
Edad	471	16	33	20.87	2.602
N válido (por lista)	471				

Fuente: Elaboración propia

Los evaluados estaban en el rango de edad entre los 16 y 33 años, con una edad promedio de 20.87 años. La desviación estándar fue de 2.602 años.



2. Características psicopatológicas de los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

A. Nivel de depresión en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

Tabla 4

Nivel de depresión en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Normal	146	31.0
Bajo	70	14.9
Moderado	125	26.5
Severo	53	11.3
Extremadamente severo	77	16.3
Total	471	100.0

Fuente: Elaboración propia

En la presente tabla se puede observar que el 31% de evaluados presentan niveles normales de depresión de acuerdo con la escala, es decir no presentan depresión; esto implica que el 69% de los evaluados tiene algún grado de depresión: El 26.5% de los estudiantes tienen un nivel moderado de depresión, el 11.3% presentan niveles severos y el 16.3% de los estudiantes presentan niveles extremadamente severos de depresión.

B. Nivel de ansiedad en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

Tabla 5

Nivel de ansiedad en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Normal	143	30.4
Bajo	86	18.3
Moderado	89	18.9
Severo	56	11.9
Extremadamente severo	97	20.6
Total	471	100.0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5 se puede apreciar que la mayoría de evaluados (30.4%) presenta un nivel normal de ansiedad. Por lo tanto, el 69.6% de los estudiantes presentan algún grado de ansiedad, de tal forma que el 20.6% tienen un nivel extremadamente severo, el 18.9% un nivel moderado de ansiedad, 18.3% un nivel bajo y el 11.9% un nivel severo de ansiedad.

C. Nivel de estrés en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

Tabla 6

Nivel de estrés en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Normal	180	38.2
Bajo	88	18.7
Moderado	111	23.6
Severo	65	13.8
Extremadamente severo	27	5.7
Total	471	100.0

Fuente: Elaboración propia

La tabla 6 identifica que el 38% de los estudiantes participantes del estudio presentan niveles normales de estrés de acuerdo con la escala y el 18.7% niveles bajos de estrés. Por otro lado, se evidencia que más del 40% de evaluados presentan niveles de estrés de moderado a extremadamente severo, siendo el 23.6% los estudiantes con un nivel moderado de estrés, el 13.8% con un nivel severo y el 5.7% de los estudiantes con un nivel extremadamente severo respectivamente.

3. Nivel de riesgo suicida en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

Tabla 7

Nivel de riesgo suicida en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Leve	211	44.8
Moderado	226	48.0
Alto	34	7.2
Total	471	100.0

Fuente: Elaboración propia

Se halló que la mayoría de evaluados tienen un nivel moderado de riesgo suicida (48%); mientras que el 44.8% de evaluados tienen un nivel leve y el 7.2% un nivel alto de riesgo respectivamente.

4. Asociación entre los factores sociodemográficos y psicopatológicos con el riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

A. Asociación entre sexo y riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

Tabla 8
Asociación entre sexo y riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

			Riesgo suicida			Total	Chi-cuadrado (p-valor)
			Leve	Moderado	Alto		
Sexo	Masculino	Frecuencia	80	69	8	157	4.262 (0.119)
		%	51.0%	43.9%	5.1%	100.0%	
	Femenino	Frecuencia	131	157	26	314	
		%	41.7%	50.0%	8.3%	100.0%	
Total	Frecuencia		211	226	34	471	
	%		44.8%	48.0%	7.2%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el sexo de los evaluados y el riesgo suicida ($\chi^2= 4.262$; $p= 0.119$).

B. Asociación entre estado civil y riesgo suicida de en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

Tabla 9

Asociación entre estado civil y riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

		Riesgo suicida			Total	Chi-cuadrado (p-valor)
		Leve	Moderado	Alto		
Estado Civil	Soltero	Frecuencia	210	225	34	2.317 (0.678)
		%	44.8%	48.0%	7.2%	
	Casado	Frecuencia	0	1	0	1
		%	0.0%	100.0%	0.0%	
	Conviviente	Frecuencia	1	0	0	1
		%	100.0%	0.0%	0.0%	
Total		Frecuencia	211	226	34	471
		%	44.8%	48.0%	7.2%	

Fuente: Elaboración propia

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el estado civil de los evaluados y el riesgo suicida ($\chi^2 = 2.317$; $p = 0.678$).

C. Asociación entre nivel socioeconómico y riesgo suicida de en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

Tabla 10

Asociación entre nivel socioeconómico y riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

			Riesgo suicida			Total	Chi-cuadrado (p-valor)
			Leve	Moderado	Alto		
Nivel socioeconómico	A	Frecuencia	30	18	4	52	10.884 (0.208)
		%	57.7%	34.6%	7.7%	100.0%	
	B	Frecuencia	54	75	12	141	
		%	38.3%	53.2%	8.5%	100.0%	
	C	Frecuencia	77	72	10	159	
		%	48.4%	45.3%	6.3%	100.0%	
	D	Frecuencia	40	41	7	88	
		%	45.5%	46.6%	8.0%	100.0%	
	E	Frecuencia	10	20	1	31	
		%	32.3%	64.5%	3.2%	100.0%	
Total		Frecuencia	211	226	34	471	
		%	44.8%	48.0%	7.2%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico de los evaluados y el riesgo suicida ($\chi^2= 10.884$; $p= 0.208$).

D. Asociación entre procedencia y riesgo suicida de en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

Tabla 11

Asociación entre procedencia y riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

		Riesgo suicida			Total	Chi-cuadrado (p-valor)	
		Leve	Moderado	Alto			
Procedencia	Arequipa	Frecuencia	154	170	20	344	4.036 (0.133)
		%	44.8%	49.4%	5.8%		
	Fuera de Arequipa	Frecuencia	57	56	14	127	
		%	44.9%	44.1%	11.0%	100.0%	
Total		Frecuencia	211	226	34	471	
		%	44.8%	48.0%	7.2%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el lugar de procedencia de los evaluados y el riesgo suicida ($\chi^2 = 4.036$; $p = 0.133$).

E. Correlación entre edad, factores psicopatológicos y riesgo suicida en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

Tabla 12

Correlación entre edad, factores psicopatológicos y riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

		Edad	Depresión	Ansiedad	Estrés	Riesgo
Edad	Rho de Spearman	1.000	-.153**	-.162**	-.129**	-.095*
	Sig. (bilateral)	.	.001	.000	.005	.039
	N	471	471	471	471	471
Depresión	Rho de Spearman		1.000	.636**	.734**	.792**
	Sig. (bilateral)		.	.000	.000	.000
	N		471	471	471	471
Ansiedad	Rho de Spearman			1.000	.764**	.596**
	Sig. (bilateral)			.	.000	.000
	N			471	471	471
Estrés	Rho de Spearman				1.000	.632**
	Sig. (bilateral)				.	.000
	N				471	471
Riesgo	Rho de Spearman					1.000
	Sig. (bilateral)					.
	N					471

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia

Se halló que existe una correlación inversa y estadísticamente significativa entre la edad de los evaluados y el riesgo suicida ($r = -0.095$; $p = 0.039$), lo que quiere decir que una mayor edad está correlacionada a un menor riesgo suicida. Asimismo, se encontró que existe una correlación directa, moderadamente fuerte y estadísticamente significativa entre la depresión ($r = 0.792$; $p < 0.001$), ansiedad ($r = 0.596$; $p < 0.001$) y estrés ($r = 0.632$; $p < 0.001$), lo que quiere decir que una mayor depresión, ansiedad y estrés se correlacionan a un mayor riesgo suicida.



F. Asociación entre los factores sociodemográficos y psicopatológicos con el riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

Tabla 13

Asociación entre los factores sociodemográficos y psicopatológicos con el riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021

	RP*	Error estándar	p	95% C.I. para RP	
				Inferior	Superior
Masculino	-	-	-	-	-
Femenino	0.963	0.4672	0.938	0.372	2.492
Soltero	-	-	-	-	-
Casado	0.00003	0.0372	0.994	0	0
NSE A	-	-	-	-	-
NSE B	0.6057	0.4161	0.465	0.158	2.328
NSE C	0.296	0.2138	0.092	0.072	1.219
NSE D	0.4502	0.3342	0.282	0.105	1.929
NSE E	0.2329	0.2836	0.231	0.021	2.533
Fuera de Arequipa	1.552	0.6781	0.314	0.659	3.654
Primer año	-	-	-	-	-
Segundo año	1.169	0.765	0.810	0.325	4.213
Tercer año	1.049	0.795	0.949	0.238	4.633
Cuarto año	1.888	1.386	0.386	0.448	7.959
Quinto año	1.144	0.941	0.870	0.229	5.731
Sexto año	1.049	1.463	0.972	0.068	16.132
Edad	0.941	0.125	0.648	0.725	1.221
Depresión	1.362	0.099	0.000	1.182	1.569
Ansiedad	1.085	0.077	0.254	0.943	1.247
Estrés	0.926	0.102	0.486	0.746	1.149
Constante	0.104	0.028	0.085	0.00006	1.869

*RP=Ratio de probabilidades / Razón de prevalencias

Fuente: Elaboración propia

Se encontró que solamente la depresión impacta significativamente sobre el riesgo suicida (RP= 1.362; IC 95% [1.182; 1.569]; $p < .001$). Siendo así que, por cada punto adicional en el test de depresión, la probabilidad de suicidio se incrementa en 1.36 veces. Los otros factores tales como sexo (RP=0.963; IC 95% [0.372; 2.492]; $p > 0.05$), estado civil (RP= 0.00003; IC 95% [0; 0]; $p > 0.05$), niveles socioeconómicos ($p > 0.05$, ver tabla N°13), lugar de procedencia (RP=1.552; IC 95% [0.659; 3.654]; $p > 0.05$), año de estudio ($p > 0.05$, ver tabla N°13), edad (RP=0.941; IC 95% [0.725; 1.221]; $p > 0.05$), ansiedad (RP=1.085; IC 95% [0.943;1.247]; $p > 0.05$) y estrés (RP=0.926; IC 95% [0.746;1.149]; $p > 0.05$) no presentan asociación estadísticamente significativa con el riesgo suicida.



DISCUSIÓN

Las distintas investigaciones han puesto en evidencia que tanto el personal médico como los estudiantes de medicina presentan tasas elevadas de ansiedad, depresión y estrés, por encima de lo contemplado en la población general^{2,3}. Asimismo, existen diversos estudios que indican que los médicos y estudiantes de medicina tienen mayor riesgo de padecer otras enfermedades mentales y menor posibilidad de ser parte de un tratamiento óptimo, pese a que aparentemente tienen mayor accesibilidad a la atención médica^{4,5,79,122}. El principal objetivo de la presente investigación es determinar si existe asociación entre los factores sociodemográficos y psicopatológicos y el riesgo de suicidio en estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de una universidad privada en Arequipa. Comprendemos como riesgo suicida cualquier manifestación de suicidio, ya sea ideación, conducta o intento⁸⁶; éste puede ser valorado por medio de factores epidemiológicos, factores histórico - culturales, del estado mental y de los factores estresantes a los que está sometido el individuo⁸⁷.

El presente estudio establece que, de las variables estudiadas, solamente la depresión impacta significativamente sobre el riesgo suicida (RP= 1.362; IC 95% [1.182; 1.569]; $p < 0.001$). Por lo tanto, por cada punto adicional en el test de depresión, la probabilidad de suicidio se incrementa en 1.36 veces. Los otros factores tales como sexo (RP=0.963; IC 95% [0.372; 2.492]; $p > 0.05$), estado civil (RP= 0.00003; IC 95% [0; 0]; $p > 0.05$), niveles socioeconómicos ($p > 0.05$, ver tabla N° 13), lugar de procedencia (RP=1.552; IC 95% [0.659; 3.654]; $p > 0.05$), año de estudio ($p > 0.05$, ver tabla N° 13), edad (RP=0.941; IC 95% [0.725; 1.221]; $p > 0.05$), ansiedad (RP=1.085; IC 95% [0.943;1.247]; $p > 0.05$) y estrés (RP=0.926; IC 95% [0.746;1.149]; $p > 0.05$) no presentan asociación estadísticamente significativa con el riesgo suicida.

Acorde con lo obtenido en la investigación, en Latinoamérica, Pinzón-Amado, et al., encontró que los síntomas depresivos estaban asociados significativamente a la ideación suicida (OR=7,43; IC 95% [4.96; 11.1]; $p < 0.05$)⁷. Además, halló que “también estaban asociados el uso de antidepresivos durante el entrenamiento médico (OR=5,18; IC 95% [3.35; 9.95]; $p < 0.05$), antecedente de depresión en familiares en primer grado de consanguinidad (OR=2,44; [1.64; 3.61]; $p < 0.05$) y procedencia del núcleo familiar fuera de Bucaramanga y su área metropolitana (OR=1.57; [1.07; 2.3] $p < 0.05$)”⁷.

Por su parte, en el ámbito nacional, Sindeev A, et al, en un reciente estudio encontró “asociación estadísticamente significativa del riesgo suicida principalmente con: probable depresión (OR=17.19; IC 95% [2.24; 131.69]; $p<0,001$) y probable ansiedad (OR=14,29; IC 95% [1.86; 109.85]; $p=0,001$); así como con otras variables tales como pensamiento homicida en algún momento de la vida, sospecha a problemas con alcohol, autoestima baja y riesgo de violencia”⁸⁰. Asimismo, en concordancia con lo encontrado en la presente investigación, Pucutay, en su investigación en estudiantes de medicina trujillanos en el 2016, halló que la presencia de depresión estuvo asociada a la ideación suicida (OR=20; 95% [10,71-40,71]; $p=0,001$); además el género femenino (OR=2,36; 95% [1,66-3,35]; $p=0,011$), el tipo de universidad y la universidad de procedencia fueron asociados como factores de riesgo de la ideación suicida¹⁰³. Del mismo modo, Abanto, halló que la ideación suicida estuvo asociada con la depresión (OR=2.17; 95% [1.36-3.34]; $p=0,001$) y el género femenino (OR=1.64; 95% [1,10-2,45]; $p=0,015$)¹⁰⁴.

Por otro lado, se evidencia que existe una correlación inversa y estadísticamente significativa entre la edad de los evaluados y el riesgo suicida ($r=-0,095$; $p=0,039$), lo que quiere decir que una mayor edad está correlacionada a un menor riesgo suicida; además, existe una correlación directa, moderadamente fuerte y estadísticamente significativa entre la depresión ($r= 0,792$; $p< 0,001$), ansiedad ($r= 0,596$; $p< 0,001$) y estrés ($r= 0,632$; $p< 0,001$), que implica que una mayor depresión, ansiedad y estrés se correlacionan a un mayor riesgo suicida.

No se encontraron investigaciones que correlacionen las variables estudiadas en médicos en formación. No obstante, Sánchez-Villena, realizó “una investigación en estudiantes universitarios, en la cual encontró la existencia de una correlación positiva significativa entre el estrés académico y la ideación suicida ($r= 0,282$, $p<0,01$), así como en sus dimensiones de estresores académicos ($r= 0,181$, $p<0,05$) y síntomas de estrés académico ($r= 0,347$, $p<0,01$)”¹⁰⁵. Por su parte, Gómez Tabares, et al, realizó una investigación en estudiantes de psicología en la que obtuvo que las variables de riesgo suicida, orientación e ideación suicida presentaron correlaciones estadísticamente significativas ($p<0,01$) con desesperanza¹⁰⁶.

En el presente estudio se obtuvo que la mayoría de los estudiantes presenta un nivel moderado de riesgo suicida (48%), mientras que el 7.2% presenta un nivel alto, es decir que alrededor del 55.2% de los participantes de la investigación presenta niveles de riesgo

suicida de nivel moderado o alto, pudiendo considerarse este valor como la prevalencia de riesgo suicida en la muestra estudiada.

La prevalencia de riesgo suicida en estudiantes de medicina muestra valores muy variados; la mayoría de estudios muestra que la prevalencia de ideación, conducta, intento suicida está presente en la comunidad estudiantil universitaria de medicina humana, las cuales presentan menor prevalencia de lo hallado en el presente estudio, así tenemos que, en el ámbito internacional, Rotenstein LS et al, realizó un metaanálisis en el cuál reportó que el 11.1% de los estudiantes presentaba ideación suicida en promedio, variando desde el 9% hasta el 13.7% de las investigaciones revisadas⁸⁰. Del mismo modo, Denis-Rodríguez E, et al., en su estudio “Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un metaanálisis”⁶, encontró que “la prevalencia media de ideación suicida en Latinoamérica fue de 13.85%”⁶.

Por su parte, Pinzón-Amado, et al., obtuvo que “el 15,7% de los estudiantes de medicina colombianos de 3 universidades, informó haber tenido por lo menos un episodio de ideación suicida durante su vida”⁷. En Paraguay, Bogado C, encontró que “el 80,42% de los estudiantes de medicina presentaban riesgo suicida, de los cuáles el 67,88% tenían un riesgo suicida moderado y el 1,55% de ellos presentaron un riesgo suicida alto”⁸³. En nuestro país, Andrey Sindeev, obtuvo que “la prevalencia de vida del pensamiento suicida, deseos de morir e intento suicida en la muestra estudiantes de primer año de medicina en una universidad privada limeña fue 34,3%, 22,4% y 19,4% respectivamente, siendo el riesgo suicida de 32,1%”⁸⁴. Perales et al, encontró que “la prevalencia de vida de la "idea de no seguir viviendo" fue 22,9% y 19,5%, en estudiantes de medicina de 02 universidades de Lima, así como una prevalencia del intento suicida de 4,0% y 2,6% respectivamente”⁸¹. En Trujillo, Rodriguez Camacho, halló que “la prevalencia de ideación suicida en estudiantes de medicina durante el último mes fue de 4.19%, en el último año 6.16% y de por vida 22.66%”⁸⁴; en la misma ciudad, Guzman, encontró que “la prevalencia de ideación suicida en estudiantes de medicina fue de 16,1%, siendo el nivel bajo el que más predominó con 10%, seguido por el nivel medio con 5.3% y el nivel alto con 5%”⁸⁵. Luego de la revisión de literatura local, se puede evidenciar la ausencia de estudios publicados respecto a la prevalencia e incidencia de conductas suicidas -incluyendo el riesgo suicida- en los médicos en formación de las distintas casas superiores de estudio correspondientes a las ciencias básicas, clínicas e internado. La variabilidad de la prevalencia del fenómeno suicida en estudiantes de medicina es amplia, la cual podría ser explicada por factores socioculturales,

diferentes escalas de valoración del riesgo suicida a causa del diferente bagaje conceptual del fenómeno suicida en la literatura, conceptos como riesgo suicida y suicidalidad pueden ser equivalentes en la teoría y diferentes en la forma de medida en la práctica, del mismo modo, el suicidio se presenta como un fenómeno social e individual que es multifactorial. También el confinamiento producto de la pandemia por el COVID19, variable que no influyó en los estudios predecesores, podría explicar que los niveles de riesgo suicida hallados en la investigación sean notablemente mayores que en las investigaciones previamente citadas.

La frecuencia de algún grado de depresión en nuestra muestra de estudio es de 69%. Los niveles de depresión encontrados según la escala DASS-21 son: Normal, 31%, Leve, 14.9%, Moderado, 26.5%, Severo, 11.3% y Extremadamente severo, 16.3%. Cifras que insinúa una condición alarmante en la salud mental de los estudiantes evaluados, al ser elevadas en comparación a la mayoría de los estudios revisados, así, por ejemplo, en el ámbito internacional, Rotenstein LS et al, realizó un metaanálisis, en el cual halló “una prevalencia de depresión o síntomas depresivos del 27,2% (del 9,3 al 55,9%)”⁸⁰. De igual manera, Capdevila P, et al., realizó un estudio multicéntrico en 43 facultades de medicina españolas, en el cual obtuvo una prevalencia de depresión del 41%, con un grado de depresión leve de 17,6%, de depresión moderada de un 13,2% y de depresión grave de un 10,2%⁸⁸.

Asimismo, en Chile, Santander J., obtuvo que “el 25% de los estudiantes de medicina de una universidad en Santiago tenían algún grado de depresión: El 65% tenía un nivel de depresión leve, el 29% un nivel de depresión moderada y el 6% un nivel de depresión severa”⁸⁹. Por su parte, en Paraguay, Ayala Servín N, et al., encontró “una prevalencia de depresión en estudiantes de medicina del 64.1%, similar a la encontrada en nuestro estudio. Sin embargo, reportó niveles de depresión menores a los de nuestra muestra, siendo estos: Depresión leve, 25.4%, depresión moderada, 18.1%, depresión intermitente, 14.5%, depresión grave, 4.7% y depresión extrema, 1.4%”⁹⁰.

Por otro lado, en el ámbito nacional, Tello J., obtuvo “una prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de una facultad de medicina en Lambayeque del 39.9%, reportando, así mismo, que el 36.4% tenía depresión leve, el 3.5% depresión moderada y 0% depresión severa”⁹¹. Del mismo modo, Obregón Morales B., et al., en un estudio reciente halló que el 32.96% de los estudiantes de medicina de una universidad en Huánuco tenían algún grado de depresión, según la severidad reportó que el 22.35% tenía depresión leve, el 9.5%

depresión moderada y el 1.12% depresión severa⁹². Igualmente, en Ayacucho, Sandoval K, et al., en un estudio realizado en el año 2021 encontró que el 37.4% de los estudiantes de medicina presentaban algún grado de depresión: el 13% tenía depresión leve, el 15.9% depresión moderada, el 3.9% depresión grave y el 4.6% depresión extremadamente grave⁹³.

Por supuesto, hay numerosas explicaciones para esta alta prevalencia de la depresión, la mayoría de las cuales están relacionadas con el plan curricular de formación médica, los largos días de actividad laboral y académica, el maltrato hospitalario en las prácticas clínicas y la limitada vida social a la que están expuestos estos estudiantes. No obstante, es interesante señalar que el aumento de la prevalencia de la depresión moderada, grave y extremadamente grave podría deberse, al igual que en el caso del riesgo suicida, al confinamiento y en general a los efectos de la pandemia por el COVID19^{109,110}.

En la presente investigación se encontró que el 69.6% de los estudiantes evaluados presenta algún grado de ansiedad, de modo que el 20.6% tiene un nivel extremadamente severo, el 18.9% un nivel moderado, 18.3% un nivel bajo y el 11.9% un nivel severo. Los altos valores de ansiedad encontrados coinciden con los hallados por otros autores, así tenemos a Luna D, et al., quién realizó un estudio en México en el que halló que el 70.8% de los estudiantes de medicina presentaron ansiedad en algún nivel de leve a severo: el 32.3% tenía un nivel de ansiedad leve, el 24.8% tenía un nivel de ansiedad moderado y el 13.7% tenía un nivel de ansiedad severo⁹⁴. Del mismo modo, también en México, Sánchez Reyes et al, observó que el 50% de los alumnos de la muestra presentaban niveles que iban de moderado a severo: El 29% tenía un nivel moderado y el 21% tenía un nivel severo de ansiedad⁹⁵. Asimismo, en Colombia, Pinilla L et al, realizó un estudio en una universidad privada en el que el 67,8% de los estudiantes presentaba ansiedad leve, el 3,40% ansiedad moderada y el 1,26% presentaba ansiedad grave⁹⁶. Por su parte, Gutiérrez Pastor I., et al., en un reciente estudio encontró una prevalencia de probable ansiedad del 54.9% en los estudiantes de una facultad de medicina en España⁹⁷.

No obstante, Tian-Ci Quek et al, en su estudio titulado “Prevalencia mundial de la ansiedad entre estudiantes de medicina: un metaanálisis”⁹⁸, estimó que “la prevalencia mundial de ansiedad en estudiantes de medicina era del 33.8% (rango: 29.2% - 38.7%)”⁹⁸, niveles evidentemente inferiores a los encontrados en el presente estudio; una posible explicación a esta variabilidad entre los porcentajes puede centrarse en los diferentes tamaños de

muestra empleados y en que no todos los estudios usaron el mismo instrumento para medir la ansiedad.

Por otro lado, en el ámbito nacional, Pedraz-Petrozzi B, et al., obtuvo que “la prevalencia de ansiedad en los estudiantes de medicina evaluados fue de 61.3%: El 33.13% padecía ansiedad leve, el 18.58% padecía ansiedad moderada y el 9.6% padecía ansiedad severa”⁹⁹. De igual forma, en Trujillo, Castillo, halló que 42.1% de la población estudiantil de medicina de una universidad privada padecía algún grado de ansiedad, presentando el 21.7% un nivel de ansiedad leve, mientras que el 20.4% presentaba un nivel de ansiedad moderado a severo¹⁰⁰. Por su parte, Espinoza-Henriquez, et al., en un estudio reciente encontró que el 62,5% de los estudiantes de medicina de una facultad de medicina en Chimbote presentaba algún nivel de ansiedad: El 32.5% tenía ansiedad leve, el 26.25% ansiedad moderada y el 3.75% ansiedad severa¹⁰¹.

En la presente investigación, descubrimos que los estudiantes médicos tienen una alta prevalencia de ansiedad. No obstante, no sorprende que los estudiantes de medicina experimenten una prevalencia mucho mayor de ansiedad en comparación con la población en general, de hecho, existen varios factores que pueden explicar esto, entre ellos vale la pena mencionar el hecho de que las escuelas de medicina preseleccionan a las personas que tienden a ser más neuróticas y perfeccionistas¹⁰² y tales rasgos de personalidad predisponen a un individuo a la ansiedad. Otros factores como la carga de trabajo académico, consiguiente privación del sueño, carga financiera y la exposición a la muerte de pacientes podrían ser razones de la alta tasa de ansiedad en este grupo.

En torno a la variable estrés en los estudiantes de medicina humana, se evidencia el 43.1% de los participantes presenta niveles de estrés moderado a extremadamente severo; de ese porcentaje el 23.6% corresponde al nivel moderado de estrés, 13.8% al nivel severo y 5.7% al nivel extremadamente severo de estrés.

De un modo similar a las variables anteriormente descritas, es indudable la presencia del estrés en la vida académica de los estudiantes de medicina; sin embargo, la valoración de sus respectivos niveles varía de acuerdo con cada estudio, país, contexto sociodemográfico y social. De acuerdo con la revisión de otras investigaciones, se observa que, a nivel internacional, en Irlanda O'Byrne y colaboradores en el 2021, realizó un estudio sobre los niveles de estrés en estudiantes de medicina en el contexto de la pandemia del COVID19, reportando que solamente el 9.1% de los participantes no presentaba algún nivel de estrés,

el 36.4% presentaba estrés leve, el 31.5% estrés moderado, el 21.8% estrés intenso y el 1.2% niveles extremos de estrés¹⁰⁷. Por su parte, en Latinoamérica, Pacheco et al. realizaron un metaanálisis sobre problemas de salud mental en estudiantes brasileños en el 2017, en el cual hallaron una prevalencia de 49.9% de estrés principalmente asociado al género femenino, primeros años de estudio, bajo nivel socioeconómico, insatisfacción con los cursos y malas estrategias de afrontamiento¹⁰⁸.

En el contexto nacional, Guzmán en el 2019 realizó un estudio con 621 estudiantes de medicina humana entre el primer y doceavo semestre de una universidad trujillana, en el cual halló que, el 56% presentaba estrés moderado, 40.4% profundo y 3.5% estrés leve; asimismo, refiere que el promedio de estrés de los participantes fue de nivel moderado⁸⁵. Asimismo, en la misma localidad trujillana, Sandoval y colaboradores, realizaron una investigación en 248 estudiantes de medicina en Ayacucho, en el cual hallaron que “el 23.9% presentó algún nivel de estrés, de ellos el 10.9% estrés leve, 7% moderado, 4.6% grave y 1.4% extremadamente grave”⁹³. En Huancayo, Baquerizo et al., encontraron que “la presencia de estrés tuvo una prevalencia de 94,19%, de los cuales el 39.21% refería estar a menudo con estresado y un 2.07% de los estudiantes percibían que se encontraban estresados muy a menudo”¹⁰⁹. En Lima, Durán Farfán en su estudio con 100 estudiantes de medicina de los últimos 2 años -exceptuando el internado- halló que “el 99% de los participantes percibía algún nivel de estrés, de ellos el 41% con un nivel leve de estrés percibido, 52% nivel moderado y 6% nivel severo”¹¹⁰. A nivel local, Manrique Bautista en el 2021, en su estudio con 90 estudiantes de medicina de segundo año, halló que “54.5% de los participantes tuvo una percepción de estrés alto ello en el contexto del confinamiento por la pandemia de COVID19 en el 2021”¹¹¹. Las variaciones en la prevalencia y los niveles de estrés pueden ser explicada por varios factores, entre ellos tenemos: los estilos de afrontamiento al estrés, asimismo, se ha reportado que la transición hacia una educación médica virtual genera mayores niveles de estrés, todo ello en el contexto de la pandemia del COVID19 -la cual instauró de forma brusca la formación médica a través de la virtualidad, sin una capacitación docente previa-, además, existen factores personales y familiares, como el diagnóstico de COVID19 en algún familiar, alguna enfermedad preexistente y otros. Cabe resaltar que, la educación médica tiene altos estándares de competitividad y evaluación constante, la cual somete a mayores niveles de estrés académico a los educandos en su formación médica. También, podemos resaltar que los niveles elevados de estrés en los participantes del estudio pueden ser explicados a la participación en las evaluaciones finales

y fin de semestre académico, los cuales están asociados a niveles mayores de estrés 93,108,111,112.

Respecto a otros factores sociodemográficos revisados en la presente investigación, se obtuvo que no se encuentra asociación estadísticamente significativa entre el sexo ($\chi^2=4.262$; $p=0.119$), estado civil ($\chi^2=2.317$; $p=0.678$), nivel socioeconómico ($\chi^2=10.884$; $p=0.208$), lugar de procedencia ($\chi^2=4.036$; $p=0.133$) con el riesgo suicida en los estudiantes de medicina de primer a sexto año. Acorde con lo encontrado en la presente investigación, en torno al género, actividad laboral, funcionamiento familiar, Sindeev halló que no existe asociación entre los factores mencionados con el riesgo suicida⁸⁰. Por su parte, Rodríguez Camacho encontró asociación significativa entre el ingreso económico familiar con la ideación suicida, resultado que contradice lo hallado por el presente estudio, el cual podría ser a causa de las diferencias entre los recursos de los estudiantes de universidad privadas y públicas⁸⁴; además el mismo autor, acorde con esta investigación, no halló asociación significativa entre el sexo y la ideación suicida⁸⁴, también diversos autores^{7,85} no encontraron asociación entre el sexo y la ideación suicida, a pesar de la creencia que las mujeres presentan mayor ideación suicida y los varones mayor tendencia a la ejecución de conductas autolíticas, los autores consideramos que se debe realizar mayores estudios para corroborar esta premisa; el autor antes mencionado⁷, halló asociación entre la ideación suicida y el lugar de procedencia, en el cual especifica que los lugares urbano marginales presentarían mayor ideación suicida que los urbanos, resultado que no está alineado con lo encontrado en la investigación, el cual estaría explicado por alguna variable intermedia entre la procedencia, el estrés o la percepción de sentirse alejados de su familia, cabe resaltar que en nuestra investigación que alrededor del 75% proceden de la zona urbana. Respecto al estado civil, varios estudios^{113,114} refieren que el estar soltero está relacionado a ideación y riesgo suicida, este fenómeno se acrecienta en enfermedades crónicas, sin embargo, no se encuentra en la literatura que esta relación esté presente en estudiantes universitarios de medicina, ello podría explicarse tentativamente a que la mayoría de ellos son solteros y generalmente presentar soporte de sus padres o de algún familiar, asimismo esta relación es variable en estudios demográficos sobre los suicidios consumados, el cual puede variar por contextos culturales y sociales^{115,116,117}.

Las siguientes limitaciones deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar los resultados de la presente investigación: en primer lugar, al ser un estudio de carácter no experimental, transversal, no es posible identificar relación temporal ni causal entre los factores estudiados

y el riesgo de suicidio; en segundo lugar, la escala DASS-21, si bien ha sido utilizada en estudios previos realizados en nuestro país, no tiene validaciones formales en Perú ni en la población arequipeña, por tanto es probable que su comprensión no haya sido la más óptima¹²⁰. Para mermar este posible sesgo, los participantes del estudio siempre tuvieron un medio de comunicación para absolver sus dudas; en tercer lugar la medida de asociación utilizada en el presente estudio fue el Ratio de probabilidades, RP, la cual está indicada para estudios de carácter transversal con una prevalencia mayor al 10%, que implica la medición indirecta de la fuerza de asociación predictiva de causa-efecto, sin determinar la temporalidad entre las variables, cabe resaltar que las investigaciones revisadas en la discusión utilizaron el Odd Ratio como medida de asociación; en cuarto lugar los estudios con los cuales se realizó las comparaciones utilizaron diferentes escalas, las cuales pueden generar problemas en la interpretación y consecuente discusión con lo hallado por los investigadores, sin embargo, es importante destacar que el DASS-21 y la escala de Plutchik son cuestionarios validados para screening con buenos indicadores de sensibilidad y especificidad; en quinto lugar, no fueron incluidas otras casas superiores de estudios de nuestra ciudad para poder llevar a cabo las comparaciones pertinentes; finalmente las investigaciones usadas para la comparación de los resultados, en su mayoría, son del periodo anterior al confinamiento por la pandemia de COVID19.

De manera general los resultados del presente estudio demuestran que, de las variables sociodemográficas y psicopatológicas estudiadas, solamente la depresión impacta significativamente sobre el riesgo suicida, aceptándose la hipótesis planteada previamente. Asimismo, existe una correlación inversa y estadísticamente significativa entre la edad de los evaluados y el riesgo suicida, lo que quiere decir que una mayor edad está correlacionada a un menor riesgo suicida. Asimismo, se encontró que existe una correlación directa, moderadamente fuerte y estadísticamente significativa entre la depresión, ansiedad y estrés, lo que quiere decir que una mayor depresión, ansiedad y estrés se correlaciona a un mayor riesgo suicida.

CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación nos permiten arribar a las siguientes conclusiones:

PRIMERA.- Existe asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021.

SEGUNDA.- Existe una correlación directa, moderadamente fuerte y estadísticamente significativa entre la depresión, ansiedad y estrés con el riesgo de suicidio; asimismo, existe una correlación inversa y estadísticamente significativa entre la edad de los evaluados y el riesgo suicida en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021.

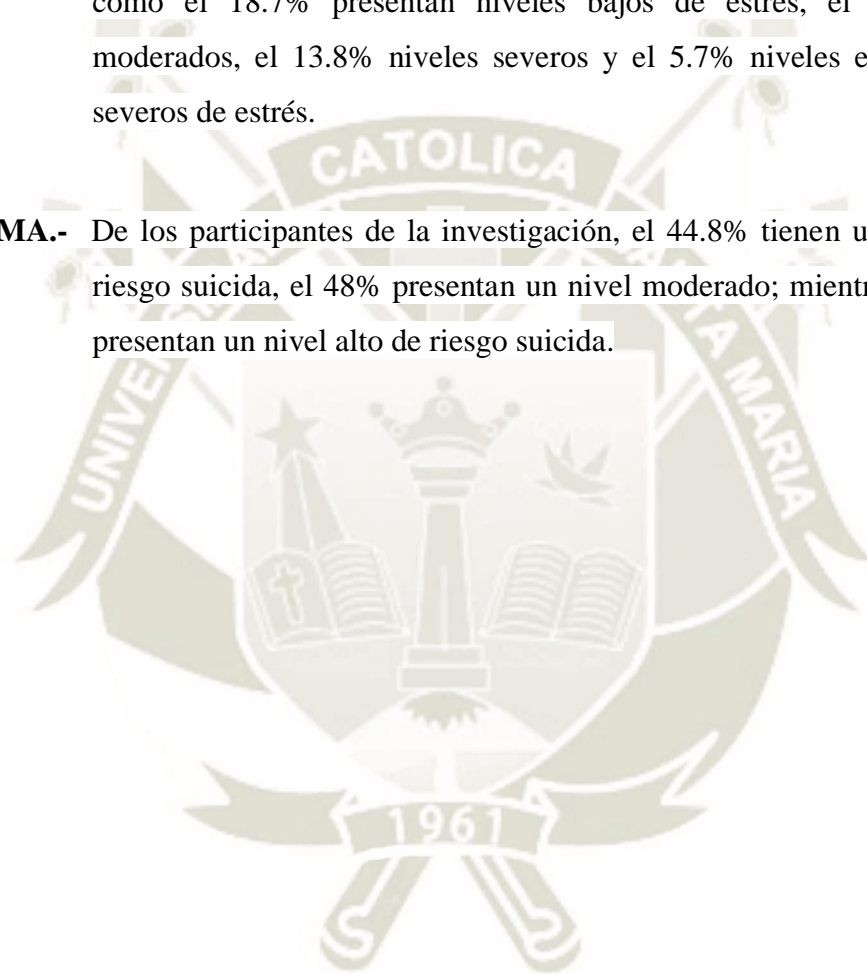
TERCERA.- De los estudiantes evaluados la edad promedio fue de 20.87 años; el 66.7% fueron del sexo femenino, el 99.6% tenían un estado civil categorizado como soltero. Respecto al nivel socioeconómico, el 33.8% de evaluados pertenecen al nivel C y el 29.9% pertenecen al nivel B. También, se observa que el 73% provienen de Arequipa.

CUARTA.- De los estudiantes evaluados el 69% tienen algún grado de depresión, de modo que, el 26.5% tienen un nivel moderado de depresión, el 11.3% presentan niveles severos y el 16.3% presentan niveles extremadamente severos de depresión.

QUINTA.- De los estudiantes evaluados el 69.6% presentan algún grado de ansiedad, de tal forma que, el 18.3% presentan un nivel bajo, el 18.9% un nivel moderado, el 11.9% un nivel severo de ansiedad y el 20.6% tiene un nivel extremadamente severo de ansiedad.

SEXTA.- De los participantes del estudio el 62% presentan algún nivel de estrés, es así como el 18.7% presentan niveles bajos de estrés, el 23.6% niveles moderados, el 13.8% niveles severos y el 5.7% niveles extremadamente severos de estrés.

SÉPTIMA.- De los participantes de la investigación, el 44.8% tienen un nivel leve de riesgo suicida, el 48% presentan un nivel moderado; mientras que el 7.2% presentan un nivel alto de riesgo suicida.



RECOMENDACIONES

1. A las autoridades de la Facultad de Medicina Humana de la UCSM: Implementar programas y talleres de screening sobre problemas y trastornos de salud mental enfocados principalmente en la detección de los distintos niveles de depresión en la Facultad de Medicina desde los primeros años de la carrera -ya que, de acuerdo a lo obtenido, la depresión está asociada directamente con mayores niveles de riesgo suicida- con el fin de realizar una intervención temprana y de esta forma disminuir el riesgo de suicidio.
2. A la Oficina de Admisión y a las autoridades de la Facultad de Medicina Humana de la UCSM: Llevar a cabo un perfil psicológico de ingreso a la Facultad de Medicina en el cual estén presentes pruebas de ansiedad, depresión y estrés; debido a que estos trastornos psicopatológicos se correlacionan positiva y directamente con el riesgo suicida; es importante que este perfil psicológico se lleve a cabo ante el primer contacto del estudiante con la formación médica, debido a que se encontró que existe una correlación inversa entre la edad y el riesgo suicida, que sea monitorizado semestralmente con el objetivo de intervenir oportunamente ante alguna variación patológica.
3. A las autoridades del Vicerrectorado de Investigación: Ampliar la población objetivo de la línea de investigación sobre trastornos de salud mental enfocados principalmente en depresión, ansiedad, y riesgo suicida en otras poblaciones de riesgo. Asimismo, ampliar la línea de investigación sobre los trastornos previamente mencionados.
4. A las autoridades del Vicerrectorado Académico: Reforzar la orientación y asistencia permanente de la Oficina de Tutoría y Bienestar de la UCSM, para que los estudiantes consideren a sus tutores como un soporte emocional. Del mismo modo, mejorar la difusión de sus actividades en la prevención de enfermedades de salud mental priorizando la depresión, ansiedad y estrés, cuyas prevalencias superan el 60% y sus niveles extremadamente severos el 5% respectivamente.

5. A las autoridades de la Facultad de Medicina Humana de la UCSM: Detectar los niveles de riesgo suicida en los estudiantes de la Facultad de Medicina, delimitar sus niveles y derivarlos oportunamente al consultorio de psiquiatría, para que inicien un tratamiento inmediato y de esta forma evitar intentos y suicidios consumados; teniendo en consideración que se encontró que más de la mitad de los estudiantes presentan un riesgo de suicidio moderado a alto, aunado al trágico precedente suscitado en nuestra facultad.



IV. REFERENCIAS

1. Leal Zavala R. Tendencia suicida en una muestra de médicos varones de lima metropolitana y su relación con factores sociodemográficos, laborales y psicológicos [Lima]: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2009.
2. Dyrbye LN, Thomas MR, Power DV, et al. Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: a multi-institutional study. *Acad Med.* 2010;85(1):94-10220042833
3. Prinz P, Hertrich K, Hirschfelder U, de Zwaan M. Burnout, depression and depersonalisation—psychological factors and coping strategies in dental and medical students. *GMS Z Med Ausbild.* 2012;29(1)
4. Rosenthal JM, Okie S. White coat, mood indigo—depression in medical school. *N Engl J Med.* 2005;353(11):1085-108816162877
5. Carson AJ, Dias S, Johnston A, et al. Mental health in medical students: a case control study using the 60 item General Health Questionnaire. *Scott Med J.* 2000;45(4):115-11611060914
6. Denis-Rodríguez E, Barradas Alarcón ME, Delgadillo-Castillo R, Denis-Rodríguez PB, Melo-Santiesteban G. Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un metaanálisis / Prevalence of Suicidal Ideation in Medical Students of Latin America: a Meta-analysis. *RIDE rev iberoam para investig desarro educ.* 2017;8(15):387–418.
7. Pinzón-Amado A, Guerrero S, Moreno K, Landínez C, Pinzón J. Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2013;43 Suppl 1:47–55.
8. Bedoya F., Matos L., Zelaya E. (2014). Niveles de estrés académico, manifestaciones psicosomáticas y estrategias de afrontamiento en alumnos de la Facultad de Medicina de una universidad privada de Lima en el año 2012. *Rev Neuropsiquiatr.* 77(4): 262-270.

9. Muñoz Najar A, Tejada Rivera MC, Gallegos Muñoz Najar SD, Obando Vera SD, Guerra Jacobo MB, Ocharan Pinto AE, et al. Ansiedad y depresión en pacientes internados en dos hospitales de Arequipa, Perú. *Rev psicol salud.* 2019;7(1):333–48.
10. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 11a ed. la Ciudad Condal, España: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
11. Organización Mundial de la Salud, Depresión, nota descriptiva, enero 2020, sitio web oficial OMS 2020, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
12. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2003;12(1):3–21.
13. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(1):90–100.
14. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, Waltoft BL, Agerbo E, McGrath JJ, et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(5):573–81.
15. Williams DR, González HM, Neighbors H, Nesse R, Abelson JM, Sweetman J, et al. Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: results from the National Survey of American Life: Results from the national survey of American life. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(3):305–15.

16. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana - 2015. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXXIV, Año 2018. Número 1.
17. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am J Psychiatry*. 2006;163(1):115–24.
18. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2000;157(10):1552–62.
19. Halverson JL, Bhalla RN, Moraille-Bhalla P, Andrew LB, Leonard RC. Depression: Practice Essentials, Background, Pathophysiology [Internet]. Medscape. 2020. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/286759-overview>
20. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5a ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2016.
21. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
22. Zung WW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965 Jan; 12:63–70
23. Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: the depression inventory. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 1974; 7(0):151–69.
24. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*. 1967 Dec; 6(4):278–96.

25. Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, Kraemer HC, et al. DSM-V field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry*. 2013;170(1):59–70
26. Bauer M, Pfennig A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Möller H-J, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2013;14(5):334–85.
27. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis: A meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(9):1219–29.
28. Parikh SV, Segal ZV, Grigoriadis S, Ravindran AV, Kennedy SH, Lam RW, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *J Affect Disord*. 2009;117 Suppl 1:S15-25.
29. Wittchen H-U, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry*. 2002;63 Suppl 8:24–34.
30. Kessler RC, Gruber M, Hettema JM, Hwang I, Sampson N, Yonkers KA. Comorbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychol Med*. 2008;38(3):365–74.
31. Kendler KS. Major depression and generalised anxiety disorder. Same genes, (partly)different environments--revisited. *Br J Psychiatry Suppl*. 1996;(30):68–75.

32. Safren SA, Gershuny BS, Marzol P, Otto MW, Pollack MH. History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190(7):453–6.
33. The Joanna Briggs Institute. Psychological therapies for generalised anxiety disorder; Traction for low-back pain; Water for wound cleansing; Embracing cultural diversity for developing and sustaining a healthy work environment in healthcare. *J Adv Nurs.* 2009;65(2):279–84
34. Book review the mechanical factors of digestion. By Walter B. Cannon, A.M., M.D., George Higginson professor of physiology, Harvard university. Illustrated. London: Edward Arnold. New York: Longmans, green & co. 1911. *The Boston Medical and Surgical Journal.* 1912;166(15):564–564
35. Selye H. A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature.* 1936;138(3479):32–32.
36. Engel BT, Bickford AF. Response specificity. Stimulus-response and individual-response specificity in essential hypertensives. *Arch Gen Psychiatry.* 1961; 5:478–89.
37. González de Rivera, J.L.: Psicósomática. Capítulo 32, en JLG de Rivera, A. Vela y J. Arana: *Manual de Psiquiatría.* Karpos, Madrid, 1980.
38. Singh G, Hankins M, Weinman JA. Does medical school cause health anxiety and worry in medical students? *Med Educ.* 2004; 38:479–81
39. Wilkinsos TJ, Gill DJ, Fitzjohn J, Palmer CL, Mulder RT. The impact on students of adverse experiences during medical school. *Med Teach.* 2006; 28:129–35.
40. Styles WM. Stress in undergraduate medical education: ‘the mask of relaxed brilliance’ *Br J Gen Pract.* 1993; 43:46–7.

41. Firth J. Levels and sources in medical students. *BMJ*. 1986; 292:1177–80.
42. Sherina MS, Rampal L, Kaneson N. Psychological stress among undergraduate medical students. *Med J Malaysia*. 2004; 59:207–11
43. Saipanish R. Stress among medical students in a Thai medical school. *Med Teach*. 2003; 25:502–6.
44. De La Rosa Rojas G, Grozo SC, Flores LD, Lijap LO, Pérez DM, Lozada RO, et al. Niveles de estrés y formas de afrontamiento en estudiantes de Medicina en comparación con estudiantes de otras escuelas. *Gac Med Mex*. 2015;151(4):443–9.
45. Tyseen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study. *Med Educ*. 2001; 35:110–20.
46. El-Gilany AH, Amr M, Hammad S. Perceived stress among male medical students in Egypt and Saudi Arabia: effect of sociodemographic factors. *Ann Saudi Med*. 2008; 28:442–8.
47. Brannon & Feist. *Psicología de La Salud*. Madrid:Paraninfo; 2004.
48. Moscoso M. El estrés crónico y la medición psicométrica del distrés emocional percibido en medicina y psicología clínica de la salud. *LIBERABIT*. 2011;17(1):67-76.
49. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*. 2015;62(3):407–13.

50. González LZT, Guevara EG, Nava MG, Estala MAC, García KYR, Peña EGR. Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. *Rev Salud Publica Nutr.* 2019;17(4):41–7.
51. Ortiz León S, Sandoval Bosch E, Adame Rivas S, Ramírez Ávila CE, Jaimes Medrano AL, Ruiz Ruisánchez A. Manejo del estrés; resultado de dos intervenciones: cognitivo conductual y yoga, en estudiantes irregulares de medicina. *Investig educ médica.* 2019;30(2):9–17
52. O'carroll PW., Berman Al, Maris RW et al, (1996) Beyond the tower Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2:237-252.
53. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010;6(1):339–63.
54. McCullumsmith C. Laying the groundwork for standardized assessment of suicidal behavior: (Commentary). *J Clin Psychiatry.* 2015;76(10):e1333-5.
55. Oquendo MA, Volkow ND. Suicide: A silent contributor to opioid-overdose deaths. *N Engl J Med.* 2018;378(17):1567–9
56. Wang H, Naghavi M, Allen C, Barber RM, Bhutta ZA, Carter A, et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet.* 2016;388(10053):1459–544.
57. Suicidio [Internet]. Who.int. [citado el 30 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
58. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(12):1617–28.

59. Piscopo K, Lipari RN, Cooney J, Glasheen C. Suicidal thoughts and behavior among adults: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health. NSDUH Data Review; Department of Health & Human Services, 2016.
60. IESM. H.Delgado-H. Noguchi (2003) Estudio Epidemiológico de la Salud Mental de la Sierra Peruana, Ed. Especial de Anales de Salud Mental 2004, Lima Perú.
61. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew. *Am J Psychiatry*. 2016;173(11):1094–100.
62. Moscicki E. Epidemiology of suicide. In: *Suicide prevention and intervention*, Goldsmith S (Ed), National Academy Press, 2001.
63. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry*. 2000;157(12):1925–32.
64. Ballenger JC. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Year b psychiatry appl ment health*. 2007; 2007:249–50.
65. Kyung-Sook W, SangSoo S, Sangjin S, Young-Jeon S. Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Soc Sci Med*. 2018; 197:116–26
66. Wang H, Naghavi M, Allen C, Barber RM, Bhutta ZA, Carter A, et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1459–544.

67. WHO. Preventing Suicide: A Global Imperative. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2014.
68. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(12):1617–28.
69. Ivey-Stephenson AZ, Crosby AE, Jack SPD, Haileyesus T, Kresnow-Sedacca M-J. Suicide trends among and within urbanization levels by sex, race/ethnicity, age group, and mechanism of death — United States, 2001–2015. *Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ*. 2017;66(18):1–16.
70. Piscopo K, Lipari RN, Cooney J, Glasheen C. Suicidal thoughts and behavior among adults: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health. *NSDUH Data Review*; Department of Health & Human Services, 2016.
71. Salway T, Ross LE, Fehr CP, Burley J, Asadi S, Hawkins B, et al. A systematic review and meta-analysis of disparities in the prevalence of suicide ideation and attempt among bisexual populations. *Arch Sex Behav*. 2019;48(1):89–111.
72. Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2013;203(6):409–16.
73. Chang S-S, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013;347(sep17 1): f5239.
74. Talbott JA. Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Year b psychiatry appl ment health*. 2006; 2006:155–6

75. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11 Suppl):1–60.
76. Holst J. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: Updated systematic review and meta-analysis. *J Emerg Med*. 2014;46(2):322.
77. Isacson G, Boëthius G, Bergman U. Low level of antidepressant prescription for people who later commit suicide: 15 years of experience from a population-based drug database in Sweden. *Acta Psychiatr Scand*. 1992;85(6):444–8.
78. Feria Rodríguez Parra Feria, MJR. Factores asociados a la ideación suicida en estudiantes del programa de psicología de la Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa 2019. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín; 2019.
79. Dávila Salas BH. Prevalencia de ideación suicida y factores de riesgo asociados en internos de medicina Hospital Honorio Delgado Espinoza, Enero - diciembre 2017. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2018.
80. Sindeev A, Arispe Alburqueque CM, Villegas Escarate JN. Factores asociados al riesgo e intento suicida en estudiantes de medicina de una universidad privada de Lima. *Rev Medica Hered*. 2020;30(4):232–41.
81. Perales A, Sánchez E, Barahona L, Oliveros M, Bravo E, Aguilar W, et al. Prevalencia y factores asociados a conducta suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. *An Fac Med (Lima Perú : 1990)*. 2019;80(1):28–33
82. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214.

- 83.** Bogado Romero, César Miguel. Riesgo Suicida en Estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional del Caaguazú, 2020. [Tesis]. Coronel Oviedo: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Caaguazú; 2020.
- 84.** Rodriguez Camacho, MN. Ideación Suicida Y Factores Asociados En Estudiantes De Medicina De La Universidad Nacional De Trujillo. Universidad de Trujillo; 2019.
- 85.** Guzman Ramos CA. Estrés académico asociado a ideación suicida en estudiantes de medicina humana UPAO – Piura, 2019. Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO; 2021.
- 86.** Sumari León, Wendy Marité, y Ludy Lizet Vaca Chambilla. Inteligencia Emocional Y Riesgo Suicida En Estudiantes De Quinto Año De La Institución Educativa Secundaria Comercial N° 45 Emilio Romero Padilla, Puno - 2017. 2017.
- 87.** Micin S, Bagladi V. Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Ter psicológica*. 2011;29(1):53–64.
- 88.** Capdevilla P, García-Abajo JM, Flores-Funes D, García-Barbero M, García-Estañ J. Prevalencia de Depresión, Ansiedad, Burnout y Empatía en estudiantes de Medicina de España. *Boletín de educación médica DocTutor*. Publicada Nov 3, 2020-Actualizada Dic 8, 2020. 3, 2020.
- 89.** Santander T Jaime, Romero S María Inés, Hitschfeld A Mario Javier, Zamora A Viviana. Anxiety and depression prevalence in medical students of the Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. [Internet]. 2011 Mar [citado 2022 Abr 13]; 49(1): 47-55.
- 90.** Ayala-Servín N, Duré Martínez MA, Urizar González CA, Insaurralde-Alviso A, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A, et al. Emotional intelligence associated with levels of anxiety and depression in medical students of a public University. *An Univ Nac Asuncion* [Internet]. 2021;54(2):51–60.

91. Tello Arroyo JS. Niveles de Depresión y Rendimiento académico en estudiantes de medicina humana, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque 2015. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, 2015.
92. Obregón-Morales Berea, Montalván-Romero José C., Segama-Fabian Edinho, Dámaso-Mata Bernardo, Panduro-Correa Vicky, Arteaga-Livias Kovy. Factors associated with depression in medical students from a peruvian university. *Educ Med Super [Internet]*. 2020 Jun [citado 2022 Abr 13]; 34(2): e1881.
93. Sandoval KD, Morote-Jayacc PV, Moreno-Molina M, Taype-Rondan A. Depresión, estrés y ansiedad en estudiantes de Medicina humana de Ayacucho (Perú) en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 2021.
94. Luna David, Urquiza-Flores Diana Ivette, Figuerola-Escoto Rosa Paola, Carreño-Morales Carolina, Meneses-González Fernando. Predictores académicos y sociodemográficos de ansiedad y bienestar psicológico en estudiantes mexicanos de medicina. Estudio transversal. *Gac. Méd. Méx [revista en la Internet]*. 2020 Feb [citado 2022 Abr 13] ; 156(1): 40-46.
95. Sánchez RA, Osornio CL, Ríos SMR. Habilidades sociales básicas y su relación con la ansiedad y las estrategias de afrontamiento en estudiantes de medicina. *Rev Elec Psic Izt*. 2019;22(2):834-856.
96. Pinilla, L. M., López, O. J., Moreno, D. A., & Sánchez, J. C. (2020). Prevalencia y Factores de riesgo de ansiedad en estudiantes de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Un estudio de corte transversal. *Revista Cuarzo*, 26(1), 22–27.
97. Gutiérrez Pastor I, Quesada Rico JA, Gutiérrez Pastor A, Nouni García R, Carratalá Munuera MC. Depresión, ansiedad y salud autopercebida en estudiantes de Medicina: un estudio transversal. *Rev Esp Edu Med [Internet]*. 2021;2(2):21–31.

98. Quek TT-C, Tam WW-S, Tran BX, Zhang M, Zhang Z, Ho CS-H, et al. The global prevalence of anxiety among medical students: A meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019;16(15):2735.
99. Pedraz-Petrozzi Bruno, Pilco-Inga Jorge, Vizcarra-Pasapera Joaquín, Osada-Liy Jorge, Ruiz-Grosso Paulo, Vizcarra-Escobar Darwin. Ansiedad, síndrome de piernas inquietas y onicofagia en estudiantes de medicina. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2015 Oct [citado 2022 Abr 13]; 78(4):195-202.
100. Arturo J, Castillo O. Relación de la Ansiedad y Depresión sobre el rendimiento académico en estudiantes de medicina humana [Internet]. *Schilesaludmental.cl*. [citado el 13 de abril de 2022].
101. Espinoza-Henriquez Raisa, Diaz-Mejia Erika, Quincho-Estares Ángel J., Toro-Huamanchumo Carlos J. Ansiedad y calidad de sueño en estudiantes de medicina: ¿Existe una relación con la anemia? *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2019 Dic [citado 2022 Abr 13]; 18(6): 942-956.
102. Enns MW, Cox BJ, Sareen J, Freeman P. Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Med Educ* [Internet]. 2001;35(11):1034–42
103. Pucutay Cumbicos, Victoria Solivan. Depresión como factor asociado a ideación suicida en estudiantes de medicina humana de Trujillo 2016. Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo 2018.
104. Abanto Lou, Mariana. Influencia del estrés, ansiedad y depresión en ideación suicida en estudiantes de medicina. Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo. 2018.
105. Sánchez-Villena, Andy. Relación entre estrés académico e ideación suicida en estudiantes universitarios. *Eureka* (Asunción, En línea), 2018.
106. Gómez Tabares AS, Montalvo Peralta YB. Orientación suicida y su relación con factores psicológicos y sociodemográficos en estudiantes universitarios. *Rev Colomb Cienc Soc* [Internet]. 2021;12(2):469.

107. O'Byrne L, Gavin B, Adamis D, et al. Levels of stress in medical students due to COVID-19. *Journal of Medical Ethics* 2021; 47:383-388.
108. Pacheco, João P. et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [online]. 2017, v. 39, n. 4 [Accessed 13 April 2022], pp. 369-378.
109. Baquerizo-Quispe, Nicole Stephanie, et al. Asociación entre presencia de estrés, depresión y/o ideación suicida con el rendimiento académico en estudiantes de medicina de una Universidad peruana en medio de la pandemia por COVID-19. *Revista Médica de Rosario*, 2022, vol. 88, no 1, p. 7-15.
110. Duran, P. (2021). Estrés y depresión en estudiantes de medicina de una universidad pública de Lima Metropolitana. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Escuela Profesional de Psicología]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.
111. Manrique Bautista, Alberto Bandar. Prevalencia de ansiedad y estrés percibido y su relación con factores sociodemográficos en estudiantes de pregrado de medicina en pandemia por COVID-19, Arequipa 2021. 2021.
112. Shivananda Manohar J, Raman R, Annigeri B. Stress and Resilience among Medical Students during Pandemic. In: *Anxiety, Uncertainty, and Resilience During the Pandemic Period - Anthropological and Psychological Perspectives*. IntechOpen; 2021.
113. Martínez Glattli H. Evaluación del Riesgo de Suicidio [Internet]. Buenos Aires: Facultad de Psicología; 2014
114. Aguilera Arzuaga Carmen Rosa. La conducta suicida y sus factores de riesgo en Holguín, Cuba. *ccm* [Internet]. 2018 Sep [citado 2022 Abr 13] ; 22(3): 374-385.
115. Macías, Natalia Carantón, et al. "Factores de riesgo sociodemográfico de ideación e intento suicida en adulto mayor. Bogotá, Colombia, 2012-2013." *Revista Investigaciones Andina* 21.39 (2019): 63-79.

116. Arregoces, Jesús David Suescún, et al. Características sociodemográficas y suicidios consumados en las ciudades de Santa Marta y Bucaramanga (Colombia): un estudio retrospectivo de género 2010-2014. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, 2017, vol. 17, no 1, p. 19-28.
117. Dávila-Cervantes CA. Factores sociodemográficos asociados con la mortalidad por suicidios en México, 2012-2016. Univ. Salud. 2019;21(3):235-239.
118. Mitchell C. OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2013 [citado el 13 de abril de 2022].
119. Higueta Piedrahita, Laura. Diagnóstico y evaluación del estrés laboral en los trabajadores de la ESE Hospital German Vélez Gutiérrez. Diss. Corporación Universitaria Lasallista, 2016.
120. Antúnez Z, Vinet EV. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. Ter psicol [Internet]. 2012 [citado el 13 de abril de 2022];30(3):49–55.
121. Chávez Chávez AC. Bienestar psicológico y riesgo suicida en estudiantes de 5.º grado de Secundaria del distrito de Los Olivos. Psiquemag [Internet]. 30 de diciembre de 2015 [citado 29 de abril de 2022];4(1):82-7.
122. Gonzales Neyra, JR. Nivel De Depresión, Ansiedad Y Estrés En Jóvenes Universitarios Asociados a Confinamiento Social - Arequipa 2020. [Tesis de Pregrado]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2020.
123. Melendres Huamán N. Prevalencia y factores asociados a depresión mayor y/o distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura-Perú [Tesis de Pregrado]. Piura: Universidad Nacional de Piura; 2019.
124. Quispe Condori MD. Factores asociados al intento de suicidio y su reincidencia en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2020. [Tesis de Pregrado]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2020.

V. ANEXOS:

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente se le invita a usted a participar en el presente estudio de investigación, que tiene como objetivo determinar la relación que existe entre los niveles de depresión, ansiedad, estrés, características sociodemográficas y el riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021 Fondo interno de la Escuela de Medicina - UCSM: Jornadas Santamarianas 2020.

Participación Voluntaria

Luego de revisar este consentimiento, usted decidirá si desea participar en el estudio. Su participación es absolutamente voluntaria.

Procedimientos

- Se le proporcionará una encuesta la cual debe llenar por usted mismo
- Los datos serán evaluados y procesados posteriormente
- La información que usted

Costos

Usted no asumirá ningún costo económico para la participación en este estudio

Beneficios

Usted estará contribuyendo a conocer la relación que existe entre los niveles de depresión, ansiedad, estrés, características sociodemográficas y el riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios. Asimismo, podrá conocer sus resultados de manera personal y se le brindará la información que usted solicite.

Contacto

Si usted tiene alguna duda, pregunta y/o comentario respecto al estudio, además en caso desee saber sus resultados, puede contactarse con los investigadores; para poder

entregarle sus resultados coloque un pseudónimo en la **Ficha de características sociodemográficas**, así se podrán triangular los resultados. Puede usted escribirnos a los siguientes correos:

Investigadores principales:

Sebastián Dudri Obando Vera : sebastian.sov97@gmail.com 992 754 123

Raúl César Solís Endara : raulsolis.ps@gmail.com 959 214 458

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO / AUTORIZACIÓN

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que al estar de acuerdo en participar de este estudio estoy dando permiso para que se procese la información que he accedido a dar. En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar del estudio.

<p>Nombre o Pseudónimo:</p>	<p>Acepto ()</p>
<p>Investigadores principales:</p> <p>Sebastian Dudri Obando Vera</p> <p>Raúl César Solís Endara</p>	

ANEXO 2: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

FICHA DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Datos del Participante:

a. Edad: ()

b. Sexo: Masculino () Femenino ()

c. Estado Civil

Soltero/a () Casado/a () Conviviente () Viudo/a ()

d. Nivel socioeconómico: ingreso familiar mensual

Nivel A: S/.12500 o más () Nivel B: S/. 7000 ()

Nivel C: S/. 4000 () Nivel D: S/. 2500 ()

Nivel E: S/. 1300 ()

e. Procedencia

Arequipa () Fuera de Arequipa ()

f. Apoyo familiar

Padre () Madre () Tíos () Hermanos ()

Otros () _____

g. Año de estudios

Primer año () Segundo año () Tercer año ()

Cuarto año () Quinto año () Sexto año ()

Pseudónimo: _____ (En caso desee solicitar los resultados de su evaluación)

ANEXO 3: ESCALA DASS - 21

ESCALA DASS-21

Por favor leer las siguientes afirmaciones y seleccionar un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted durante la semana pasada:

No hay respuestas correctas e incorrectas: No tomar demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

0 No me aplicó

1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo

2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo

3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

1. Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer las cosas	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente ante ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3

10. Sentí que no tenía nada por qué vivir	0	1	2	3
11. Noté que me agitaba	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil terminar las cosas	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. Sentí que estaba a punto del pánico	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19. Sentí que los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

ANEXO 4: ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

ESCALA DE PLUTCHIK

Edad: _____ Sexo: _____ Grado y sección: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Ud. ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2	¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3	¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4	¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5	¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6	¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7	¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8	¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9	¿Está deprimido/a ahora?		
10	¿Está Ud. Solo en estos momentos?		
11	¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12	¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13	¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14	¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15	¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

Gracias por completar el cuestionario

Así mismo a través de la presente autorizo el uso de la información dada con fines de investigación, teniendo en cuenta que será de uso confidencial.



ANEXO 5: DICTAMEN FAVORABLE COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM

DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Arequipa, 02 de febrero 2021

Investigadores Sebastian Dudri Obando Vera y Raúl César Solís Endara

Presente

De mi especial consideración.

Me dirijo a ustedes para hacerles llegar el resultado de la evaluación del proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

El proyecto de tesis denominado “Factores sociodemográficos y psicopatológicos asociados al riesgo suicida en estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María – Arequipa 2021”, cuyos autores principales son: Sebastian Dudri Obando Vera y Raúl César Solís Endara

A. DISEÑO:

En cuanto al diseño, se trata de un estudio observacional, analítico

B. OBJETIVO:

El estudio tiene como objetivo: Determinar si existe asociación entre los factores sociodemográficos y psicopatológicos y el riesgo de suicidio en los estudiantes universitarios de primer año a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa 2021.



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM

C. SUJETOS DE ESTUDIO:

Estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María – Arequipa 2021

D. TÉCNICAS DE ESTUDIO:

Entrevista en su modalidad cuestionario.

E. PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO:

Se guardará la confidencialidad de los datos y resultados de las evaluaciones.

F. PROCEDIMIENTOS:

Entrevistas en su modalidad cuestionarios (Escala de Depresión (DASS e Inventario de Putschk)

G. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Socializar los resultados.

H. DICTAMEN:

*DICTAMEN
FAVORABLE
198- 2021*



Comité de Ética de Investigación
Comité Institucional de Ética de la
Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com

ANEXO 6: DECLARACIÓN DE COMPROMISO DE ASESORÍA DE TESIS:

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

**DECLARACIÓN DE COMPROMISO DE ASESORÍA DE TRABAJOS DE
INVESTIGACIÓN, TRABAJOS ACADÉMICOS Y/O TESIS**

Arequipa, 19 de Octubre del 2021

Mediante el presente documento doy conformidad y soy responsable de la asesoría de tesis y/o trabajo de investigación y/o trabajo académico cumpliendo las normas vigentes establecidas por la Universidad Católica de Santa María

Título:

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS AL
RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA -
AREQUIPA 2021**

Autor(es):

**2015101401 - 71984262
OBANDO VERA SEBASTIAN DUDRI
71984262@ucsm.edu.pe
2014132031 - 47058793
SOLIS ENDARA RAUL CESAR
47058793@ucsm.edu.pe**

Escuela Profesional, Segunda Especialidad, Maestría o Doctorado

MEDICINA HUMANA

Datos del Asesor:

**29719524
1823
VARGAS OLIVERA GERMAN AUGUSTO**



Sf	6/08/1997	23	0	0	1	0	0	1	2	3	6	2	1	1	1	1	0	1	3	1	2	1	1	2	1	0	2	2	2	1	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0							
Sf	14/06/2002	18	1	0	2	1	0	1			1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Sf	6/08/1997	23	0	0	1	0	0	1	2	3	6	2	1	1	1	1	0	1	3	1	2	1	1	2	1	0	2	2	2	1	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0							
Sf	19/02/2002	18	1	0	2	1	0	1			2	2	1	1	0	2	0	1	2	3	0	0	1	1	1	1	0	1	2	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0						
Sf	6/08/1997	23	0	0	0	0	0	1			3	2	0	1	1	1	3	1	0	1	0	1	0	2	3	0	1	1	3	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0						
Sf	11/12/2003	17	1	0	3	0	0				1	2	0	0	0	2	0	0	1	2	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
Sf	12/10/1996	24	1	0	4	0	0	1			3	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
Sf	6/10/1999	21	1	0	1	0	0	1		3	3	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Sf	19/01/1999	22	1	0	2	0	0	1			3	2	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Sf	2/03/1998	22	1	0	2	0	0	1	2	3	5	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Sf	24/09/1999	21	1	0	2	0	0				3	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Sf	24/10/1998	22	1	0	2	1		1			3	1	2	1	0	2	2	1	2	1	2	0	1	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Sf	27/04/1995	25	1	0	1	1		1		3	6	2	0	1	0	3	2	0	2	2	2	2	2	3	2	0	2	1	0	1	3	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
Sf	3/05/1999	21	1	0	2	0		1			3	3	1	2	1	2	2	2	3	2	1	2	3	3	1	2	2	3	2	1	3	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0				
Sf	2/05/1998	22	0	0	1	0	0	1		3	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Sf	13/10/2002	18	0	0	1	1	0	1	2	3	1	1	1	1	0	3	2	2	2	3	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Sf	1/12/1994	26	0	0	1	1		1			6	1	1	0	0	1	1	0	0	2	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Sf	17/09/1998	22	0	0	1	0	0	1			5	1	1	3	0	3	2	1	1	1	1	0	2	1	1	0	2	3	1	0	1	3	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Sf	3/06/1998	22	1	0	2	1	0	1			5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
Sf	14/11/1994	26	1	0	2	0	0	1			6	2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sf	30/03/1996	24	1	0	4	0	0	1			5	2	2	1	1	1	2	1	2	3	0	1	1	1	1	1	1	0	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sf	22/05/1997	23	1	0	1	0	0	1			5	2	1	1	0	2	1	1	1	0	1	0	1	2	1	1	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sf	30/01/2002	19	0	0	1	0	0	1		3	2	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sf	18/07/2000	20	0	0	3	0	0	1	2		2	0	1	0	0	1	1	0	1	2	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Sf	10/06/1992	28	1	0	4	0		1			2	1	0	1	2	3	1	1	0	2	1	3	1	0	3	1	0	2	0	2	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Sf	24/12/1988	32	1	0	4	0			4		2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Sf	2/11/2000	20	0	0	2	0	0				2	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sf	4/08/2002	18	0	0	2	1			3		2	2	0	1	0	1	1	1	2	2	0	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sf	14/06/1996	24	0	0	2	0	0	1		3	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sf	26/03/2001	19	1	0	1	0	0	1		3	2	1	0	1	1	2	2	1	1	2	0	1	3	2	1	0	1	1	1	2	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0				
Sf	16/07/2002	18																																																									

sí	8/11/1999	21	0	0	0	0	0	1		4	2	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0		
sí	22/01/2000	21	1	0	2	0	0	1		4	2	1	0	0	1	1	0	2	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
sí	10/11/1997	23	1	0	2	0		1		5	1	1	0	0	2	1	1	1	1	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
sí	8/11/1999	21	0	0	0	0	0	1		4	2	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
sí	7/07/1996	24	0	0	1	0	0	1	3	5	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	
sí	17/12/1997	23	0	0	0	0	0	1	2 3	6	2	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	
sí	21/03/2002	18	1	0	2	0	0	1		2	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	1	3	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
sí	20/11/1995	25	1	0	2	1	0	1	3	3	2	1	2	0	1	3	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	
sí	3/06/1998	22	1	0	2	1	0	1		5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
sí	5/06/1999	21	1	0	0	0	0	1		3	0	0	3	1	3	3	0	2	3	3	2	3	3	3	1	2	3	1	0	0	2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1

