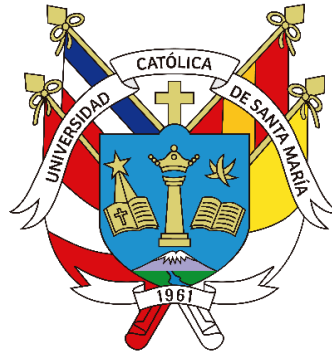


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional Medicina Humana



**Prevalencia de ideación suicida en personal de salud, y validación de un
score para ideación suicida en adultos en la Clínica San Juan de Dios
Arequipa entre diciembre 2023 a enero 2024**

Tesis presentada por los Bachilleres:

Zevallos Palomino, Pierina Ashlee.

ORCID: 0009-0008-7440-6181

Roman Medina, Elias Humberto

ORCID: 0009-0005-5616-7381

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor (a):

Dr. Farfán Delgado, Miguel Fernando

ORCID: 0000-0001-6282-4636

Arequipa- Perú
2024

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 13 de Marzo del 2024

Dictamen: 011802-C-EPMH-2024

Visto el borrador del expediente 011802, presentado por:

2017224391 - ROMAN MEDINA ELIAS HUMBERTO

2017101522 - ZEVALLOS PALOMINO PIERINA ASHLEE

Titulado:

**PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y VALIDACIÓN DE UN SCORE
PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE
DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29690684 - LLAZA LOAYZA ELISA GLORIA
DICTAMINADOR**



**29254453 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR**



**45044338 - LUZA CASAVARDE EDWIN WILDER
DICTAMINADOR**



Prevalencia de ideación suicida en personal de salud, y validación de un score para ideación suicida en adultos en la Clínica San Juan de Dios Arequipa entre diciembre 2023 a enero 2024

ORIGINALITY REPORT

5%

SIMILARITY INDEX

7%

INTERNET SOURCES

5%

PUBLICATIONS

3%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

| | | |
|---|---|----|
| 1 | www.scribd.com Internet Source | 2% |
| 2 | www.frontiersin.org Internet Source | 1% |
| 3 | repositorio.unu.edu.pe Internet Source | 1% |
| 4 | repositorio.udd.cl Internet Source | 1% |
| 5 | repository.ucc.edu.co Internet Source | 1% |
| 6 | core.ac.uk Internet Source | 1% |

Exclude quotes Off

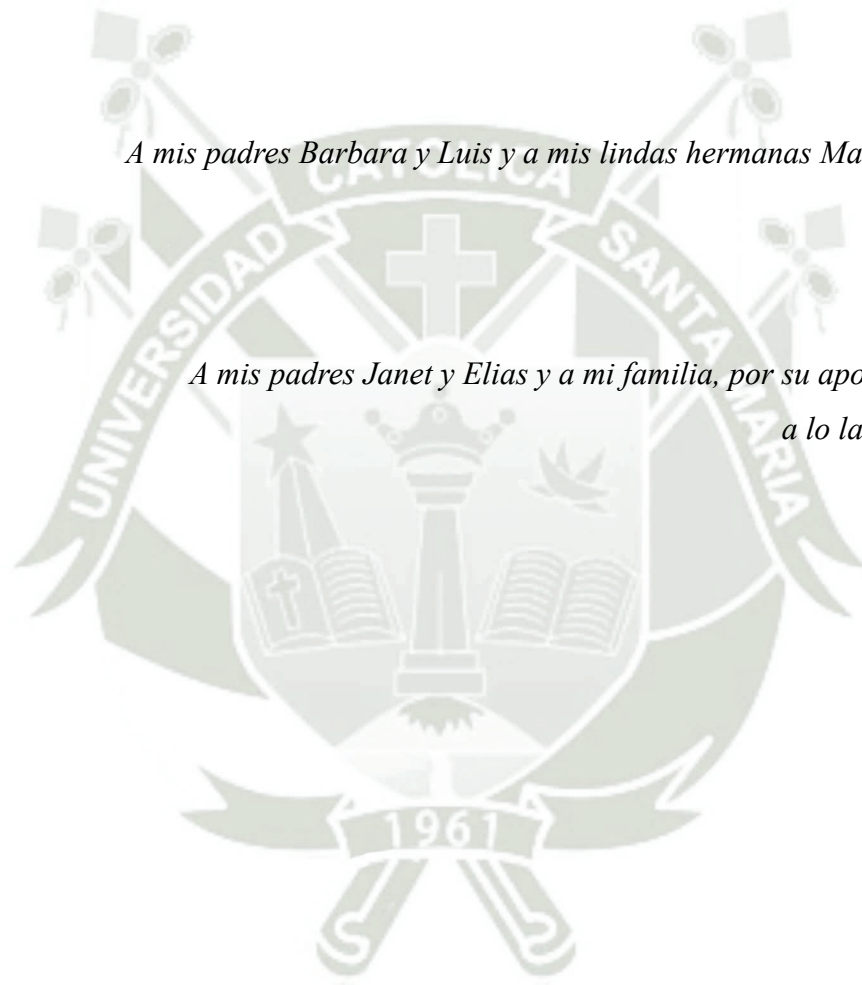
Exclude matches < 1%

Exclude bibliography Off

Dedicatoria

A mis padres Barbara y Luis y a mis lindas hermanas Maryam y Luhanna.

*A mis padres Janet y Elias y a mi familia, por su apoyo incondicional
a lo largo de este viaje.*



Agradecimiento

Agradecemos a la Clínica San Juan de Dios, a la directora y su personal por permitirnos hacer nuestra investigación en sus instalaciones y por su apoyo en cada paso.

A la facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María como nuestra “Alma Mater” e institución formadora en esta profesión por apoyarnos durante todo el camino hasta el SERUMS.

A nuestros dictaminadores que con su conocimiento no solo nos guiaron, sino que hicieron posible esta tesis.

A nuestro asesor por inspirarnos y guiarnos.

Agradecemos a los participantes de esta investigación por su tiempo y disposición.

A nuestros maestros que nos enseñaron del arte que es la medicina y a los amigos y compañeros de internado que nos acompañaron.

Y a mis padres y lindas hermanas Maryam y Luhanna por su apoyo en toda la carrera, gracias, los quiero.

Agradezco a mis padres, por ser un ejemplo a seguir, por ser quienes me motivaron cada día y siempre estuvieron para apoyarme en este camino. Agradezco a mi familia por compartir sus ánimos de siempre seguir adelante y enseñarme a ser siempre la mejor versión de uno mismo.

Epígrafe

*“Aquel que **salva una vida**, es como si salvara un universo **entero**”*
(Mishná, tratado Sanhedrín, 4, 5).



RESUMEN

Objetivos: Determinar la prevalencia de ideación suicida en una muestra de personal de salud de la Clínica San Juan de Dios Arequipa entre Diciembre 2023 a Enero 2024 y validar la escala de suicidabilidad de Okasha para ideación suicida en esta población.

Métodos: La presente es una investigación analítica con un diseño de estudio observacional, descriptivo, transversal de asociación simple. Se trabajó en una muestra de 70 personas que contenían médicos, enfermeros, obstetras y personal técnico que trabajan en contacto con pacientes a partir de una población de personal de salud en planilla en los servicios de hospitalización, emergencia y cuidados intensivos de 243 personas, a los que se les aplicó un cuestionario con preguntas sociodemográficas, el cuestionario sobre la salud del paciente -9 y la escala de Okasha para medir las variables. Se halló la prevalencia de ideación suicida y depresión y las características sociodemográficas de la muestra y su asociación. Se validó la escala de Okasha en esta población mediante el coeficiente de alfa de Cronbach.

Resultados: Del total de profesionales de la salud (n=70). encuestados se halló una prevalencia de 5.71% (n=4). de ideación suicida y de 32.9% (n=23). de manifestaciones de depresión. En el coeficiente de alfa de Cronbach se encontró un 0,842 de validez para la escala de Okasha y se encontró una relación estadísticamente significativa ($p < 0.01$). entre los resultados de ideación suicida del cuestionario PHQ-9 y la escala de Okasha, validando así este instrumento en esta población.

Conclusiones: La prevalencia de ideación suicida fue de 2.7 veces más alta en el personal de salud (5,71%). que en la población en general (2,1%). Por otro lado, no se halló una relación estadística significativa para las características sociodemográficas de esta población. La escala de Okasha es un método válido para determinar la presencia de ideación suicida en el personal de salud.

Palabras Clave: Ideación suicida, personal de salud, depresión

ABSTRACT

Objectives: To determine the prevalence of suicidal ideation in a sample of healthcare workers from the San Juan de Dios Clinic in Arequipa between December 2023 to January 2024 and validate the Okasha suicidality scale for suicidal ideation in this population.

Methods: This is an analytical research with an observational, descriptive and cross-sectional simple association study design. We worked on a sample of 70 people that included doctors, nurses, obstetricians and technical personnel who work in contact with patients from a population of 243 healthcare workers on clinic payroll in hospitalization, emergency and intensive care services to whom was applied a questionnaire with sociodemographic questions, the patient health questionnaire -9 and the scale of Okasha to measure the variables was applied. The prevalence of suicidal ideation and depression, and the sociodemographic characteristics of the sample and their association were found. The Okasha scale was validated in this population using Cronbach's alpha coefficient.

Results: Of the total healthcare workers (n=70). surveyed, a prevalence of 5.71% (n=4). for suicidal ideation and 32.9% (n=23). for manifestations of depression was found. In the Cronbach's alpha coefficient, a 0,842 of validity was found for the Okasha scale and a statistically significant association ($p<0.01$). was found for suicidal ideation results between PHQ-9 questionnaire and Okasha Scale, proving validity of this instrument in this population.

Conclusions: The prevalence of suicidal ideation was 2.7 times higher in healthcare workers (5,71%). than in the general population (2,1%). However, no significant statistical relationship was found for the sociodemographic characteristics of this population. The Okasha scale is a valid method to determine the presence of suicidal ideation in health personnel.

Key Words: Suicidal ideation, healthcare workers, depression

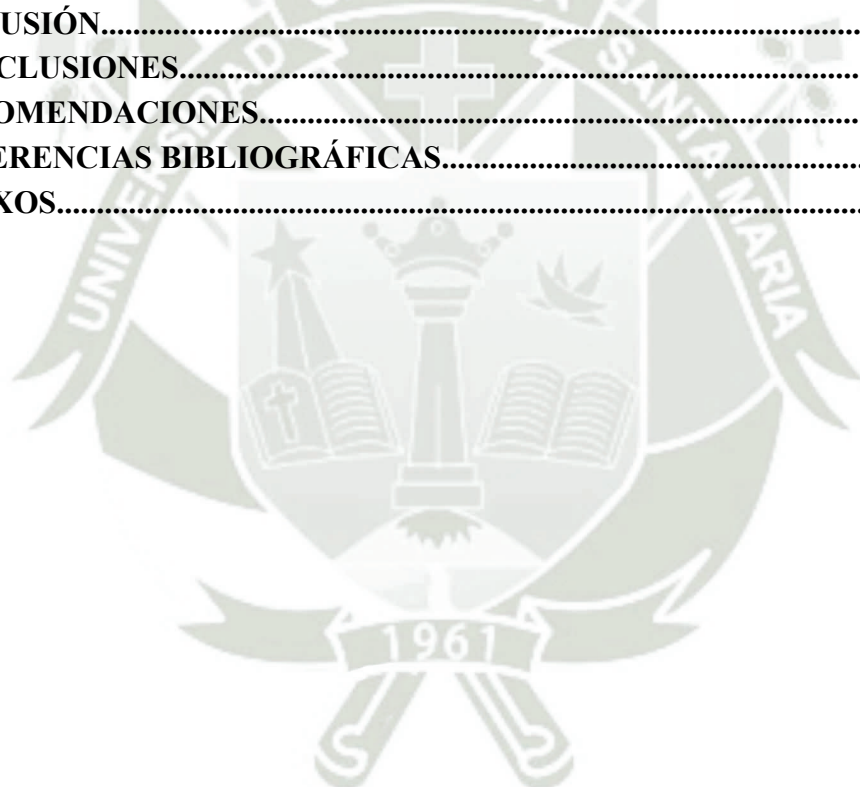
ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|------------|
| RESUMEN..... | I |
| ABSTRACT..... | II |
| INTRODUCCIÓN..... | III |
| CAPÍTULO I..... | 3 |
| PLANTEAMIENTO TEÓRICO..... | 3 |
| 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... | 4 |
| 1.1 Determinación del problema..... | 4 |
| 1.2 Enunciado del problema..... | 4 |
| 1.3 Descripción del problema..... | 4 |
| 1.3.1 Área del conocimiento..... | 4 |
| 1.3.2 Operacionalización de Variables..... | 4 |
| 1.3.2.2 Operacionalización de Variables..... | 4 |
| 1.3.3 Interrogantes básicas..... | 6 |
| 1.3.4 Tipo de Investigación..... | 6 |
| 1.3.5 Diseño de Investigación..... | 6 |
| 1.3.6 Nivel de Investigación..... | 6 |
| 1.4 Justificación..... | 7 |
| 1.4.1 Justificación Científica..... | 7 |
| 1.4.2 Justificación Social..... | 7 |
| 1.4.3 Justificación Personal..... | 8 |
| 1.4.4 Originalidad..... | 9 |
| 1.4.5 Relevancia Académica..... | 9 |
| 1.4.6 Factibilidad..... | 9 |
| 2. OBJETIVOS..... | 10 |
| 2.1 Objetivo General..... | 10 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 10 |
| 3. MARCO TEÓRICO..... | 11 |
| 3.1 Ideación Suicida: Definición..... | 11 |
| 3.2 Ideación suicida y suicidio..... | 11 |
| 3.2.1 Teorías de Ideación a acción..... | 12 |
| 3.3 Prevalencia de ideación suicida en la población general..... | 13 |
| 3.4 Fisiopatología de la Ideación Suicida..... | 14 |
| 3.4.1 Ideación Suicida y neuroinflamación..... | 14 |
| 3.4.2 Ideación Suicida y Vitamina D..... | 15 |
| 3.5 Depresión..... | 16 |
| 3.6 Depresión e ideación suicida..... | 16 |
| 3.7 Ideación suicida en pandemia por COVID-19 y después..... | 17 |

| | |
|---|-----------|
| 3.8 Ideación suicida en profesionales de salud durante pandemia..... | 17 |
| 3.9 Ideación suicida y factores de riesgo..... | 18 |
| 3.9.1 Historia de intentos suicidas previos..... | 18 |
| 3.9.2 Enfermedad psiquiátrica..... | 19 |
| 3.9.3 Desesperanza..... | 19 |
| 3.9.4 Adversidad en la infancia..... | 19 |
| 3.10 Personal de Salud..... | 19 |
| 3.11 Ideación suicida en personal de salud..... | 20 |
| 3.12 Evaluación de la ideación Suicida..... | 21 |
| 3.12.1 Patient Health Questionnaire - Nine Item (PHQ-9)..... | 21 |
| 3.13 Suicidabilidad..... | 22 |
| 3.13.1 Escala de Suicidabilidad de Okasha (ANEXO 6)..... | 22 |
| 3.14 Validación de una escala para ser aplicada en profesionales de la salud..... | 24 |
| 4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS..... | 28 |
| 4.1 INTERNACIONALES..... | 28 |
| 4.2 NACIONALES..... | 37 |
| 4.3 LOCAL..... | 39 |
| 5. HIPÓTESIS..... | 39 |
| CAPÍTULO II..... | 40 |
| PLANTEAMIENTO OPERACIONAL..... | 40 |
| 6. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN..... | 41 |
| 6.1 Técnicas..... | 41 |
| 6.2 Instrumentos..... | 41 |
| 6.3 Materiales..... | 41 |
| 7. CAMPO DE VERIFICACIÓN..... | 42 |
| 7.1 Ámbito..... | 42 |
| 7.2 Temporalidad..... | 42 |
| 7.3 Unidades de estudio..... | 42 |
| 7.3.1 Universo:..... | 42 |
| 7.3.2 Muestra:..... | 42 |
| 7.3.2 Criterios de Inclusión:..... | 42 |
| 7.3.3 Criterios de Exclusión:..... | 43 |
| 7.4 Tamaño de la muestra:..... | 43 |
| 8. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 43 |
| 8.1 Organización..... | 43 |
| 8.2 Recursos..... | 43 |
| 8.2.1 Recursos Humanos..... | 43 |
| 8.2.2 Recursos Materiales..... | 44 |
| 8.2.3 Recursos Financieros..... | 44 |
| 8.2.4 Recursos Institucionales..... | 44 |
| 8.3 Validación de resultados..... | 44 |

| | |
|--|-----------|
| 8.4 Criterios para manejo de resultados..... | 46 |
| 8.4.1 Análisis Estadístico:..... | 46 |
| 8.5 Aspectos Éticos..... | 46 |
| CAPÍTULO III..... | 48 |
| RESULTADOS..... | 48 |
| TABLA N°1: Prevalencia de Ideación Suicida en el Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 49 |
| GRÁFICO N°1: Prevalencia de Ideación Suicida en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 49 |
| TABLA N°2: Cálculo de Coeficiente de Alfa de Cronbach para la Validación de Consistencia interna de la Escala de Suicidabilidad e Ideación Suicida de Okasha aplicada en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 50 |
| TABLA N°3: Comparación de Resultados Positivos de Ideación Suicida entre el Cuestionario PHQ-9 y la Escala de Okasha en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 51 |
| TABLA N°4: Asociación estadística con la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson entre los resultados para Ideación Suicida de los instrumentos Cuestionario PHQ-9 (Ítem 9). y la Escala de Okasha en una muestra de Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 52 |
| TABLA N°5: Género del Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 53 |
| GRÁFICO N°2: Género del Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 53 |
| TABLA N°6: Género e Ideación Suicida en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 54 |
| GRÁFICO N°3: Género e Ideación Suicida en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 54 |
| TABLA N°7: Asociación de Género y prevalencia de Ideación Suicida en en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 55 |
| TABLA N°8: Edad en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 56 |
| GRÁFICO N°4: Edad en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 56 |
| TABLA N°9: Edad e Ideación Suicida en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 57 |
| GRÁFICO N°5: Edad e Ideación Suicida en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 57 |
| TABLA N°10: Asociación de Edad y prevalencia de Ideación Suicida en el Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 58 |
| TABLA N°11: Cargo en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 59 |
| GRÁFICO N°6: Cargo en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 59 |
| TABLA N°12: Cargo e Ideación Suicida en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 60 |

| | |
|--|-----------|
| GRÁFICO N°7: Cargo e Ideación Suicida en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 60 |
| TABLA N°13: Asociación de Cargo y prevalencia de Ideación Suicida en en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 61 |
| TABLA N°14: Prevalencia de manifestaciones de depresión en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 62 |
| GRÁFICO N°8: Prevalencia de manifestaciones de depresión en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 62 |
| TABLA N°15: Cargo y Manifestaciones de Depresión en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 63 |
| GRÁFICO N°9: Cargo y Manifestaciones de Depresión en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 63 |
| TABLA N°16: Asociación entre Cargo y prevalencia de Manifestaciones de Depresión en el Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024..... | 65 |
| DISCUSIÓN..... | 66 |
| CONCLUSIONES..... | 70 |
| RECOMENDACIONES..... | 71 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 72 |
| ANEXOS..... | 83 |



INTRODUCCIÓN

La ideación suicida o también llamada pensamientos suicidas es un término amplio utilizado para hablar de los pensamientos de contemplación, preocupaciones y deseos respecto a la muerte y el suicidio en una persona (13).

En los últimos años, múltiples investigaciones se han hecho respecto a la salud mental de los profesionales de la salud en relación a la pandemia por COVID - 19 (75) (76). El interés por la ideación suicida y su prevalencia en esta población también ha sido investigada en múltiples lugares del mundo (77). La Dirección de Salud Mental del MINSA (DSM-MINSA). encontró que durante la pandemia en un estudio poblacional donde participaron 58 349 personas, el 12.8% refirió presentar ideación suicida (27). Sin embargo, escasas publicaciones se han hecho respecto a los trabajadores de salud en nuestro medio después de ocurrida la pandemia y la prevalencia de ideación suicida en esta población.

Como secuela de la pandemia por COVID - 19 se ha proyectado un aumento en las conductas suicidas. Aunque la bibliografía indica que la ideación suicida es prevalente en el de 17% de médicos, el suicidio es una rara ocurrencia (27). Sin embargo, al evaluar el riesgo de cometer suicidio en comparación con otras profesiones este era mayor en médicos (32). Y al evaluar a los profesionales de salud, se observó que eran más probables de cometer suicidio por envenenamiento, siendo un factor de riesgo el fácil acceso (77). Un artículo encontró que en Estados Unidos, en el personal de enfermería, el suicidio ocurre más seguido que en la población en general (riesgo relativo 1.18, 95% CI 1.03 - 1.36) (36).

Existen un número subyacente de factores que ponen en riesgo a las personas de cometer suicidio como de presentar ideación suicida. Y la pandemia y sus secuelas han precipitado una serie de factores que también afectan en la vulnerabilidad de la persona de presentar Ideación suicida (78).

Entre los factores de riesgo para la ideación suicida se encuentra que existe una relación estrecha entre el Síndrome de Burnout, la depresión y la ideación suicida (79). En otro

estudio se encontró una asociación entre el turno de noche y la ideación suicida en hombres, mientras que en mujeres se asociaba a dificultades emocionales como ansiedad y depresión (80).

Múltiples escalas existen para medir el riesgo de suicidio y la depresión, sin embargo, ninguna ha sido comprobada como lo suficientemente confiable como para usarse como predictor de que el suicidio es inminente (78). Existe literatura que apoya al ítem 9 del cuestionario “Patient Health Questionnaire - Nine Item” (PHQ -9), encontrando que el riesgo acumulado de suicidio en un año en pacientes que respondían “casi todos los días” era de 4% (81). Por lo cual se tomó esta encuesta y otras también validadas para poder evaluar la prevalencia de ideación suicida en los trabajadores de salud de la Clínica San Juan de Dios en Arequipa.

Por otra parte en vista de la falta de instrumentos válidos para la medición de ideación suicida en el primer nivel de atención con valores de sensibilidad y especificidad altos, se planteó el uso de la escala de suicidabilidad de Okasha, escala de screening validada para su uso en población adolescente latinoamericana que llega a alcanzar niveles sensibilidad de 90% y especificidad del 79% para su aplicación en la muestra y posterior validación estadística para la medición de ideación suicida en población adulta (70).



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Determinación del problema

Prevalencia De Ideación Suicida En Personal De Salud, Y Validación De Un Score Para Ideación Suicida En Adultos En La Clínica San Juan De Dios Arequipa Entre Diciembre 2023 A Enero 2024.

1.2 Enunciado del problema

¿Cuál Es La Prevalencia De Ideación Suicida En Personal De Salud, Y Validación De Un Score Para Ideación Suicida En Adultos En La Clínica San Juan De Dios Arequipa Entre Diciembre 2023 A Enero 2024?

1.3 Descripción del problema

1.3.1 Área del conocimiento

1.3.1.1 Área general: Ciencias de la Salud

1.3.1.2 Área Específica: Medicina Humana

1.3.1.3 Especialidad: Psiquiatría

1.3.1.4 Línea: Ideación Suicida en Adultos.

1.3.2 Operacionalización de Variables

1.3.2.1 Variables del estudio:

Variable Dependiente: Presentar ideación suicida.

Variables Independientes: Ser profesional de la salud, tener signos de depresión, ser de cierto género o grupo etario.

1.3.2.2 Operacionalización de Variables

| Variable | Indicador | Subindicador | Unidad/Categoría | Escala |
|-----------------------------------|-----------|-------------------|---|-------------------------|
| Características Sociodemográficas | Sexo | - Sexo categórico | - Masculino o Femenino | Cualitativa Nominal |
| | | - Edad en años | - 20-30 años - 31-40 años - 41-50 años - 51-60 años - > 60 años | Cuantitativa Intérvalos |
| | Cargo | | | |

| | | | | |
|---|--|--|---|------------------------|
| | | - Cargo categorico | - Enfermera (o) - Personal Técnico - Obstetra - Médico | Cualitativa nominal |
| Depresión e Ideación Suicida | Cuestionar io PHQ-9 | - Score PHQ-9 | Score Depresión: - 0-4 puntos Negativo a Score de Depresión - 5-9 puntos Depresión Leve - 10-14 puntos Depresión Moderada - 15-19 puntos Depresión Moderadamente Severa - ≥ 20 puntos Depresión Severa | Cualitativa nominal |
| | | - Ítem 9 del Score PHQ-9 | Ideación Suicida Ítem 9: - Positivo - Negativo | Cualitativa nominal |
| Suicidabilidad e Ideación Suicida | Escala de Suicidabili dad de Okasha | - Escala de suicidabili dad de Okasha | Score Suicidabilidad Okasha: - 0-4 puntos Negativo Suicidabilidad e Ideación Suicida | Cualitativa nominal |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | - ≥ 5 puntos Positivo Suicidabilidad e Ideación Suicida | |
|--|--|--|---|--|

1.3.3 Interrogantes básicas

1.3.3.1 ¿Cuál es la prevalencia de ideación suicida en el personal de salud de la Clínica San Juan de Dios Arequipa entre Diciembre 2023 y Enero 2024?

1.3.3.2 ¿La escala de suicidabilidad de Okasha es un instrumento de medición válido en personal de salud adulto?

1.3.3.3 ¿Existe asociación estadística entre los resultados de prevalencia de ideación suicida entre el Score PHQ-9 Ítem 9 y la escala de suicidabilidad de Okasha preguntas 1,2 y 3?

1.3.3.4 ¿Cuáles son las características sociodemográficas del personal de salud que presenta positividad en la medición de ideación suicida de la Clínica San Juan de Dios Arequipa entre Diciembre 2023 y Enero 2024?

1.3.3.5 ¿Cuál es la prevalencia de depresión en el personal de salud de la clínica San Juan de Dios y su relación con la ideación suicida?

1.3.4 Tipo de Investigación

Estudio descriptivo-analítico

1.3.5 Diseño de Investigación

Observacional, descriptivo, transversal.

1.3.6 Nivel de Investigación

Nivel Descriptivo de asociación simple.

1.4 Justificación

1.4.1 Justificación Científica

El actual estudio de investigación a nivel científico contribuye a las ciencias de la salud a través de la búsqueda del entendimiento de la salud mental específicamente en personas que tratan con pacientes y ayudan a aliviar dolencias y enfermedades a diario como lo son los profesionales de la salud. Al momento de investigar sobre suicidio e ideación suicida realmente no se encuentra mucha variedad de bibliografía al respecto como con otros temas de salud mental a pesar de ser un tópico realmente importante que siempre deberíamos tener en consideración, y menos aún en lo que respecta a profesionales de la salud. Además podemos evidenciar que posterior a la Pandemia Covid-19 se presentan datos que demuestran el aumento de la cifra de ideación suicida llegando incluso a duplicar cifras pasadas (93). Por lo que el aporte científico del estudio actual junto con los datos y resultados obtenidos pueden incluso apoyar a la medicina basada en evidencia por medio de mayor desarrollo de intervenciones en salud mental dirigidas específicamente a personal de salud, estrategias de soporte, y medidas de promoción de la salud mental.

1.4.2 Justificación Social

El impacto social del estudio radica en el potencial que provee para el planteamiento de políticas que favorezcan la salud mental en los trabajadores del sector salud, la ideación suicida es un problema significativo que al ser señalado y destacado contribuye a crear ambientes de trabajo más saludables y de soporte al personal de salud. Previamente en otros países como en Chile a partir de estudios de investigación abarcando temas y patologías de Salud Mental se han logrado proponer propuestas de acción y promoción de la salud mental, en distintos centros como Universidades (94).

Además al abiertamente señalar la prevalencia de ideación suicida en personal de salud ayuda a desestigmatizar el tema y poderlo discutir abiertamente en la comunidad de las ciencias de la salud.

La Organización Mundial de la Salud plantea que para realizar intervenciones de promoción y prevención en Salud Mental primeramente se busca identificar determinantes tanto sociales, como individuales y estructurales, estimar un riesgo y reducirlos con medidas (95). Por lo que por medio de este trabajo para fomentar la promoción de la Salud Mental buscamos identificar determinantes individuales como lo sería la ideación suicida.

1.4.3 Justificación Personal

A nivel personal el impulso para esta investigación surgió a partir de la pérdida prematura de una gran persona y un gran maestro, un médico con inquebrantable dedicación, un sanador compasivo y un mentor inspirador que justamente se desempeñaba como médico en este establecimiento. Su compromiso con la atención al paciente fue incomparable y sus contribuciones dejaron una huella imborrable en la comunidad médica. Lamentablemente bajo la superficie de su éxito profesional, existía una lucha silenciosa que finalmente lo llevó a su trágica e inesperada partida.

Este estudio no es simplemente un esfuerzo académico, sino, un sincero homenaje a esta persona y un compromiso para comprender y abordar las batallas silenciosas que enfrentan los profesionales de la salud, recordándonos que incluso aquellas personas que dedican sus vidas a curar a otros, pueden llevar cargas que a menudo pasan desapercibidas.

Considero que él merecía una oportunidad y todos los profesionales de la salud que estén con su propia batalla de salud mental la merecen.

Por otro lado vemos que uno nunca sabe cuando alguien puede estar pasando por estas batallas silenciosas, durante el año 2023 año que desarrollamos nuestro internado médico tuvimos una compañera que durante el internado tuvo un intento de suicidio que oportunamente pudo llegar a recibir ayuda y apoyo, e ingresando a instituciones de salud mental que pudieron oportunamente brindar su ayuda..

Así que nuestra forma de poner un granito de arena y sentir que de nuestra parte hicimos algo para que no vuelva a suceder algo como este evento y aspirar a contribuir a un ambiente laboral en las ciencias de la salud compasivo y de soporte en el que se destaquen las conversaciones abiertas acerca de la

salud mental es esta tesis, buscando así transformar el dolor de la pena en cambios significativos.

1.4.4 Originalidad

La aplicación de escalas de ideación suicida para determinar su prevalencia en personal de salud no se ha realizado previamente en la ciudad de Arequipa en esta clase de población. Además a partir de la necesidad de instrumentos de screening para la evaluación de la ideación suicida el plantear la escala de Okasha y validarla para su uso en adultos pertenecientes al sector salud se consideraría un aporte original.

1.4.5 Relevancia Académica

Este estudio de investigación contribuye significativamente a la literatura al destacar el tema de ideación suicida y su prevalencia específicamente en el personal de salud rellenando un espacio poco investigado, así como brinda mayores herramientas para la medición de ideación suicida por medio de la adaptación y validación de escalas de evaluación de ideación suicida para su uso en adultos y en personal de salud, que a su vez impulsa a la realización de más investigaciones sobre el tema. En un estudio realizado por el Centro de Investigación en Epidemiología Clínica y Medicina Basada en Evidencias. Facultad de Medicina Humana. Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú en el año 2020 que trata acerca de la producción, impacto y colaboración en investigaciones peruanas en psiquiatría y salud mental concluyen que en Perú el número de artículos publicados sobre salud mental al año es bajo teniendo solo 12 artículos por año y esto se debería impulsar e incentivar a través de la colaboración de instituciones con la investigación en temas de psiquiatría y salud mental (97).

1.4.6 Factibilidad

El presente estudio es factible debido al acceso a información, el método de recolección de datos por medio de encuestas físicas y virtuales con instrumentos validados, la accesibilidad a la muestra y el bajo costo de desarrollo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- Determinar la prevalencia de ideación suicida en una muestra de personal de salud de la Clínica San Juan de Dios Arequipa entre Diciembre 2023 a Enero 2024 y validar la escala de suicidabilidad de Okasha para ideación suicida en esta población.

2.2 Objetivos Específicos

- Calcular estadísticamente la validez de la escala de suicidabilidad de Okasha como instrumento de medición válido en población adulta y personal de salud.
- Determinar la asociación estadística entre los resultados de prevalencia de ideación suicida entre el ítem 9 del Score PHQ-9 y la escala de suicidabilidad de Okasha, en sus preguntas 1, 2 y 3.
- Determinar que características sociodemográficas muestran asociación estadísticamente significativa en el personal de salud en la Clínica San Juan de Dios en Arequipa que presentan ideación suicida.
- Descubrir la prevalencia de depresión en el personal de salud y su relación con la ideación suicida.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Ideación Suicida: Definición

Para hablar de ideación suicida y su concepto es necesario mencionar que la literatura genera una importante distinción de los pensamientos o acciones autolesivas entre la presencia de intención suicida o su ausencia en estos, así es como entre los pensamientos autolesivos existen aquellos que son no suicidas, y no hay intención de morir. Y de igual manera entre los pensamientos o conductas autolesivas con intención de morir se divide entre el intento suicida, el plan suicida y la ideación suicida (1).

La primera categoría del fenómeno suicida es la ideación suicida y se refiere a que una persona presenta pensamientos de cometer suicidio, que difiere en las otras 2 categorías, puesto el plan suicida contempla la consideración de un método específico con el que esta persona tiene la intención de cometer suicidio, y el intento suicida es formar parte de una conducta posiblemente autolesiva y en la que existe la intención de morir a causa de esta (1). La ideación suicida, también llamada pensamientos suicidas es un término amplio que también es utilizado para hablar de los pensamientos de contemplación, preocupaciones y deseos respecto a la muerte y el suicidio en una persona (13). Y esta puede subdividirse en ideación suicida pasiva (“Los demás estarían mejor si muriera”), o ideación suicida activa (“Deseo morir”) (9).

3.2 Ideación suicida y suicidio

El suicidio según la Organización Mundial de la Salud es un grave problema de salud pública donde en 2019 fue la causa de 1 de cada 100 muertes en el mundo. Con estadísticas tales como que cometen suicidio más del doble de hombres que mujeres y es la cuarta causa de muerte entre el grupo etario de 15 a 29 años a nivel mundial. Siendo el 20% de los suicidios a causa de plaguicidas. Y el mayor factor de riesgo es un intento de suicidio previo (2).

Debido a la dificultad del estudio del suicidio, comúnmente los estudios se enfocan en los pensamientos y conductas suicidas de los pacientes. Y es en esta línea de pensamiento donde surge la necesidad de teorías que expliquen (a) el

momento en que se desarrolla la ideación suicida y (b) la progresión de estos pensamientos suicidas a verdaderos intentos de suicidio, comprendiendo que tienen distintos predictores y explicaciones. Esto implica separar en 2 categorías a las personas que tengan intentos de suicidio e ideación suicida, de aquellos que exclusivamente son ideadores al momento de hacer investigación (3).

3.2.1 Teorías de Ideación a acción

a. Teoría de los 3 pasos

Entre las teorías más recientes para explicar el proceso de ideación a acción está la Teoría de 3 pasos del suicidio o 3ST (Three - Step Theory of Suicide). que sugiere que la ideación suicida inicia por la combinación entre dolor y desesperanza, donde el dolor suele ser psicológico, en el segundo paso la ideación suicida se fortalece cuando el dolor sobrepasa el nivel de la conectividad de la persona (connectedness), que es un concepto que se usa de forma amplia para hablar de aquello que le genere a la persona motivación para seguir viviendo, esto siendo las personas que valora, su sentido de propósito y aquello que le da significado. Y es en el tercer paso en el que la persona transiciona de una ideación suicida al intento suicida posiblemente letal (3)(7).

b. Teoría interpersonal

Esta teoría es la primera de las teorías llamadas “ideation-to-action framework” o el marco de ideación a acción. Joiner en 2005 planteó los caminos de su teoría y sus construcciones centrales. En primer lugar tenemos una “pertenencia frustrada” (Thwarted Belongingness), debido a la necesidad fundamental de los seres humanos de pertenecer, en sus dimensiones aparece la soledad y la ausencia de recibir recíprocamente cuidado. En segundo lugar se encuentra la “carga percibida” (Perceived Burdensomeness), que captura la desconexión social, en especial, el pensamiento erróneamente calculado de estos individuos que sus vidas valen menos que su muerte. Ambos componentes son suficientes causas para ideación suicida pasiva. La desesperanza críticamente potencia

el riesgo de suicidio. En esta teoría la capacidad adquirida para el suicidio es el factor principal que genera la progresión al intento de suicidio (21).

c. Teoría Integrada motivacional - volitivo

Esta teoría es un modelo tripartita que explica el contexto biopsicosocial en el que la ideación suicida y las conductas suicidas potencialmente se desarrollan, esto siendo la fase pre motivacional donde influyen la diatesis, el ambiente y eventos en la vida de la persona, siguiendo a esta se encuentra la fase motivacional donde se forma la ideación o la intención suicida, tocando los factores que llevan a la transición al intento de suicidio y el mismo suicidio (Fase volitiva) (22).

Estas teorías coinciden en que aunque las personas con ideación suicida en etapas tempranas o ideación suicida pasiva, aunque no cometan suicidio más adelante, seguimos hablando que estos individuos están viviendo sus vidas con una carga en su salud mental que los lleva a sentirse en soledad, desesperanzados y como una carga para los demás en su día a día.

Actualmente no existe un predictor lo suficientemente fuerte para identificar a aquellas personas que cometerán un intento de suicidio entre aquellos que tienen ideaciones suicidas (4). Mientras que la probabilidad entre los individuos con ideación suicida, que hagan un intento suicida alguna vez es del 30% (5). En un estudio holandés en la población en general se encontró que la incidencia de la ideación suicida era de 2.7% en 3 años, y los intentos de suicidio tenían una incidencia de 0.9% (6).

3.3 Prevalencia de ideación suicida en la población general

Del 2001 al 2007 la Organización Mundial de la Salud condujo un estudio llamado World Mental Health Surveys, donde 108 705 adultos de 21 distintos países fueron encuestados con el WHO Composite International Diagnostic

Interview, esto con la intención de valorar las conductas suicidas y los potenciales factores de riesgo en distintos terrenos como las características sociodemográficas, diagnóstico de enfermedad, la historia de conductas suicidas, la psicopatología de los padres y adversidad durante la infancia. Encontrando que la prevalencia en la población general de ideación suicida es del 2.0% en países desarrollados, y del 2.1% en países en desarrollo. Igualmente encontró que el plan suicida y los intentos suicidas tenían una prevalencia en 12 meses de 0.6% y 0.3% respectivamente. Concluyendo en este estudio que la prevalencia es similar en países desarrollados como en los que no, y que se podía predecir los intentos suicidas con bastante buena exactitud con los índices de riesgo que evalúan múltiples dominios (12). En un estudio con información de 5372 individuos de la población en general, se les aplicó el Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9), donde se encontró que el 3.5% de la población presentaba ideación suicida (64).

3.4 Fisiopatología de la Ideación Suicida

3.4.1 Ideación Suicida y neuroinflamación

Existen cambios fisiopatológicos comprobados que suceden en los pacientes que cometen suicidio, siendo entre los más resaltantes la neuroinflamación, que es una respuesta inflamatoria del sistema nervioso central por causas internas o externas, con la intención de generar un efecto neuroprotector, sin embargo, de alargarse en el tiempo este proceso, puede guiar a daños significativos en este sistema. La microglía y los astrocitos son los que producen las citoquinas inflamatorias, sin embargo, existen estudios que sugieren que en las personas que cometen suicidio muestran una permeabilidad aumentada de la barrera hemato-encefálica, y que las citoquinas periféricas también pueden alcanzar el sistema nervioso central (9). Entre las citoquinas se encuentra principalmente la IL-6, que en un estudio con veteranos se encontró que si bien los niveles de IL-6 no eran predictores de la presencia de ideación suicida, estos estaban significativamente asociados a la severidad de

ideación suicida (11). Así mismo, se ha propuesto que una hiperactividad del eje hipotálamo-pituitaria- adrenal está implicado en la conducta suicida (9) (10).

3.4.2 Ideación Suicida y Vitamina D

La forma activa de la vitamina D, calcitriol (1,25 (OH)₂ - vitamina D), tiene acción sobre el sistema nervioso central de distintas formas:

- a) Existen receptores de vitamina D en el sistema nervioso central, y funciona como neuroesteroide, interactuando en la síntesis y degradación de neurotransmisores. Activa la expresión de la enzima Tirosina hidroxilasa, aumentando la disponibilidad de catecolaminas como dopamina, adrenalina y noradrenalina.
- b) Hay evidencia que podría mejorar la función colinérgica mediante la colina acetiltransferasa.
- c) Calcitriol potencia al NGF (Nerve Growth Factor, que se encarga del desarrollo del cerebro prenatalmente), y al GDNF (Glial derived neurotrophic factor).
- d) La vitamina D incrementa la expresión del gen γ -glutamyl transpeptidasa, que contribuye a la formación de glutatona, que es el antioxidante cerebral más importante del cerebro (25).

Es mediante esta información que se presume cómo es que la vitamina D tiene efecto en la salud mental de las personas.

En un meta análisis hecho en Julio de 2022, sobre 11 estudios sobre conductas suicidas y deficiencia de vitamina D se encontró que niveles bajos de vitamina D, 0.421 ng/ml menos que la población sana, aumentaban estadísticamente significativamente la probabilidad para conductas suicidas. Y respecto a la ideación suicida también se encontró que el nivel promedio de vitamina D en personas con ideación suicida era menor versus el grupo sin ideación suicida (23).

Interesantemente en una revisión sistemática sobre deficiencia de vitamina D según distintas ocupaciones se encontró que existía una alta cantidad de deficiencia de vitamina D en los profesionales de la salud,

sin embargo, difieren por cargo, siendo que en los estudiantes de carreras de salud había deficiencia de vitamina D en el 72% de ellos, 65% en los médicos residentes, y en médicos, enfermeras y otros empleados se halló deficiencia de vitamina D en 46%, 43% y 44% correspondientemente (24).

3.5 Depresión

280 millones de personas padecen de depresión (44). La depresión que se encuentra dentro de los “Trastornos del Humor” en el CIE 10, se puede definir como un trastorno mental que se caracteriza por un humor depresivo, anhedonia, cansancio y fatiga, que genera dificultad en el entorno (familiar, laboral y social). de quienes lo padecen y disminuye su calidad de vida (46).

3.6 Depresión e ideación suicida

Se ha planteado que el 90% de las personas que cometen suicidio tienen algún problema de salud mental, sin embargo, 98% de las personas con alguna enfermedad mental no mueren a causa de suicidio. Entre las enfermedades asociadas a la decisión de cometer suicidio en países desarrollados se encuentra la enfermedad Bipolar, la enfermedad de estrés post traumático y la depresión mayor (3). Existen datos de que la desesperanza y la depresión se relacionan con la ideación suicida, sin embargo, su relación es débil con el intento suicida (4).

En un estudio con 141 participantes, se les dividió entre control de personas sanas, y personas con depresión mayor. En el grupo con diagnóstico de depresión mayor se les subdividió entre: aquellos con intentos suicidas, aquellos con ideación suicida y aquellos que no tenían ideación suicida. A los participantes se les dio tareas de reconocimiento facial mientras se tomaba la información de una magnetoencefalografía. Se encontró que las oscilaciones gamma aumentaban en aquellos con el diagnóstico de depresión mayor. Basándose en la red de conectividad funcional gamma deteriorada de forma semisupervisada se agrupó a los paciente con solo ideación suicida en diferentes riesgo de suicidio, correlacionando significativamente negativamente la conectividad gamma y la

depresión mayor con el riesgo de suicidio sin confundir la gravedad de la depresión. Sugiriendo que las interacciones gamma aberrantes podrían predecir el riesgo de suicidio en estas personas (8).

3.7 Ideación suicida en pandemia por COVID-19 y después

Durante la pandemia de COVID-19 existió una creciente preocupación por las proyecciones crecientes de las conductas suicidas a nivel mundial, por lo cual se hicieron múltiples trabajos de investigación enfocados a este problema de salud pública. Encontrándose que el riesgo de suicidio según data global de 63 países, se había elevado por un 20-30% (14). La pandemia trajo consigo la preocupación de que el aislamiento social, el estrés financiero, entre otros factores contribuyeron al aumento de conductas suicidas (15).

En un metaanálisis de 54 estudios con información de 308 596 participantes se halló que durante la pandemia de COVID-19 aumentó la tasa de ideación suicida (10.81%) en la población en general en comparación con estudios previos a la pandemia (16).

En Perú, 6115 personas cometieron suicidio en la década que comprende desde 2012 hasta Octubre de 2022, sin embargo, durante los años 2020, 2021 y 2022, 31% del total de suicidios se cometieron en estas fechas, con un pico de 712 personas solo en el año 2021 (18) (26). La Dirección de Salud Mental del MINSA (DSM-MINSA) encontró que durante la pandemia en un estudio poblacional donde participaron 58 349 personas, el 12.8% refirió presentar ideación suicida (27).

3.8 Ideación suicida en profesionales de salud durante pandemia

En este contexto se esperaba un aumento de la ideación suicida en poblaciones en riesgo como son los trabajadores de salud, como se ve en un estudio en personal de salud de Malasia durante el inicio de la pandemia de COVID -19, donde se encontró una prevalencia de ideación suicida de 11.1%, en comparación con una prevalencia de 1.7% de ideación suicida en la población general de Malasia, demuestra un evidente aumento de ideación suicida en esta población (19).

Similares estadísticas se encontraron durante un análisis de data en Australia durante la segunda Ola de COVID-19, donde hallaron sobre todo una prevalencia del 10.5% de ideación suicida en los profesionales de la salud (28).

En una revisión sistemática de 34 estudios sobre profesionales de la salud e ideación suicida durante la pandemia de COVID -19 se encontró que se halló una prevalencia reportada de 2.4 a 21.7% de ideación suicida (20). A un año de iniciada la pandemia de COVID-19 en China se hizo un estudio en sus trabajadores de la salud, donde se encontró que en enfermeras habían mayores niveles de depresión y ansiedad en comparación con otros cargos (29).

Mientras múltiples estudios se hicieron en la respuesta psicológica inmediata a COVID-19, continúa habiendo escasez de publicaciones respecto a las secuelas a largo tiempo (17).

3.9 Ideación suicida y factores de riesgo

Para la población en general existen factores de riesgo de presentar ideación suicida que se han estudiado. Entre ellos se encuentra, quizá principalmente la historia de intentos suicidas previos, enfermedad psiquiátrica, desesperanza, adversidad en la infancia, situaciones de aislamiento, escasez de recursos, historia familiar de suicidio, encarceración o desempleo, problemas con autoridades, alcohol y abuso de drogas, conflicto familiar, impulsividad y sentimientos de culpa o vergüenza y autoestima baja (20).

3.9.1 Historia de intentos suicidas previos

Algún intento previo de suicidio en una persona es el principal factor de riesgo de suicidio (2). En un estudio de una muestra comunitaria donde se identificaron 1490 personas con primer intento suicida que buscaban atención médica, 5.4% (81 personas) murieron a causa de suicidio, de estos 59.3% (48 personas) perecieron durante su primer intento y el 81.8% de las personas 27 de 33. Los restantes terminaron con sus vidas dentro de un año (38).

3.9.2 Enfermedad psiquiátrica

Los paciente psiquiátricos tienen un sustancialmente mayor riesgo de suicidio completado cuando presentan ideación suicida (39). En un metaanálisis basado en estudios longitudinales analizó en personas jóvenes con enfermedades mentales la asociación con conductas suicidas, encontrando que las enfermedades mentales aumentan el riesgo de intentos suicidas en esta población y que son predictores de conductas suicidas (40).

3.9.3 Desesperanza

En un estudio tipo metaanálisis donde se incluyeron 166 estudios publicados entre 1971 a 2014 se encontró que la desesperanza “Hopellessness” significativamente predecía la ideación suicida (odds ratio 2.19, 95% CI 1.6 -3.00), estimando más débilmente el intento suicida y muerte por suicidio (odds ratio 1.95, y 1.98 95% CI 1.59-2.39 y CI 1.46-2.69 respectivamente) (41).

3.9.4 Adversidad en la infancia

La adversidad en la infancia está asociada a la ideación suicida en la adolescencia, la adultez temprana (43). y en la edad media, donde 3 o más adversidades en la infancia se vieron asociadas con la ideación suicida a los 45 años, estas adversidades son enfermedad en el hogar, la ausencia de uno de los padres o divorcio de éstos, abuso físico o sexual y cuidado institucional (42).

3.10 Personal de Salud

En Perú se considera personal de salud a aquel que ocupe un puesto de trabajo vinculado a la salud, siendo:

1. El Médico Cirujano
2. Cirujano Dentista
3. Químico Farmacéutico
4. Obstetra
5. Enfermero
6. Médico veterinario*
7. Biólogo*
8. Psicólogo*
9. Nutricionista*
10. Ingeniero Sanitario*
11. Asistente Social*
12. Tecnólogo Médico (47).

* Que cumplan servicios en el campo asistencial de la salud.

3.11 Ideación suicida en personal de salud

Múltiples estudios se han hecho a nivel mundial respecto a la prevalencia de ideación suicida en los profesionales de la salud, tanto previo a la pandemia por COVID-19, como durante, y algunos después de esta. Sin embargo, a nivel nacional escasa publicación se hizo en esta población, y ninguna a nivel local después de ocurrida la pandemia.

Existe una asociación significativa entre el síndrome de Burnout y la ideación suicida (33). y el síndrome de burnout se encontró asociado a un mayor auto reporte de error en médicos en Estados Unidos (34). y en el personal médico aquellos con percepción de errores médicos estaban en mayor riesgo de ideación suicida(37). Para evitar los efectos del burnout, es importante un manejo balanceado entre horas de trabajo en los trabajadores de salud, así es como en distintas partes del mundo han decidido adoptar medidas como horarios de trabajo de hasta 40 horas semanales en lugares donde el suicidio ha ido disminuyendo durante el tiempo, especialmente en Europa(31).

En un análisis de casos de suicidio, demostró que el riesgo de suicidio en médicos era de 2.73 versus un riesgo de 0.44 en otras profesiones como arquitectos o ingenieros. Al asociar el riesgo de suicidio con las características económicas y

sociales se puede explicar el riesgo de suicidio según cada profesión, sin embargo, este exceso de riesgo, no se puede explicar tanto en médicos como en enfermeras (32).

Entre los médicos que han cometido suicidio, se encontró que era menos probable encontrar en sus análisis toxicológicos medicamentos anti depresivos versus la población en general víctima de suicidio, además que el presentar algún problema de salud mental o un problema de trabajo al momento de morir contribuyó significativamente para predecir que entre estas muertes eran médicos (30).

En un estudio de cohortes en Estados Unidos se encontró que entre los profesionales de la salud, en relación a aquellos individuos que no trabajan en salud, las enfermeras, personal técnico y trabajadores de apoyo en salud, tuvieron un mayor riesgo de suicidio (35). Son las enfermeras según un estudio retrospectivo también en Estados Unidos en quienes el suicidio ocurre más seguido que en la población en general (riesgo relativo 1.18), sugiriendo que es un posible factor de riesgo para suicidio (36). Y estas tasas de suicidio en el personal de enfermería tienen factores contribuyentes como largas horas de trabajo, el cargo como principales cuidadores de los pacientes y la falta de autonomía profesional (31).

3.12 Evaluación de la ideación Suicida

Al momento de la entrevista con el paciente, la valoración del riesgo suicida, con factores de riesgo y factores protectores, es con la intención de poder modificarlos para la intervención del paciente suicida (49). A pesar de lo que se pueda pensar, en realidad cuestionar al paciente sobre la intención suicida en realidad no incrementa ni los pensamientos o conductas suicidas y en realidad lleva a mejores resultados (50).

3.12.1 Patient Health Questionnaire - Nine Item (PHQ-9)

El Cuestionario sobre la salud del paciente es una herramienta de screening para depresión y cuantificar los síntomas depresivos y monitorear su severidad, basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV y que consta de 9 ítems, el noveno ítem siendo “Durante las últimas 2 semanas ¿Con qué frecuencia ha tenido molestias debido a

los siguientes problemas? Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse a usted mismo de alguna manera” (52) (Anexo 5). En un estudio que evaluó las respuestas al ítem número 9, encontró que el riesgo acumulado de suicidio dentro de un año era de 4% a aquellos que respondieran “Casi todos los días” (54). Así mismo, en 2015 en un estudio en pacientes con enfermedad cardíaca, se encontró que de aquellos que respondían de forma positiva al ítem 9, 2.8% se encontraban en inminente suicidio. Siendo que mide la ideación suicida, pero instrumentos sobre inminente suicidabilidad son necesarios (56). El ítem número 9 evalúa la ideación suicida pasiva, sin embargo, no es un instrumento suficiente para medir el riesgo suicida por sí solo (62).

3.13 Suicidabilidad

3.13.1 Escala de Suicidabilidad de Okasha (ANEXO 6)

Teniendo en cuenta que el suicidio constituye un importante problema de salud pública a nivel nacional y a nivel internacional. Y teniendo en cuenta una carencia de instrumentos psicométricos de screening. En Chile Urzúa y Caqueo Urizar en el año 2011 (58). desarrollaron la construcción de una escala para pesquisar factores vinculados al comportamiento suicida en adolescentes, la escala de Suicidabilidad de Okasha, una escala tipo Likert que evalúa riesgo suicida e ideación suicida a través de 4 factores: Conductas suicidas, satisfacción, afecto negativo y sentido de vida (60). Esta escala construida a partir de una escala de suicidabilidad previamente desarrollada por Okasha, A; Lotaf, F; Sadek, A (1981), escala publicada en el “Acta Psychiatrica Scandinavica”. La cuál en primera instancia se utilizó para la evaluación a predisposición a comportamiento suicida como opción para ayudar al manejo de paciente suicidas, teniendo el estudio factores para ideación suicida (63). Okasha, A y Lotaf, F desarrollaron el estudio “Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students”(1981). donde hicieron uso de esta escala de

suicidabilidad en una muestra de 516 estudiantes de Medicina escogidos aleatoriamente en un su último año, aplicando las primeras cuatro preguntas del cuestionario para explorar la ideación suicida y la quinta pregunta para el reporte de intentos suicidas (63).

La escala de suicidabilidad de Okasha de Urzúa y Caqueo Urizar (2011). se compone de cuatro preguntas de las cuáles las cuatro primeras abordan la ideación suicida y la quinta el riesgo suicida, las cuáles son:

- ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?
- ¿Has deseado alguna vez estar muerto?
- ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?
- ¿Has intentado suicidarte?

Estas preguntas están planteadas en una escala tipo Likert que brinda cuadro opciones para respuesta. Las primeras tres preguntas con opciones de respuesta nunca, casi nunca, algunas veces, muchas veces y la última pregunta de intento de suicidio con opciones de respuesta como Ningún intento, un intento, dos intentos, tres o más intentos, todas calificadas en orden respectivo con puntuaciones del cero al tres. Brindando un Score total para la valoración de hasta 12 puntos, teniendo 5 a más puntos como punto de referencia para considerar positivo el instrumento (67).

Los factores y la consistencia interna de la escala de Okasha han sido probados en múltiples estudios y por múltiples especialistas destacando su validez como escala para la medición de suicidabilidad e ideación suicida. Partiendo desde su construcción por Urzúa y Caqueo Urizar (2011). en la cuál se realizado el proceso para el correcto cumplimiento de los múltiples criterios para validez y confiabilidad de un instrumento de medición, realizándose el análisis factorial, el análisis de ítems, y la consistencia interna con resultados de 0,954 para la escala total, 0,947 para conductas suicidas. Validando así el constructo de esta escala para la medición de suicidabilidad e ideación suicida en población adolescente (58). En otros estudios como el estudio de Zulic, Gutierrez,

Cerda, Meza, Sagredo y Mora (2019); el de Campo, Zuñiga, Mercado, García (2019). y el de Salvo, Melipillán y Castro (2009). Concluyen que a través de los análisis realizados el instrumento de suicidalidad Okasha presentaría excelentes evidencias de validez en la población adolescente latinoamericana, presentando valores de Alfa de Cronbach superiores a 0,8 y adecuada homogeneidad como escala, así como también con un punto de corte de 5 puntos destacan sus altos grados de sensibilidad (90%). y especificidad (79%). Convirtiéndola así en una escala con alta consistencia interna y homogeneidad, estadísticos en repetidas ocasiones con fuerza significativa y una sensibilidad y especificidad adecuada (60) (69) (70).

Debido a las características del instrumento con una buena capacidad predictiva y poco tiempo necesario para su aplicación, es una excelente alternativa para su aplicación en la atención primaria en salud, así como para instrumento de screening (60).

El instrumento de suicidalidad de Okasha se ha utilizado en otras oportunidades también en población adulta obteniendo resultados adecuados para la medición como en el estudio de Diaz Vega (2021). en el que se aplica en profesionales de la salud de entre 21 y 81 años (71).

3.14 Validación de una escala para ser aplicada en profesionales de la salud

Los instrumentos de investigación, de recolección de datos necesarios para el desarrollo de una investigación deben ser correctamente validados, para esto deben contar con ciertos criterios para su validez y confiabilidad. Un instrumento es considerado válido cuando es demostrado que realiza la medición adecuada de aquello que intenta medir y esta validez se mide en términos de alta, media o baja validez (45).

Para la construcción de un instrumento de medición se necesitan de ciertos pasos a tomar en cuenta:

1. La elaboración de un listado con los contenidos y conductas a medir.

2. El análisis de los contenidos y conductas y su importancia relativa.
3. La construcción de una matriz lógica y una tabla de especificaciones para observar los contenidos y conductas.
4. El instrumento de acuerdo a la tabla de especificaciones.

Una vez construída la prueba se procede a su validación (45).

Para lograr validar un instrumento adecuadamente y así ganar cierto grado de confiabilidad se necesita tomar en cuenta ciertos criterios de validez como de confiabilidad.

Dentro de los criterios de validez encontramos:

- Los criterios de contenido en los que la muestra representa las propiedades de las variables. Una matriz lógica, tabla de especificación y la evaluación de jueces o expertos en el área a evaluar.
- Los criterios concurrentes y predictivos. Los concurrentes buscan relacionar los datos del test con otra prueba ya validada. Los criterios predictivos miden la relación del test con la acción futura.
- El criterio tipo constructo que relaciona los datos del test con los constructos teóricos preexistentes.
- El criterio empírico en el que se relacionan los ítems del test, subtest, etc.

Dentro de los criterios de confiabilidad encontramos:

- La prueba equivalente consiste en correlacionar los resultados con una prueba preexistente.
- El criterio de mitades donde se evalúan la mitad de ítems de una prueba con la otra mitad, “Pares vs nones de los ítems”.
- Test-Retest que consiste en la doble aplicación y correlación de resultados del mismo test (45).

Otra de las formas existentes para la validación de un instrumento de investigación es a través de la “Validación Empírica” que consiste en dirigir una muestra piloto de sujetos equivalentes a la población de estudio con ítems de test, subítems de test y subtest test y procesar estadísticamente con el estudio de

la R de Pearson a partir de la recolección de datos con el instrumento a validar (45).

Además se necesita validar la consistencia interna del instrumento y así sea considerado confiable, esto se puede realizar a través de pruebas estadísticas, coeficientes de correlación como el Coeficiente de Alfa de Cronbach, el Coeficiente KR-20 o el Coeficiente de Kuder y Richardson (45).

El coeficiente de Alfa de Cronbach es el más ampliamente utilizado por investigadores, dentro de sus ventajas destacando que con este método solo se requiere una administración de la prueba. Esta prueba estima el límite inferior de coeficiente de Fiabilidad, consistente en la media de las estimaciones para todas las posibles mitades y además extiende su estimación al caso de datos no binarios (48).

Otra de las ventajas de la prueba de coeficiente de Alfa de Cronbach destaca la facilidad de aplicación desde tamaños de muestras relativamente accesibles para una gran cantidad de estudios, encontrando investigaciones donde se utiliza en muestras de 45 personas como en el estudio de Soler Cardenas Silvio y Soler Pons Lisbet acerca de “Usos del coeficiente alfa de Cronbach en el análisis de instrumentos escritos” (51). así como el en el estudio de Tupanta, Jorge; Duque Miguel; Mena Angel sobre “Alfa de Cronbach para validar un cuestionario de uso de TIC en Docentes Universitarios.” en el que se aplica en una muestra de 33 personas (55).

El coeficiente de Alfa de Cronbach es un estadístico que toma valores entre 0 y 1, cuyo valor mientras más se aproxime al número 1 será mayor el grado de fiabilidad que presente el instrumento a evaluar (51). A partir del estudio de Rodriguez Julio y Reguant-Álvarez Mercedes publicado en la Revista de Innovación del “Institut de Desenvolupament Professional de la Universitat de Barcelona” el que lleva por título “Calcular la Fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: El coeficiente de alfa de Cronbach” en base a múltiple revisión bibliográfica desde textos clásicos como “Nunnally” hasta estudios más actuales como Prieto y Delgado (2010), Barrios y Cosculluela (2013).

concluyen que la fiabilidad adecuada, es decir los resultados de Alfa de Cronbach para considerar un instrumento fiable oscila entre 0,70 y 0,90 (53).



4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1 INTERNACIONALES

4.1.1

Autores: Hajar Mohd Salleh Sashimi, Tuti Iryani Mohd Daud, Lai Fong Chan, Shamsul Azhar Shah, Farynna Hana Ab Rahman, Nik Ruzyanei Nik Jaafar

Título: Depression and Suicidal Ideation in a Sample of Malaysian Healthcare Workers: A Preliminary Study During the COVID-19 Pandemic

Depresión e ideación suicida en una muestra de trabajadores sanitarios de Malasia: Un estudio preliminar durante la pandemia de COVID-19

Lugar: Malasia

Resumen: Tras la pandemia por COVID-19, se espera un aumento en las conductas suicidas. Teniendo en cuenta que los trabajadores de salud se encontraban en riesgo, se estudió la ideación suicida en términos de tasa, y sus factores asociados. De un grupo de 171 personas, se midió la ideación Suicida a través del Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9), se recolectó como información la edad, el género, la etnia, el nivel educacional, el estado marital, el tipo ocupación como personal de salud siendo médicos o no médicos, las horas de trabajo y el tiempo de servicio. Así mismo se tomó la versión corta del Health Anxiety Inventory (HAI). o Inventario de Ansiedad por la Salud, todo esto fue analizado usando el software de STATA en su versión 12.0. Aquellos con ideación suicida y depresión fueron 11.1 y 9.9% respectivamente, asociándose la depresión clínica con ideación suicida. Interesantemente, el estar en sus cargos por más de 10 años estuvo asociado significativamente con menor ideación suicida. A esto concluyeron que la depresión y el estar a inicios de la carrera profesional son áreas de intervención temprana para la reducción de la ideación suicida en los profesionales de la salud (19).

4.1.2

Autores: Chaparro Armoa, Marco Aurelio; Sosa Aquino, Olga; Pérez Velilla, Maria Adela; Burguez Niselli.

Título: Prevalencia de Ideación Suicida en estudiantes de Medicina de una Universidad de Paraguay, año 2022

Lugar: Paraguay.

Resumen: El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de ideación suicida entre estudiantes de primer y segundo semestre de Medicina de la Universidad María Auxiliadora en el año 2022. Mediante un enfoque analítico observacional y transversal, se encuestó a una muestra no probabilística de 97 estudiantes de medicina mediante la escala de Beck, escala de Ideación Suicida. Los resultados indicaron una prevalencia del 7,1% de ideación suicida, con dimensiones de mayor riesgo que incluyen intentos suicidas, pensamientos o deseos suicidas y realizar o actualizar un intento. Los factores sociodemográficos asociados con la ideación suicida incluyeron antecedentes de abuso físico o sexual. El estudio recomienda seguimiento y asistencia a personas con ideación suicida para erradicar el fenómeno y mejorar la calidad de vida de los estudiantes (72).

4.1.3

Autores: López Muelas, Laura Catalina; Rojas Roncancio, Sara Eliana.

Título: Prevalencia de riesgo suicida en los trabajadores de la salud de un hospital en Bogotá y su relación con la depresión y los síntomas de burnout

Lugar: Colombia, Bogotá.

Resumen: El suicidio es un importante problema de salud pública y los esfuerzos de prevención se centran en identificar factores de riesgo y de protección. Si bien el personal sanitario presenta tasas de suicidio más altas, pocos estudios incluyen al personal no médico. Este estudio transversal tuvo como objetivo identificar la prevalencia de riesgo suicida y factores asociados en el personal médico y no médico del Hospital Militar Central de Bogotá. En el estudio se utilizan escalas como PHQ-9, Malash y Plutchik. Y se analizan mediante odds ratios (OR). e intervalos de confianza (IC). del 95%. Se encuentran resultados de prevalencia de riesgo suicida: 20,4% (IC 95%). mayor en personal sanitario no médico. Se encuentran como factores

protectores la expresión de ideas suicidas, la ausencia de enfermedad mental y la adherencia. El estudio concluye que el impacto en la salud mental del personal de salud es sustancial. La intervención es crucial para mitigar las consecuencias a nivel individual y social (73).

4.1.4

Autores: Hem, E; Gronvold, N.T.; Aasland O.G.; Ekeberg, O.

Título: The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample.

Lugar: Noruega

Resumen: El estudio destaca las elevadas tasas de suicidio entre los médicos en comparación con la población general. El estudio tiene como objetivo explorar las ideas y los intentos suicidas entre los médicos noruegos, identificando factores de riesgo. Estudios anteriores de países nórdicos revelan tasas variables de intentos de suicidio entre los médicos con la aplicación del cuestionario de Paykel tenido como resultados que el 51,1% de los médicos consideró que la vida no valía la pena en algún momento y el 10,4% consideró seriamente el suicidio. El 1,6% intentó suicidarse, y las mujeres informaron tasas más altas que los hombres. Los factores de riesgo incluían ser soltero, mujer y experimentar depresión. Los pensamientos suicidas estaban relacionados con problemas personales y familiares más que con cuestiones laborales. Concluyendo que el estudio revela una prevalencia considerable de pensamientos suicidas entre los médicos noruegos, lo que enfatiza la importancia de abordar la salud mental y los sistemas de apoyo dentro de la profesión. Además en lo que respecta a la ideación suicida se asocia más con problemas personales y familiares que con el estrés laboral (74).

4.1.5

Autores: Tait D. Shanafelt, MD; Charles M. Balch, MD; Lotte Dyrbye.

Título: Suicidal Ideation Among American Surgeons

Lugar: Estados Unidos.

Resumen: Este estudio desarrollado por el Colegio Americano de Cirujanos, tuvo como objetivo investigar la prevalencia de la ideación suicida entre los cirujanos, su uso de recursos de salud mental y la relación entre la ideación suicida, el agotamiento, la calidad de vida y la depresión. La encuesta se realizó a los miembros de la ACS en 2008, revelando que el 6,3% de los 7.905 cirujanos participantes informaron ideación suicida en los 12 meses anteriores. Los cirujanos de 45 años o más tuvieron una prevalencia significativamente mayor de ideación suicida en comparación con la población general. Sólo el 26% de los cirujanos con ideación suicida reciente buscaron ayuda psiquiátrica, y el 60,1% expresó desganancia debido a preocupaciones sobre su impacto en su licencia médica. La ideación suicida se asoció fuertemente con el agotamiento, la depresión y los errores médicos recientes. El estudio destaca la necesidad de intervenciones para reducir la ideación suicida entre los cirujanos y eliminar las barreras a los recursos de salud mental (68).

4.1.6

Autores: Bismark M, Scurrah K, Pascoe A, Willis K, Jain R, Smallwood N.

Título: Thoughts of suicide or self-harm among Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic.

Lugar: Australia

Resumen: Es un estudio realizado en trabajadores de la salud de la primera línea en la pandemia de COVID19. Se buscó la medición de ideación suicida a través del ítem 9 del PHQ-9 y como resultados obtuvieron que 819 (10.5%) de 7795 trabajadores de la salud informaron pensamientos de suicidio o autolesión durante un período de 2 semanas. Los trabajadores de la salud con estos pensamientos experimentaron tasas más altas de depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y agotamiento que sus pares (28).

4.1.7

Autores: Al-Humadi S, Bronson B, Muhlrads S, Paulus M, Hong H, Cáceda R

Título: Depression, suicidal thoughts, and burnout among physicians during the COVID-19 pandemic: A survey-based cross-sectional study.

Lugar: Estados Unidos

Resumen: Este estudio investiga la incidencia y los factores asociados a la depresión, los pensamientos suicidas y el agotamiento entre los médicos durante la pandemia de COVID-19. Se realizó un estudio transversal basado en encuestas a médicos residentes, becarios y asistentes de un hospital universitario terciario durante el pico de la pandemia en Nueva York, de abril 24 a mayo 15 de 2020. Se examinaron datos demográficos, especialidad médica, estado de residente/asistente vs. asistente, frecuencia de guardias, agotamiento emocional, despersonalización y severidad de la depresión.

Doscientos veinticinco sujetos completaron la encuesta, con tasas del 6.2% de depresión, 6.6% de ideación suicida y 19.6% de agotamiento. La depresión, la ideación suicida y el agotamiento estaban asociados con antecedentes previos de depresión/ansiedad y frecuencia de guardias. La ideación suicida y el agotamiento también estaban asociados con una edad más joven. No hubo diferencia en las tasas de depresión, ideación suicida o agotamiento entre médicos asistentes y residentes (84).

4.1.8

Autores: Hong S, Ai M, Xu X, Wang W, Chen J, Zhang Q, Hong S, Ai M, Xu X, Wang W, Chen J, Zhang Q,

Título: Immediate psychological impact on nurses working at 42 government-designated hospitals during COVID-19 outbreak in China: A cross-sectional study.

Lugar: China

Resumen: Este estudio evaluó el impacto psicológico inmediato en enfermeras de primera línea en China durante una epidemia de una enfermedad infecciosa. Se realizó una encuesta transversal multicéntrica a través de cuestionarios en línea, evaluando síntomas de depresión, ansiedad, trastornos somáticos e ideación suicida. De los 4,692 enfermeros encuestados, el 9.4% mostró síntomas depresivos, el 8.1% ansiedad, y el 42.7% presentaba síntomas

somáticos. Alrededor del 6.5% reportó ideación suicida. Se identificaron varios factores de impacto asociados con la salud psicológica de las enfermeras. Se necesita más investigación para determinar si las estrategias de capacitación y apoyo pueden mitigar las morbilidades psicológicas (85).

4.1.9

Autores: Young KP, Kolcz DL, O'Sullivan DM, Ferrand J, Fried J, Robinson K.

Título: Health care workers' mental health and quality of life during COVID-19: Results from a mid-pandemic, national survey.

Lugar: Estados Unidos.

Resumen: Este estudio evaluó el impacto psicológico inmediato en enfermeras de primera línea en China durante una epidemia de una enfermedad infecciosa. Se realizó una encuesta transversal multicéntrica a través de cuestionarios en línea, evaluando síntomas de depresión, ansiedad, trastornos somáticos e ideación suicida. De los 4,692 enfermeros encuestados, el 9.4% mostró síntomas depresivos, el 8.1% ansiedad, y el 42.7% presentaba síntomas somáticos. Alrededor del 6.5% reportó ideación suicida. Se identificaron varios factores de impacto asociados con la salud psicológica de las enfermeras. Se necesita más investigación para determinar si las estrategias de capacitación y apoyo pueden mitigar las morbilidades psicológicas (86).

4.1.10

Autores: Veloso-Besio C, Cuadra-Peralta A, Gallardo-Peralta L, Cuadra-Fernandez P, Quiroz PT, Troncoso NV

Título: The prevalence of suicide attempt and suicidal ideation and its relationship with aggression and bullying in Chilean adolescents

Lugar: Chile

Resumen: Este estudio tiene como objetivo estimar la prevalencia de intentos de suicidio e ideación suicida en adolescentes chilenos y su relación con la agresividad y el acoso escolar. La muestra consistió en 728 adolescentes de la ciudad de Arica, con una edad promedio de 15,6 años. Se encontró que el 18,4% de los estudiantes había intentado suicidarse y el 65,6% tenía ideación suicida. La prevalencia de intentos de suicidio y de ideación suicida fue mayor

en las adolescentes femeninas en comparación con los varones. Además, se encontró una correlación significativa entre intentos de suicidio, ideación suicida, agresividad y acoso escolar. Estos hallazgos resaltan la importancia de las instituciones educativas en la prevención y el abordaje efectivo de estos problemas (88).

4.1.11

Autores: Salvo G L, Melipillán A R, Castro S A.

Título: Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes

Lugar: Chile

Resumen: Este estudio evaluó la confiabilidad y validez de la escala de suicidio de Okasha et al. en estudiantes de secundaria, con el objetivo de obtener una herramienta de detección del suicidio. Se encontró que la escala tenía una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,89). y homogeneidad en los ítems. Además, demostró ser capaz de discriminar entre adolescentes que habían intentado suicidarse y aquellos que no lo habían hecho, con un área bajo la curva ROC de 0,89. El punto de corte determinado para identificar un intento de suicidio fue de 5 puntos, con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 79%. Los puntajes de la escala también se correlacionaron significativamente con baja autoestima, menor apoyo social percibido y mayor impulsividad. Estos hallazgos respaldan la utilidad de la escala como una herramienta efectiva en la detección del riesgo de suicidio en adolescentes (70).

4.1.12

Autores: Vega LMD.

Título: Desesperanza, impacto del evento y riesgo de suicidio en Talento Humano en Salud colombiano con exposición a SARS CoV-2

Lugar: Colombia

Resumen: Este estudio se enfoca en identificar la relación entre desesperanza, impacto del evento y riesgo de suicidio, así como describir los niveles de estas variables en el personal de salud en Colombia expuesto al SARS CoV-2. Se utilizó un enfoque cuantitativo y se aplicaron escalas estandarizadas para

medir estas variables. Los resultados sugieren que aunque la población no muestra cifras elevadas en las variables de estudio, es importante prestar atención a su salud mental, ya que se evidencian efectos psicológicos por causa del SARS CoV-2 en un porcentaje de la población estudiada (71).

4.1.13

Autores: Córdova Osnaya M, Rosales Pérez JC, García Castillo MB

Título: Ideación suicida y variables asociadas en jóvenes universitarios del estado de Hidalgo

Lugar: México

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo identificar variables psicológicas y de identificación personal relacionadas con la presencia de ideación suicida según el género en una universidad mexicana. Participaron 584 estudiantes: 52,6% hombres y 47,4% mujeres. Se utilizó la escala de Ideación Suicida Roberts-CES-D, que fue confiable y válida en ambos géneros. No se encontraron diferencias significativas entre el porcentaje de ideación suicida en hombres (9,4%) y mujeres (11,9%). Las variables asociadas con la ideación suicida en ambos géneros fueron haber intentado el suicidio, ser víctima de situaciones humillantes, falta de apoyo social y presencia de emociones negativas. Además, entre los hombres se destacaron el rendimiento académico y las experiencias negativas recientes, mientras que entre las mujeres, el promedio de calificaciones y la disciplina tuvieron un gran impacto, así como recibir disciplina en un ambiente con muchas reglas o en un ambiente sin reglas ni castigos (89).

4.1.14

Autores: Calvo G JM, Ricardo y TEJADA Paola A. SP

Título: Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios

Lugar: Colombia

Resumen: El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de ideación suicida en estudiantes universitarios, caracterizar grupos relacionados con la ideación y las conductas suicidas, y determinar las variables asociadas. Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal con una muestra

probabilística de la población estudiantil, utilizando un instrumento para medir el riesgo de suicidio y variables asociadas. Los resultados mostraron una prevalencia de ideación suicida del 3,6 % en la actualidad y del 18 % en el último año. La ideación y los intentos de suicidio fueron más comunes en estudiantes de género femenino. Los factores más fuertemente relacionados con la ideación suicida fueron el antecedente de violación, pasar más de ocho horas al día solo y ser mujer. No se encontró una relación entre la exposición al suicidio de otros y la ideación suicida en esta población. Se concluyó que los antecedentes de violación, el pasar mucho tiempo solo y ser mujer deben alertar a los clínicos sobre la posibilidad de ideación suicida, y se recomienda explorar y evaluar esta ideación en individuos con estos factores de riesgo (92).

4.1.15

Autores: Mohammed Aziz, G., ALghfari, S., Bogami, E., Abduljwad, K., & Bardisi, W.

Título:Prevalence and determinants of depression among primary healthcare workers in Jeddah, Saudi Arabia 2020

Lugar: Arabia Saudita.

Resumen: El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia y evaluar los niveles de depresión entre los trabajadores de atención primaria de salud (APS). y explorar los determinantes asociados. Se llevó a cabo un estudio multicéntrico y transversal en 10 centros de atención primaria de salud en Jeddah, Arabia Saudita, entre octubre de 2020 y diciembre de 2020, que incluyó profesiones relacionadas y no relacionadas con la atención. Se consideraron dos niveles de gravedad de la depresión y se analizaron por separado como variables dependientes, incluyendo depresión moderadamente grave o grave (Nivel 1, puntaje PHQ-9 ≥ 15); y moderada a grave (Nivel 2, puntaje PHQ-9 ≥ 10). para la detección de la depresión. Los factores demográficos y profesionales, así como la presencia de factores estresantes en diferentes dimensiones de la vida, se analizaron como variables independientes. Se recibieron 256 participaciones válidas, con una proporción de mujeres de 2,56 y una edad media (DE). de 35,7 (6,9). años. Las enfermeras representaron el 43,8%, seguidas por los médicos (21,1%). y los dentistas

(13,3%). Más de la mitad fueron factores estresantes laborales (52,7%), seguidos de factores estresantes sociales (30,5%). y de salud (19,9%). La prevalencia de depresión de Nivel 1 fue del 19,1%, determinada de forma independiente por el género femenino y los factores estresantes laborales. La prevalencia de depresión de Nivel 2 fue del 36,3%, y fue determinada de forma independiente por el género femenino, los factores estresantes laborales y la posición del dentista. Se concluyó que los profesionales de atención primaria están expuestos a un alto riesgo de trastornos depresivos, con una contribución significativa de los factores estresantes laborales. Las cuestiones relacionadas con la salud psicológica y su relación con el entorno laboral deberían formar parte de la cultura organizativa en todas las instituciones de salud, tanto a nivel de personal como gerencial (83).

4.2 NACIONALES

4.2.1

Autores: Gil Silva, Claudia Verushka; Gil Silva, Mauricio Alonso.

Título: Factores De Riesgo E Ideación Suicida En Personal De Salud Del Hospital Ferreñafe Durante La Pandemia Por Covid-19, 2021

Lugar: Pimentel, Perú.

Resumen: La investigación adopta un enfoque analítico básico, no experimental y transversal para investigar la correlación entre la ideación suicida y los factores de riesgo entre los profesionales de la salud del Hospital de Referencia Ferreñafe en medio de la pandemia de COVID-19. El estudio involucró una muestra de 94 profesionales de la salud evaluados mediante la Escala de Ideación Suicida SSI de Beck. Los hallazgos afirman una relación estadísticamente significativa entre factores sociodemográficos, como el género, el estado civil, e ideación suicida. Además, los factores de riesgo social, incluyendo antecedentes familiares de suicidio, apoyo familiar, y los sentimientos de aislamiento, fueron identificados como asociados a la ideación suicida. Cabe destacar que el factor de riesgo psiquiátrico de un diagnóstico de trastorno de salud mental preexistente está estadísticamente relacionado con la ideación suicida. Por lo que el estudio recomienda énfasis en la evaluación de

la salud mental en personal de salud, especialmente en aquellos que trabajaron en la primera línea durante la pandemia COVID19 (57).

4.2.2

Autores:Diego Crisol-Deza, Diana Poma-Ramírez, Andrés Pacherras-López, Carlos Noriega-Baella, Luis Villanueva-Zúñiga, José Salvador-Carrillo y Jeff Huarcaya-Victoria.

Título:Factors associated with suicidal ideation among medical students during the initial phase of the COVID-19 pandemic in Peru: A multicenter study

Lugar: Perú.

Resumen:El estudio tuvo como objetivo describir la prevalencia y los factores asociados con la ideación suicida en una muestra de 1238 estudiantes de medicina de diferentes escuelas de medicina en Perú, utilizando la pregunta 9 del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9). Los resultados revelaron que el 17.9% de los participantes tenía ideación suicida. Además, mediante regresión logística, se encontró que no practicar ninguna religión, la presencia de depresión clínicamente significativa y la presencia de ansiedad clínicamente significativa estaban estadísticamente relacionadas con la presencia de ideación suicida. Nuestros resultados indican que la ideación suicida fue altamente prevalente en la muestra de estudiantes de medicina estudiada (7).

4.3 LOCAL

4.3.1

Autores: B. H. Dávila Salas

Título: Prevalencia de ideación Suicida y Factores de riesgo asociados en internos de medicina Hospital Honorio Delgado Espinoza, Enero - Diciembre 2017

Lugar: Arequipa, Perú

Resumen: Durante el año 2017 se llevó a cabo una tesis con la intención de determinar la prevalencia de ideación suicida en los estudiantes de medicina humana que cursaban su año de internado en el Hospital Regional Honorio Delgado en Arequipa y asociarlo con determinados factores de riesgo. Se encuestó a 88 internos mediante la escala de Ideación Suicida de Beck y la escala de Ansiedad y depresión de Goldberg. En sus resultados se encontró una prevalencia de 27.3% de ideación suicida y una prevalencia de 77.3% de ansiedad y 81.8% de depresión. con una relación estadísticamente significativa entre distintos factores de riesgo como ser mujer, lugar de procedencia, el consumo de alcohol y el diagnóstico de alguna enfermedad mental, y la religión como factor protector. El estudio concluye que los internos de medicina presentan una ideación suicida alta con respecto a la población general (66).

5. HIPÓTESIS

Los profesionales de la salud al ser una población en riesgo de sufrir ideación suicida al ser los primeros en estar en contacto con pacientes, presentar horarios de trabajo largos con una alta carga laboral, entre otros factores, es probable que exista una mayor prevalencia de ideación suicida en esta población.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

6. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

6.1 Técnicas

En el presente estudio de investigación se utilizó la técnica de la encuesta. Se utilizaron formatos en físico y digitales para la recolección de datos y se aplicó escalas para la medición de Ideación Suicida. La elección de la escala a utilizar se basó en la revisión sistemática realizada por Runeson, Odeberg, Petterson, Edbom, Jildevik y Waern en el año 2017 (82). Se eligió la escala PHQ-9 - Ítem 9 para la medición de ideación suicida que presenta una relación sensibilidad/especificidad balanceada para screening al tener porcentajes de 78% y 70% respectivamente destacando su fácil aplicación desde el primer nivel de atención en salud (82).

Por otra parte en vista de la falta de instrumentos válidos para la medición de ideación suicida en el primer nivel de atención se planteó el uso de la escala de suicidabilidad de Okasha, escala de screening validada para su uso en población adolescente latinoamericana que llega a alcanzar niveles sensibilidad de 90% y especificidad del 79% para su aplicación en la muestra y su validación para personal de salud adulto (70).

6.2 Instrumentos

- Encuesta características sociodemográficas.
- Cuestionario sobre salud del paciente (PHQ-9). - Ítem 9
- Escala de Suicidabilidad de Okasha - Ítems 1,2,3

6.3 Materiales

- Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9). - Ítem 9
- Escala de Suicidabilidad de Okasha - Ítems 1,2,3
- Computadoras
- Laptop
- iPad
- Formato consentimiento informado
- Encuestas en formato físico

- Encuestas en formato virtual

7. CAMPO DE VERIFICACIÓN

7.1 Ámbito

El estudio se realizó en la Clínica San Juan de Dios en Arequipa, ubicada en la avenida Ejército 1020, en el Distrito de Cayma, en la provincia de Arequipa.

7.2 Temporalidad

El estudio de investigación se realizó en el periodo comprendido entre los meses de Diciembre del 2023 y Enero del 2024

7.3 Unidades de estudio

Personal de Salud asistencial en planilla de la Clínica San Juan de Dios entre los meses de Diciembre 2023 y Enero 2024 (n=243).

7.3.1 Universo:

Personal de Salud Asistencial en planilla de la clínica San Juan de Dios en los servicios de hospitalización, emergencia y cuidados intensivos conformados por médicos (n=36), enfermeras (n=103), técnicos en enfermería (n=100). y Obstetras (n=5). entre los meses de Diciembre 2023 a Enero 2024.

7.3.2 Muestra:

Personal de Salud Asistencia en planilla de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024 de donde se obtuvo un total de 70 cuestionarios. La muestra fue seleccionada a partir de pruebas estadísticas no paramétricas.

7.3.2 Criterios de Inclusión:

Ser parte del personal de Salud asistencial en planilla de la clínica San Juan de Dios durante los meses de diciembre 2023 y Enero 2024.
Desempeñar roles asistenciales y trato directo con los pacientes.
Pertener a los servicios de Hospitalización, Emergencia y Cuidados

Intensivos. Se incluyen profesionales como Médicos, Enfermeras(o), Personal técnico y Obstetras.

7.3.3 Criterios de Exclusión:

Personal que trabaja en la Clínica San Juan de Dios en temas administrativos y no en el campo clínico. Personal activo en la clínica pero en periodo de vacaciones.

7.4 Tamaño de la muestra:

70 personas

8. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

8.1 Organización

Posterior a la revisión de nuestro Proyecto de tesis por los jurados dictaminadores y con su aprobación, se obtuvo los permisos para el acceso a las instalaciones de la clínica San Juan de Dios y a las bases de datos sobre los trabajadores para obtener la lista de trabajadores que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Se obtuvieron los consentimientos informados de la muestra participante, y se procedió a la aplicación de cuestionarios de forma voluntaria, anónima y confidencial. Se procedió a la aplicación de los formatos de encuesta los cuáles consignaron los datos sociodemográficos del participante, así como el Score PHQ-9 y la Escala de Suicidabilidad de Okasha(Anexo 4), de forma física y virtual. Una vez se completó la toma de datos de la muestra se procedió a su análisis de manera conjunta garantizando el anonimato, tabulando los datos en el programa Microsoft Excel en una matriz de datos y posteriormente utilizándolos a través del programa SPSS versión 27.

8.2 Recursos

8.2.1 Recursos Humanos

- Investigadores (02)

- Asesor (01)

8.2.2 Recursos Materiales

- Computadoras
- Laptops
- Formatos de aplicación de encuesta y cuestionarios de Ideación Suicida formato Virtual y Físico.
- Impresora
- Impresiones
- Hojas Bond A4
- Engrampador
- Lapiceros
- Software Microsoft Word y Microsoft Excel
- Software IBM SPSS Statistics.

8.2.3 Recursos Financieros

- Autofinanciamiento

8.2.4 Recursos Institucionales

- Base de Datos Repositorio Institucional UCSM.
- Biblioteca Virtual de la Universidad Católica de Santa María.
- Plataformas Virtuales
- Base de Datos trabajadores Clínica San Juan de Dios.

8.3 Validación de resultados

En el presente estudio de investigación se emplearon dos instrumentos de medición tipo cuestionario/escala para la medición de ideación suicida. El “Cuestionario sobre la salud del Paciente (PHQ-9)” y la escala de Suicidabilidad de Okasha.

- El Cuestionario sobre la salud del paciente PHQ-9 es un instrumento cuyo objetivo principal radica en cuantificar síntomas depresivos y monitorear su severidad, consta de 9 ítems que se puntúan según una escala de Likert y que realizan preguntas relacionadas a síntomas depresivos

durante las 2 últimas semanas. El ítem 9 (*Durante las últimas 2 semanas ¿Con qué frecuencia ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?* “Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse a usted mismo de alguna manera”). evalúa la ideación suicida (54). Esta escala ya ha sido validada previamente en población adulta en Perú, validando su estructura factorial y presentando un coeficiente de Alfa de Cronbach para consistencia interna con un valor de 0,882 evidenciando así una estimación consistente ambos en conjunto ajustándose al modelo original unidimensional y validando efectivamente este instrumento(87).

- La escala de suicidabilidad de Okasha es un instrumento de medición tipo screening que evalúa el riesgo suicida e ideación suicida a través de 4 factores en una escala tipo Likert (60). Esta escala ha sido utilizada en numerosas investigaciones previamente tanto en población adolescente como adulta latinoamericana para determinar la suicidabilidad e ideación suicida (58) (60) (69) (70) (71). validada como instrumento de medición por análisis factorial, análisis de ítems y consistencia interna con resultados de Alfa de Cronbach 0,954 para la escala total y 0,947 para ideación suicida en población adolescente en Chile (58). Por lo que tomando como base su previa aplicación en población latinoamericana, se optó por validar el instrumento en nuestra población (Adultos y Personal de Salud Peruanos). a través del análisis estadístico y consistencia interna con Alfa de Cronbach (48).

- Además de la aplicación de la estadística para la consistencia interna a través del coeficiente de Alfa de Cronbach a la escala de Suicidabilidad de Okasha, a raíz de la similitud en resultados a medir de Ideación Suicida con el cuestionario PHQ-9 Ítem 9, se realizó el “Validación Empírica” con análisis estadístico asociativo/comparativo entre los resultados de ideación suicida con la Prueba de Chi Cuadrado de Pearson (45).

8.4 Criterios para manejo de resultados

8.4.1 Análisis Estadístico:

A partir de la matriz de datos en Microsoft Excel donde se consignó los datos obtenidos de la aplicación de cuestionarios se procede a ser analizados con la utilización del software IBM SPSS Statistics 27, Versión 27.0.1.0. Se generaron datos de análisis descriptivo para todas las variables. Se utilizó análisis estadístico a través de la aplicación de frecuencias, análisis bivariado desarrollado usando la prueba de Chi Cuadro de Pearson y análisis de consistencia interna con el Coeficiente Alfa de Cronbach.

La variable dependiente de Ideación Suicida (PHQ Ítem 9/Okasha). fue analizada como una variable dicotómica (Si / No). Las siguientes variables fueron analizadas como variables independientes categóricas: Género (Masculino / Femenino), Edad (20-30 años; 31-40 años; 41-50 años; 51-60 años; >60 años), Cargo (Enfermera, Personal Técnico, Obstetra, Médico), Manifestaciones de Depresión (Ninguna, Depresión Leve, Depresión Moderada, Depresión Moderadamente-Severa, Depresión Severa). Teniendo 70 respuestas a los cuestionarios disponibles para el análisis, se procedió a análisis estadístico y construcción de tablas y gráficos.

8.5 Aspectos Éticos

Considerando el estudio de investigación en seres humanos en un tema como es la ideación suicida requiere de una cuidadosa consideración de los aspectos éticos.

Dentro de las consideraciones éticas del estudio encontramos:

- La aplicación de consentimiento informado donde se explica la naturaleza, propósito, riesgos y beneficios del estudio para los participantes, este se obtiene de cada participante previo a su inclusión al estudio. Además aclara que el participante está en su derecho de retirarse del estudio de investigación en cualquier momento sin alguna consecuencia.

- La confidencialidad de la información de los participantes, se encuentra garantizada, no se utiliza ninguna clase de identificadores ni datos personales de los participantes, además se toman las medidas necesarias para asegurar acceso no autorizado a los datos.
- El anonimato, el estudio está diseñado para la recolección de información de cada participante de forma totalmente anónima.
- Se destacan los principios éticos de la no maleficencia, respeto por las personas, beneficencia y justicia.
- El estudio es de carácter voluntario, ningún participante enfrenta coerción o presión para ser añadido al estudio.
- Transparencia y precisión de los hallazgos de la investigación.
- Además tras haber hecho una revisión bibliográfica en el tema y las implicaciones éticas a nivel de investigador se tiene el deber de la intervención en caso exista riesgo inminente de suicidio. Se busca con la investigación mantener un entorno controlado con un tamaño de muestra específico debido al carácter anónimo de la toma de datos, por lo que en relación a los resultados que se obtengan se buscará hacer de conocimiento a la institución en la cuál se llevó a cabo la investigación, así como a los directores se informa acerca del número de personas con riesgo para que se puedan tomar acciones adecuadas oportunamente.



CAPÍTULO III RESULTADOS

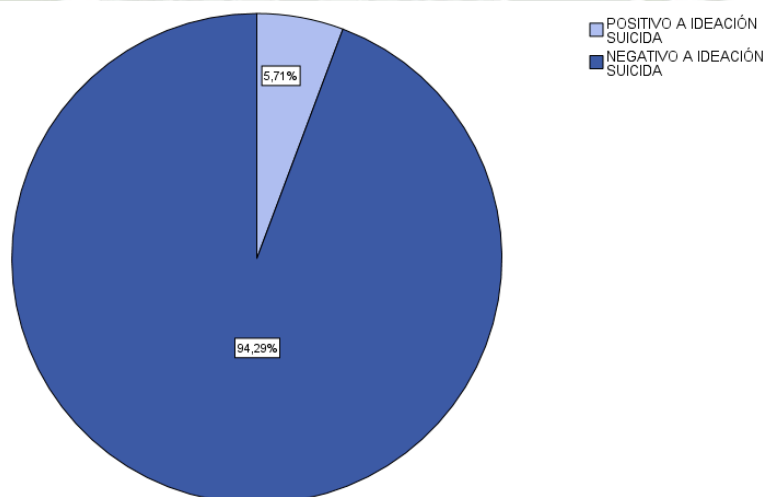
“PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y VALIDACIÓN DE UN SCORE PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024”

TABLA N°1: Prevalencia de Ideación Suicida en el Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| POSITIVO A IDEACIÓN SUICIDA | 4 | 5,7 | 5,7 | 5,7 |
| NEGATIVO A IDEACIÓN SUICIDA | 66 | 94,3 | 94,3 | 100,0 |
| Total | 70 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO N°1: Prevalencia de Ideación Suicida en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación:

En la **tabla n°1** se puede observar que de una muestra de 70 personas un total de 4 personas dieron positivo a ideación suicida. Correspondiendo esta cifra a un 5.7% de los participantes presentando ideación suicida.

En el **gráfico n°1** se observa que del total de la muestra un 5,71% presentó ideación suicida, mientras un 94,29% no presentó ideación suicida.

“PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y VALIDACIÓN DE UN SCORE PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024”

TABLA N°2: Cálculo de Coeficiente de Alfa de Cronbach para la Validación de Consistencia interna de la Escala de Suicidabilidad e Ideación Suicida de Okasha aplicada en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados | N de elementos |
|------------------|---|----------------|
| ,842 | ,835 | 4 |

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación:

En la **tabla n°2** se encontró que el Coeficiente de Alfa de Cronbach aplicado en la muestra de Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024 nos brinda un resultado de 0,842 valor que destacaría la consistencia interna del instrumento y demostraría una fiabilidad alta y adecuada del instrumento para esta población.

“PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y VALIDACIÓN DE UN SCORE PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024”

TABLA N°3: Comparación de Resultados Positivos de Ideación Suicida entre el Cuestionario PHQ-9 y la Escala de Okasha en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024

| | | OKASHA | | Total |
|-------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| | | POSITIVO A IDEACIÓN SUICIDA | NEGATIVO A IDEACIÓN SUICIDA | |
| PHQ9 | POSITIVO A IDEACIÓN SUICIDA | 3 | 1 | 4 |
| | NEGATIVO A IDEACIÓN SUICIDA | 1 | 65 | 66 |
| Total | | 4 | 66 | 70 |

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación:

En la **tabla n°3** se observa que la prevalencia de Ideación Suicida en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios de la muestra (n=70). tanto para el Cuestionario PHQ-9 como para la Escala de Okasha es de 5.7% (n=4). Además se puede evidenciar que ambos instrumentos presentan positividad en exactamente el mismo 4.3% (n=3). correspondiente a los mismos sujetos de estudio, sin embargo difieren en un 1,4% (n=1). presentado distintos sujetos que presentaron positividad a ideación suicida.

“PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y VALIDACIÓN DE UN SCORE PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024”

TABLA N°4: Asociación estadística con la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson entre los resultados para Ideación Suicida de los instrumentos Cuestionario PHQ-9 (Ítem 9), y la Escala de Okasha en una muestra de Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024

| | Valor | gl | Significación asintótica (bilateral) | Significación exacta (bilateral) | Significación exacta (unilateral) |
|--|---------------------|----|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 37,800 ^a | 1 | <.001 | | |
| Corrección de continuidad ^b | 25,391 | 1 | <.001 | | |
| Razón de verosimilitud | 15,802 | 1 | <.001 | | |
| Prueba exacta de Fisher | | | | <.001 | <.001 |
| Asociación lineal por lineal | 37,260 | 1 | <.001 | | |
| N de casos válidos | 70 | | | | |

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación:

En la **tabla n°4** que evalúa la asociación estadística con la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson entre los resultados para Ideación Suicida de los instrumentos Cuestionario PHQ-9 (Ítem 9), y la Escala de Okasha. Se encuentra un resultado de la prueba de Pearson $< 0,001$, que con un IC al 99% se tiene a $p < 0,01$, por lo que se puede determinar que si existe una asociación estadísticamente significativa entre ambos instrumentos.

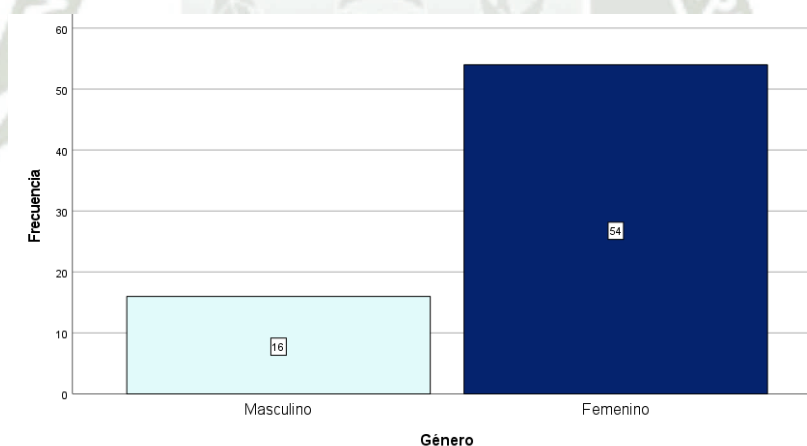
“PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y VALIDACIÓN DE UN SCORE PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024”

TABLA N°5: Género del Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Masculino | 16 | 22,9 | 22,9 | 22,9 |
| | Femenino | 54 | 77,1 | 77,1 | 100,0 |
| | Total | 70 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO N°2: Género del Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación:

En la **tabla n°5** se puede observar que el género de la muestra de personal de salud evaluada. Se presenta un 77,1% de personal de salud femenino y un 22,9% de personal de salud masculino.

En el **gráfico n°2** se puede observar gráficamente el género de la muestra de personal de salud evaluada. Se observa en mayor proporción personal femenino con 54 participantes en la muestra y personal masculino con 16 participantes de la muestra.

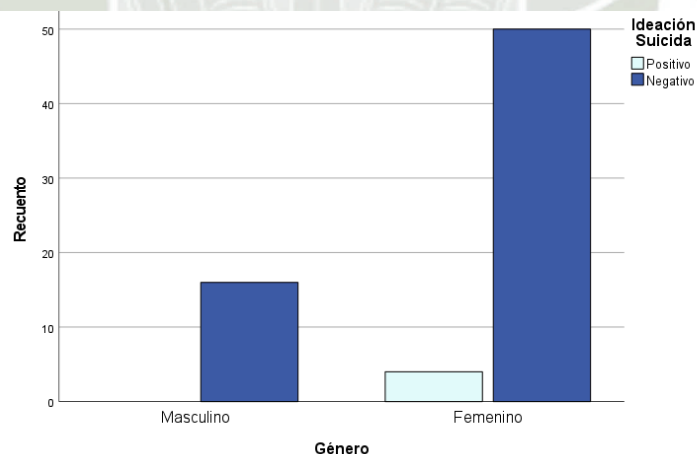
“PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y VALIDACIÓN DE UN SCORE PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024”

TABLA N°6: Género e Ideación Suicida en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024

| Género | | | Ideación Suicida | | Total |
|-----------|--------------------|----------|------------------|----------|--------|
| | | | Positivo | Negativo | |
| Masculino | Recuento | | 0 | 16 | 16 |
| | % dentro de Género | | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| | Femenino | Recuento | 4 | 50 | 54 |
| | % dentro de Género | | 7,4% | 92,6% | 100,0% |
| Total | Recuento | | 4 | 66 | 70 |
| | % dentro de Género | | 5,7% | 94,3% | 100,0% |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO N°3: Género e Ideación Suicida en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación:

En la **tabla n°6** se observa que de acuerdo al género e ideación suicida en personal de salud, la mayor cantidad de personal de salud positivo a ideación suicida corresponde al género femenino llegando a ser el 100% de la muestra.

En el **gráfico n°3** se observa gráficamente el género e ideación suicida en personal de salud. Se evidencia mayor cantidad de personal de salud con ideación suicida del género femenino.

“PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y VALIDACIÓN DE UN SCORE PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024”

TABLA N°7: Asociación de Género y prevalencia de Ideación Suicida en en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024

| | Valor | gl | Significación asintótica (bilateral) | Significación exacta (bilateral) | Significación exacta (unilateral) |
|--|--------------------|----|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 1,257 ^a | 1 | ,262 | | |
| Corrección de continuidad ^b | ,258 | 1 | ,611 | | |
| Razón de verosimilitud | 2,147 | 1 | ,143 | | |
| Prueba exacta de Fisher | | | | ,567 | ,345 |
| Asociación lineal por lineal | 1,239 | 1 | ,266 | | |
| N de casos válidos | 70 | | | | |

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación:

En la **tabla n°7** se observa que la asociación de Género y prevalencia de Ideación Suicida en la muestra nos brinda un resultado de la prueba de Pearson de 0,262, siendo así $p > 0,05$ y determinando que no existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables.

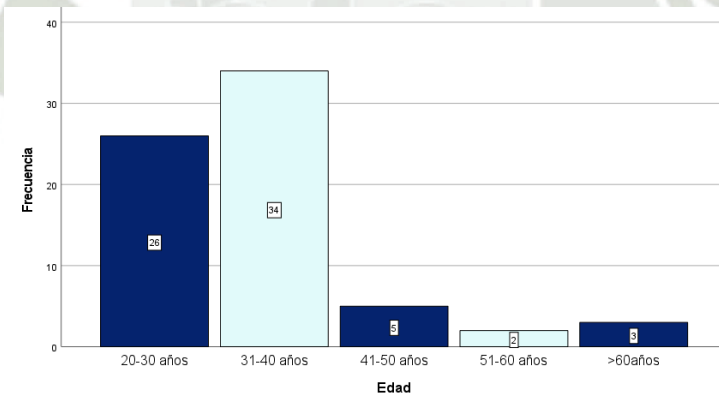
“PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y VALIDACIÓN DE UN SCORE PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024”

TABLA N°8: Edad en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 20-30 años | 26 | 37,1 | 37,1 | 37,1 |
| | 31-40 años | 34 | 48,6 | 48,6 | 85,7 |
| | 41-50 años | 5 | 7,1 | 7,1 | 92,9 |
| | 51-60 años | 2 | 2,9 | 2,9 | 95,7 |
| | >60años | 3 | 4,3 | 4,3 | 100,0 |
| | Total | 70 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO N°4: Edad en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación:

En la **tabla n°8** se puede observar la edad de la muestra de personal de salud evaluada. Se presenta un mayor porcentaje en edades de entre 31 y 40 años siendo un 48,6% de la muestra, seguidos de edades de entre 20 y 30 años con un 37,1% de la muestra, luego 41 a 50 años con un 7,1%, sigue mayores de 60 años con un 4,3% y por último entre 51 y 60 años con un 2,9% de la muestra. En el **gráfico n°4** se puede observar gráficamente la edad de la muestra de personal de salud evaluada. Se puede visualizar que la muestra de personal de salud presenta la mayor cantidad de participantes entre las edades de 31 y 40 años, así como entre 20 y 30 años.

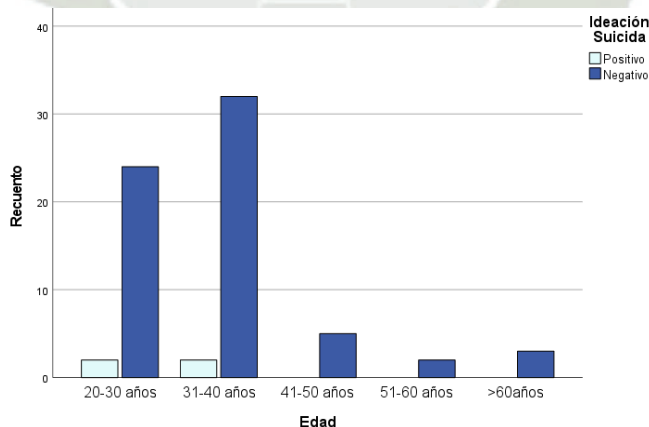
“PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y VALIDACIÓN DE UN SCORE PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024”

TABLA N°9: Edad e Ideación Suicida en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024

| Edad | | Ideación Suicida | | Total |
|------------|------------------|------------------|----------|--------|
| | | Positivo | Negativo | |
| 20-30 años | Recuento | 2 | 24 | 26 |
| | % dentro de Edad | 7,7% | 92,3% | 100,0% |
| 31-40 años | Recuento | 2 | 32 | 34 |
| | % dentro de Edad | 5,9% | 94,1% | 100,0% |
| 41-50 años | Recuento | 0 | 5 | 5 |
| | % dentro de Edad | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| 51-60 años | Recuento | 0 | 2 | 2 |
| | % dentro de Edad | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| >60años | Recuento | 0 | 3 | 3 |
| | % dentro de Edad | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| Total | Recuento | 4 | 66 | 70 |
| | % dentro de Edad | 5,7% | 94,3% | 100,0% |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO N°5: Edad e Ideación Suicida en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación:

En la **tabla n°9** se observa la edad e ideación suicida en personal de salud. Se encuentra que un 7,7% del personal de salud entre 20 y 30 años presenta positividad a ideación suicida y un 5,9% del personal de salud entre 31 y 40 años presenta positividad a ideación suicida.

En el **gráfico n°5** se observa gráficamente la edad e ideación suicida en personal de salud.

**“PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y
VALIDACIÓN DE UN SCORE PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE DICIEMBRE 2023 A ENERO
2024”**

**TABLA N°10: Asociación de Edad y prevalencia de Ideación Suicida en el Personal de
Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024**

| | Valor | gl | Significación asintótica (bilateral) |
|---------------------------------|-------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,797 ^a | 4 | ,939 |
| Razón de verosimilitud | 1,350 | 4 | ,853 |
| Asociación lineal por lineal | ,669 | 1 | ,413 |
| N de casos válidos | 70 | | |

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación:

En la **tabla n°10** se observa que la asociación de Edad y prevalencia de Ideación Suicida en la muestra nos brinda un resultado de la prueba de Pearson de 0,939, siendo así $p > 0,05$ y determinando que no existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables.

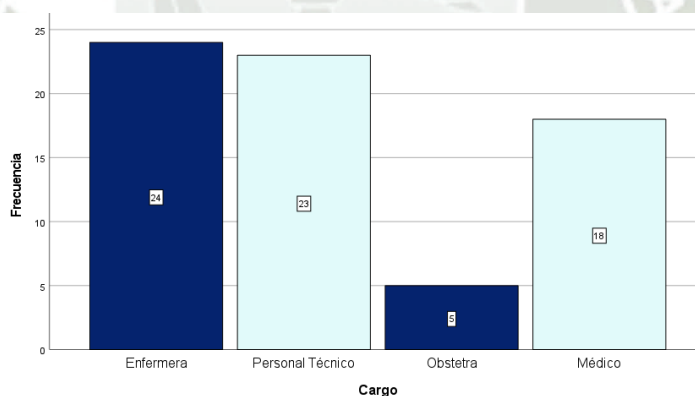
“PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y VALIDACIÓN DE UN SCORE PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024”

TABLA N°11: Cargo en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Enfermera | 24 | 34,3 | 34,3 | 34,3 |
| | Personal Técnico | 23 | 32,9 | 32,9 | 67,1 |
| | Obstetra | 5 | 7,1 | 7,1 | 74,3 |
| | Médico | 18 | 25,7 | 25,7 | 100,0 |
| | Total | 70 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO N°6: Cargo en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación:

En la **tabla n°11** se puede observar el cargo de la muestra de personal de salud evaluada. Se encuentra que la muestra de 70 participantes se divide por cargos en Enfermera(o). 24 participantes correspondiendo a un 34,3%; Personal técnico 23 participantes con un 32,9%; Obstetras 5 participantes con un 7,1% y Médicos con 18 participantes que corresponden al 25,7% de la muestra.

En el **gráfico n°6** se puede observar gráficamente el cargo de la muestra de personal de salud evaluada.

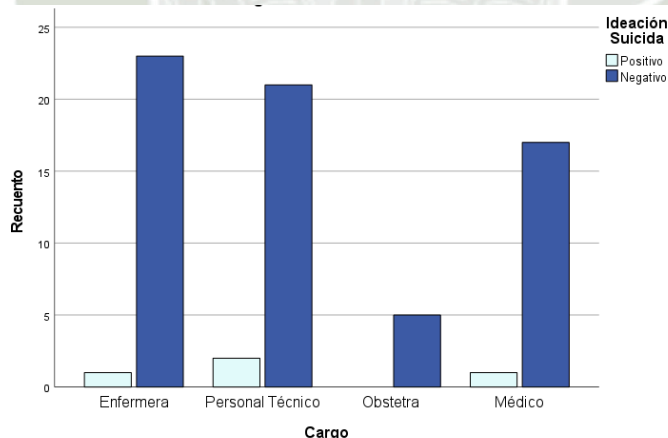
“PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y VALIDACIÓN DE UN SCORE PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024”

TABLA N°12: Cargo e Ideación Suicida en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024

| Cargo | | Ideación Suicida | | Total |
|------------------|-------------------|------------------|----------|--------|
| | | Positivo | Negativo | |
| Enfermera | Recuento | 1 | 23 | 24 |
| | % dentro de Cargo | 4,2% | 95,8% | 100,0% |
| Personal Técnico | Recuento | 2 | 21 | 23 |
| | % dentro de Cargo | 8,7% | 91,3% | 100,0% |
| Obstetra | Recuento | 0 | 5 | 5 |
| | % dentro de Cargo | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| Médico | Recuento | 1 | 17 | 18 |
| | % dentro de Cargo | 5,6% | 94,4% | 100,0% |
| Total | Recuento | 4 | 66 | 70 |
| | % dentro de Cargo | 5,7% | 94,3% | 100,0% |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO N°7: Cargo e Ideación Suicida en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación:

En la **tabla n°12** se observa el cargo e ideación suicida en personal de salud. Se puede observar que el personal de salud que dio positivo a ideación se encuentra entre los grupos de Enfermeras con un 4,2% del total de enfermeras, Personal Técnico con un 8,7% del total de Personal Técnico y en el grupo de Médicos un 5,6% del total de Médicos de la muestra, en contraste el grupo de Obstetras no presentó ningún participante positivo a ideación suicida. En el **gráfico n°7** se observa gráficamente el cargo e ideación suicida en personal de salud.

“PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y VALIDACIÓN DE UN SCORE PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024”

TABLA N°13: Asociación de Cargo y prevalencia de Ideación Suicida en en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024

| | Valor | gl | Significación asintótica (bilateral) |
|------------------------------|-------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,790 ^a | 3 | ,852 |
| Razón de verosimilitud | 1,036 | 3 | ,792 |
| Asociación lineal por lineal | ,000 | 1 | ,990 |
| N de casos válidos | 70 | | |

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación:

En la **tabla n°13** se observa la asociación de Cargo y prevalencia de Ideación Suicida en la muestra. Nos brinda un resultado de la prueba de Pearson de 0,852, siendo así $p > 0,05$ y determinando que no existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables.

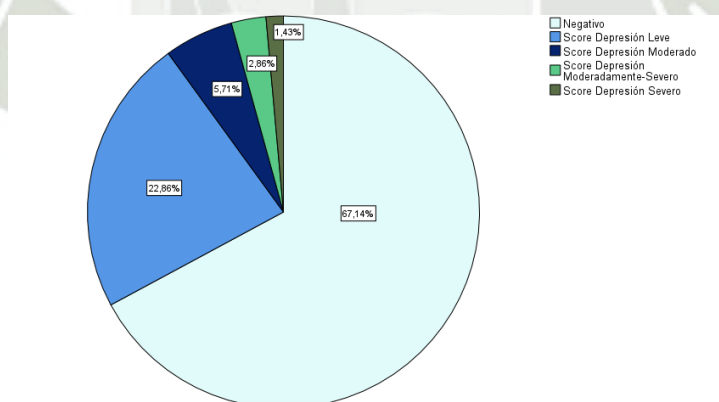
“PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y VALIDACIÓN DE UN SCORE PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024”

TABLA N°14: Prevalencia de manifestaciones de depresión en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|--------------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Negativo | 47 | 67,1 | 67,1 | 67,1 |
| | Score Depresión Leve | 16 | 22,9 | 22,9 | 90,0 |
| | Score Depresión Moderado | 4 | 5,7 | 5,7 | 95,7 |
| | Score Depresión Moderadamente-Severo | 2 | 2,9 | 2,9 | 98,6 |
| | Score Depresión Severo | 1 | 1,4 | 1,4 | 100,0 |
| | Total | 70 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO N°8: Prevalencia de manifestaciones de depresión en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación:

En la **tabla n°14**. Se muestra que del total de encuestados (n=70). el 32.9% (n= 23). del personal de salud de la Clínica San Juan de Dios presentaron manifestaciones de depresión durante los meses de Diciembre 2023 y Enero 2024, siendo el 22.9% (n=16). presentando depresión leve, el 5.7% (n=4). depresión Moderada, 2.9% (n=2). depresión Moderadamente - Severa y el 1.4% (n=1). depresión severa.

En el **gráfico n°8**. Se muestra que del total de encuestados, personal de salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024, el 22.9% presentó manifestaciones de depresión leve, el 5.7% de depresión Moderada, 2.9% de depresión Moderadamente - Severa y el 1.4% de depresión severa.

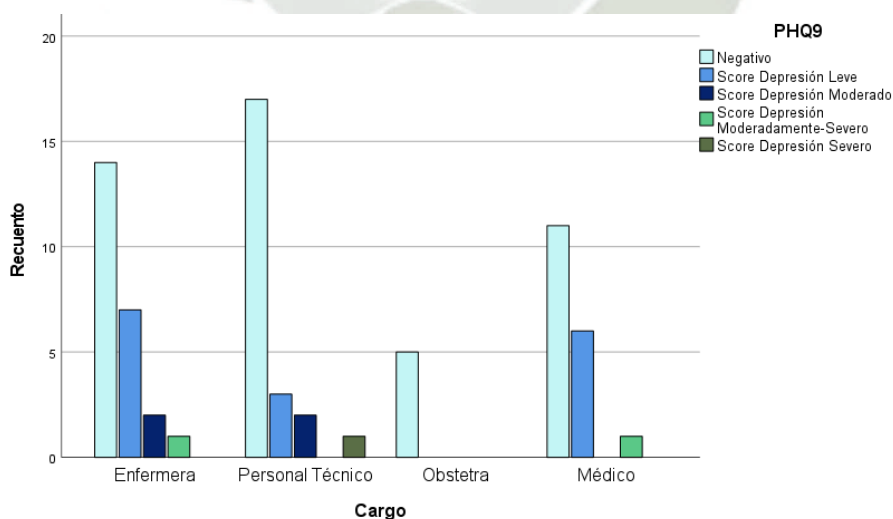
“PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y VALIDACIÓN DE UN SCORE PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024”

TABLA N°15: Cargo y Manifestaciones de Depresión en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024

| Cargo | | PHQ9 | | | | | Total |
|------------------|-------------------|----------|----------------------|--------------------------|--------------------------------------|------------------------|--------|
| | | Negativo | Score Depresión Leve | Score Depresión Moderado | Score Depresión Moderadamente-Severo | Score Depresión Severo | |
| Enfermera | Recuento | 14 | 7 | 2 | 1 | 0 | 24 |
| | % dentro de Cargo | 58,3% | 29,2% | 8,3% | 4,2% | 0,0% | 100,0% |
| Personal Técnico | Recuento | 17 | 3 | 2 | 0 | 1 | 23 |
| | % dentro de Cargo | 73,9% | 13,0% | 8,7% | 0,0% | 4,3% | 100,0% |
| Obstetra | Recuento | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | % dentro de Cargo | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 100,0% |
| Médico | Recuento | 11 | 6 | 0 | 1 | 0 | 18 |
| | % dentro de Cargo | 61,1% | 33,3% | 0,0% | 5,6% | 0,0% | 100,0% |
| Total | Recuento | 47 | 16 | 4 | 2 | 1 | 70 |
| | % dentro de Cargo | 67,1% | 22,9% | 5,7% | 2,9% | 1,4% | 100,0% |

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO N°9: Cargo y Manifestaciones de Depresión en Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación:

En la **tabla n°15** se observa el cargo y manifestaciones de depresión en personal de salud.

Se puede observar en el personal de Enfermería que de su total (n=24). un 58,3% (n=14). es negativo para manifestaciones de depresión, un 29,2% (n=7). presenta manifestaciones de Depresión Leve, un 8,3% (n=2). Depresión Moderada, un 4,2% (n=1). Depresión Moderadamente Severa y ningún participante de este grupo presenta manifestaciones de Depresión Severa.

Se puede observar en el personal Técnico que de su total (n=23). un 73,9% (n=17). es negativo para manifestaciones de depresión, un 13% (n=3). presenta manifestaciones de Depresión Leve, un 8,7% (n=2). Depresión Moderada, ningún participante de este grupo presenta manifestaciones de Depresión Moderadamente Severa y un 4,3% (n=1). presenta manifestaciones de Depresión Severa.

Se puede observar en el personal de Obstetricia que de su total (n=5). un 100% (n=5). es negativo para manifestaciones de depresión.

Se puede observar en el personal Médico que de su total (n=18). un 61,1% (n=11). es negativo para manifestaciones de depresión, un 33,3% (n=6). presenta manifestaciones de Depresión Leve, ningún participante de este grupo presenta manifestaciones de Depresión Moderada, un 5,6% (n=1). Depresión Moderadamente Severa y ningún participante de este grupo presenta manifestaciones de Depresión Severa.

En el **gráfico n°9** se observa gráficamente el cargo y las manifestaciones de depresión en el personal de salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero 2024.

**“PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y
VALIDACIÓN DE UN SCORE PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE DICIEMBRE 2023 A ENERO
2024”**

**TABLA N°16: Asociación entre Cargo y prevalencia de Manifestaciones de Depresión
en el Personal de Salud de la Clínica San Juan de Dios entre Diciembre 2023 y Enero
2024**

| | Valor | gl | Significación asintótica (bilateral) |
|---------------------------------|---------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 10,137 ^a | 12 | ,604 |
| Razón de verosimilitud | 13,314 | 12 | ,347 |
| Asociación lineal por lineal | ,261 | 1 | ,610 |
| N de casos válidos | 70 | | |

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación:

En la **tabla n°16** se observa que la asociación entre Cargo y prevalencia de Manifestaciones de Depresión en la muestra. Encontramos un resultado de la prueba de Pearson de 0,604, siendo así $p > 0,05$ y determinando que no existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue investigar sobre la prevalencia de ideación suicida en la Clínica San Juan de Dios entre los meses de Diciembre 2023 y Enero 2024, y además validar la Escala de Suicidabilidad de Okasha en esta población personal de salud adulto (Tabla N°1 y Gráfico N°1). Se encontró principalmente que en la muestra evaluada y analizada de 70 participantes se presentó una prevalencia de Ideación Suicida del 5,7% en personal de salud, valor obtenido con la utilización del Instrumento PHQ-9 Ítem 9. Podemos observar en estudios realizados con el mismo instrumento (Ítem 9 - Cuestionario PHQ-9). y con poblaciones similares compuestas por personal de salud que los rangos de ideación suicida oscilan entre los valores de 2,4% y 21,7% (20),

BISMARCK ET AL realiza su investigación sobre ideación suicida en una población de trabajadores del sector salud, en Australia en la primera línea de Covid-19 durante la segunda oleada de la pandemia Covid-19 en el que siendo evaluados 7795 trabajadores del sector salud, el 10,5% de estos presentó ideación suicida (28).

AL-HUMADI ET. AL en Estados Unidos desarrollaron una investigación con una muestra compuesta por médicos residentes y médicos asistentes, en la que con PHQ-9 Ítem 9 y con la muestra de 225 médicos encontraron tasas de ideación suicida de 6,2% y 7,1% respectivamente (84).

HONG ET. AL en China llevaron a cabo un estudio de investigación para determinar el impacto psicológico de las enfermeras en primera línea en la pandemia COVID-19, estudio realizado a 4692 enfermeras con resultados de ideación suicida de 6,5% (85).

YOUNG ET. AL llevó a cabo un estudio de investigación en trabajadores de sector salud e ideación suicida en los Estados Unidos donde a una población se 1326 trabajadores del sector salud con la aplicación del cuestionario PHQ-9 Ítem 9 se reportó un porcentaje de 5% de participantes con ideación suicida (86).

En cuanto a la validación del instrumento “Escala de Suicidabilidad de Okasha Ítems 1,2 y 3” para su aplicación en población adulta y personal de salud se procedió a hacer utilización de la “Validación Empírica” que plantea dirigir la muestra de sujetos equivalentes a partir de la recolección de datos con el instrumento a validar utilizándose la administración del Coeficiente de Alfa de Cronbach para la validación de consistencia interna y el estudio de la R de Pearson para determinar la correlación con el instrumento

PHQ-9 sobre los resultados de Ideación Suicida en el mismo grupo equivalente de estudio, cumpliéndose así los criterios de validez y confiabilidad necesarios para su validación (45) (**Tabla N°2**). En el cálculo del Coeficiente de Alfa de Cronbach en la escala de Okasha se calcula un valor de 0,842 para la muestra de Personal de Salud adulto, valor que consideraría al instrumento con una fiabilidad adecuada/alta (53)(45).

VELOSO-BESIO; CUADRA-PERALTA ET. AL en su estudio puede evidenciar valores de Alfa de Cronbach del instrumento de 0.87 en adolescentes chilenos en 2023 (88).

SALVO, MELIPILLÁN Y CASTRO encuentran valores de 0,89 también en adolescentes en Chile (70).

DÍAZ VEGA en un estudio realizado en Colombia en el 2021 donde se aplicó la escala de Suicidabilidad de Okasha a 113 participantes profesionales de la salud presenta un Coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,82 (71).

Por lo que evidenciando la consistencia interna de otros estudios en relación a nuestra consistencia interna calculada con Alfa de Cronbach para personal de salud se puede ver que recaen en valores entre 0,8 - 0,9 para este coeficiente, destacando nuestro cálculo de 0,842 cumpliendo con los criterios de validez (**Tabla N°2**). . Por otra parte en el cálculo de la prueba de Chi Cuadrado de Pearson para resultados de ideación suicida en relación al Cuestionario PHQ-9 Ítem 9 (**Tabla N4**), calculamos un valor $<0,001$ valor que con un IC al 99% se demostraría la existencia de de una asociación estadísticamente significativa entre ambos instrumentos. Demostrando así la correlación del instrumento de medición “Escala de Suicidabilidad de Okasha Ítems 1,2,3” para ideación suicida en personal de salud adulto.

En cuanto a las características sociodemográficas, empezando la discusión de estas con la variable independiente género, (**Tabla 5 y Gráfico 6**). podemos evidenciar que del total de nuestra muestra de personal de salud de la Clínica San Juan de Dios (n=70). un 77,1% (n=54). corresponde al género Femenino mientras que el 22,9% (n=16). corresponde al género Masculino. Además evidenciamos que el 5,7% correspondiente a participantes con presencia de ideación suicida son del género Femenino, sin embargo realizándose la asociación entre este dato de Ideación Suicida y género con la prueba de Pearson (**Tabla N°7**). se evidencia un valor de $p>0,05$, por lo que no existiría una asociación estadísticamente significativa entre estas variables.

CÓRDOVA et. al (89). en su estudio sobre ideación suicida en jóvenes en México concluye que a pesar de existir una tendencia del género femenino de presentar mayor ideación suicida, al realizar el análisis estadístico se encontraría que no hay una diferencia significativa entre las variables de ideación suicida y género.

M. CALVO et. al (92). en su estudio sobre factores asociados a ideación suicida en estudiantes, se evidencia de igual manera una tendencia de tener más participantes del género femenino con ideación suicida sin embargo al realizar el análisis estadístico no habría una diferencia significativa entre ambas variables.

En cuánto a la variable independiente edad, (**Tabla N°8 y Gráfico N°4**), nuestro estudio cuenta con la mayoría de individuos entre el grupo etario de 31 a 40 años, siendo un 48.6% (n=34). de la muestra, seguido por el siguiente grupo etario de entre 20 y 30 años que corresponde a 37.1% (n=26), pero al momento de relacionar la prevalencia de ideación suicida se invierte el pico (**Tabla N°9 y Gráfico N°5**), y es el grupo etario de entre 20 a 30 años quienes presentan una mayor prevalencia de ideación suicida (7.7%), seguido por la prevalencia de aquellos entre 31 a 40 años (5.9%).

La Organización Mundial de la Salud (2), cataloga en el grupo etario de entre 15 a 29 años entre sus primeras 4 causas de muerte al suicidio. Sin embargo, según los resultados de nuestro estudio (**Tabla N°10**), no existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la prevalencia de ideación suicida en el personal de salud de la clínica San Juan de Dios.

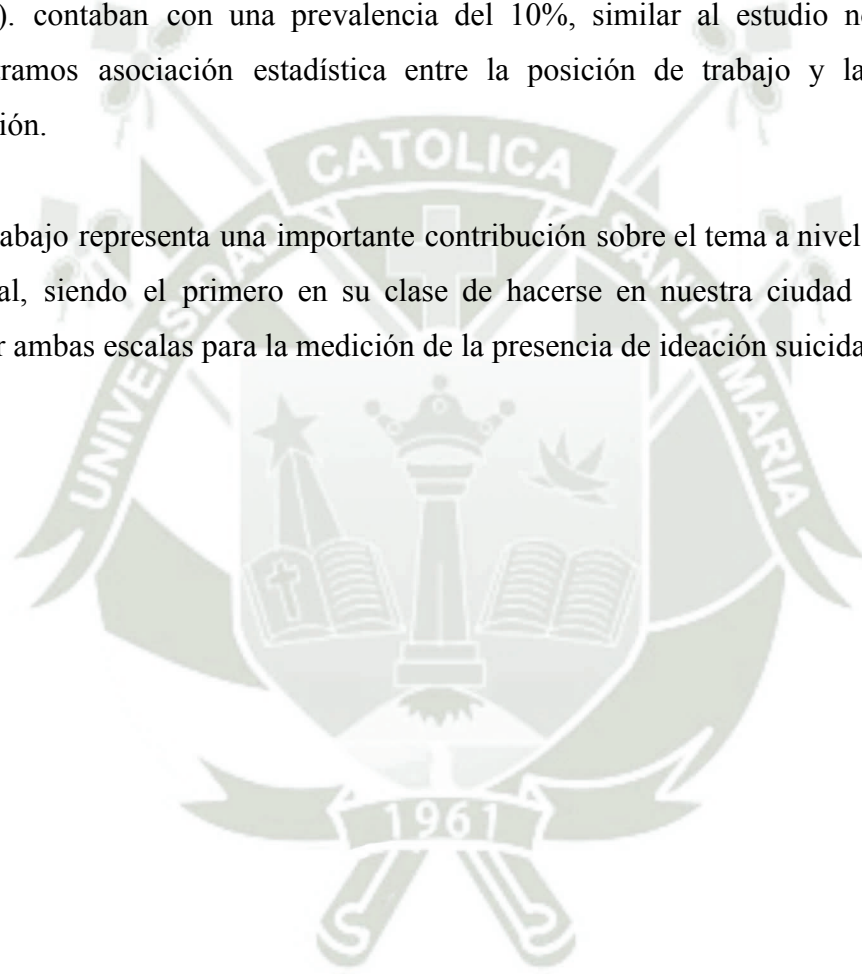
Continuando nuestro análisis, la variable independiente Cargo, (**Tabla N°11 y Gráfico N°6**), entre los sujetos de investigación se incluyó a enfermeros, personal técnico, obstetras y médicos, de entre los cuales el personal de enfermería representaba un 34.3% (n=24), y el personal técnico un 32.9% (n=23). del total de la muestra, seguido ellos el personal médico siendo un 25.7% (n=18). y obstetras siendo 7.1% (n=5). del total de la muestra (**Tabla N°12, Gráfico N°7**). y (**Tabla N°13**). Respecto a la ideación suicida asociada a cargo no encontraríamos una asociación estadísticamente significativa entre las variables.

MOHAMMED AZIZ et al(83). En un estudio hecho en Arabia Saudita durante Octubre a Diciembre del 2020, se encuestó con el cuestionario PHQ-9 a los profesionales de la salud (enfermeras, médicos y dentistas). de 10 centros de atención primaria de la salud, donde se

encontró que la prevalencia de depresión en el personal de salud con un puntaje mayor o igual a 15 puntos era de 19.1% y de 36.3% si se consideraba aquellos con una puntuación mayor o igual a 10 puntos, donde esta se veía como el nivel de depresión estaba determinado por el género femenino y la presencia de estresores en el trabajo, sin embargo, la posición del trabajo no presentaba un significancia estadística.

Mientras en nuestro estudio (**Tabla N°15 y Gráfico N°9**), se encontró que aquellos con puntaje mayor a 10 en el cuestionario PHQ-9 (depresión moderada, moderada-severa y severa), contaban con una prevalencia del 10%, similar al estudio nosotros tampoco encontramos asociación estadística entre la posición de trabajo y la prevalencia de depresión.

Este trabajo representa una importante contribución sobre el tema a nivel local, nacional y mundial, siendo el primero en su clase de hacerse en nuestra ciudad y el primero en asociar ambas escalas para la medición de la presencia de ideación suicida en el paciente.



CONCLUSIONES

PRIMERA

La prevalencia de ideación suicida en el personal de salud en la clínica San Juan de Dios en Arequipa durante los meses de diciembre 2023 y enero 2024 fue de 5.7%.

SEGUNDA

La escala de Okasha presenta una validez estadísticamente significativa mediante el cálculo del coeficiente de Alfa de Cronbach y la revisión bibliográfica, siendo un método válido de medición de presentar ideación suicida en el personal de salud.

TERCERA

No existió relación estadísticamente significativa entre la ideación suicida para el sexo, género o edad de la muestra encuestada.

CUARTA

La prevalencia de manifestaciones de depresión en el personal de salud fue de 32.9%, y se encontraron presentes en el 100% de aquellos con ideación suicida.

QUINTA

Existe una asociación estadísticamente significativa entre los resultados de ideación suicida en el personal de salud de la escala de PHQ-9 y la escala de Okasha.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Plantear a instituciones como el Ministerio de Salud y Ministerio de trabajo el establecer estrategias entre los colegios profesionales de los profesionales de la salud del Perú y el Estado Peruano para que se puedan tomar medidas similares a las tomadas en países con modelos y legislaciones diseñadas para disminuir la incidencia de suicidios en el personal de salud.

SEGUNDA

Realizar estudios enfocados en la posibilidad de una intervención estandarizada mediante protocolos enfocada al personal de salud dentro de los hospitales para aquellos en inminente riesgo de suicidio.

TERCERA

Realizar un estudio a mayor escala y con mayor financiamiento para la prevalencia de ideación suicida en el personal de salud a nivel nacional con enfoque en la intervención inmediata y efectiva de aquellos que posean el riesgo de suicidio inminente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2010;6(1):339–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
2. Una de cada 100 muertes es por suicidio [Internet]. Who.int. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
3. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2016;12(1):307–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
4. Klonsky ED, Dixon-Luinenburg T, May AM. The critical distinction between suicidal ideation and suicide attempts. *World Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado el 8 de marzo de 2024];20(3):439–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20909>
5. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2008 [citado el 8 de marzo de 2024];192(2):98–105. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18245022/>
6. Have MT, de Graaf R, van Dorsselaer S, Verdurmen J, van't Land H, Vollebergh W, et al. Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2009;54(12):824–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/070674370905401205>
7. Crisol-Deza D, Poma-Ramírez D, Pacherras-López A, Noriega-Baella C, Villanueva-Zúñiga L, Salvador-Carrillo J, et al. Factors associated with suicidal ideation among medical students during the initial phase of the COVID-19 pandemic in Peru: A multicenter study. *Death Stud* [Internet]. 2023;47(2):183–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2022.2042752>
8. Dai Z, Shao J, Zhou H, Chen Z, Zhang S, Wang H, et al. Disrupted fronto-parietal network and default-mode network gamma interactions distinguishing suicidal ideation and suicide attempt in depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* [Internet]. 2022;113(110475):110475. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110475>
9. Bengoechea-Fortes S de la P, Ramírez-Expósito MJ, Martínez-Martos JM. Suicide, neuroinflammation and other physiological alterations. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2023; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00406-023-01584-z>

10. Nobile B, Ramoz N, Jaussent I, Dubois J, Guillaume S, Gorwood P, et al. Polymorphisms of stress pathway genes and emergence of suicidal ideation at antidepressant treatment onset. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado el 8 de marzo de 2024];10(1):1–11. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41398-020-01003-0>
11. Sun S, Wilson CM, Alter S, Ge Y, Hazlett EA, Goodman M, et al. Association of interleukin-6 with suicidal ideation in veterans: a longitudinal perspective. *Front Psychiatry* [Internet]. 2023;14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2023.1231031>
12. 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* [Internet]. 2010;71(12):1617–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.08m04967blu>
13. Harmer B, Lee S, Duong T, Saadabadi A. Suicidal Ideation. StatPearls StatPearls Publishing.
14. Kawohl W, Nordt C. COVID-19, unemployment, and suicide. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020;7(5):389–90. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30141-3](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30141-3)
15. Efstathiou V, Stefanou M-I, Siafakas N, Makris M, Tsigoulis G, Zoumpourlis V, et al. Suicidality and COVID-19: Suicidal ideation, suicidal behaviors and completed suicides amidst the COVID-19 pandemic (Review). *Exp Ther Med* [Internet]. 2021;23(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3892/etm.2021.11030>
16. Dubé JP, Smith MM, Sherry SB, Hewitt PL, Stewart SH. Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry Res* [Internet]. 2021;301(113998):113998. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113998>
17. Min S, Jeong YH, Kim J, Koo JW, Ahn YM. The aftermath: Post-pandemic psychiatric implications of the COVID-19 pandemic, a south Korean perspective. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021;12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2021.671722>
18. Valle-Palomino N, Fernández-Mantilla MM, Talledo-Sebedón D de L, Guzmán-González OV, Carguachinchay-Huanca VH, Sosa-Lizama AA, et al. Suicidal ideation and death by suicide as a result of the COVID-19 pandemic in Spanish-speaking countries: Systematic review. *J Clin Med* [Internet]. 2023 [citado el

- 8 de marzo de 2024];12(21):6700. Disponible en:
<https://www.mdpi.com/2077-0383/12/21/6700>
19. Sahimi HMS, Mohd Daud TI, Chan LF, Shah SA, Rahman FHA, Nik Jaafar NR. Depression and suicidal ideation in a sample of Malaysian healthcare workers: A preliminary study during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021;12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2021.658174>
 20. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Fernández-Carrasco FJ, Rodríguez-Díaz L, Vázquez-Lara JM, Prieto-Callejero B, et al. Suicidal ideation and suicide attempts in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Front Public Health* [Internet]. 2022;10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2022.1043216>
 21. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, Hom MA, Tucker RP, Hagan CR, et al. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychol Bull* [Internet]. 2017 [citado el 8 de marzo de 2024];143(12):1313–45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000123>
 22. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* [Internet]. 2018 [citado el 8 de marzo de 2024];373(1754):20170268. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
 23. Mohammadi Y, Ansari N, Maskooni MD, Amiri MR. Association of vitamin D with suicide behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Iran J Psychiatry* [Internet]. 2023 [citado el 8 de marzo de 2024];18(4):484. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18502/ijps.v18i4.13635>
 24. Sowah D, Fan X, Dennett L, Hagtvedt R, Straube S. Vitamin D levels and deficiency with different occupations: a systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2017;17(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-017-4436-z>
 25. Humble MB. Vitamin D, light and mental health. *J Photochem Photobiol B* [Internet]. 2010;101(2):142–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphotobiol.2010.08.003>
 26. Reisman AB. Más de 6 mil peruanos fallecieron por suicidio durante los últimos 10 años [Internet]. *El Comercio Perú*. 2022 [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/peru/mas-de-6-mil-peruanos-fallecieron-por-suicidio-durante-los-ultimos-10-anos-prevencion-del-suicidio-posvencion-peru-ayuda-ecdata-noticia/>

27. Saavedra E. Balance y recomendaciones sobre salud mental de la población y del personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en el Perú. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*. 2020;33:135–7.
28. Bismark M, Scurrah K, Pascoe A, Willis K, Jain R, Smallwood N. Thoughts of suicide or self-harm among Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2022;56(12):1555–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/00048674221075540>
29. Gonzalez Mendez MJ, Ma L, Alvarado R, Ramirez J, Xu K-P, Xu H-F, et al. A multi-center study on the negative psychological impact and associated factors in Chinese healthcare workers 1 year after the COVID-19 initial outbreak. *Int J Public Health* [Internet]. 2022;67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/ijph.2022.1604979>
30. Gold KJ, Sen A, Schwenk TL. Details on suicide among US physicians: data from the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2013;35(1):45–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.08.005>
31. Awan S, Diwan MN, Aamir A, Allahuddin Z, Irfan M, Carano A, et al. Suicide in healthcare workers: Determinants, challenges, and the impact of COVID-19. *Front Psychiatry* [Internet]. 2022;12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2021.792925>
32. Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, Bo Mortensen P, Nordentoft M. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychol Med* [Internet]. 2007 [citado el 8 de marzo de 2024];37(8):1131–40. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/suicide-and-occupation-the-impact-of-socioeconomic-demographic-and-psychiatric-differences/12CB12404F657BB9F83A551E4BBD53F6>
33. Esparza-Reig J, Julián M. Association between suicidal ideation and burnout: A meta-analysis. *Death Stud* [Internet]. 2024;1–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2023.2300064>
34. Menon NK, Shanafelt TD, Sinsky CA, Linzer M, Carlisare L, Brady KJS, et al. Association of physician burnout with suicidal ideation and medical errors. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 [citado el 8 de marzo de 2024];3(12):e2028780. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/article-abstract/2773831>

35. Olfson M, Cosgrove CM, Wall MM, Blanco C. Suicide risks of health care workers in the US. *JAMA* [Internet]. 2023 [citado el 8 de marzo de 2024];330(12):1161. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2809812>
36. Davis MA, Cher BAY, Friese CR, Bynum JPW. Association of US nurse and physician occupation with risk of suicide. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2021;78(6):651. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0154>
37. Wei Z, Wang Y, Yang S, Sun L. Association between perceived medical errors and suicidal ideation among Chinese medical staff: The mediating effect of depressive symptoms. *Front Med (Lausanne)*. [Internet]. 2022;9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2022.807006>
38. 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* [Internet]. 2016;173(11):1094–100. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>
39. Hubers AAM, Moaddine S, Peersmann SHM, Stijnen T, van Duijn E, van der Mast RC, et al. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2018 [citado el 8 de marzo de 2024];27(2):186–98. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/abs/suicidal-ideation-and-subsequent-completed-suicide-in-both-psychiatric-and-nonpsychiatric-populations-a-metaanalysis/8A1D89690BA4B8A7F3613C5C54429FE6>
40. Gili M, Castellví P, Vives M, de la Torre-Luque A, Almenara J, Blasco MJ, et al. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *J Affect Disord* [Internet]. 2019;245:152–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>
41. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado el 8 de marzo de 2024];212(5):279–86. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/depression-and-hopelessness-as-risk-factorsfor-suicide-ideation-attempts-and-death-metaanalysis-of-longitudinal-studies/44413C7251A6471522724814003D813A>
42. Stansfeld SA, Clark C, Smuk M, Power C, Davidson T, Rodgers B. Childhood adversity and midlife suicidal ideation. *Psychol Med* [Internet]. 2017 [citado el 8 de marzo de 2024];47(2):327–40. Disponible en:

- <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/childhood-adversity-and-midlife-suicidal-ideation/92AE7B9CC6583EF775973E49B5CF0D5E>
43. Björkenstam C, Kosidou K, Björkenstam E. Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in Sweden. *BMJ* [Internet]. 2017 [citado el 8 de marzo de 2024];357:j1334. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/357/bmj.j1334.abstract>
 44. Trastornos mentales [Internet]. Who.int. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
 45. Construcción de instrumentos de investigación: Validez y confiabilidad [Internet]. Gob.pe. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/biblioteca/Biblio_con.nsf/999a45849237d86c052577920082c0c3/96B415B0E5B5C0AA052584AF006B7372/\\$FILE/001.4-O64.PDF](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/biblioteca/Biblio_con.nsf/999a45849237d86c052577920082c0c3/96B415B0E5B5C0AA052584AF006B7372/$FILE/001.4-O64.PDF)
 46. GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES [Internet]. Gob.pe. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2020/RD%20N%C2%B0%20000189-2020-DG-INSNSB%20GPC%20Depresi%C3%B3n%202020.pdf>
 47. Decreto Legislativo N°1153 [Internet]. Gob.pe. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/DecretosLegislativos/01153.pdf>
 48. Ledesma R, Mora GMIP. Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos [Internet]. Scielo.br. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/psJ44DfZRngHRYRp9C9PTKg/?format=pdf&lang>
 49. Evaluación de la Ideación Suicida [Internet]. Psychiatryonline.org. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/guidelines>
 50. Norris DR, Clark MS. The suicidal patient: Evaluation and management. *Am Fam Physician* [Internet]. 2021 [citado el 8 de marzo de 2024];103(7):417–21. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0401/p417.html>
 51. Soler Cárdenas SF, Soler Pons L. Usos del coeficiente alfa de Cronbach en el análisis de instrumentos escritos. *Rev médica electrón* [Internet]. 2012 [citado el 8 de marzo de 2024];34(1):01–6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1684-18242012000100001&script=sci_arttext

52. Cassiani-Miranda CA, Vargas-Hernández MC, Pérez-Anibal E, Herazo-Bustos MI, Hernández-Carrillo M. Reliability and dimensionality of PHQ-9 in screening symptoms of depression among health science students in Cartagena, 2014. *Biomedica* [Internet]. 2016 [citado el 8 de marzo de 2024];37(Sup.1):112–20. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3221>
53. Vista de Calcular la fiabilidad d'un qüestionari o escala mitjançant l'SPSS: el coeficient alfa de Cronbach [Internet]. *Revistes.ub.edu*. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/REIRE/article/view/reire2020.13.230048/31484>
54. Simon GE, Coleman KJ, Rossom RC, Beck A, Oliver M, Johnson E, et al. Risk of suicide attempt and suicide death following completion of the patient health questionnaire depression module in community practice. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2016 [citado el 8 de marzo de 2024];77(02):221–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.15m09776>
55. Dacto T, Vinicio J. ALFA DE CRONBACH PARA VALIDAR UN CUESTIONARIO DE USO DE TIC [Internet]. *Edu.ec*. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: http://dspace.esoch.edu.ec/bitstream/123456789/9807/1/mkt_n10_04.pdf
56. Suarez L, Beach SR, Moore SV, Mastromauro CA, Januzzi JL, Celano CM, et al. Use of the patient health questionnaire-9 and a detailed suicide evaluation in determining imminent suicidality in distressed patients with cardiac disease. *Psychosomatics* [Internet]. 2015 [citado el 8 de marzo de 2024];56(2):181–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25660436/>
57. Gil Silva CV, Gil Silva MA. Factores de riesgo e ideación suicida en personal de salud del hospital Ferreñafe durante la pandemia por COVID-19, 2021. Universidad Señor de Sipán; 2022.
58. Urzúa M. A, Caqueo U. A. Construcción y evaluación psicométrica de una escala para pesquisar factores vinculados al comportamiento suicida en adolescentes chilenos. *Univ Psychol* [Internet]. 2010;10(3):721–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.upsy10-3.cepe>
59. Sueki H. Relationship between Beck Hopelessness Scale and suicidal ideation: A short-term longitudinal study. *Death Stud* [Internet]. 2022;46(2):467–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2020.1740833>
60. De La Fuente Belén Cerda Saavedra Mario Meza Solano Claudia Sagredo Berríos Eduardo Mora Navia CZAPG. Validación de la Escala de Suicidalidad OKASHA para Adolescencia Temprana en Chile. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc*

- [Internet]. 2019; Disponible en:
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/10/1398191/revista-sopnia_2019-2-18-26.pdf
61. McMILLAN D, Gilbody S, Beresford E, Neilly L. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychol Med* [Internet]. 2007 [citado el 8 de marzo de 2024];37(6):769–78. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17202001/>
 62. Na PJ, Yaramala SR, Kim JA, Kim H, Goes FS, Zandi PP, et al. The PHQ-9 Item 9 based screening for suicide risk: a validation study of the Patient Health Questionnaire (PHQ)–9 Item 9 with the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *J Affect Disord* [Internet]. 2018;232:34–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.045>
 63. Okasha A, Lotaif F, Sadek A. Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 1981;63(5):409–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1981.tb00690.x>
 64. Tomitaka S, Kawasaki Y, Ide K, Akutagawa M, Yamada H, Ono Y, et al. Distributional patterns of item responses and total scores on the PHQ-9 in the general population: data from the National Health and Nutrition Examination Survey. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2018;18(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-018-1696-9>
 65. Giddens JM, Sheehan KH, Sheehan DV. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Has the “gold standard” become a liability? *Innov Clin Neurosci* [Internet]. 2014 [citado el 8 de marzo de 2024];11(9–10):66–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25520890/>
 66. Dávila Salas BH. Prevalencia de Ideación Suicida y Factores de Riesgo Asociados en Internos de Medicina Hospital Honorio Delgado Espinoza, Enero – Diciembre 2017 [Internet]. repositorio.ucsm.edu.pe. 2018 [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/ad55c52a-308d-490a-8154-5c1685f9a14e>
 67. Campo-Arias A, Zuñiga-Díaz ZM, Mercado-Marín AL, García-Tovar A del C. Análisis de factores y de la consistencia interna de la Escala de Okasha para Suicidalidad en adolescentes. *Rev Cub Salud Publica* [Internet]. 2019 [citado el 8 de marzo de 2024];45(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662019000100005
 68. Shanafelt TD. Special report: Suicidal ideation among American surgeons. *Arch Surg* [Internet]. 2011 [citado el 8 de marzo de 2024];146(1):54. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/article-abstract/406577>

69. Del Carmen García-Tovar, Adalberto Campo-Arias, Zoila Mary Zuñiga-Díaz, Andrea Liliana Mercado-Marín, Angie. Análisis de factores y de la consistencia interna de la Escala de Okasha para Suicidalidad en adolescentes [Internet]. Medigraphic.com. 2019 [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2019/csp191e.pdf>
70. Salvo G L, Melipillán A R, Castro S A. Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2009 [citado el 8 de marzo de 2024];47(1):16–23. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000100003
71. Vega LMD. Desesperanza, impacto del evento y riesgo de suicidio en Talento Humano en Salud colombiano con exposición a SARS CoV-2. JMIR MHealth UHealth [Internet]. 2021; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12494/43189>
72. Chaparro Armoa MA, Sosa Aquino O, Pérez Velilla MA, Burguez N. Prevalencia de Ideación Suicida en estudiantes de Medicina de una Universidad de Paraguay, año 2022. Rev cient cienc salud [Internet]. 2023 [citado el 8 de marzo de 2024];5:01–9. Disponible en: https://www.upacifico.edu.py:8043/index.php/PublicacionesUP_Salud/article/view/331
73. López Muelas, Laura Catalina Rojas Roncancio, Sara Eliana. Prevalencia de riesgo suicida en los trabajadores de la salud de un hospital en Bogotá y su relación con la depresión y los síntomas de burnout [Internet]. repository.unimilitar.edu.co. 2021 [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/39966>
74. Hem E, Grønvold NT, Aasland OG, Ekeberg Ø. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. Eur Psychiatry [Internet]. 2000 [citado el 8 de marzo de 2024];15(3):183–9. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/abs/prevalence-of-suicidal-ideation-and-suicidal-attempts-among-norwegian-physicians-results-from-a-crosssectional-survey-of-a-nationwide-sample/F928551D86B84453AE75D3409274F923>
75. Narita Z, Okubo R, Sasaki Y, Takeda K, Ohmagari N, Yamaguchi K, et al. Association of COVID-19-related discrimination with subsequent depression and suicidal ideation in healthcare workers. J Psychiatr Res [Internet]. 2023;159:153–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.01.025>

76. Muñoz-Fernández SI, Molina-Valdespino D, Ochoa-Palacios R. Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediatr Mex.* 2020;127–36.
77. Sahimi H, Daud M, Chan TI, Shah LF, Rahman SA, Nik Jaafar NR. Depression and Suicidal Ideation in a Sample of Malaysian Healthcare Workers: A Preliminary Study During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry.* 2021;12.
78. Xu X, Wang W, Chen J, Ai M, Shi L, Wang L, et al. Suicidal and self-harm ideation among Chinese hospital staff during the COVID-19 pandemic: Prevalence and correlates. *Psychiatry Res [Internet].* 2021;296(113654):113654. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113654>
79. Humberto C, Julieth T, Camargo A, Daniel M. Relación entre el Síndrome de Burnout, depresión e ideación suicida en profesionales de la salud: revisión sistemática. 2020.
80. Park H, Suh BS, Lee K. The difference of suicidal ideation between shift workers and day workers by gender. *Arch Suicide Res [Internet].* 2022;26(2):928–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2020.1847708>
81. Simon GE, Rutter CM, Peterson D, Oliver M, Whiteside U, Operskalski B. Does Response on the PHQ-9 Depression Questionnaire Predict Subsequent Suicide Attempt or Suicide Death? *Psychiatric Services.* 2013;64:1195–202.
82. Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS One [Internet].* 2017 [citado el 9 de marzo de 2024];12(7):e0180292. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28723978/>
83. Mohammed Aziz, G., ALghfari, S., Bogami, E., Abduljwad, K., & Bardisi, W(2022). Prevalence and determinants of depression among primary healthcare workers in Jeddah, Saudi Arabia 2020. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 11(6),* 3013. https://doi.org/10.4103/jfmipc.jfmipc_2215_21
84. Al-Humadi S, Bronson B, Muhlrad S, Paulus M, Hong H, Cáceda R. Depression, suicidal thoughts, and burnout among physicians during the COVID-19 pandemic: A survey-based cross-sectional study. *Acad Psychiatry [Internet].* 2021 [citado el 10 de marzo de 2024];45(5):557–65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34128193/>
85. Hong S, Ai M, Xu X, Wang W, Chen J, Zhang Q, et al. Immediate psychological impact on nurses working at 42 government-designated hospitals during COVID-19

- outbreak in China: A cross-sectional study. *Nurs Outlook* [Internet]. 2021 [citado el 10 de marzo de 2024];69(1):6–12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32919788/>
86. Young KP, Kolcz DL, O’Sullivan DM, Ferrand J, Fried J, Robinson K. Health care workers’ mental health and quality of life during COVID-19: Results from a mid-pandemic, national survey. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2021 [citado el 10 de marzo de 2024];72(2):122–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33267652/>
87. Alvarez EAC, Virú-Flores H, Alburquerque-Melgarejo J, Roque-Quezada JC, Valencia JG, Matta GAG, et al. Validación del cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9). en internos de medicina humana de una universidad de referencia del Perú durante la pandemia COVID-19. *Rev Fac Med Humana* [Internet]. 2022 [citado el 10 de marzo de 2024];22(3):540–6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312022000300540&script=sci_art_ext
88. Veloso-Besio C, Cuadra-Peralta A, Gallardo-Peralta L, Cuadra-Fernandez P, Quiroz PT, Troncoso NV. The prevalence of suicide attempt and suicidal ideation and its relationship with aggression and bullying in Chilean adolescents. *Front Psychol* [Internet]. 2023 [citado el 10 de marzo de 2024];14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1133916>
89. Córdova Osnaya M, Rosales Pérez JC, García Castillo MB. Ideación suicida y variables asociadas en jóvenes universitarios del estado de Hidalgo (México). [Internet]. Dialnet - Universidad Nacional Autónoma de México. 2012 [citado el 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6113881>
90. Cassiani-Miranda CA, Cuadros-Cruz AK, Torres-Pinzón H, Scoppetta O, Pinzón-Tarrazona JH, López-Fuentes WY, et al. Validez del Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9). para cribado de depresión en adultos usuarios de Atención Primaria en Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2021;50(1):11–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2019.09.001>
91. Escala de suicidalidad de okasha [Internet]. Issuu. 2013 [citado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: https://issuu.com/leyneth.vargas/docs/escala_de_suicidalidad_de_okasha.do
92. Calvo G JM, Ricardo y TEJADA Paola A. SP. Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios [Internet]. *Rev. salud pública* [online]. 2003 [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-0064200300020002&lng=es&nrm=isso&tlng=es

93. Gómez-García JA, Rivera-Rivera L, Astudillo-García CI, Castillo-Castillo LE, Morales-Chainé S, Tejadilla-Orozco DI. Determinantes sociales asociados con ideación suicida durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2023 [citado el 13 de marzo de 2024];65(1, ene-feb):1–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36750082/>
94. Pérez-Wilson P, Marcos-Marcos J, Ruiz-Cantero MT, Carrasco-Portiño M, Alvarez-Dardet C. Promoción de salud más allá de los estilos de vida saludables: propuestas de actuación en una universidad chilena. *Glob Health Promot* [Internet]. 2022 [citado el 13 de marzo de 2024];29(4):140–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35443828/>
95. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. *Who.int.* [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
96. Repensando las prioridades de investigación en salud mental [Internet]. *Www.ub.edu.* [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.ub.edu/blokdebid/es/content/repensando-las-prioridades-de-investigacion-en-salud-mental>
97. Valle R, Rivera-Encinas MT, Stucchi-Portocarrero S. Producción, impacto y colaboración en investigaciones peruanas en psiquiatría y salud mental. *Acta médica peru* [Internet]. 2020 [citado el 13 de marzo de 2024];37(3):285–93. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000300285

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

El propósito de este protocolo es informarle sobre el proyecto de investigación y solicitarle su consentimiento. La presente investigación se titula "Prevalencia de ideación suicida en personal de salud, y validación de un score para ideación suicida en adultos en la Clínica San Juan de Dios Arequipa entre diciembre 2023 a enero 2024". Las profesiones en ciencias de la salud son conocidas por su naturaleza exigente, caracterizadas por altos niveles de estrés, largas jornadas laborales y exposición a situaciones emocionalmente desafiantes. El bienestar de los profesionales, incluida su salud mental, es crucial no sólo para su calidad de vida personal, sino también para la prestación de servicios de salud eficiente.

El propósito de la investigación es conocer la prevalencia de ideación suicida y los factores asociados en personal de salud. Para ello, se le solicita participar en una encuesta que le tomará 8 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio. Su identidad será tratada de manera anónima, es decir, el investigador no conocerá la identidad de quién completó la encuesta. Asimismo, su información será analizada de manera conjunta con la respuesta de los demás participantes y servirá para la elaboración de artículos y presentaciones académicas.

- Acepto participar en el proyecto de investigación.
- No Acepto participar en el proyecto de investigación.

ANEXO 2: DICTAMEN APROBATORIO DE PROYECTO DE TESIS

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MEDICINA HUMANA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE PROYECTO / PLAN

Arequipa, 08 de Marzo del 2024

Dictamen: 011802-A-EPMH-2024

Visto el proyecto / plan del expediente 011802, presentado por:

2017224391 - ROMAN MEDINA ELIAS HUMBERTO
2017101522 - ZEVALLOS PALOMINO PIERINA ASHLEE

Titulado:

**PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y VALIDACIÓN DE UN SCORE
PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE
DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

29690684 - LLAZA LOAYZA ELISA GLORIA
DICTAMINADOR



29254453 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR



ANEXO 3: FORMATO DE ENCUESTA

CUESTIONARIO ANONIMO ESTUDIO DE INVESTIGACION

[Acceder a Google](#) para guardar el progreso. [Más información](#)

* Indica que la pregunta es obligatoria

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN *

El propósito de este protocolo es informarle sobre el proyecto de investigación y solicitarle su consentimiento. La presente investigación se titula " Prevalencia de ideación suicida en personal de salud, y validación de un score para ideación suicida en adultos en la Clínica San Juan de Dios Arequipa entre diciembre 2023 a enero 2024". *Las profesiones en ciencias de la salud son conocidas por su naturaleza exigente, caracterizadas por altos niveles de estrés, largas jornadas laborales y exposición a situaciones emocionalmente desafiantes. El bienestar de los profesionales, incluida su salud mental, es crucial no sólo para su calidad de vida personal, sino también para la prestación de servicios de salud eficiente.*

El propósito de la investigación es conocer la prevalencia de ideación suicida y los factores asociados en personal de salud. Para ello, se le solicita participar en una encuesta que le tomará 8 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio. Su identidad será tratada de manera anónima, es decir, el investigador no conocerá la identidad de quién completó la encuesta. Asimismo, su información será analizada de manera conjunta con la respuesta de los demás participantes y servirá para la elaboración de artículos y presentaciones académicas.

- Acepto participar en el proyecto de investigación
- No Acepto participar en el proyecto de investigación

GÉNERO

- MASCULINO
- FEMENINO

EDAD

- 20-30 años
- 31-40 años
- 41-50 años
- 51-60 años
- >60 años

CARGO

- ENFERMERA (O)
- PERSONAL TECNICO
- OBSTETRA
- MEDICO
- RESIDENTE
- MEDICO ESPECIALISTA
- OTRO:

TIEMPO EN EL CARGO

- <1 AÑO
- 1-5 AÑOS
- 5-10 AÑOS
- >10 AÑOS



Durante las últimas 2 semanas. ¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? *

| | Ningún día | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Poco interés o placer en hacer las cosas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a) o ha dormido demasiado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Se ha sentido cansado(a) o con poca energía | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sin apetito o ha comido en exceso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Se ha sentido mal con usted mismo(a) - o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

televisión

| | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haber notado? o lo contrario - muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera alguna manera | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Responda según corresponda: *

| | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | Muchas veces |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Has deseado alguna vez estar muerto? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



¿Has intentado suicidarte?

Ningún intento

Un intento

Dos intentos

Tres o más intentos

ANEXO 4: MATRIZ DE DATOS

| P | CI | CS | | | Cuestionario PHQ-9 | | | | | | | | | | SC PHQ 9 | (I9). PHQ 9 | Escala Suicidabilidad de Okasha | | | | | SC OKASHA |
|----|----|----|---|-----|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----------|-------------|---------------------------------|----|----|----|---|-----------|
| | | G | E | C G | I1 | I2 | I3 | I4 | I5 | I6 | I7 | I8 | I9 | T | | | I1 | I2 | I3 | I4 | T | |
| P1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P5 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P6 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P7 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P8 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| P9 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P10 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P11 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P12 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P13 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P14 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P15 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P16 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P17 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| P18 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| P19 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P20 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P21 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P22 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P23 | 1 | 2 | 4 | 1 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 4 | 4 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P24 | 1 | 2 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P25 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 |
| P26 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P27 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P28 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| P29 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P30 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P31 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P32 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P33 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P34 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P35 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P36 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P37 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P38 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P39 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P40 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P41 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| P42 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P43 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | |
| P44 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 4 | 1 | 4 | 3 | 4 | 4 | 1 | 4 | 5 | 5 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 |
| P45 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 2 | 1 |
| P46 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | |
| P47 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | |
| P48 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | |
| P49 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P50 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P51 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P52 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P53 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| P54 | 1 | 2 | 1 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 2 | 1 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| P55 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P56 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 |
| P57 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P58 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P59 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P60 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P61 | 1 | 1 | 5 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | |
| P62 | 1 | 1 | 5 | 4 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P63 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P64 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 2 | |
| P65 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | |
| P66 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | |
| P67 | 1 | 1 | 3 | 4 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P68 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| P69 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 3 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 |
| P70 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |

ANEXO 5: CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

| CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9 (PHQ-9) | | | | |
|---|-------------------|--------------------|------------------------------------|----------------------------|
| Durante las últimas 2 semanas. ¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? | Ningún día | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 1. Poco interés o placer en hacer las cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a) o ha dormido demasiado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Sin apetito o ha comido en exceso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) - o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haber notado? o lo contrario - muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera | 0 | 1 | 2 | 3 |
| TOTAL | + | + | + | + |
| | | | Score Total | |

(90)

ANEXO 6: ESCALA DE SUICIDABILIDAD DE OKASHA

| ESCALA DE SUICIDABILIDAD DE OKASHA | | |
|--|---------------|---|
| ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena? | Nunca | 0 |
| | Casi Nunca | 1 |
| | Algunas Veces | 2 |
| | Muchas veces | 3 |
| ¿Has deseado alguna vez estar muerto? | Nunca | 0 |
| | Casi Nunca | 1 |
| | Algunas Veces | 2 |
| | Muchas veces | 3 |
| ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida? | Nunca | 0 |
| | Casi Nunca | 1 |
| | Algunas Veces | 2 |
| | Muchas veces | 3 |
| ¿Has intentado suicidarte? | Nunca | 0 |
| | Casi Nunca | 1 |
| | Algunas Veces | 2 |
| | Muchas veces | 3 |
| TOTAL | | |

(91)

ANEXO 7: DICTAMEN ASESORÍA

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MEDICINA HUMANA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN DE ASESORIA

Arequipa, 11 de Marzo del 2024

Dictamen: 011802-B-EPMH-2024

Visto el borrador de tesis del expediente 011802, presentado por:

2017224391 - ROMAN MEDINA ELIAS HUMBERTO
2017101522 - ZEVALLOS PALOMINO PIERINA ASHLEE

Titulado:

**PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD, Y VALIDACIÓN DE UN SCORE
PARA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE
DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024**

El dictamen es:

APROBADO

30401320 - FARFAN DELGADO MIGUEL FERNANDO
DICTAMINADOR
ORCID:



ANEXO 8: CARTA DE APROBACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

| | | |
|--|--|--|
| | <p>CLÍNICA San Juan de Dios AREQUIPA PERÚ</p> | <p>Clínica San Juan de Dios Av. Ejército N° 1020 - Cayma Arequipa - Perú Teléfono: +51 382400 clincasjd.arequipa@sanjuandedios.pe www.sanjuandediosarequipa.com</p> |
|--|--|--|

Carta Nro. 080-2024-DM- HCSJD-AQP

Arequipa, 12 de marzo de 2024

Señor
Dr. Alejandro Miranda Pinto
Decano de la Facultad de Medicina
Universidad Católica de Santa María
Presente.-

Referencia : Oficio N° 084-FMH-2024
Solicitud de fecha 11.03.2024

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente reciba usted un cordial saludo y a la vez dar **RESPUESTA POSITIVA** al documento de la referencia, autorizando al bachiller Sr Elias Humberto Román Medina y a la Bachiller Srta. Pierina Ashlee Zevallos Palomino, para el desarrollo del proyecto del trabajo de investigación denominado : "PREVALENCIA DE IDEACION SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD Y VALIDACION DE UN SCORE PARA IDEACION SUICIDA EN ADULTOS EN LA CLINICA SAN JUAN DE DIOS ENTRE DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024".

Asimismo, se les solicita a los Bachilleres presentar los resultados finales, las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Se comunicará a las áreas involucradas para que le brinden las facilidades respectivas.

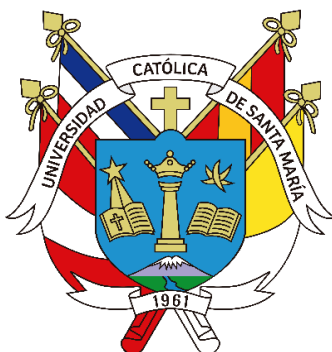
Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

CLÍNICA San Juan de Dios
AREQUIPA PERÚ
Dra. Naydi Maguina Maldonado
DIRECTORA MEDICA

*la C.C. :hospitalización / Emergencia / UCI

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



**“PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL DE SALUD,
Y VALIDACIÓN DE UN SCORE PARA IDEACIÓN SUICIDA EN
ADULTOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA ENTRE
DICIEMBRE 2023 A ENERO 2024”**

Tesis presentada por:

Zevallos Palomino, Pierina Ashlee.

Contacto: +51 953 271 558.

pierinazp@gmail.com

Roman Medina, Elias Humberto

Contacto: +51 959 698 420.

eliasroman10@gmail.com

para optar el Título Profesional de Médico
Cirujano

Asesor (a):

Dr. Miguel Fernando Farfán Delgado

Arequipa- Perú

2024

ÍNDICE

I. PREÁMBULO

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

2.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 Determinación del problema

2.1.2 Enunciado del Problema

2.1.3 Descripción del problema

2.2 JUSTIFICACIÓN

2.3 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4 MARCO CONCEPTUAL

2.5 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.6 OBJETIVOS

2.7 HIPÓTESIS

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

IV. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

V. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

VI. ANEXOS

I. PREÁMBULO

La ideación suicida o también llamada pensamientos suicidas es un término amplio utilizado para hablar de los pensamientos de contemplación, preocupaciones y deseos respecto a la muerte y el suicidio en una persona(13)

En los últimos años, múltiples investigaciones se han hecho respecto a la salud mental de los profesionales de la salud en relación a la pandemia por COVID - 19(75,76). El interés por la ideación suicida y su prevalencia en esta población también ha sido investigada en múltiples lugares del mundo(77). La Dirección de Salud Mental del MINSA (DSM-MINSA). encontró que durante la pandemia en un estudio poblacional donde participaron 58 349 personas, el 12.8% refirió presentar ideación suicida(27). Por el contrario, escasas publicaciones se han hecho respecto a los trabajadores de salud en nuestro medio después de ocurrida la pandemia y la prevalencia de ideación suicida en esta población.

Como secuela de la pandemia por COVID - 19 se ha proyectado un aumento en las conductas suicidas. Aunque la bibliografía indica que la ideación suicida es prevalente en el de 17% de médicos, el suicidio es una rara ocurrencia(27). Sin embargo, al evaluar el riesgo de cometer suicidio en comparación con otras profesiones este era mayor en médicos(32). Y al evaluar a los profesionales de salud, se observó que eran más probables de cometer suicidio por envenenamiento, siendo un factor de riesgo el fácil acceso(77). Un artículo encontró que en Estados Unidos, en el personal de enfermería, el suicidio ocurre más seguido que en la población en general (riesgo relativo 1.18, 95% CI 1.03 - 1.36)(36)

Existen un número subyacente de factores que ponen en riesgo a las personas de cometer suicidio como de presentar ideación suicida. Y la pandemia y sus secuelas han precipitado una serie de factores que también afectan en la vulnerabilidad de la persona de presentar Ideación suicida(78)

Entre los factores de riesgo para la ideación suicida se encuentra que existe una relación estrecha entre el Síndrome de Burnout, la depresión y la ideación suicida(79). En otro estudio se encontró una asociación entre el turno de noche y la ideación suicida en hombres, mientras que en mujeres se asociaba a dificultades emocionales como ansiedad y depresión(80)

Múltiples escalas existen para medir el riesgo de suicidio y la depresión, sin embargo, ninguna ha sido comprobada como lo suficientemente confiable como para usarse como predictor de que el suicidio es inminente(78). Existe literatura que apoya al ítem 9 del cuestionario “Patient Health Questionnaire - Nine Item” (PHQ -9), encontrando que el riesgo acumulado de suicidio en un año en pacientes que respondían “casi todos los días” era de 4%(81). Por lo cual se tomó esta encuesta y otras también validadas para poder evaluar la prevalencia de ideación suicida en los trabajadores de salud de la Clínica San Juan de Dios en Arequipa.

Por otra parte en vista de la falta de instrumentos válidos para la medición de ideación suicida en el primer nivel de atención con valores de sensibilidad y especificidad altos, se planteó el uso de la escala de suicidabilidad de Okasha, escala de screening validada para su uso en población adolescente latinoamericana que llega a alcanzar niveles sensibilidad de 90% y especificidad del 79% para su aplicación en la muestra y posterior validación estadística para la medición de ideación suicida en población adulta(70).

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

2.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 Determinación del problema

Prevalencia De Ideación Suicida En Personal De Salud, Y Validación De Un Score Para Ideación Suicida En Adultos En La Clínica San Juan De Dios Arequipa Entre Diciembre 2023 A Enero 2024.

2.1.2 Enunciado del problema

¿Cuál Es La Prevalencia De Ideación Suicida En Personal De Salud, Y Validación De Un Score Para Ideación Suicida En Adultos En La Clínica San Juan De Dios Arequipa Entre Diciembre 2023 A Enero 2024?

2.1.3 Descripción del problema

2.1.3.1 Área del conocimiento

2.3.1.1 Área general: Ciencias de la Salud

2.3.1.2 Área Específica: Medicina Humana

2.3.1.3 Especialidad: Psiquiatría

2.3.1.4 Línea: Ideación Suicida en Adultos.

2.1.3.2 Operacionalización de Variables

| Variable | Indicador | Subindicador |
|-----------------------------------|-----------------------|---|
| Características Sociodemográficas | Sexo Edad Cargo | - Masculino o - Femenino - 20-30 años - 31-40 años - 41-50 años - 51-60 años - > 60 años - Enfermera (o) - Personal Técnico - Obstetra - Médico |
| Depresión e Ideación Suicida | Cuestionario PHQ-9 | Score Depresión: - 0-4 puntos Negativa a Score de Depresión - 5-9 puntos Depresión Leve - 10-14 puntos Depresión Moderada - 15-19 puntos Depresión |

| | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| | | <p>Moderadamente Severa</p> <ul style="list-style-type: none"> - ≥ 20 puntos <p>Depresión Severa</p> <p>Ideación Suicida Ítem 9:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positivo - Negativo |
| Suicidabilidad e Ideación Suicida | Escala de Suicidabilidad de Okasha | <p>Score Suicidabilidad Okasha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0-4 puntos Negativo Suicidabilidad e Ideación Suicida - ≥ 5 puntos Positivo Suicidabilidad e Ideación Suicida |

2.1.3.3 Interrogantes básicas

1.3.3.1 ¿Cuál es la prevalencia de ideación suicida en el personal de salud de la Clínica San Juan de Dios Arequipa entre Diciembre 2023 y Enero 2024?

1.3.3.2 ¿Existe diferencia significativa entre la prevalencia de ideación suicida en la población general en comparación con la prevalencia de ideación suicida en personal de salud?

1.3.3.3 ¿La escala de suicidabilidad de Okasha es un instrumento de medición válido en población adulta y personal de salud?

1.3.3.4 ¿Existe asociación estadística entre los resultados de prevalencia de ideación suicida entre el Score PHQ-9 Ítem 9 y la escala de suicidabilidad de Okasha preguntas 1,2 y 3?

1.3.3.5 ¿Cuáles son las características sociodemográficas del personal de salud que presenta positividad en la medición de ideación suicida de la Clínica San Juan de Dios Arequipa entre Diciembre 2023 y Enero 2024?

1.3.3.6 ¿Cuál es la prevalencia de depresión en el personal de salud de la clínica San Juan de Dios y su relación con la ideación suicida?

2.1.3.4 Tipo de Investigación

Estudio descriptivo-analítico

2.1.3.5 Diseño de Investigación

Observacional

2.1.3.6 Nivel de Investigación

Nivel Descriptivo

2.2 Justificación

2.2.1 Justificación Científica

El actual estudio de investigación a nivel científico contribuye a las ciencias de la salud a través de la búsqueda del entendimiento de la salud mental específicamente en personas que tratan con pacientes y ayudan a aliviar dolencias y enfermedades a diario como lo son los profesionales de la salud. Al momento de investigar sobre suicidio e ideación suicida realmente no se encuentra mucha variedad de bibliografía al respecto como con otros temas de salud mental a pesar de ser un tópico realmente importante que siempre deberíamos tener en consideración, y menos aún en lo que respecta a profesionales de la salud. Por lo que el aporte científico del estudio actual junto con los datos y resultados obtenidos pueden incluso apoyar a la medicina basada en evidencia por medio de mayor desarrollo de intervenciones en salud mental dirigidas específicamente a personal de salud, estrategias de soporte, y medidas de promoción de la salud mental.

2.2.2 Justificación Social

El impacto social del estudio radica en el potencial que provee para el planteamiento de políticas que favorezcan la salud mental en los trabajadores del sector salud, la ideación suicida es un problema significativo que al ser señalado y destacado contribuye a crear ambientes de trabajo más saludables y de soporte al personal de salud.

Además al abiertamente señalar la prevalencia de ideación suicida en personal de salud ayuda a desestigmatizar el tema y poderlo discutir abiertamente en la comunidad de las ciencias de la salud.

2.2.3 Justificación Personal

A nivel personal el impulso para esta investigación surgió a partir de la pérdida prematura de una gran persona y un gran maestro, un médico con inquebrantable dedicación, un sanador compasivo y un mentor inspirador que justamente se desempeñaba como médico en este establecimiento. Su compromiso con la atención al paciente fue incomparable y sus contribuciones dejaron una huella imborrable en la comunidad médica. Lamentablemente bajo la superficie de su éxito profesional, existía una lucha silenciosa que finalmente lo llevó a su trágica e inesperada partida.

Este estudio no es simplemente un esfuerzo académico, sino, un sincero homenaje a esta persona y un compromiso para comprender y abordar las batallas silenciosas que enfrentan los profesionales de la salud, recordándonos que incluso aquellas personas que dedican sus vidas a curar a otros, pueden llevar cargas que a menudo pasan desapercibidas.

Considero que él merecía una oportunidad y todos los profesionales de la salud que estén con su propia batalla de salud mental la merecen.

Por otro lado vemos que uno nunca sabe cuando alguien puede estar pasando por estas batallas silenciosas, durante el año 2023 año que desarrollamos

nuestro internado médico tuvimos una compañera que durante el internado tuvo un intento de suicidio que oportunamente pudo llegar a recibir ayuda y apoyo, e ingresando a instituciones de salud mental que pudieron oportunamente brindar su ayuda..

Así que nuestra forma de poner un granito de arena y sentir que de nuestra parte hicimos algo para que no vuelva a suceder algo como este evento y aspirar a contribuir a un ambiente laboral en las ciencias de la salud compasivo y de soporte en el que se destaquen las conversaciones abiertas acerca de la salud mental es esta tesis, buscando así transformar el dolor de la pena en cambios significativos.

2.2.4 Originalidad

La aplicación de escalas de ideación suicida para determinar su prevalencia en personal de salud no se ha realizado previamente en la ciudad de Arequipa en esta clase de población. Además a partir de la necesidad de instrumentos de screening para la evaluación de la ideación suicida el plantear la escala de Okasha y validarla para su uso en adultos pertenecientes al sector salud se consideraría un aporte original.

2.2.5 Relevancia Académica

Este estudio de investigación contribuye significativamente a la literatura al destacar el tema de ideación suicida y su prevalencia específicamente en el personal de salud rellenando un espacio poco investigado, así como brinda mayores herramientas para la medición de ideación suicida por medio de la adaptación y validación de escalas de evaluación de ideación suicida para su uso en adultos y en personal de salud, que a su vez impulsa a la realización de más investigaciones sobre el tema.

2.2.6 Factibilidad

El presente estudio es factible debido al acceso a información, el método de recolección de datos por medio de encuestas físicas y virtuales con instrumentos validados, la accesibilidad a la muestra y el bajo costo de desarrollo.

2.3. ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Considerando el estudio de investigación en seres humanos en un tema como es la ideación suicida requiere de una cuidadosa consideración de los aspectos éticos.

Dentro de las consideraciones éticas del estudio encontramos:

- La aplicación de consentimiento informado donde se explica la naturaleza, propósito, riesgos y beneficios del estudio para los participantes, este se obtiene de cada participante previo a su inclusión al estudio. Además aclara que el participante está en su derecho de retirarse del estudio de investigación en cualquier momento sin alguna consecuencia.

- La confidencialidad de la información de los participantes, se encuentra garantizada, no se utiliza ninguna clase de identificadores ni datos personales de los participantes, además se toman las medidas necesarias para asegurar acceso no autorizado a los datos.
- El anonimato, el estudio está diseñado para la recolección de información de cada participante de forma totalmente anónima.
- Se destacan los principios éticos de la no maleficencia, respeto por las personas, beneficencia y justicia.
- El estudio es de carácter voluntario, ningún participante enfrenta coerción o presión para ser añadido al estudio.
- Transparencia y precisión de los hallazgos de la investigación.
- Además tras haber hecho una revisión bibliográfica en el tema y las implicaciones éticas a nivel de investigador se tiene el deber de la intervención en caso exista riesgo inminente de suicidio. Se busca con la investigación mantener un entorno controlado con un tamaño de muestra específico debido al carácter anónimo de la toma de datos, por lo que en relación a los resultados que se obtengan se buscará hacer de conocimiento a la institución en la cuál se llevó a cabo la investigación, así como a los directores se informa acerca del número de personas con riesgo para que se puedan tomar acciones adecuadas oportunamente.

2.4. MARCO TEÓRICO

2.4.1 Ideación Suicida: Definición

Para hablar de ideación suicida y su concepto es necesario mencionar que la literatura genera una importante distinción de los pensamientos o acciones autolesivas entre la presencia de intención suicida o su ausencia en estos, así es como entre los pensamientos autolesivos existen aquellos que son no suicidas, y no hay intención de morir. Y de igual manera entre los pensamientos o conductas autolesivas con intención de morir se divide entre el intento suicida, el plan suicida y la ideación suicida(1)

La primera categoría del fenómeno suicida es la ideación suicida y se refiere a que una persona presenta pensamientos de cometer suicidio, que difiere en las otras 2 categorías, puesto el plan suicida contempla la consideración de un método específico con el que esta persona tiene la intención de cometer suicidio, y el intento suicida es formar parte de una conducta posiblemente autolesiva y en la que existe la intención de morir a causa de esta(1). La ideación suicida, también llamada pensamientos suicidas es un término amplio que también es utilizado para hablar de los pensamientos de contemplación, preocupaciones y deseos respecto a la muerte y el suicidio en una persona(13). Y esta puede subdividirse en ideación suicida pasiva (“Los demás estarían mejor si muriera”), o ideación suicida activa (“Deseo morir”)(9)

2.4.2 Ideación suicida y suicidio

El suicidio según la OMS es un grave problema de salud pública donde en 2019 fue la causa de 1 de cada 100 muertes en el mundo. Con estadísticas tales como que cometen suicidio más del doble de hombres que mujeres y es la cuarta causa de muerte entre el grupo etario de 15 a 29 años a nivel mundial. Siendo el 20% de los suicidios a causa de plaguicidas. Y el mayor factor de riesgo es un intento de suicidio previo(2)

Debido a la dificultad del estudio del suicidio, comúnmente los estudios se enfocan en los pensamientos y conductas suicidas de los pacientes. Y es en esta línea de pensamiento donde surge la necesidad de teorías que expliquen (a). el momento en que se desarrolla la ideación suicida y (b). la progresión de estos pensamientos suicidas a verdaderos intentos de suicidio, comprendiendo que tienen distintos predictores y explicaciones. Esto implica separar en 2 categorías a las personas que tengan intentos de suicidio e ideación suicida, de aquellos que exclusivamente son ideadores al momento de hacer investigación(3)

2.4.3 Teorías de Ideación a acción

2.4.3.1 Teoría de los 3 pasos

Entre las teorías más recientes para explicar el proceso de ideación a acción está la Teoría de 3 pasos del suicidio o 3ST (Three - Step Theory of Suicide). que sugiere que la ideación suicida inicia por la combinación entre dolor y desesperanza, donde el dolor suele ser psicológico, en el segundo paso la ideación suicida se fortalece cuando el dolor sobrepasa el nivel de la conectividad de la persona (connectedness), que es un concepto que se usa de forma amplia para hablar de aquello que le genere a la persona motivación para seguir viviendo, esto siendo las personas que valora, su sentido de propósito y aquello que le da significado. Y es en el tercer paso en el que la persona transiciona de una ideación suicida al intento suicida posiblemente letal(3,7)

2.4.3.2 Teoría interpersonal

Esta teoría es la primera de las teorías llamadas “ideation-to-action framework” o el marco de ideación a acción. Joiner en 2005 planteó los caminos de su teoría y sus construcciones centrales. En primer lugar tenemos una “pertenencia frustrada” (Thwarted Belongingness), debido a la necesidad fundamental de los seres humanos de pertenecer, en sus dimensiones aparece la soledad y la ausencia de recibir recíprocamente cuidado. En segundo lugar se encuentra la “carga percibida” (Perceived Burdensomeness), que captura la desconexión social, en especial, el pensamiento erróneamente calculado de estos individuos que sus vidas valen menos que su muerte. Ambos componentes son suficientes causas para ideación suicida pasiva. La desesperanza críticamente potencia el riesgo de suicidio. En esta teoría la capacidad adquirida para el suicidio es el factor principal que genera la progresión al intento de suicidio(21)

2.4.3.3 Teoría Integrada motivacional - volitivo

Esta teoría es un modelo tripartita que explica el contexto biopsicosocial en el que la ideación suicida y las conductas suicidas potencialmente se desarrollan, esto siendo la

fase pre motivacional donde influyen la diatesis, el ambiente y eventos en la vida de la persona, siguiendo a esta se encuentra la fase motivacional donde se forma la ideación o la intención suicida, tocando los factores que llevan a la transición al intento de suicidio y el mismo suicidio (Fase volitiva)(22)

Estas teorías coinciden en que aunque las personas con ideación suicida en etapas tempranas o ideación suicida pasiva, aunque no cometan suicidio más adelante, seguimos hablando que estos individuos están viviendo sus vidas con una carga en su salud mental que los lleva a sentirse en soledad, desesperanzados y como una carga para los demás en su día a día.

Actualmente no existe un predictor lo suficientemente fuerte para identificar a aquellas personas que cometerán un intento de suicidio entre aquellos que tienen ideaciones suicidas(4). Mientras que la probabilidad entre los individuos con ideación suicida, que hagan un intento suicida alguna vez es del 30%(5). En un estudio holandés en la población en general se encontró que la incidencia de la ideación suicida era de 2.7% en 3 años, y los intentos de suicidio tenían una incidencia de 0.9%(6)

2.4.4 Prevalencia de ideación suicida en la población general

Del 2001 al 2007 la Organización Mundial de la Salud condujo un estudio llamado World Mental Health Surveys, donde 108 705 adultos de 21 distintos países fueron encuestados con el WHO Composite International Diagnostic Interview, esto con la intención de valorar las conductas suicidas y los potenciales factores de riesgo en distintos terrenos como las características sociodemográficas, diagnóstico de enfermedad, la historia de conductas suicidas, la psicopatología de los padres y adversidad durante la infancia. Encontrando que la prevalencia en la población general de ideación suicida es del 2.0% en países desarrollados, y del 2.1% en países en desarrollo. Igualmente encontró que el plan suicida y los intentos suicidas tenían una prevalencia en 12 meses de 0.6% y 0.3% respectivamente. Concluyendo en este estudio que la prevalencia es similar en países desarrollados como en los que no, y que se podía predecir los intentos suicidas con bastante buena exactitud con los índices de riesgo que evalúan múltiples dominios(12). En un estudio con información de 5372 individuos de la población en general, se les aplicó el Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9), donde se encontró que el 3.5% de la población presentaba ideación suicida(64)

2.4.5 Fisiopatología de la Ideación Suicida

2.4.5.1 Ideación Suicida y neuroinflamación

Existen cambios fisiopatológicos comprobados que suceden en los pacientes que cometen suicidio, siendo entre los más resaltantes la neuroinflamación, que es una respuesta inflamatoria del sistema nervioso central por causas internas o

externas, con la intención de generar un efecto neuroprotector, sin embargo, de alargarse en el tiempo este proceso, puede guiar a daños significativos en este sistema. La microglía y los astrocitos son los que producen las citoquinas inflamatorias, sin embargo, existen estudios que sugieren que en las personas que cometen suicidio muestran una permeabilidad aumentada de la barrera hemato-encefálica, y que las citoquinas periféricas también pueden alcanzar el sistema nervioso central(9). Entre las citoquinas se encuentra principalmente la IL-6, que en un estudio con veteranos se encontró que si bien los niveles de IL-6 no eran predictores de la presencia de ideación suicida, estos estaban significativamente asociados a la severidad de ideación suicida(11). Así mismo, se ha propuesto que una hiperactividad del eje hipotálamo-pituitaria- adrenal está implicado en la conducta suicida(9,10)

2.4.5.2 Ideación Suicida y Vitamina D

La forma activa de la vitamina D, calcitriol (1,25 (OH)₂ - vitamina D), tiene acción sobre el sistema nervioso central de distintas formas:

- A. Existen receptores de vitamina D en el sistema nervioso central, y funciona como neuroesteroide, interactuando en la síntesis y degradación de neurotransmisores. Activa la expresión de la enzima Tirosina hidroxilasa, aumentando la disponibilidad de catecolaminas como dopamina, adrenalina y noradrenalina.
- B. Hay evidencia que podría mejorar la función colinérgica mediante la colina acetiltransferasa.
- C. Calcitriol potencia al NGF (Nerve Growth Factor, que se encarga del desarrollo del cerebro prenatalmente), y al GDNF (Glial derived neurotrophic factor).
- D. La vitamina D incrementa la expresión del gen γ -glutamyl transpeptidasa, que contribuye a la formación de glutatión, que es el antioxidante cerebral más importante del cerebro(25)

Es mediante esta información que se presume cómo es que la vitamina D tiene efecto en la salud mental de las personas.

En un meta análisis hecho en Julio de 2022, sobre 11 estudios sobre conductas suicidas y deficiencia de vitamina D se encontró que niveles bajos de vitamina D, 0.421 ng/ml menos que la población sana, aumentaban estadísticamente significativamente la probabilidad para conductas suicidas. Y respecto a la ideación suicida también se encontró que el nivel promedio de vitamina D en personas con ideación suicida era menor versus el grupo sin ideación suicida(23).

Interesantemente en una revisión sistemática sobre deficiencia de vitamina D según distintas ocupaciones se encontró que existía una alta cantidad de deficiencia de vitamina D en los profesionales de la salud, sin embargo, difieren por cargo, siendo que en los estudiantes de carreras de salud había deficiencia de vitamina D en el 72% de ellos, 65% en los médicos residentes, y en médicos,

enfermeras y otros empleados se halló deficiencia de vitamina D en 46%, 43% y 44% correspondientemente(24)

2.4.6 Depresión

280 millones de personas padecen de depresión(44). La depresión que se encuentra dentro de los “Trastornos del Humor” en el CIE 10, se puede definir como un trastorno mental que se caracteriza por un humor depresivo, anhedonia, cansancio y fatiga, que genera dificultad en el entorno (familiar, laboral y social). de quienes lo padecen y disminuye su calidad de vida(46)

2.4.7 Depresión e ideación suicida

Se ha planteado que el 90% de las personas que cometen suicidio tienen algún problema de salud mental, sin embargo, 98% de las personas con alguna enfermedad mental no mueren a causa de suicidio. Entre las enfermedades asociadas a la decisión de cometer suicidio en países desarrollados se encuentra la enfermedad Bipolar, la enfermedad de estrés post traumático y la depresión mayor(3). Existen datos de que la desesperanza y la depresión se relacionan con la ideación suicida, sin embargo, su relación es débil con el intento suicida(4).

En un estudio con 141 participantes, se les dividió entre control de personas sanas, y personas con depresión mayor. En el grupo con diagnóstico de depresión mayor se les subdividió entre: aquellos con intentos suicidas, aquellos con ideación suicida y aquellos que no tenían ideación suicida. A los participantes se les dio tareas de reconocimiento facial mientras se tomaba la información de una magnetoencefalografía. Se encontró que las oscilaciones gamma aumentaban en aquellos con el diagnóstico de depresión mayor. Basándose en la red de conectividad funcional gamma deteriorada de forma semisupervisada se agrupó a los paciente con solo ideación suicida en diferentes riesgo de suicidio, correlacionando significativamente negativamente la conectividad gamma y la depresión mayor con el riesgo de suicidio sin confundir la gravedad de la depresión. Sugiriendo que las interacciones gamma aberrantes podrían predecir el riesgo de suicidio en estas personas(8)

2.4.8 Ideación suicida en pandemia por COVID-19 y después

Durante la pandemia de COVID-19 existió una creciente preocupación por las proyecciones crecientes de las conductas suicidas a nivel mundial, por lo cual se hicieron múltiples trabajos de investigación enfocados a este problema de salud pública. Encontrándose que el riesgo de suicidio según data global de 63 países, se había elevado por un 20-30%(14). La pandemia trajo consigo la preocupación de que el aislamiento social, el estrés financiero, entre otros factores contribuyeron al aumento de conductas suicidas(15)

En un metaanálisis de 54 estudios con información de 308 596 participantes se halló que durante la pandemia de COVID-19 aumentó la tasa de ideación suicida (10.81%). en la población en general en comparación con estudios previos a la pandemia(16)

En Perú, 6115 personas cometieron suicidio en la década que comprende desde 2012 hasta Octubre de 2022, sin embargo, durante los años 2020, 2021 y 2022, 31% del total de suicidios se cometieron en estas fechas, con un pico de 712 personas solo en el año 2021(18, 26). La Dirección de Salud Mental del MINSA (DSM-MINSA). encontró que durante la pandemia en un estudio poblacional donde participaron 58 349 personas, el 12.8% refirió presentar ideación suicida(27)

2.4.8.1 Ideación suicida en profesionales de salud durante pandemia

En este contexto se esperaba un aumento de la ideación suicida en poblaciones en riesgo como son los trabajadores de salud, como se ve en un estudio en personal de salud de Malasia durante el inicio de la pandemia de COVID -19, donde se encontró una prevalencia de ideación suicida de 11.1%, en comparación con una prevalencia de 1.7% de ideación suicida en la población general de Malasia, demuestra un evidente aumento de ideación suicida en esta población(19). Similares estadísticas se encontraron durante un análisis de data en Australia durante la segunda Ola de COVID-19, donde hallaron sobre todo una prevalencia del 10.5% de ideación suicida en los profesionales de la salud(28)

En una revisión sistemática de 34 estudios sobre profesionales de la salud e ideación suicida durante la pandemia de COVID -19 se encontró que se halló una prevalencia reportada de 2.4 a 21.7% de ideación suicida(20). A un año de iniciada la pandemia de COVID-19 en China se hizo un estudio en sus trabajadores de la salud, donde se encontró que en enfermeras habían mayores niveles de depresión y ansiedad en comparación con otros cargos(29)

Mientras múltiples estudios se hicieron en la respuesta psicológica inmediata a COVID-19, continúa habiendo escasez de publicaciones respecto a las secuelas a largo tiempo(17)

2.4.9 Ideación suicida y factores de riesgo

Para la población en general existen factores de riesgo de presentar ideación suicida que se han estudiado. Entre ellos se encuentra, quizá principalmente la historia de intentos suicidas previos, enfermedad psiquiátrica, desesperanza, adversidad en la infancia, situaciones de aislamiento, escasez de recursos, historia familiar de suicidio, encarceración o desempleo, problemas con autoridades, alcohol y abuso de drogas, conflicto familiar, impulsividad y sentimientos de culpa o vergüenza y autoestima baja(20)

4.9.1 Historia de intentos suicidas previos

Algún intento previo de suicidio en una persona es el principal factor de riesgo de suicidio(2). En un estudio de una muestra comunitaria donde se identificaron 1490 personas con primer intento suicida que buscaban atención médica, 5.4% (81 personas) murieron a causa de suicidio, de estos 59.3% (48 personas) perecieron durante su primer intento y el 81.8% de las personas (27 de 33) restantes terminaron con sus vidas dentro de un año(38)

2.4.9.2 Enfermedad psiquiátrica

Los paciente psiquiátricos tienen un sustancialmente mayor riesgo de suicidio completado cuando presentan ideación suicida(39). En un metaanálisis basado en estudios longitudinales analizó en personas jóvenes con enfermedades mentales la asociación con conductas suicidas, encontrando que las enfermedades mentales aumentan el riesgo de intentos suicidas en esta población y que son predictores de conductas suicidas(40)

2.4.9.3 Desesperanza

En un estudio tipo metaanálisis donde se incluyeron 166 estudios publicados entre 1971 a 2014 se encontró que la desesperanza “Hopellessness” significativamente predecía la ideación suicida (odds ratio 2.19, 95% CI 1.6 -3.00), estimando más débilmente el intento suicida y muerte por suicidio (odds ratio 1.95, y 1.98 95% CI 1.59-2.39 y CI 1.46-2.69 respectivamente)(41)

2.4.9.4 Adversidad en la infancia

La adversidad en la infancia está asociada a la ideación suicida en la adolescencia, la adultez temprana (43). y en la edad media, donde 3 o más adversidades en la infancia se vieron asociadas con la ideación suicida a los 45 años, estas adversidades son enfermedad en el hogar, la ausencia de uno de los padres o divorcio de éstos, abuso físico o sexual y cuidado institucional(42).

2.4.10 Personal de Salud

En Perú se considera personal de salud a aquel que ocupe un puesto de trabajo vinculado a la salud, siendo:

- El Médico Cirujano
- Cirujano Dentista
- Químico Farmacéutico
- Obstetra
- Enfermero
- Médico veterinario*

- Biólogo*
- Psicólogo*
- Nutricionista*
- Ingeniero Sanitario*
- Asistente Social*
- Tecnólogo Médico (47)

* Que cumplan servicios en el campo asistencial de la salud.

2.4.11 Ideación suicida en personal de salud

Múltiples estudios se han hecho a nivel mundial respecto a la prevalencia de ideación suicida en los profesionales de la salud, tanto previo a la pandemia por COVID-19, como durante, y algunos después de esta. Sin embargo, a nivel nacional escasa publicación se hizo en esta población, y ninguna a nivel local después de ocurrida la pandemia.

Existe una asociación significativa entre el síndrome de Burnout y la ideación suicida (33). y el síndrome de burnout se encontró asociado a un mayor auto reporte de error en médicos en Estados Unidos (34). y en el personal médico aquellos con percepción de errores médicos estaban en mayor riesgo de ideación suicida(37). Para evitar los efectos del burnout, es importante un manejo balanceado entre horas de trabajo en los trabajadores de salud, así es como en distintas partes del mundo han decidido adoptar medidas como horarios de trabajo de hasta 40 horas semanales en lugares donde el suicidio ha ido disminuyendo durante el tiempo, especialmente en Europa(31)

En un análisis de casos de suicidio, demostró que el riesgo de suicidio en médicos era de 2.73 versus un riesgo de 0.44 en otras profesiones como arquitectos o ingenieros. Al asociar el riesgo de suicidio con las características económicas y sociales se puede explicar el riesgo de suicidio según cada profesión, sin embargo, este exceso de riesgo, no se puede explicar tanto en médicos como en enfermeras(32)

Entre los médicos que han cometido suicidio, se encontró que era menos probable encontrar en sus análisis toxicológicos medicamentos anti depresivos versus la población en general víctima de suicidio, además que el presentar algún problema de salud mental o un problema de trabajo al momento de morir contribuyó significativamente para predecir que entre estas muertes eran médicos(30)

En un estudio de cohortes en Estados Unidos se encontró que entre los profesionales de la salud, en relación a aquellos individuos que no trabajan en salud, las enfermeras, personal técnico y trabajadores de apoyo en salud, tuvieron un mayor riesgo de suicidio(35). Son las enfermeras según un estudio retrospectivo también en Estados Unidos en quienes el suicidio ocurre más seguido que en la población en general (riesgo relativo 1.18), sugiriendo que es un posible factor de riesgo para suicidio (36). Y estas tasas de suicidio en el personal de enfermería tienen factores contribuyentes como largas horas de trabajo, el cargo como principales cuidadores de los pacientes y la falta de autonomía profesional(31)

2.4.12 Evaluación de la ideación Suicida

Al momento de la entrevista con el paciente, la valoración del riesgo suicida, con factores de riesgo y factores protectores, es con la intención de poder modificarlos para la intervención del paciente suicida(49). A pesar de lo que se pueda pensar, en realidad cuestionar al paciente sobre la intención suicida en realidad no incrementa ni los pensamientos o conductas suicidas y en realidad lleva a mejores outcomes(50)

2.4.12.1 Patient Health Questionnaire - Nine Item (PHQ-9)

El Cuestionario sobre la salud del paciente es una herramienta de screening para depresión y cuantificar los síntomas depresivos y monitorear su severidad, basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV y que consta de 9 ítems, el noveno ítem siendo “Durante las últimas 2 semanas ¿Con qué frecuencia ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse a usted mismo de alguna manera”(52). (Anexo 2). En un estudio que evaluó las respuestas al ítem número 9, encontró que el riesgo acumulado de suicidio dentro de un año era de 4% a aquellos que respondieran “Casi todos los días” (54). Así mismo, en 2015 en un estudio en pacientes con enfermedad cardíaca, se encontró que de aquellos que respondían de forma positiva al ítem 9, 2.8% se encontraban en inminente suicidio. Siendo que mide la ideación suicida, pero instrumentos sobre inminente suicidabilidad son necesarios(56). El ítem número 9 evalúa la ideación suicida pasiva, sin embargo, no es un instrumento suficiente para medir el riesgo suicida por sí solo(62)

2.4.12.3 Escala de desesperanza de Beck

Este cuestionario contiene 20 ítems o preguntas que se responden con verdadero o falso. Un análisis de regresión encontró que la desesperanza es un predictor para el cambio de ideación suicida de T1 a T2(59). En un metaanálisis de 2007 se encontró que poseía una especificidad baja(61)

2.4.13 Suicidabilidad

2.4.13.1 Escala de severidad Suicida de Columbia

Para la evaluación completa de las conductas suicidas, existe el “Gold Standard” que es la herramienta preferida para la valoración de la suicidabilidad en ensayos clínicos, sin embargo en un estudio en 2014 se encontró que es conceptualmente y psicométricamente defectuosa(65)

2.4.13.2 Escala de Suicidabilidad de Okasha

Teniendo en cuenta que el suicidio constituye un importante problema de salud pública a nivel nacional y a nivel internacional. Y teniendo en cuenta una carencia de instrumentos psicométricos de screening. En Chile Urzúa y Caqueo Urizar en el año 2011 (58). desarrollaron la construcción de una escala para pesquisar factores vinculados al comportamiento suicida en adolescentes, la escala de Suicidabilidad de Okasha, una escala tipo Likert que evalúa riesgo

suicida e ideación suicida a través de 4 factores: Conductas suicidas, satisfacción, afecto negativo y sentido de vida (60). Esta escala construida a partir de una escala de suicidabilidad previamente desarrollada por Okasha, A; Lotaif, F; Sadek, A(1981), escala publicada en el “Acta Psychiatrica Scandinavica”. La cuál en primera instancia se utilizó para la evaluación a predisposición a comportamiento suicida como opción para ayudar al manejo de paciente suicidas, teniendo el estudio factores para ideación suicida(63). Okasha, A y Lotaiif, F desarrollaron el estudio “Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students”(1981). donde hicieron uso de esta escala de suicidabilidad en una muestra de 516 estudiantes de Medicina escogidos aleatoriamente en un su último año, aplicando las primeras cuatro preguntas del cuestionario para explorar la ideación suicida y la quinta pregunta para el reporte de intentos suicidas(63)

La escala de suicidabilidad de Okasha de Urzúa y Caqueo Urizar (2011). se compone de cuatro preguntas de las cuáles las cuatro primeras abordan la ideación suicida y la quinta el riesgo suicida, las cuáles son:

- ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?
- ¿Has deseado alguna vez estar muerto?
- ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?
- ¿Has intentado suicidarte?

Estas preguntas están planteadas en una escala tipo Likert que brinda cuatro opciones para respuesta. Las primeras tres preguntas con opciones de respuesta nunca, casi nunca, algunas veces, muchas veces y la última pregunta de intento de suicidio con opciones de respuesta como Ningún intento, un intento, dos intentos, tres o más intentos, todas calificadas en orden respectivo con puntuaciones del cero al tres. Brindando un Score total para la valoración de hasta 12 puntos, teniendo 5 a más puntos como punto de referencia para considerar positivo el instrumento(67)

Los factores y la consistencia interna de la escala de Okasha han sido probados en múltiples estudios y por múltiples especialistas destacando su validez como escala para la medición de suicidabilidad e ideación suicida. Partiendo desde su construcción por Urzúa y Caqueo Urizar (2011). en la cuál se realizado el proceso para el correcto cumplimiento de los múltiples criterios para validez y confiabilidad de un instrumento de medición, realizándose el análisis factorial, el análisis de ítems, y la consistencia interna con resultados de 0,954 para la escala total, 0,947 para conductas suicidas. Validando así el constructo de esta escala para la medición de suicidabilidad e ideación suicida en población adolescente(58). En otros estudios como el estudio de Zulic, Gutierrez, Cerda, Meza, Sagredo y Mora (2019); el de Campo, Zuñiga, Mercado, García (2019). y el de Salvo, Melipillán y Castro (2009). Concluyen que a través de los análisis realizados el instrumento de suicidalidad Okasha presentaría excelentes evidencias de validez en la

población adolescente latinoamericana, presentando valores de Alfa de Cronbach superiores a 0,8 y adecuada homogeneidad como escala, así como

también con un punto de corte de 5 puntos destacan sus altos grados de sensibilidad (90%). y especificidad (79%). Convirtiéndola así en una escala con alta consistencia interna y homogeneidad, estadísticos en repetidas ocasiones con fuerza significativa y una sensibilidad y especificidad adecuada(60,69,70)

Debido a las características del instrumento con una buena capacidad predictiva y poco tiempo necesario para su aplicación, es una excelente alternativa para su aplicación en la atención primaria en salud, así como para instrumento de screening(60)

El instrumento de suicidabilidad de Okasha se ha utilizado en otras oportunidades también en población adulta obteniendo resultados adecuados para la medición como en el estudio de Diaz Vega (2021). en el que se aplica en profesionales de la salud de entre 21 y 81 años(71)

2.4.14 Validación de una escala para ser aplicada en profesionales de la salud

Los instrumentos de investigación, de recolección de datos necesarios para el desarrollo de una investigación deben ser correctamente validados, para esto deben contar con ciertos criterios para su validez y confiabilidad. Un instrumento es considerado válido cuando es demostrado que realiza la medición adecuada de aquello que intenta medir y esta validez se mide en términos de alta, media o baja validez(45)

Para la construcción de un instrumento de medición se necesitan de ciertos pasos a tomar en cuenta:

- La elaboración de un listado con los contenidos y conductas a medir.
- El análisis de los contenidos y conductas y su importancia relativa.
- La construcción de una matriz lógica y una tabla de especificaciones para observar los contenidos y conductas.
- El instrumento de acuerdo a la tabla de especificaciones.

Una vez construída la prueba se procede a su validación(45)

Para lograr validar un instrumento adecuadamente y así ganar cierto grado de confiabilidad se necesita tomar en cuenta ciertos criterios de validez como de confiabilidad.

Dentro de los criterios de validez encontramos:

- Los criterios de contenido en los que la muestra representa las propiedades de las variables. Una matriz lógica, tabla de especificación y la evaluación de jueces o expertos en el área a evaluar.
- Los criterios concurrentes y predictivos. Los concurrentes buscan relacionar los datos del test con otra prueba ya validada. Los criterios predictivos miden la relación del test con la acción futura.
- El criterio tipo constructo que relaciona los datos del test con los constructos teóricos preexistentes.
- El criterio empírico en el que se relacionan los ítems del test, subtest, etc.

Dentro de los criterios de confiabilidad encontramos:

- La prueba equivalente consiste en correlacionar los resultados con una prueba preexistente.

- El criterio de mitades donde se evalúan la mitad de ítems de una prueba con la otra mitad, “Pares vs nones de los ítems”.
- Test-Retest que consiste en la doble aplicación y correlación de resultados del mismo test(45)

Otra de las formas existentes para la validación de un instrumento de investigación es a través de la “Validación Empírica” que consiste en dirigir una muestra piloto de sujetos equivalentes a la población de estudio con ítems de test, subítems de test y subtest test y procesar estadísticamente con el estudio de la R de Pearson a partir de la recolección de datos con el instrumento a validar(45)

Además se necesita validar la consistencia interna del instrumento y así sea considerado confiable, esto se puede realizar a través de pruebas estadísticas, coeficientes de correlación como el Coeficiente de Alfa de Cronbach, el Coeficiente KR-20 o el Coeficiente de Kuder y Richardson(45)

El coeficiente de Alfa de Cronbach es el más ampliamente utilizado por investigadores, dentro de sus ventajas destacando que con este método solo se requiere una administración de la prueba. Esta prueba estima el límite inferior de coeficiente de Fiabilidad, consistente en la media de las estimaciones para todas las posibles mitades y además extiende su estimación al caso de datos no binarios(48)

Otra de las ventajas de la prueba de coeficiente de Alfa de Cronbach destaca la facilidad de aplicación desde tamaños de muestras relativamente accesibles para una gran cantidad de estudios, encontrando investigaciones donde se utiliza en muestras de 45 personas como en el estudio de Soler Cardenas Silvio y Soler Pons Lisbet acerca de “Usos del coeficiente alfa de Cronbach en el análisis de instrumentos escritos” (51). así como el en el estudio de Tupanta, Jorge; Duque Miguel; Mena Angel sobre “Alfa de Cronbach para validar un cuestionario de uso de TIC en Docentes Universitarios.” en el que se aplica en una muestra de 33 personas(55)

El coeficiente de Alfa de Cronbach es un estadístico que toma valores entre 0 y 1, cuyo valor mientras más se aproxime al número 1 será mayor el grado de fiabilidad que presente el instrumento a evaluar(51). A partir del estudio de Rodriguez Julio y Reguant-Álvarez Mercedes publicado en la Revista de Innovación del “Institut de Desenvolupament Professional de la Universitat de Barcelona” el que lleva por título “Calcular la Fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: El coeficiente de alfa de Cronbach” en base a múltiple revisión bibliográfica desde textos clásicos como “Nunnally” hasta estudios más actuales como Prieto y Delgado (2010), Barrios y Cosculluela (2013). concluyen que la fiabilidad adecuada, es decir los resultados de Alfa de Cronbach para considerar un instrumento fiable oscila entre 0,70 y 0,90(53)

2.5 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.5.1 INTERNACIONAL

2.5.1.1

Autores: Hajar Mohd Salleh Sashimi, Tuti Iryani Mohd Daud, Lai Fong Chan, Shamsul Azhar Shah, Farynna Hana Ab Rahman, Nik Ruzyanei Nik Jaafar

Título: Depression and Suicidal Ideation in a Sample of Malaysian Healthcare Workers: A Preliminary Study During the COVID-19 Pandemic

Depresión e ideación suicida en una muestra de trabajadores sanitarios de Malasia: Un estudio preliminar durante la pandemia de COVID-19

Lugar: Malasia

Resumen: Tras la pandemia por COVID-19, se espera un aumento en las conductas suicidas. Teniendo en cuenta que los trabajadores de salud se encontraban en riesgo, se estudió la ideación suicida en términos de tasa, y sus factores asociados. De un grupo de 171 personas, se midió la ideación Suicida a través del Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9), se recolectó como información la edad, el género, la etnia, el nivel educacional, el estado marital, el tipo ocupación como personal de salud siendo médicos o no médicos, las horas de trabajo y el tiempo de servicio. Así mismo se tomó la versión corta del Health Anxiety Inventory (HAI). o Inventario de Ansiedad por la Salud, todo esto fue analizado usando el software de STATA en su versión 12.0. Aquellos con ideación suicida y depresión fueron 11.1 y 9.9% respectivamente, asociándose la depresión clínica con ideación suicida. Interesantemente, el estar en sus cargos por más de 10 años estuvo asociado significativamente con menor ideación suicida. A esto concluyeron que la depresión y el estar a inicios de la carrera profesional son áreas de intervención temprana para la reducción de la ideación suicida en los profesionales de la salud(19)

2.5.1.2

Autores: Chaparro Armoa, Marco Aurelio; Sosa Aquino, Olga; Pérez Velilla, Maria Adela; Burguez Niselli.

Título: Prevalencia de Ideación Suicida en estudiantes de Medicina de una Universidad de Paraguay, año 2022

Lugar: Paraguay.

Resumen: El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de ideación suicida entre estudiantes de primer y segundo semestre de Medicina de la Universidad María Auxiliadora en el año 2022. Mediante un enfoque analítico observacional y transversal, se encuestó a una muestra no probabilística de 97 estudiantes de medicina mediante la escala de Beck, escala de Ideación Suicida. Los resultados indicaron una prevalencia del 7,1% de ideación suicida, con dimensiones de mayor riesgo que incluyen intentos suicidas, pensamientos o deseos suicidas y realizar o actualizar un intento. Los factores sociodemográficos asociados con la ideación suicida incluyeron antecedentes de abuso físico o sexual. El estudio recomienda seguimiento y asistencia

a personas con ideación suicida para erradicar el fenómeno y mejorar la calidad de vida de los estudiantes(72)

2.5.1.3

Autores: López Muelas, Laura Catalina; Rojas Roncancio, Sara Eliana.

Título: Prevalencia de riesgo suicida en los trabajadores de la salud de un hospital en Bogotá y su relación con la depresión y los síntomas de burnout

Lugar: Colombia, Bogotá.

Resumen: El suicidio es un importante problema de salud pública y los esfuerzos de prevención se centran en identificar factores de riesgo y de protección. Si bien el personal sanitario presenta tasas de suicidio más altas, pocos estudios incluyen al personal no médico. Este estudio transversal tuvo como objetivo identificar la prevalencia de riesgo suicida y factores asociados en el personal médico y no médico del Hospital Militar Central de Bogotá. En el estudio se utilizan escalas como PHQ-9, Malash y Plutchik. Y se analizan mediante odds ratios (OR). e intervalos de confianza (IC). del 95%. Se encuentran resultados de prevalencia de riesgo suicida: 20,4% (IC 95%). mayor en personal sanitario no médico. Se encuentran como factores protectores la expresión de ideas suicidas, la ausencia de enfermedad mental y la adherencia. El estudio concluye que el impacto en la salud mental del personal de salud es sustancial. La intervención es crucial para mitigar las consecuencias a nivel individual y social(73)

2.5.1.4

Autores: Hem, E; Gronvold, N.T.; Aasland O.G.; Ekeberg, O.

Título:The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample.

Lugar: Noruega

Resumen:El estudio destaca las elevadas tasas de suicidio entre los médicos en comparación con la población general. El estudio tiene como objetivo explorar las ideas y los intentos suicidas entre los médicos noruegos, identificando factores de riesgo. Estudios anteriores de países nórdicos revelan tasas variables de intentos de suicidio entre los médicos con la aplicación del cuestionario de Paykel tenido como resultados que el 51,1% de los médicos consideró que la vida no valía la pena en algún momento y el 10,4% consideró seriamente el suicidio. El 1,6% intentó suicidarse, y las mujeres informaron tasas más altas que los hombres. Los factores de riesgo incluían ser soltero, mujer y experimentar depresión. Los pensamientos suicidas estaban relacionados con problemas personales y familiares más que con cuestiones laborales. Concluyendo que el estudio revela una prevalencia considerable de pensamientos suicidas entre los médicos noruegos, lo que enfatiza la importancia de abordar la salud mental y los sistemas de apoyo dentro de la profesión. Además en lo que respecta a la ideación suicida se asocia más con problemas personales y familiares que con el estrés laboral(74)

2.5.1.5

Autores: Tait D. Shanafelt, MD; Charles M. Balch, MD; Lotte Dyrbye.

Título: Suicidal Ideation Among American Surgeons

Lugar: Estados Unidos.

Resumen: Este estudio desarrollado por el Colegio Americano de Cirujanos, tuvo como objetivo investigar la prevalencia de la ideación suicida entre los cirujanos, su uso de recursos de salud mental y la relación entre la ideación suicida, el agotamiento, la calidad de vida y la depresión. La encuesta se realizó a los miembros de la ACS en 2008, revelando que el 6,3% de los 7.905 cirujanos participantes informaron ideación suicida en los 12 meses anteriores. Los cirujanos de 45 años o más tuvieron una prevalencia significativamente mayor de ideación suicida en comparación con la población general. Sólo el 26% de los cirujanos con ideación suicida reciente buscaron ayuda psiquiátrica, y el 60,1% expresó desganado debido a preocupaciones sobre su impacto en su licencia médica. La ideación suicida se asoció fuertemente con el agotamiento, la depresión y los errores médicos recientes. El estudio destaca la necesidad de intervenciones para reducir la ideación suicida entre los cirujanos y eliminar las barreras a los recursos de salud mental(68)

2.5.2 NACIONAL

2.5.2.1

Autores: Gil Silva, Claudia Verushka; Gil Silva, Mauricio Alonso.

Título: Factores De Riesgo E Ideación Suicida En Personal De Salud Del Hospital Ferreñafe Durante La Pandemia Por Covid-19, 2021

Lugar: Pimentel, Perú.

Resumen: La investigación adopta un enfoque analítico básico, no experimental y transversal para investigar la correlación entre la ideación suicida y los factores de riesgo entre los profesionales de la salud del Hospital de Referencia Ferreñafe en medio de la pandemia de COVID-19. El estudio involucró una muestra de 94 profesionales de la salud evaluados mediante la Escala de Ideación Suicida SSI de Beck. Los hallazgos afirman una relación estadísticamente significativa entre factores sociodemográficos, como el género, el estado civil, e ideación suicida. Además, los factores de riesgo social, incluyendo antecedentes familiares de suicidio, apoyo familiar, y los sentimientos de aislamiento, fueron identificados como asociados a la ideación suicida. Cabe destacar que el factor de riesgo psiquiátrico de un diagnóstico de trastorno de salud mental preexistente está estadísticamente relacionado con la ideación suicida. Por lo que el estudio recomienda énfasis en la evaluación de la salud mental en personal de salud, especialmente en aquellos que trabajaron en la primera línea durante la pandemia COVID19(57)

2.5.2.2

Autores: Diego Crisol-Deza, Diana Poma-Ramírez, Andrés Pacherras-López, Carlos Noriega-Baella, Luis Villanueva-Zúñiga, José Salvador-Carrillo y Jeff Huarcaya-Victoria.

Título: Factors associated with suicidal ideation among medical students during the initial phase of the COVID-19 pandemic in Peru: A multicenter study

Lugar: Perú.

Resumen: El estudio tuvo como objetivo describir la prevalencia y los factores asociados con la ideación suicida en una muestra de 1238 estudiantes de medicina de diferentes escuelas de medicina en Perú, utilizando la pregunta 9 del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9). Los resultados revelaron que el 17.9% de los participantes tenía ideación suicida. Además, mediante regresión logística, se encontró que no practicar ninguna religión, la presencia de depresión clínicamente significativa y la presencia de ansiedad clínicamente significativa estaban estadísticamente relacionadas con la presencia de ideación suicida. Nuestros resultados indican que la ideación suicida fue altamente prevalente en la muestra de estudiantes de medicina estudiada(7)

2.5.3 LOCAL

2.5.3.1

Autores: B. H. Dávila Salas

Título: Prevalencia de ideación Suicida y Factores de riesgo asociados en internos de medicina Hospital Honorio Delgado Espinoza, Enero - Diciembre 2017

Lugar: Arequipa, Perú

Resumen: Durante el año 2017 se llevó a cabo una tesis con la intención de determinar la prevalencia de ideación suicida en los estudiantes de medicina humana que cursaban su año de internado en el Hospital Regional Honorio Delgado en Arequipa y asociarlo con determinados factores de riesgo. Se encuestó a 8 internos mediante la escala de Ideación Suicida de Beck y la escala de Ansiedad y depresión de Goldberg. En sus resultados se encontró una prevalencia de 27.3% de ideación suicida y una prevalencia de 77.3% de ansiedad y 81.8% de depresión. con una relación estadísticamente significativa entre distintos factores de riesgo como ser mujer, lugar de procedencia, el consumo de alcohol y el diagnóstico de alguna enfermedad mental, y la religión como factor protector. El estudio concluye que los internos de medicina presentan una ideación suicida alta con respecto a la población general(66)

2.6 OBJETIVOS

2.6.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de ideación suicida en una muestra de personal de salud de la Clínica San Juan de Dios Arequipa entre Diciembre 2023 a Enero 2024 y validar la escala de suicidabilidad de Okasha para ideación suicida en esta población.

2.6.2 Objetivos Específicos

- Contrastar la prevalencia de ideación suicida en el personal de salud versus la población en general.
- Calcular estadísticamente la validez de la escala de suicidabilidad de Okasha como instrumento de medición válido en población adulta y personal de salud.
- Determinar la asociación estadística entre los resultados de prevalencia de ideación suicida entre el Score PHQ-9 y la escala de suicidabilidad de Okasha, en sus preguntas 1, 2 y 3.
- Conceptuar las características sociodemográficas del personal de salud en la Clínica San Juan de Dios en Arequipa y determinar su asociación estadística con la presencia de ideación suicida.
- Descubrir la prevalencia de depresión en el personal de salud y su relación con la ideación suicida.

2.7. HIPÓTESIS

Los profesionales de la salud al ser una población en riesgo de sufrir de síndrome de Burnout, ser los primeros en estar en contacto con pacientes, presentar horarios de trabajo largos con una alta carga laboral, entre otros factores, es probable que exista una mayor prevalencia de ideación suicida en esta población en comparación con la población en general.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

3.1 MATERIAL Y MÉTODOS

3.1.1 Diseño de Estudio

Investigación Analítica con un Diseño de estudio descriptivo y observacional de asociación.

3.1.2 Población

La población de estudio corresponde a todo aquel personal de salud asistencial que trabaje en la Clínica San Juan de Dios en planilla en los servicios de hospitalización, emergencia y cuidados intensivos en la provincia de Arequipa durante los meses de Diciembre del año 2023 y Enero del año 2024. Incluye 243 personas entre médicos, enfermeras, personal técnico, obstetras.

3.1.3 Muestra

La muestra del estudio consta de 70 personas que comprenden el personal médico, personal de enfermería y personal técnico asistencial que tratan directamente con el paciente.

3.1.4 Variables del estudio:

Variable Dependiente: Presentar ideación suicida.

Variables Independientes: Ser profesional de la salud, tener signos de depresión, ser de cierto género o grupo etario.

3.2 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

3.2.1 Procedimientos:

- Para el plan de análisis y procesamiento de datos primeramente realizará su recolección a través de la aplicación de cuestionarios como el Cuestionario sobre la Salud del Paciente - 9 (PHQ-9). y la escala de suicidalidad de Okasha, y la aplicación de encuestas que consignen datos demográficos de la persona. De forma anónima. Los resultados recién podrán ser evaluados por el investigador cuando se encuentre la muestra encuestada en su totalidad a fin de garantizar la protección de datos y el anonimato.
- Posteriormente se procederá al procesamiento de datos a través de la utilización de matriz de datos, la cuál se realizará en el aplicativo “Excel” en donde se consignarán todos los datos obtenidos de la muestra, cada encuesta será procesada de manera individual y en conjunto.
- Una vez se cuente con la matriz de datos se procederá a su análisis estadístico con el aplicativo “SPSS” donde se aplicarán fórmulas estadísticas, así como estadísticos dentro de los que destacan Chi-Cuadrado y Alfa de Cronbach, así como la toma de frecuencia y asociación de variables.
- Con el procesamiento de datos, se procederá a la interpretación de los resultados obtenidos, así como su discusión.

3.2.2 Materiales: Formatos de encuestas digitales y en físico con formatos de escalas de estudio. Tableros, hojas bond, ordenadores, lapiceros. Personal asistencial de staff de la Clínica San Juan de Dios.

3.2.3 Técnicas: Aplicación de cuestionarios y escalas previamente validadas para el estudio de salud mental del paciente con ideación suicida.

IV. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

4.1 Presupuesto

| Concepto | Valor |
|--------------------------------|------------|
| Transportes | S/. 30.00 |
| Refrigerios | S/. 15.00 |
| Impresiones | S/. 10.00 |
| Tiempo de consulta en internet | S/. 50.00 |
| Total | S/. 105.00 |

4.2 Cronograma

| Actividad | Diciembre 2023 | | | Enero 2024 | | | Febrero 2024 | | | | | Marzo 2024 | | |
|---|----------------|----|----|------------|----|----|--------------|----|----|----|---|------------|----|--|
| | 11 | 18 | 27 | 14 | 22 | 29 | 15 | 20 | 25 | 29 | 6 | 12 | 15 | |
| Conformación del grupo de investigación | x | | | | | | | | | | | | | |
| Selección de tema a investigar | x | | | | | | | | | | | | | |
| Fijación de actividades | x | | | | | | | | | | | | | |
| Desarrollo del marco teórico | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | |
| Elección de instrumento de encuesta | | x | x | | | | | | | | | | | |
| Selección de muestra | | x | | | | | | | | | | | | |
| Recolección de información (trabajo de campo) | | | x | x | x | x | | | | | | | | |
| Procesamiento de datos | | | | | | | x | x | x | x | x | x | | |
| Análisis de resultados | | | | | | | | x | x | x | x | x | | |
| Informe final y correcciones finales | | | | | | | | | | | | | x | |
| Entrega de tesis | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | x | |

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2010;6(1):339–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
2. Una de cada 100 muertes es por suicidio [Internet]. Who.int. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
3. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2016;12(1):307–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
4. Klonsky ED, Dixon-Luinenburg T, May AM. The critical distinction between suicidal ideation and suicide attempts. *World Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado el 8 de marzo de 2024];20(3):439–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20909>
5. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2008 [citado el 8 de marzo de 2024];192(2):98–105. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18245022/>
6. Have MT, de Graaf R, van Dorsselaer S, Verdurmen J, van't Land H, Vollebergh W, et al. Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2009;54(12):824–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/070674370905401205>
7. Crisol-Deza D, Poma-Ramírez D, Pacherras-López A, Noriega-Baella C, Villanueva-Zúñiga L, Salvador-Carrillo J, et al. Factors associated with suicidal ideation among medical students during the initial phase of the COVID-19 pandemic in Peru: A multicenter study. *Death Stud* [Internet]. 2023;47(2):183–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2022.2042752>
8. Dai Z, Shao J, Zhou H, Chen Z, Zhang S, Wang H, et al. Disrupted fronto-parietal network and default-mode network gamma interactions distinguishing suicidal ideation and suicide attempt in depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* [Internet]. 2022;113(110475):110475. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110475>
9. Bengoechea-Fortes S de la P, Ramírez-Expósito MJ, Martínez-Martos JM. Suicide, neuroinflammation and other physiological alterations. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2023; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00406-023-01584-z>

10. Nobile B, Ramoz N, Jaussent I, Dubois J, Guillaume S, Gorwood P, et al. Polymorphisms of stress pathway genes and emergence of suicidal ideation at antidepressant treatment onset. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado el 8 de marzo de 2024];10(1):1–11. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41398-020-01003-0>
11. Sun S, Wilson CM, Alter S, Ge Y, Hazlett EA, Goodman M, et al. Association of interleukin-6 with suicidal ideation in veterans: a longitudinal perspective. *Front Psychiatry* [Internet]. 2023;14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2023.1231031>
12. 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* [Internet]. 2010;71(12):1617–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.08m04967blu>
13. Harmer B, Lee S, Duong T, Saadabadi A. Suicidal Ideation. StatPearls StatPearls Publishing.
14. Kawohl W, Nordt C. COVID-19, unemployment, and suicide. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020;7(5):389–90. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30141-3](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30141-3)
15. Efstathiou V, Stefanou M-I, Siafakas N, Makris M, Tsivgoulis G, Zoumpourlis V, et al. Suicidality and COVID-19: Suicidal ideation, suicidal behaviors and completed suicides amidst the COVID-19 pandemic (Review). *Exp Ther Med* [Internet]. 2021;23(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3892/etm.2021.11030>
16. Dubé JP, Smith MM, Sherry SB, Hewitt PL, Stewart SH. Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry Res* [Internet]. 2021;301(113998):113998. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113998>
17. Min S, Jeong YH, Kim J, Koo JW, Ahn YM. The aftermath: Post-pandemic psychiatric implications of the COVID-19 pandemic, a south Korean perspective. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021;12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2021.671722>
18. Valle-Palomino N, Fernández-Mantilla MM, Talledo-Sebedón D de L, Guzmán-González OV, Carguachinchay-Huanca VH, Sosa-Lizama AA, et al. Suicidal ideation and death by suicide as a result of the COVID-19 pandemic in Spanish-speaking countries: Systematic review. *J Clin Med* [Internet]. 2023 [citado el 8 de marzo de 2024];12(21):6700. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/12/21/6700>
19. Sahimi HMS, Mohd Daud TI, Chan LF, Shah SA, Rahman FHA, Nik Jaafar NR. Depression and suicidal ideation in a sample of Malaysian healthcare workers: A preliminary study during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021;12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2021.658174>

20. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Fernández-Carrasco FJ, Rodríguez-Díaz L, Vázquez-Lara JM, Prieto-Callejero B, et al. Suicidal ideation and suicide attempts in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Front Public Health* [Internet]. 2022;10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2022.1043216>
21. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, Hom MA, Tucker RP, Hagan CR, et al. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychol Bull* [Internet]. 2017 [citado el 8 de marzo de 2024];143(12):1313–45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000123>
22. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* [Internet]. 2018 [citado el 8 de marzo de 2024];373(1754):20170268. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
23. Mohammadi Y, Ansari N, Maskooni MD, Amiri MR. Association of vitamin D with suicide behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Iran J Psychiatry* [Internet]. 2023 [citado el 8 de marzo de 2024];18(4):484. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18502/ijps.v18i4.13635>
24. Sowah D, Fan X, Dennett L, Hagtvedt R, Straube S. Vitamin D levels and deficiency with different occupations: a systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2017;17(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-017-4436-z>
25. Humble MB. Vitamin D, light and mental health. *J Photochem Photobiol B* [Internet]. 2010;101(2):142–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphotobiol.2010.08.003>
26. Reisman AB. Más de 6 mil peruanos fallecieron por suicidio durante los últimos 10 años [Internet]. *El Comercio Perú*. 2022 [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/peru/mas-de-6-mil-peruanos-fallecieron-por-suicidio-durante-los-ultimos-10-anos-prevencion-del-suicidio-posvencion-peru-ayuda-eodata-noticia/>
27. Saavedra E. Balance y recomendaciones sobre salud mental de la población y del personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en el Perú. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*. 2020;33:135–7.
28. Bismark M, Scurrah K, Pascoe A, Willis K, Jain R, Smallwood N. Thoughts of suicide or self-harm among Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2022;56(12):1555–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/00048674221075540>
29. Gonzalez Mendez MJ, Ma L, Alvarado R, Ramirez J, Xu K-P, Xu H-F, et al. A multi-center study on the negative psychological impact and associated factors in Chinese

healthcare workers 1 year after the COVID-19 initial outbreak. *Int J Public Health* [Internet]. 2022;67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/ijph.2022.1604979>

30. Gold KJ, Sen A, Schwenk TL. Details on suicide among US physicians: data from the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2013;35(1):45–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.08.005>

31. Awan S, Diwan MN, Aamir A, Allahuddin Z, Irfan M, Carano A, et al. Suicide in healthcare workers: Determinants, challenges, and the impact of COVID-19. *Front Psychiatry* [Internet]. 2022;12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2021.792925>

32. Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, Bo Mortensen P, Nordentoft M. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychol Med* [Internet]. 2007 [citado el 8 de marzo de 2024];37(8):1131–40. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/suicide-and-occupation-the-impact-of-socioeconomic-demographic-and-psychiatric-differences/12CB12404F657BB9F83A551E4BBD53F6>

33. Esparza-Reig J, Julián M. Association between suicidal ideation and burnout: A meta-analysis. *Death Stud* [Internet]. 2024;1–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2023.2300064>

34. Menon NK, Shanafelt TD, Sinsky CA, Linzer M, Carlasare L, Brady KJS, et al. Association of physician burnout with suicidal ideation and medical errors. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 [citado el 8 de marzo de 2024];3(12):e2028780. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/article-abstract/2773831>

35. Olfson M, Cosgrove CM, Wall MM, Blanco C. Suicide risks of health care workers in the US. *JAMA* [Internet]. 2023 [citado el 8 de marzo de 2024];330(12):1161. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2809812>

36. Davis MA, Cher BAY, Friese CR, Bynum JPW. Association of US nurse and physician occupation with risk of suicide. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2021;78(6):651. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0154>

37. Wei Z, Wang Y, Yang S, Sun L. Association between perceived medical errors and suicidal ideation among Chinese medical staff: The mediating effect of depressive symptoms. *Front Med (Lausanne)*. [Internet]. 2022;9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2022.807006>

38. 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* [Internet]. 2016;173(11):1094–100. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>

39. Hubers AAM, Moaddine S, Peersmann SHM, Stijnen T, van Duijn E, van der Mast RC, et al. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2018 [citado el 8 de marzo de 2024];27(2):186–98. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/abs/suicidal-ideation-and-subsequent-completed-suicide-in-both-psychiatric-and-nonpsychiatric-populations-a-metaanalysis/8A1D89690BA4B8A7F3613C5C54429FE6>
40. Gili M, Castellví P, Vives M, de la Torre-Luque A, Almenara J, Blasco MJ, et al. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *J Affect Disord* [Internet]. 2019;245:152–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>
41. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado el 8 de marzo de 2024];212(5):279–86. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/depression-and-hopelessness-as-risk-factorsfor-suicide-ideation-attempts-and-death-metaanalysis-of-longitudinal-studies/44413C7251A6471522724814003D813A>
42. Stansfeld SA, Clark C, Smuk M, Power C, Davidson T, Rodgers B. Childhood adversity and midlife suicidal ideation. *Psychol Med* [Internet]. 2017 [citado el 8 de marzo de 2024];47(2):327–40. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/childhood-adversity-and-midlife-suicidal-ideation/92AE7B9CC6583EF775973E49B5CF0D5E>
43. Björkenstam C, Kosidou K, Björkenstam E. Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in Sweden. *BMJ* [Internet]. 2017 [citado el 8 de marzo de 2024];357:j1334. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/357/bmj.j1334.abstract>
44. Trastornos mentales [Internet]. Who.int. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
45. Construcción de instrumentos de investigación: Validez y confiabilidad [Internet]. Gob.pe. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/biblioteca/Biblio_con.nsf/999a45849237d86c052577920082c0c3/96B415B0E5B5C0AA052584AF006B7372/\\$FILE/001.4-O64.PDF](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/biblioteca/Biblio_con.nsf/999a45849237d86c052577920082c0c3/96B415B0E5B5C0AA052584AF006B7372/$FILE/001.4-O64.PDF)
46. GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES [Internet]. Gob.pe. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2020/RD%20N%C2%B0%20000189-2020-DG-INSNSB%20GPC%20Depresi%C3%B3n%202020.pdf>

47. Decreto Legislativo N°1153 [Internet]. Gob.pe. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/DecretosLegislativos/01153.pdf>
48. Ledesma R, Mora GMIP. Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos [Internet]. Scielo.br. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/psJ44DfZRngHRYRp9C9PTKg/?format=pdf&lang>
49. Evaluación de la Ideación Suicida [Internet]. Psychiatryonline.org. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/guidelines>
50. Norris DR, Clark MS. The suicidal patient: Evaluation and management. Am Fam Physician [Internet]. 2021 [citado el 8 de marzo de 2024];103(7):417–21. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0401/p417.html>
51. Soler Cárdenas SF, Soler Pons L. Usos del coeficiente alfa de Cronbach en el análisis de instrumentos escritos. Rev médica electrón [Internet]. 2012 [citado el 8 de marzo de 2024];34(1):01–6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1684-18242012000100001&script=sci_arttext
52. Cassiani-Miranda CA, Vargas-Hernández MC, Pérez-Anibal E, Herazo-Bustos MI, Hernández-Carrillo M. Reliability and dimensionality of PHQ-9 in screening symptoms of depression among health science students in Cartagena, 2014. Biomedica [Internet]. 2016 [citado el 8 de marzo de 2024];37(Sup.1):112–20. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3221>
53. Vista de Calcular la fiabilidad d'un qüestionari o escala mitjançant l'SPSS: el coeficient alfa de Cronbach [Internet]. Revistes.ub.edu. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/REIRE/article/view/reire2020.13.230048/31484>
54. Simon GE, Coleman KJ, Rossom RC, Beck A, Oliver M, Johnson E, et al. Risk of suicide attempt and suicide death following completion of the patient health questionnaire depression module in community practice. J Clin Psychiatry [Internet]. 2016 [citado el 8 de marzo de 2024];77(02):221–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.15m09776>
55. Dacto T, Vinicio J. ALFA DE CRONBACH PARA VALIDAR UN CUESTIONARIO DE USO DE TIC [Internet]. Edu.ec. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/9807/1/mkt_n10_04.pdf
56. Suarez L, Beach SR, Moore SV, Mastromauro CA, Januzzi JL, Celano CM, et al. Use of the patient health questionnaire-9 and a detailed suicide evaluation in determining

imminent suicidality in distressed patients with cardiac disease. *Psychosomatics* [Internet]. 2015 [citado el 8 de marzo de 2024];56(2):181–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25660436/>

57. Gil Silva CV, Gil Silva MA. Factores de riesgo e ideación suicida en personal de salud del hospital Ferreñafe durante la pandemia por COVID-19, 2021. Universidad Señor de Sipán; 2022.

58. Urzúa M. A, Caqueo U. A. Construcción y evaluación psicométrica de una escala para pesquisar factores vinculados al comportamiento suicida en adolescentes chilenos. *Univ Psychol* [Internet]. 2010;10(3):721–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.upsy10-3.cepe>

59. Sueki H. Relationship between Beck Hopelessness Scale and suicidal ideation: A short-term longitudinal study. *Death Stud* [Internet]. 2022;46(2):467–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2020.1740833>

60. De La Fuente Belén Cerda Saavedra Mario Meza Solano Claudia Sagredo Berríos Eduardo Mora Navia CZAPG. Validación de la Escala de Suicidalidad OKASHA para Adolescencia Temprana en Chile. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc* [Internet]. 2019; Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/10/1398191/revista-sopnia_2019-2-18-26.pdf

61. McMILLAN D, Gilbody S, Beresford E, Neilly L. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychol Med* [Internet]. 2007 [citado el 8 de marzo de 2024];37(6):769–78. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17202001/>

62. Na PJ, Yaramala SR, Kim JA, Kim H, Goes FS, Zandi PP, et al. The PHQ-9 Item 9 based screening for suicide risk: a validation study of the Patient Health Questionnaire (PHQ)–9 Item 9 with the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *J Affect Disord* [Internet]. 2018;232:34–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.045>

63. Okasha A, Lotaif F, Sadek A. Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 1981;63(5):409–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1981.tb00690.x>

64. Tomitaka S, Kawasaki Y, Ide K, Akutagawa M, Yamada H, Ono Y, et al. Distributional patterns of item responses and total scores on the PHQ-9 in the general population: data from the National Health and Nutrition Examination Survey. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2018;18(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-018-1696-9>

65. Giddens JM, Sheehan KH, Sheehan DV. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Has the “gold standard” become a liability? *Innov Clin Neurosci* [Internet]. 2014 [citado el 8 de marzo de 2024];11(9–10):66–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25520890/>
66. Dávila Salas BH. Prevalencia de Ideación Suicida y Factores de Riesgo Asociados en Internos de Medicina Hospital Honorio Delgado Espinoza, Enero – Diciembre 2017 [Internet]. repositorio.ucsm.edu.pe. 2018 [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/ad55c52a-308d-490a-8154-5c1685f9a14e>
67. Campo-Arias A, Zuñiga-Díaz ZM, Mercado-Marín AL, García-Tovar A del C. Análisis de factores y de la consistencia interna de la Escala de Okasha para Suicidalidad en adolescentes. *Rev Cub Salud Publica* [Internet]. 2019 [citado el 8 de marzo de 2024];45(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662019000100005
68. Shanafelt TD. Special report: Suicidal ideation among American surgeons. *Arch Surg* [Internet]. 2011 [citado el 8 de marzo de 2024];146(1):54. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/article-abstract/406577>
69. Del Carmen García-Tovar, Adalberto Campo-Arias, Zoila Mary Zuñiga-Díaz, Andrea Liliana Mercado-Marín, Angie. Análisis de factores y de la consistencia interna de la Escala de Okasha para Suicidalidad en adolescentes [Internet]. [Medigraphic.com](http://www.medigraphic.com). 2019 [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2019/csp191e.pdf>
70. Salvo G L, Melipillán A R, Castro S A. Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2009 [citado el 8 de marzo de 2024];47(1):16–23. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000100003
71. Zhang MWB, Ho CSH, Fang P, Lu Y, Ho RCM. Usage of social media and smartphone application in assessment of physical and psychological well-being of individuals in times of a major air pollution crisis. *JMIR MHealth UHealth* [Internet]. 2014;2(1):e16. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/ef25803b-deb9-49a5-b23d-1c0ada1d59b2/content>
72. Chaparro Armoa MA, Sosa Aquino O, Pérez Velilla MA, Burguez N. Prevalencia de Ideación Suicida en estudiantes de Medicina de una Universidad de Paraguay, año 2022. *Rev cient cienc salud* [Internet]. 2023 [citado el 8 de marzo de 2024];5:01–9. Disponible en: https://www.upacifico.edu.py:8043/index.php/PublicacionesUP_Salud/article/view/331

73. López Muelas, Laura Catalina Rojas Roncancio, Sara Eliana. Prevalencia de riesgo suicida en los trabajadores de la salud de un hospital en Bogotá y su relación con la depresión y los síntomas de burnout [Internet]. repository.unimilitar.edu.co. 2021 [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/39966>
74. Hem E, Grønvold NT, Aasland OG, Ekeberg Ø. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2000 [citado el 8 de marzo de 2024];15(3):183–9. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/abs/prevalence-of-suicidal-ideation-and-suicidal-attempts-among-norwegian-physicians-results-from-a-cross-sectional-survey-of-a-nationwide-sample/F928551D86B84453AE75D3409274F923>
75. Cassiani-Miranda CA, Cuadros-Cruz AK, Torres-Pinzón H, Scoppetta O, Pinzón-Tarrazona JH, López-Fuentes WY, et al. Validez del Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9). para cribado de depresión en adultos usuarios de Atención Primaria en Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2021;50(1):11–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2019.09.001>
76. Escala de suicidalidad de okasha [Internet]. Issuu. 2013 [citado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: https://issuu.com/leyneth.vargas/docs/escala_de_suicidalidad_de_okasha.do

VI. ANEXOS

ANEXO 1: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

El propósito de este protocolo es informarle sobre el proyecto de investigación y solicitarle su consentimiento. La presente investigación se titula "Prevalencia de ideación suicida en personal de salud, y validación de un score para ideación suicida en adultos en la Clínica San Juan de Dios Arequipa entre diciembre 2023 a enero 2024". Las profesiones en ciencias de la salud son conocidas por su naturaleza exigente, caracterizadas por altos niveles de estrés, largas jornadas laborales y exposición a situaciones emocionalmente desafiantes. El bienestar de los profesionales, incluida su salud mental, es crucial no sólo para su calidad de vida personal, sino también para la prestación de servicios de salud eficiente.

El propósito de la investigación es conocer la prevalencia de ideación suicida y los factores asociados en personal de salud. Para ello, se le solicita participar en una encuesta que le tomará 8 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio. Su identidad será tratada de manera anónima, es decir, el investigador no conocerá la identidad de quién completó la encuesta. Asimismo, su información será analizada de manera conjunta con la respuesta de los demás participantes y servirá para la elaboración de artículos y presentaciones académicas.

- Acepto participar en el proyecto de investigación.
- No Acepto participar en el proyecto de investigación.

ANEXO 2. CUESTIONARIO PHQ-9

**CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE -
9 (PHQ-9)**

| Durante las últimas 2 semanas. ¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? | Ningún día | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|---|-------------------|--------------------|------------------------------------|----------------------------|
| 1. Poco interés o placer en hacer las cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a) o ha dormido demasiado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Sin apetito o ha comido en exceso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) - o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haber notado? o lo contrario - muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera | 0 | 1 | 2 | 3 |
| TOTAL | + | + | + | + |
| | | | Score Total | |

(75)

ANEXO 3. ESCALA DE SUICIDABILIDAD DE OKASHA.

| ESCALA DE SUICIDABILIDAD DE OKASHA | | |
|--|---------------|---|
| ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena? | Nunca | 0 |
| | Casi Nunca | 1 |
| | Algunas Veces | 2 |
| | Muchas veces | 3 |
| ¿Has deseado alguna vez estar muerto? | Nunca | 0 |
| | Casi Nunca | 1 |
| | Algunas Veces | 2 |
| | Muchas veces | 3 |
| ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida? | Nunca | 0 |
| | Casi Nunca | 1 |
| | Algunas Veces | 2 |
| | Muchas veces | 3 |
| ¿Has intentado suicidarte? | Nunca | 0 |
| | Casi Nunca | 1 |
| | Algunas Veces | 2 |
| | Muchas veces | 3 |
| TOTAL | | |

(76)

ANEXO 4. FORMATO DE APLICACIÓN DE CUESTIONARIO.

CUESTIONARIO ANONIMO ESTUDIO DE INVESTIGACION

[Acceder a Google](#) para guardar el progreso. [Más información](#)

* Indica que la pregunta es obligatoria

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN *

El propósito de este protocolo es informarle sobre el proyecto de investigación y solicitarle su consentimiento. La presente investigación se titula " Prevalencia de ideación suicida en personal de salud, y validación de un score para ideación suicida en adultos en la Clínica San Juan de Dios Arequipa entre diciembre 2023 a enero 2024". *Las profesiones en ciencias de la salud son conocidas por su naturaleza exigente, caracterizadas por altos niveles de estrés, largas jornadas laborales y exposición a situaciones emocionalmente desafiantes. El bienestar de los profesionales, incluida su salud mental, es crucial no sólo para su calidad de vida personal, sino también para la prestación de servicios de salud eficiente.*

El propósito de la investigación es conocer la prevalencia de ideación suicida y los factores asociados en personal de salud. Para ello, se le solicita participar en una encuesta que le tomará 8 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio. Su identidad será tratada de manera anónima, es decir, el investigador no conocerá la identidad de quién completó la encuesta. Asimismo, su información será analizada de manera conjunta con la respuesta de los demás participantes y servirá para la elaboración de artículos y presentaciones académicas.

- Acepto participar en el proyecto de investigación
- No Acepto participar en el proyecto de investigación

GÉNERO

- MASCULINO
- FEMENINO

EDAD

- 20-30 años
- 31-40 años
- 41-50 años
- 51-60 años
- >60 años

CARGO

- ENFERMERA (O)
- PERSONAL TECNICO
- OBSTETRA
- MEDICO
- RESIDENTE
- MEDICO ESPECIALISTA
- OTRO:

TIEMPO EN EL CARGO

- <1 AÑO
- 1-5 AÑOS
- 5-10 AÑOS
- >10 AÑOS

Durante las últimas 2 semanas. ¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? *

| | Ningún día | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Poco interés o placer en hacer las cosas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a) o ha dormido demasiado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Se ha sentido cansado(a) o con poca energía | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sin apetito o ha comido en exceso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Se ha sentido mal con usted mismo(a) - o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

televisión

| | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haber notado? o lo contrario - muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera alguna manera | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Responda según corresponda: *

| | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | Muchas veces |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Has deseado alguna vez estar muerto? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



¿Has intentado suicidarte?

Ningún intento

Un intento

Dos intentos

Tres o más intentos