

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana
Segunda Especialidad en Psiquiatría



Prevalencia y factores de riesgo de ideación suicida en personal médico del Hospital III Goyeneche, Arequipa – 2024

Proyecto de investigación presentada por la M.C.
Ojeda Rodríguez, Sofía Carolina
ORCID 0009-0004-8910-5120
Para optar el Título de
Segunda especialidad en Psiquiatría

Asesor:
Mg. Zevallos Rodríguez Juan Manuel
ORCID 0000-0002-8915-9960

Arequipa - Perú
2024

DICTAMEN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD CON PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
DICTAMEN APROBACIÓN DE PROYECTO / PLAN

Arequipa, 21 de Junio del 2024

Dictamen: 012789-A-FMH-2024

Visto el proyecto / plan del expediente 012789, presentado por:

2021973022 - OJEDA RODRIGUEZ SOFÍA CAROLINA

Titulado:

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL MÉDICO DEL
HOSPITAL III GOYENCHE, AREQUIPA - 2024**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

29690684 - LLAZA LOAYZA ELISA GLORIA
DICTAMINADOR



Prevalencia y factores de riesgo de ideación suicida en personal médico del Hospital III Goyeneche, Arequipa – 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	documents.mx Fuente de Internet	5%
2	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	www.slideshare.net Fuente de Internet	2%
4	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.revistamedicagt.org Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
8	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%

RESUMEN

Los problemas de salud mental que afectan al personal de salud pueden llegar al desarrollo de síntomas depresivos e incluso llegar a la ideación suicida. Incluso en forma reciente se han presentado casos de suicidios en personal de salud en nuestro medio.

El presente estudio busca conocer la frecuencia de ideación suicida y sus factores asociados en personal médico del Hospital III Goyeneche de Arequipa, 2024.

Se encuestará una muestra representativa del personal médico del hospital y se aplicará una ficha de datos y la escala de ideación suicida de Beck. Se realizará análisis de datos mediante métodos descriptivos (frecuencias absolutas y relativas) y mediante pruebas de comparación para grupos independientes con prueba chi cuadrado de Pearson para variables cualitativas: la asociación bivariada se analizará mediante cálculo de odds ratio, y la asociación multivariada mediante análisis de regresión logística.

Los resultados de la presente investigación permitirán conocer la magnitud del impacto negativo en la salud mental que llevan a considerar el suicidio en personal de salud de un hospital de referencia de cuarto nivel para adoptar medidas preventivas oportunas.

PALABRAS CLAVE: ideación suicida, médicos, factores asociados.

ABSTRACT

Mental health problems that affect health personnel can lead to the development of depressive symptoms and even suicidal ideation. Even recently there have been cases of suicide among health personnel in our environment.

The present study seeks to know the frequency of suicidal ideation and its associated factors in physicians at the Goyeneche III Hospital in Arequipa, 2024.

A representative sample of hospital physicians be surveyed and a data sheet and the Beck suicidal ideation scale will be applied. Data analysis will be carried out using descriptive methods (absolute and relative frequencies) and through comparison tests for independent groups with Pearson's chi-square test for qualitative variables: the bivariate association will be analyzed by calculating the odds ratio, and the multivariate association by analysis of Logistic regression.

The results of this research will allow us to know the magnitude of the negative impact on mental health that leads to considering suicide in health personnel at a fourth level reference hospital to adopt timely preventive measures.

KEYWORDS: suicidal ideation, physicians, associated factors.

ÍNDICE

	Pág.
DICTAMEN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	i
RESUMEN	ii
ABSTRACT	iii
ÍNDICE	iv
INTRODUCCIÓN	1
I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Enunciado del Problema.....	3
1.2. Descripción del Problema.....	3
1.3. Justificación del problema	4
2. MARCO CONCEPTUAL	5
2.1. Depresión.....	5
2.2. Manejo de los síntomas depresivos	7
2.3. Suicidio en personal de salud	10
2.4. Diagnóstico de suicidio o ideación suicida en el CIE-11 y en el DSM 5.....	11
3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	15
4. OBJETIVOS	20
4.1. Objetivo general	20
4.2. Objetivos específicos	20
5. HIPÓTESIS.	20
II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	21
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación	21
2. Campo de verificación.....	21
3. Estrategia de Recolección de datos	22
III. Cronograma de Trabajo	24
IV. Referencias bibliográficas	24
V. ANEXOS	28

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública. Según una descripción epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017-2021 en el Perú, se registraron 2579 suicidios, siendo la principal causa externa de muerte (1).

Diferentes estudios han aportado datos sobre la incidencia de ideación suicida y la existencia de diferentes factores de riesgo potencialmente vinculados a su existencia y al paso entre ideas suicidas e intentos de suicidio. El European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED), un estudio transversal realizado en seis países europeos sobre una muestra total de 21.425 personas (2.121 en la muestra española), encontró una prevalencia del 4,4% para la ideación suicida y del 1,5% para los intentos de suicidio en España, mientras que la media europea para la ideación suicida fue del 7,8% y para los intentos de suicidio de 1,8% (2).

En Lima, de 548 pacientes atendidos como intentos de suicidios del Hospital Honorio Delgado las principales características fueron: sexo femenino 75,7%, ocurrencia en el mes de marzo (68/548), grupo etario 18-25 años 46,5%, estado civil soltero 62,2%, grado de instrucción secundaria 65,7%, ocupación estudiante 39,2% y con diagnóstico de trastorno depresión mayor 49,9% (1).

Los profesionales sanitarios han mostrado en distintos estudios unas tasas de mortalidad menores a las de la población general; sin embargo, en términos de suicidio, se ha propuesto que los profesionales sanitarios tienen mayores riesgos. Diversos estudios han mostrado tasas de suicidio en los profesionales sanitarios mayores que en la población general y que en otras profesiones. También se han visto tasas mayores en relación con especialidad, siendo mayores en anestesistas y psiquiatras (3).

Se conoce que en muchos casos el personal de salud tiene unas necesidades asistenciales específicas y en ocasiones esto les lleva a presentar elevados niveles de abuso de sustancias y enfermedad mental. Estas características pueden estar en relación con el elevado estrés y responsabilidad de su trabajo, así como las dificultades para conciliar vida familiar y laboral (4).

El personal de salud del Hospital III Goyeneche está expuesto a diversos factores estresantes, y no se han realizado estudios destinados a conocer la magnitud

del impacto de estos factores en el desarrollo de síntomas depresivos e incluso que pueden llegar a la ideación suicida, de modo que surge el interés por conocer la frecuencia de ideación suicida en el personal médico del hospital para poder tomar medidas preventivas oportunas.



I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la prevalencia y los factores de riesgo de ideación suicida en personal médico del Hospital III Goyeneche de Arequipa, 2024?

1.2. Descripción del Problema

- **Área del conocimiento**
 - Área general: Ciencias de la Salud
 - Área específica: Medicina Humana
 - Especialidad: Psiquiatría
 - Línea: Depresión, Ideación suicida
- **Operacionalización de Variables**

Variable	Indicador	Subindicador	Escala
<i>Variable dependiente</i>			
Ideación suicida	Respuesta a test SSI de Beck	Con ideación, sin ideación	Nominal
<i>Variables independientes</i>			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino, femenino	Nominal
Comorbilidades	Patologías preexistentes	Ninguna, hipertensión, diabetes, enf. renal, otra	Nominal
Estado civil	Unión civil	Soltero, casado, conviviente, separado, viudo	Nominal
Área de trabajo	Lugar de labor habitual	Hospitalización, emergencia, consulta externa, administración, otros	Nominal
Nexo laboral	Relación laboral	Nombrado, contratado,	Nominal

		CAS, otros	
Tiempo de trabajo	Fecha de ingreso	Años	De razón
Trabajos adicionales	Realización de otras actividades remuneradas	Ninguna, docencia, clínicas, otras privadas	Nominal

- **Interrogantes básicas**

1. ¿Cuál es la prevalencia de ideación suicida en personal médico del Hospital III Goyeneche de Arequipa, 2024?
2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales del personal médico del Hospital III Goyeneche de Arequipa, 2024?
3. ¿Cuáles de las características sociodemográficas y laborales del personal médico del Hospital III Goyeneche de Arequipa constituyen factores asociados a la ideación suicida?

- **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.
- **Diseño de investigación:** Es un estudio cuantitativo, no experimental, analítico.
- **Nivel de investigación:** es un estudio observacional, prospectivo, transversal.

1.3. Justificación del problema

El estudio es **original** puesto que no se han evaluado la prevalencia y los factores de riesgo de ideación suicida en personal médico de un hospital de referencia como el Hospital III Goyeneche de Arequipa.

Tiene **relevancia científica**, debido a que se ha establecido la influencia de factores ambientales en el desarrollo de síntomas depresivos, los que pueden identificarse y prevenirse.

Tiene **relevancia práctica** porque permitirá conocer el impacto de un problema

de salud mental como es la depresión y la ideación suicida en el personal médico, e identificar factores potencialmente prevenibles.

Tiene **relevancia social** porque beneficiará al personal de salud al mejorar su salud mental y su calidad de vida, lo que además repercutirá en una adecuada atención de los pacientes y usuarios.

El estudio es **contemporáneo** ya que los problemas de salud mental son de presentación cada vez más frecuente en los trabajadores de salud.

El estudio es **factible** por el diseño prospectivo en el que se cuenta con personal motivado e instrumentos validados.

Satisface la **motivación personal** de desarrollar una investigación en el campo de la psiquiatría.

Se satisface así las **políticas de investigación** de la Universidad como exigencia para la obtención del título de segunda especialidad.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Depresión

La depresión es un síndrome clínico, generalmente clasificado como un trastorno mental; específicamente en los manuales de diagnóstico, se la clasifica como un trastorno del humor o del afecto. Los síntomas generales de la depresión se pueden clasificar en cuatro grandes áreas a fin de tener una visión más organizada del síndrome, entre los que se hallan, a saber (5):

- **Síntomas afectivos:** Ánimo deprimido o triste, sensación de vacío que puede acompañarse de aplanamiento afectivo, infelicidad, incapacidad para disfrutar de cosas que anteriormente se apreciaban, sentimientos de culpa, inutilidad o inferioridad; sensaciones de impotencia y altos niveles de ansiedad.
- **Síntomas cognitivos:** Problemas en la atención, concentración, memoria, capacidad de decisión y alteración del juicio, ya que el paciente tiene creencias fatalistas (perspectiva sombría de sí mismo y del futuro) y pensamientos de muerte o ideas suicidas.

- **Síntomas conductuales:** Enlentecimiento o agitación psicomotriz, reducción de la energía y por consecuencia reducción del nivel de actividad; puede presentarse conducta suicida o autodestructiva, entre otras.
- **Síntomas somáticos:** Desgano y fatiga, alteraciones en el apetito (incremento o decremento), alteraciones en el peso (generalmente pérdida), alteraciones en el sueño (insomnio o hipersomnia) y, por último, afectación de la conducta sexual (pérdida de la libido) (5).

La duración de los síntomas depresivos determinará si se diagnostica un episodio depresivo mayor, en el que se requiere que la persona manifieste los síntomas depresivos por al menos dos semanas, o un trastorno distímico, cuya duración es por lo regular de dos años o más. Los niveles de gravedad de la depresión pueden distinguirse si se analizan la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas presentes. Por ejemplo, el trastorno depresivo leve es frecuente y se caracteriza por humor y conducta alterados, dificultades con el sueño, pesimismo, ansiedad y falta de energía. En el trastorno depresivo moderado, los pacientes manifiestan un descenso del humor, ansiedad, irritabilidad y agitación, así como falta de interés, disfrute y concentración y mala memoria. En el trastorno depresivo grave los síntomas aumentan en intensidad y aparecen otros nuevos, como delirios y alucinaciones (6).

Como síndrome clínico, la depresión puede influir en el curso de las enfermedades físicas, ya sea porque el paciente tiene actitudes que no apoyan los procesos de tratamiento, o bien porque en sí misma afecta procesos vitales de importancia, como el sistema inmune. Los factores psicosociales que se encuentran presentes en la vida cotidiana provocan estados de ansiedad, depresión y estrés, causando un desequilibrio en las funciones de los sistemas autonómico, endócrino e inmune que a su vez puede originar el desarrollo o progresión tumoral. Por esta razón, es importante que los profesionales de la salud detecten oportunamente los síntomas de depresión para mejorar la calidad de vida en estos pacientes (6).

2.2. Manejo de los síntomas depresivos

El tratamiento de los síntomas depresivos se ha abordado desde diversos ángulos, los que se presentan agrupados en categorías para su mejor comprensión (7).

2.2.1. Abordaje físico: El principal modo de abordar la depresión desde el área somática se encuentra en el manejo farmacológico. Los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina son eficaces para el tratamiento de la depresión en pacientes con cáncer. La paroxetina es una de las más eficaces. Los antidepresivos de perfil dual también han demostrado eficacia por su rapidez de acción y su utilidad en síntomas colaterales, como los síntomas vasomotores y los dolores. La mirtazapina es de gran utilidad en síntomas como el dolor, náuseas, insomnio y ansiedad (7).

Es importante tener precaución con las interacciones farmacológicas. Antidepresivos como la fluoxetina, la sertralina, la paroxetina y la fluvoxamina inhiben la transformación de agentes antineoplásicos a través del CYP450A4, lo que produce una disminución de su eficacia o mayor toxicidad de los mismos. Otros fármacos como el citalopram, el escitalopram, la venlafaxina y la mirtazapina son inhibidores débiles, lo que los convierte en una elección más segura (8).

2.2.2. Abordaje psicológico: Se requiere una guía psicológica oportuna y la terapia apropiada desde el momento en que se diagnostica la depresión. Es decir, no debe esperarse a que el paciente manifieste un trastorno psicológico, toda vez que la intervención en los niveles iniciales (prevención primaria) contribuye a prevenir la ocurrencia de cuadros psicopatológicos clínicos posteriores, como la depresión. Cuando la depresión ya está presente e incluso ha sido diagnosticada, será necesario llevar a cabo una intervención psicológica que minimice su impacto en la enfermedad física (prevención secundaria), para así prevenir su exacerbación. Hay diversos sistemas de abordaje psicológico, agrupados en dos modalidades: la individual y la familiar/social (8).

-Abordaje psicológico individual: Una de las psicoterapias individuales que ha mostrado una alta eficiencia para abordar la depresión, es la terapia cognitivo-conductual de Beck. Se basa en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que se activan ciertos esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la manera negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo que inicia y mantiene los síntomas depresivos. El objetivo de esta terapia es que el paciente reestructure sus creencias sobre sí mismo, el mundo y el futuro de un modo más realista, que lo conduzca a un modo más sano de afrontar la vida en general.

Por otro lado, estrategias como el *mindfulness*, o atención plena, han adquirido gran relevancia en los últimos años; dicha estrategia, derivada de las prácticas meditativas del budismo Zen, consiste en ‘prestar atención de un modo particular: deliberadamente, en el momento presente y sin juzgar’. Es decir, ser plenamente conscientes de lo que ocurre en el momento presente, sin filtros ni prejuicios.

Otras estrategias, como la relajación y otras terapias basadas en la imaginación, se han utilizado para realizar intervenciones exitosas. Entre sus efectos se encuentran la reducción del impacto sobre el cuerpo del estrés asociado al desencadenamiento del cáncer y al miedo a la enfermedad, la activación del sistema inmunológico contra la enfermedad mediante la instauración de creencias positivas, el aumento de la motivación para el cambio del estilo de vida, el fortalecimiento del “deseo de vivir”, el afrontamiento de la desesperanza y la evaluación y modificación de las creencias del enfermo respecto a la enfermedad (9).

Uno de los mecanismos usados para contrarrestar los efectos negativos de la ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos podría ser la autotranscendencia (espiritualidad), definida como “la reducción de las creencias personales y conductas que expresan una cosmovisión individual en un sentido de relación con una dimensión trascendente, que adquiere gran significación en circunstancias diversas de la enfermedad, explicadas como momentos cruciales en la vida del

individuo, pudiendo ayudar a aceptar la enfermedad y lograr que otras personas acepten dicha condición de salud (10).

La autotrascendencia influye sobre la salud y el bienestar, siendo a su vez promotora de comportamientos saludables que representan un aporte significativo a la salud de los pacientes con cáncer. Se sigue trabajando para estructurar métodos específicos para el manejo de la depresión en pacientes oncológicos; mientras tanto, es necesario que los profesionales de la salud mental intervengan con los métodos ya conocidos para el tratamiento de la depresión clásica, y hagan un seguimiento puntual del curso de los síntomas anímicos y físicos en beneficio del propio paciente y de su familia (10).

-**Abordaje psicológico familiar / social:** La familia funge como la mayor fuente de apoyo social, personal, afectivo y económico; es por ello que el profesional de la salud mental debe abordar las posibles vicisitudes que surgen en el grupo de apoyo familiar o social del paciente.

El abordaje psicológico de la familia y de las personas que apoyan al paciente con depresión se ha realizado clásicamente a través de las intervenciones en grupos terapéuticos o grupos de apoyo; sin embargo, el profesional de la salud mental deberá evaluar además, si se requiere, la intervención individual con algún familiar o un amigo en particular. Por otro lado, el personal médico y de enfermería necesita recibir entrenamiento para realizar un adecuado manejo del paciente oncológico deprimido, lo que está llevando a psicólogos y psiquiatras a invertir un tiempo considerable en la formación de equipos sanitarios en psicopatología, y asimismo en el desarrollo de instrumentos de detección adecuados a la realidad asistencial de los pacientes y que les ayuden a detectar los problemas emocionales con los objetivos de brindarles orientación y ayuda psicológica desde las fases más tempranas del tratamiento médico, reducir los costes de cuidados sanitarios y programar la atención sanitaria para los pacientes con un malestar psicológico considerable sin necesidad de largas entrevistas diagnósticas o extensos cuestionarios.

Por último, es necesario recordar que la atención integral debe llevarla a cabo todo aquel profesional que participe en la atención de cualquier persona enferma; el médico o enfermero que limite su intervención a los meros aspectos físicos, así como el psicólogo que la restrinja a los psicológicos, estarán realizando un abordaje parcial que puede ser dañino para la salud de sus pacientes, y estas intervenciones deben tener especial cuidado cuando es el personal de salud el afectado (11).

2.3. Suicidio en personal de salud

El suicidio en los profesionales de la salud es una de las principales problemáticas más olvidada y lo más preocupante consiste en que son cifras que se encuentran actualmente en crecimiento. Lo anterior, a raíz de la naturaleza de su propia profesión, condiciones laborales y por la formación, los cuales se convierten en factores estresores que pueden afectar la salud mental de los profesionales de la salud. En este sentido, los factores protectores son los que viabilizan la construcción de estrategias de prevención, entre estas se encuentra: constitución de un vínculo afectivo sólido, actividad laboral o académica, constitución de grupos de apoyo y un adecuado seguimiento sobre la salud mental; convirtiéndose en medios por los cuales se puede disminuir el riesgo de intentos suicidas (11).

Por otro lado, los profesionales de salud que se encuentran desvinculados o con vínculos idealizados y con un carácter narcisista representan una población en riesgo en tanto que son susceptibles a las frustraciones o rupturas. Incrementando el riesgo a intentos suicidas en situaciones difíciles que, junto con la rabia, frustración e impulsividad hace que el suicidio sea de un riesgo alto (12).

En este contexto se hace relevante que las organizaciones y entidades prestadoras de salud implementen cambios orientados al bienestar del médico, en este caso, el plan de salud está en la obligación de garantizar las condiciones adecuadas para el trabajador del personal de salud. Para esto, se considera relevante que se escuchen las experiencias de vidas y

las vivencias laborales de los médicos por medio de grupos de discusión, reuniones para escuchar, y encuestas de texto libre, verdaderamente confidenciales, de líderes que pidan aportaciones sin evasivas (13).

Por consiguiente, es importante que se generen acciones inmediatas en torno a esta realidad actual y se tome consecuencia sobre la vivencia de la mayor parte de profesionales de la salud que padecen en silencio las condiciones : laborales, sociales, familiares y personales; especialmente, al ser una población que se caracteriza por guardar silencio ante la enfermedad, ya que dentro de sus pares esto suele ser un tema tabú (12).

2.4. Diagnóstico de suicidio o ideación suicida en el CIE-11 y en el DSM 5

La terminología utilizada para describir el suicidio ha evolucionado con el tiempo para reflejar los avances en el estudio científico del comportamiento suicida, la defensa cada vez mayor de las víctimas y los supervivientes del suicidio y la reducción del estigma asociado al suicidio (14).

La conducta suicida incluye:

- a) Suicidio consumado: acto autolesivo intencionado con resultado de muerte.
- b) Intento de suicidio: acto autolesivo con intención de provocar la muerte, pero que finalmente no resulta mortal. Un intento de suicidio puede dar lugar a lesiones, pero no necesariamente.
- c) Ideación suicida: Pensamientos, planes y actos preparatorios para el suicidio.

La lesión autolítica no suicida es un acto autolesivo sin intención de provocar la muerte. Entre estos actos se incluyen : infligirse rasguños o cortes en los brazos, quemarse a uno mismo con un cigarrillo e ingerir una sobredosis de vitaminas. La lesión autolítica no suicida puede ser una forma de reducir la tensión porque el dolor físico puede aliviar el dolor psicológico. También puede ser una petición de ayuda de las personas que aún desean vivir. Estos actos no deben descartarse a la ligera porque las

personas con antecedentes de autolesión no suicida presentan un mayor riesgo de suicidio a largo plazo (15).

La conducta suicida es un problema de salud muy frecuente. Ocurre en hombres y mujeres de todas las edades, razas, credos, ingresos, niveles educativos y orientaciones sexuales. No existe un perfil típico de suicidio, aunque algunos ejemplos de grupos de personas con mayores tasas de suicidio son varones de mediana edad y mayores, jóvenes indios americanos y personas que se identifican como LGBTQ (16).

Según la 11ava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), se encuentra como manifestación de otros trastornos, como el trastorno bipolar, la depresión ansiosa, el trastorno depresivo, el trastorno de ansiedad y el trastorno de estrés postraumático, así como en los trastornos de la personalidad y se registra con códigos diversos (PB80- PD3Z) (17,18).

Para el DSM 5 existe la categoría de trastornos de comportamiento suicida (5).

Criterios propuestos

A. El individuo ha realizado un intento de suicidio en los últimos 24 meses. Nota: Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte. El “momento de inicio” es el momento en el que tuvo lugar un comportamiento en el que se aplicó el método de suicidio.

B. El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal que se realiza para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo.

C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preparatorios.

D. El acto no se inició durante un delirium o un estado de confusión.

E. El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso.

Especificar si: Actual: No han transcurrido más de 12 meses desde el último intento. En remisión inicial: Han transcurrido 12-24 meses desde el último intento.

Especificadores: El comportamiento suicida a menudo se categoriza por la violencia del método utilizado. Habitualmente las sobredosis con sustancias legales o ilegales se consideran métodos no violentos, mientras que precipitarse, las heridas por arma de fuego y otros métodos se consideran violentos. Otra dimensión para clasificarlo son las consecuencias médicas del comportamiento, definiéndose los intentos de alta letalidad como aquellos que requieren una hospitalización médica que supere una visita al servicio de urgencias. Una dimensión adicional a considerar sería el grado de planificación frente a la impulsividad del intento, una característica que podría tener consecuencias de cara al pronóstico médico de un intento de suicidio (5).

Si el comportamiento suicida tuvo lugar de 12-24 meses antes de la evaluación, se considera que la afección está en remisión inicial. Los individuos siguen presentando un mayor riesgo de posteriores intentos de suicidio y de muerte en los 24 meses posteriores a un intento de suicidio, y el período de 12-24 meses, posteriores a que tuviese lugar el comportamiento, se especifica como "remisión inicial" (5).

Características diagnósticas. La manifestación fundamental del trastorno de comportamiento suicida es un intento de suicidio. Un intento de suicidio es un comportamiento que el individuo ha llevado a cabo con, al menos, cierta intención de morir. El comportamiento puede dar lugar o no a lesiones o consecuencias médicas graves. Hay varios factores que pueden influir en las consecuencias médicas del intento de suicidio, como una planificación pobre, la falta de conocimiento acerca de la letalidad del método elegido, la escasa intencionalidad o la ambivalencia, o la intervención casual de otras personas después de haberse iniciado el comportamiento suicida. Estos factores no deberían considerarse a la hora de asignar el diagnóstico (5).

Determinar el grado de intención puede suponer un reto. Los individuos pueden no reconocer su intención, en especial en las situaciones en las que hacerlo puede suponer una hospitalización o

provocar sufrimiento a sus seres queridos. Algunos marcadores de riesgo incluyen el grado de planificación, que implica la elección de un tiempo y un lugar que minimicen la probabilidad de rescate o de interrupción, el estado mental del individuo en el momento del comportamiento, siendo la agitación aguda especialmente preocupante un alta reciente de una unidad de hospitalización o la suspensión reciente de un estabilizador del ánimo, con o el litio, o de un antipsicótico, como la clozapina, en el caso de la esquizofrenia. Algunos ejemplos de desencadenantes ambientales son enterarse recientemente de un diagnóstico médico potencialmente letal, como cáncer, experimentar la pérdida brusca e inesperada de un pariente cercano o una pareja, la pérdida del empleo o ser desalojado del domicilio. Por el contrario, características como hablar a los demás acerca de los eventos futuros o estar dispuesto a firmar un "pacto de no suicidio" serían los indicadores menos fiables (5).

Para que se cumplan los criterios, el individuo debe haber realizado, al menos, un intento de suicidio. Los intentos de suicidio pueden implicar comportamientos en los que, tras iniciarse el intento de suicidio, el sujeto cambió de opinión o intervino otra persona. Por ejemplo, un individuo puede pretender ingerir una determinada cantidad de medicamentos o de veneno, pero se detiene o le detienen antes de ingerir la cantidad completa. Si otra persona disuade al individuo o éste cambia de idea antes de iniciar el comportamiento, no se debería realizar el diagnóstico. El acto no debe cumplir los criterios para la autolesión no suicida, es decir, no debe conllevar los episodios autolesivos repetidos (al menos cinco veces en los últimos 12 meses que se realizan para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo. El acto no debe haberse iniciado durante un delirium o un estado de confusión. Si el individuo se intoxicó deliberadamente antes de iniciar el comportamiento para disminuir la ansiedad anticipatoria o minimizar la interferencia con el comportamiento que tenía planeado, se debería realizar el diagnóstico (5).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. **Autor(es):** Chávez LF (19).

Título: Ansiedad, depresión y estrés de los internos de medicina en el primer y tercer nivel de atención, Arequipa 2023.

Fuente: Tesis para título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2023

Resumen: Diseño no experimental, descriptivo-analítico, prospectivo de corte transversal, asimismo, la muestra fue no probabilística y a criterio del investigador se seleccionaron 140 internos de medicina que realizaron el internado médico de junio 2022 a marzo 2023 en Arequipa. Debido a que los datos no tienen distribución normal, la prueba estadística utilizada, fue la U de Mann-Whitney con un nivel de significancia del 5 %, los resultados muestran que el 46,4 % de los internos de medicina presentaron ansiedad; de los cuales, se encontró que el 51,7% de los internos que trabajaron en el tercer nivel de atención presentaron ansiedad, mientras que en el primer nivel de atención este porcentaje fue del 42,7%. Con relación a la depresión, el 47,9%, sí presentó depresión, de los cuales, en el tercer nivel de atención, el 41,4% de los internos presentaron depresión, asimismo, el 52,4% de los internos que laboraron en el primer nivel de atención, también presentaron depresión. Y en cuanto al estrés, el 37,1% de los internos de medicina lo presentaron, de los cuales, en el tercer nivel de atención el 43,1 % de los internos presentaron estrés así como el 32,9% de los internos que laboraron en el primer nivel de atención. Según los resultados obtenidos en la prueba estadística, a un nivel de confianza del 95%, no se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los internos de Medicina Humana que están laborando en el primer nivel de atención y los internos de Medicina Humana que están laborando en el tercer nivel de atención (19).

3.2. **Autor(es):** Cárdenas GH (20).

Título: Características sociodemográficos y afecciones psicológicas por COVID-19 en el personal del hospital III Yanahuara de ESSALUD. Arequipa, 2022.

Resumen: El estudio es relacional de corte transversal, como objetivo se planteó determinar la relación de las características sociodemográficas con las afecciones psicológicas por covid-19 (ansiedad, miedo) en el personal. Los datos estudiados corresponden a junio de 2022. La técnica utilizada fue el Cuestionario y como instrumentos se aplicó un Formulario de Preguntas que recogió los datos personales y laborales de las unidades de estudio y una Escala de Evaluación de Miedo FEAR COVID-19 SCALE y Escala que mide la ansiedad GAD-7; a 224 trabajadores que laboran en el Hospital III Yanahuara. Los resultados obtenidos permiten evidenciar que las características sociodemográficas del personal del Hospital III Yanahuara, se presentó en una población más joven, en mujeres, que están casadas y que casi la totalidad de ellos viven con un núcleo familiar. En cuanto a las características laborales más representativas, se evidenció que el grupo ocupacional de profesionales han sido los que más se han contagiado, y que laboran en las áreas médicas, que llevan como tiempo de servicio de 1 a 5 años y que son contratados, además que más de la mitad de ellos trabajan en otros lugares. Las afecciones psicológicas por COVID-19 que padece el personal del Hospital III Yanahuara de Essalud, en cuanto a la Ansiedad, se aprecia que el 79.0% de los trabajadores han presentado leves síntomas de ansiedad; en cuanto al Miedo, el 49.7% presenta un miedo moderado y el 48.7% un miedo leve frente a la SARS-COV-2 (20).

3.3. Autor(es): Aguilar JC (21).

Título: Niveles de depresión y ansiedad en el personal de salud del Hospital Modular Virgen de Chapi-Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020.

Resumen: Se encuestó al personal de salud del servicio aplicando una ficha de datos sociodemográficos y la escala de ansiedad y de depresión de Hamilton. Se realizó un estudio de investigación de campo de tipo estudio observacional, prospectivo, transversal. Se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado y se asocian variables mediante coeficiente de correlación de Spearman. Población y muestra: Todo el personal de salud del Hospital Modular Virgen del Chapi del Hospital Regional Honorio Delgado en el periodo de estudio, en un número aproximado de 55 personas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Participaron 55 trabajadores del servicio; el 50.91% tuvieron de 25 a 29 años, y 5.45% en mayores de 40 años. El 78.18% de trabajadores fueron mujeres

y 21.12% varones, el 7.36% eran solteros, 21.81% casados o convivientes, y 1.82% viudos. El 45.45% de participantes fueron médicos, el 29.09% enfermeros y el 25.45% técnico de enfermería. El tiempo de trabajo en el hospital fue en promedio 11.40 ± 51.63 meses. Se encontró que el 60.00% del personal de salud tienen algún grado de ansiedad, siendo leve en 40.00% y moderada-grave en 20% de casos. En cuanto a la depresión el 45.45% de trabajadores tiene síntomas de depresión, con síntomas leves en 34.55% de casos y depresión moderada a grave en 10.91% de trabajadores. La relación entre los niveles de ansiedad y de depresión en los trabajadores del hospital modular; cuando no hay ansiedad, hay depresión moderada a grave en solo 4.55% de trabajadores, al igual que cuando la ansiedad es leve (4.55%), pero sube a un 36.36% cuando la ansiedad es moderada a grave, siendo las diferencias significativas (χ^2 ; $p < 0.05$), y la asociación entre las dos variables es directa y de regular intensidad ($\rho > 0.30$) pero significativa ($p < 0.05$) (21).

A nivel nacional

3.4. **Autor(es):** Rojas LA (22).

Título: Características epidemiológicas y su relación con la ideación suicida en el personal sanitario del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020 -2022.

Resumen: La investigación fue de tipo cuantitativa debido a que reclama la intervención de datos cuantificables o numéricos. El nivel fue de tipo relacional - deductivo. El diseño del estudio guarda un esquema observacional, transversal, retrospectivo – correlacional. En el presente estudio participaron 156 profesionales de la salud (médicos, enfermeros, obstetras, técnicos). El sexo más representativo fue el sexo femenino con un 55,13%. El grupo de profesionales con un rango de edad de 35 a 64 años fue el más representativo con un 80,13%. En relación con la procedencia del personal de salud se logra identificar que la población más representativa fue la de los profesionales ucayalinos con un 55,77%. En relación con la ideación suicida se logra identificar que el 61% presentó ideación suicida en algún momento de su vida. En relación con la asociación con la presencia de ideación suicida se lograron encontrar asociación con las siguientes variables: sexo, estado civil, tipo de profesional, horario laboral y duelo por COVID. Todas estas variables presentaron un valor P menor de 0,005 (22).

3.5. **Autor(es):** Gil CV, Gil MA (23).

Título: Factores de riesgo e ideación suicida en personal de salud del hospital Ferreñafe durante la pandemia por COVID-19, 2021.

Resumen: El estudio es de tipo básico no experimental y transversal analítico. La muestra se conformó por un total de 94 profesionales de salud a quienes se les aplicó la Escala de Ideación Suicida SSI de Beck. Los resultados confirman la relación estadística entre el factor de riesgo sociodemográfico sexo (OR: 24.677; IC 95%: 3.120 - 195.178; $p=.000$), estado civil (OR: 36.833; IC 95 %: 4.629 - 293.060; $p=.000$) y la ideación suicida. Así también, se encontró que los factores de riesgo sociales como antecedentes de suicidio en la familia (OR: 5.462; IC 95%: 1.383 - 21.566; $p=.009$), apoyo familiar (OR: .017; IC 95%: .004 -.076; $p=.000$) y sentirse aislado (OR: 16.962; IC 95%: 4.804 - 59.883; $p=.000$) se relacionan con la ideación suicida. Por último, se evidenció que el factor de riesgo psiquiátrico tener un diagnóstico de trastorno de salud mental previo al estudio (OR: 23.545; IC 95 %: 4.326 - 128.154; $p=.000$) se relaciona estadísticamente con la ideación suicida (23).

A nivel internacional

3.6. **Autor(es):** Bequis-Lacera MC, Puerto-Romero A, Muñoz-Velandia J, Ramírez-Cortés E, Castiblanco-Chaparro S, Restrepo HF (24).

Título: Ideación y conducta suicida en estudiantes de enfermería: revisión sistemática exploratoria.

Resumen: Metodología: revisión sistemática exploratoria de la literatura basada en la propuesta de Arksey y O'Malley, 2005. Resultados: fueron seleccionados 15 artículos en texto completo publicados entre 2015 y 2021; se evidencia un crecimiento notable desde 2015, y se concentra la mayor producción en 2016 (31.25%). Se establecieron 13 temas emergentes que denominamos factores : 1) lugar de residencia; 2) responsabilidad académica; 3) tratamiento psicológico o psiquiátrico; 4) estado civil; 5) religión; 6) alcohol y sustancias psicoactivas; 7) sexo; 8) académico; 9) habilidades para la vida y/o psicosociales; 10) edad; 11) historial de IS e intentos de suicidio previos; 12) historia de maltrato y 13) instrumentos de medición (24).

3.7. **Autor(es):** García P, Rodríguez JJ (25).

Título: Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en profesionales sanitarios de Atención Primaria.

Resumen: Se realizó un estudio descriptivo transversal a través de un muestreo no probabilístico de conveniencia. Se diseñó un formulario online con la escala creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18), que se distribuyó por correo electrónico a médicos y enfermeras dependientes de las siete Direcciones Asistenciales de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Asimismo se podía acceder al cuestionario desde tres sociedades científicas de Atención Primaria. Se llevó a cabo un análisis univariante y bivariante comparando los cuatro factores incluidos en el CCCS-18 por categoría profesional, edad y años de experiencia. Participaron 169 sujetos, 86 (50,89%) enfermeras y 83 (49,11%) médicos. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos en la dimensión moral del suicidio (los médicos 1,45 puntos más de media), y en la dimensión de legitimación del suicidio (2,59 puntos más de media para las enfermeras). El 10,6% de los profesionales sanitarios no está de acuerdo con la importancia de la intervención ante una situación de suicidio y la mitad de los profesionales no descarta suicidarse bajo una circunstancia extrema (25).

3.8. **Autor(es):** Rodas A, Deutschmann A, Nij S, Castellanos O, Domínguez G, Morales A (26).

Título: Prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad e ideación suicida en estudiantes de medicina.

Resumen: Estudio descriptivo transversal realizado en 2,503 estudiantes elegidos con muestreo aleatorio simple por año académico, se utilizó el Inventario de ansiedad de Beck y el Cuestionario sobre la salud del paciente-9 para la recolección de datos. Se aplicó un análisis estadístico univariado y contó con el aval del Comité de Bioética en Investigación en Salud de la Facultad de Ciencias Médicas. El 49.78% (1,246) presentó síntomas de depresión, 75.23% (1883), ansiedad y 23.97% (600), ideación suicida. El 34.67% (868) tuvo síntomas de ansiedad leve y 24.89% (623), de depresión moderada. La media de edad fue 21.28 años y $DE \pm 4.96$ con predominio del sexo femenino 55.69% (1397), religión católica 54.17% (1356), residentes del departamento de Guatemala 70.40% (1762),

de la categoría estudiantil A 34.96% (875) y cursa el segundo año académico 26.25% (657) (26).

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Establecer la prevalencia y los factores de riesgo de ideación suicida en personal médico del Hospital III Goyeneche de Arequipa, 2024.

4.2. Objetivos específicos

- a) Conocer la prevalencia de ideación suicida en personal médico del Hospital III Goyeneche de Arequipa, 2024.
- b) Describir las características sociodemográficas y laborales del personal médico del Hospital III Goyeneche de Arequipa, 2024.
- c) Establecer las características sociodemográficas y laborales del personal médico del Hospital III Goyeneche de Arequipa constituyen factores asociados a la ideación suicida.

5. HIPÓTESIS.

Es probable que existan características sociodemográficas y laborales del personal médico del Hospital III Goyeneche de Arequipa asociadas a la ideación suicida.

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consiste en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y la escala de ideación suicida de Beck (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el Hospital III Goyeneche de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará durante el segundo semestre del año 2024.

2.3. Unidades de estudio: personal médico del Hospital III Goyeneche de Arequipa.

2.4. Población: todo el personal médico del Hospital III Goyeneche, en número aproximado de 110 médicos.

Muestra: no se calculará un tamaño de muestra ya que se espera abarcar a todos los integrantes de la población.

Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

• Criterios de Inclusión

- Personal médico del Hospital III Goyeneche
- De cualquier edad y sexo
- Tiempo de trabajo mínimo de 6 meses
- Participación voluntaria en el estudio

• Criterios de Exclusión

- De licencia o vacaciones durante el periodo de aplicación de instrumentos

- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán coordinaciones con la Dirección del Hospital III Goyeneche para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se obtendrá la relación de médicos del hospital y se les asignará un código alfanumérico para aleatorizarlos y conformar la muestra de estudio. En caso que uno de los integrantes de la muestra no cumpla los criterios de selección se sorteará entre los tres códigos superiores y tres inferiores a un integrante hasta completar el tamaño de muestra por estrato.

Se contactará al personal seleccionado para explicar el motivo de estudio y lograr su participación voluntaria, otorgada mediante un consentimiento informado (Anexo 3). Se entregarán los instrumentos de estudio codificados para aplicarlos en forma anónima, se explicará la forma de llenado y se dará un tiempo prudencial para completarlos, luego de lo cual será recogido en sobres cerrados.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizarán en bases de datos para su posterior análisis e interpretación.

3.2. Recursos

- a) Humanos
 - Investigadora, asesor.
- b) Materiales
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio
 - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
 - Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

La ficha de recolección de datos no requiere de validación por tratarse de una ficha de recolección de datos.

La ideación suicida se evaluará por medio de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de autodestructividad: pensamientos o deseos. La ideación suicida también puede abarcar la “amenaza de suicidarse”, expresada abiertamente a otros (Beck y cols.,1979). La ISB consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada; el ítem 20 no se considera por ser descriptivo. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registra en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se suman para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. Si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de ‘intentar suicidarse’” y (5) “Intento pasivo de suicidarse”, es “0”, se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista, codificando como: “No aplicable”. En caso contrario, se sigue aplicando. Una puntuación de 1 a más es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación mayor riesgo (27).

La escala ha sido validada en el Perú por Salverredy (2022), obteniendo una adecuada consistencia interna con alfa de Cronbach de 0.831 (28).

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2019).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de

cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con determinación de medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se mostrarán como frecuencias absolutas y relativas. Se empleará estadística inferencial con pruebas de comparación entre grupos independientes empleando prueba chi cuadrado para variables categóricas. La asociación de variables entre grupos de casos (con ideación suicida) y controles (sin ideación suicida) se realizará mediante cálculo de odds ratio con intervalos de confianza al 95%, y la asociación multivariada mediante análisis de regresión logística.

Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2019 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.25.0.

III. Cronograma de Trabajo

Actividades	Junio 24				Jul-Dic 24				Enero 25			
	1	2	3	4					1	2	3	4
1. Elección del tema	■											
2. Revisión bibliográfica		■										
3. Aprobación del proyecto			■	■								
4. Ejecución					■	■	■	■				
5. Análisis e interpretación									■	■		
6. Informe final											■	

Fecha de inicio: 01 de junio 2024

Fecha probable de término: 20 de enero 2025

IV. Referencias bibliográficas

1. Contreras-Cordova CR, Atencio-Paulino JI, Sedano C, Ccoicca-Hinojosa FJ, Paucar W. Suicidios en el Perú: Descripción epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017-2021. Rev Neuropsiquiatr. 2022; 85(1): p. 19-28.

2. Cano-Langreo M, Cicirello-Salas S, López-López A, Aguilar-Vela M. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Med. segur. trab.* 2014 60; 234: p. 198-218.
3. Alvarado-Socarras JL, Manrique-Hernández EF. Suicidio de médicos. Una realidad ignorada. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud.* 2019; 51(3): p. 194-196.
4. Sotto LT, Machado I, Salomão R, Ramalho M, Serpa H. Síndrome de Burnout, transtornos mentais e suicídio em médicos: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2022; 15(5): p. e10218-e10218.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Arlington, VA; 2013.
6. Olivan B, Rubio E, García O, Magallón R. Correlación entre el diagnóstico de depresión y la sintomato-logía presentada en pacientes de atención primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría.* 2016; 44(2): p. 55-63.
7. Hernández JV, Barrera ME. Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? *Revista médica de Risaralda.* 2021; 27(1): p. 85-91.
8. Bulotiene G, Pociute K. Interventions for reducing suicide risk in cancer patients: A literature review. *Eur J Psychol.* 2019; 15(3): p. 637-49.
9. Granek L, Nakash O, Ariad S, Shapira S, Ben-David M. Strategies and Barriers in Addressing Mental Health and Suicidality in Patients with Cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2019; 46(5): p. 561-71.
10. Guerrero JM, Prepo AR, Loyo JG. Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2016; 15(2): p. 297-309.
11. López J, Meza-Díaz FJ, Rojas-Hernández JP, Rojas-Fernández JC. Sobre el suicidio en los profesionales de la salud y la importancia de la creación de estrategias desde un enfoque holístico. *Entramado.* 2021; 17(1): p. 204-216.
12. Ortiz YM. Ideación suicida en personal de salud durante la pandemia del COVID-19; un problema desatendido en Bolivia. *Revista Científica de Salud UNITEPC.* 2022; 9(1): p. 9-11.
13. Benítez É. Suicidio: el impacto del Covid-19 en la salud mental. *Medicina y ética.* 2021; 32(1): p. 15-63.

14. Moutier C. Conducta suicida. Manual MSD. [Online].; 2023 [cited 2024 ene 15]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>.
15. Campillo C, Fajardo G. Prevención del suicidio y la conducta suicida. Gaceta médica de México. 2021; 157(5): p. 564-569.
16. Molina II, Mora GR, Carvaja A, Marrero M, García G. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en el adulto mayor. Medicentro Electrónica. 2020; 24(1): p. 54-67.
17. Fundación Española de Psiquiatría y de Salud Mental. Revisión de la clasificación de los trastornos mentales de la OMS para atención primaria, la CIE-11-AP. [Online].; 2011 [cited 2024 ene 16]. Available from: <https://fepsm.org/files/files/ICD-11%20PHC%20Draft%20October%202011.pdf>.
18. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión (CIE-11) Ginebra: OMS; 2022.
19. Chávez LF. Ansiedad, depresión y estrés de los internos de medicina en el primer y tercer nivel de atención, Arequipa 2023: Tesis para título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María; 2023.
20. Cárdenas GH. Características sociodemográficos y afecciones psicológicas por COVID-19 en el personal del hospital III Yanahuara de ESSALUD. Arequipa, 2022: Tesis para título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María; 2023.
21. Aguilar JC. Niveles de depresión y ansiedad en el personal de salud del Hospital Modular Virgen de Chapi-Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020: Tesis para título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María; 2020.
22. Rojas LA. Características epidemiológicas y su relación con la ideación suicida en el personal sanitario del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020 -2022: Tesis para título profesional de médico cirujano. Facultad de medicina humana, Universidad Nacional de Ucayali; 2023.
23. Gil CV, Gil MA. Factores de riesgo e ideación suicida en personal de salud del hospital Ferreñafe durante la pandemia por COVID-19, 2021: Tesis para título profesional de médico cirujano. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Señor de Sipán; 2022.
24. Bequis-Lacera MC, Puerto-Romero A, Muñoz-Velandia J, Ramírez-Cortés E,

- Castiblanco-Chaparro S, Restrepo HF. Ideación y conducta suicida en estudiantes de enfermería: revisión sistemática exploratoria. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*. 2023; 32(3): p. 208-217.
25. García P, Rodríguez JJ. Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en profesionales sanitarios de Atención Primaria. *Metas de enfermería*. 2020; 23(6): p. 59-66.
26. Rodas A, Deutschmann A, Nij S, Castellanos O, Domínguez G, Morales A. Prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad e ideación suicida en estudiantes de medicina. *Rev. méd. (Col. Méd. Cir. Guatem.)*. 2021; 160(1): p. 11-7.
27. Bobes J, Portilla MP, Bascarán MT, editors. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2nd ed. Madrid: Ed. Ars Medica; 2002.
28. Salverredy SE. Propiedades psicométricas de la escala de ideación suicida de beck en adolescentes escolares de educación básica regular del Cono Sur de Lima: Tesis para título profesional, carrera de psicología. Universidad Autónoma del Perú; 2022.

V. ANEXOS

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Características sociodemográficas:

Edad: _____ años Sexo: varón mujer

Estado civil:

Soltero casado conviviente separado viudo

Comorbilidad: Ninguna hipertensión diabetes
enf. renal , otra _____

Características laborales

Área de trabajo: hospitalización emergencia consulta ext. UCI
otro _____

Nexo laboral: nombrado contratado 276 CAS otro

Tiempo de trabajo: _____ años

Trabajos adicionales: docencia clínicas privado

Observaciones:
.....
.....

Anexo 2

Escala de ideación suicida

I. CARACTERISTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.

1. Deseo de vivir. ()
 0. Moderado a fuerte 1. Poco (Débil). 2. Ninguno (No tiene).
2. Deseo de morir. ()
 0. Ninguno (No tiene). 1. Poco (Débil). 2. Moderado a fuerte.
3. Razones para Vivir/Morir. ()
 0. Vivir supera a morir. 1. Equilibrado (es igual). 2. Morir supera a vivir.
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo. ()
 0. Ninguno (inexistente). 1. Poco (Débil). 2. Moderado a fuerte.
5. Deseo pasivo de suicidio. ()
 0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

II. CARACTERISTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO

6. Duración. ()
 0. Breves, periodos pasajeros. 1. Periodos largos. 2. Contínuos, casi contínuos.
7. Frecuencia. ()
 0. Rara, ocasionalmente. 1. Intermitente. 2. Persistentes y contínuos
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos. ()
 0. Rechazo. 1. Ambivalente; indiferente. 2. Aceptación.
9. Control sobre la acción/deseo de suicidio. ()
 0. Tiene sentido de control. 1. Inseguridad de control 2. No tiene sentido de control.
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar). ()
 0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
 1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
 2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.

11. Razones para pensar/desear el intento suicida. ()

0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.

1. Combinación de 0-2.

2. Escapar, acabar, salir de problemas.

III. CARACTERISTICAS DEL INTENTO.

12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento. ()

0. Sin considerar. 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.

2. Detalles elaborados / bien formulados.

13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento. ()

0. Método no disponible, no oportunidad.

1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.

2. Método y oportunidad disponible

2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.

14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento. ()

0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.

1. No está seguro de tener valor. 2. Está seguro de tener valor.

15. Expectativa/ anticipación de un intento real. ()

0. No. 1. Sin seguridad, sin claridad. 2. Sí.

IV. ACTUALIZACION DEL INTENTO.

16. Preparación real. ()

0. Ninguna. 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos). 2.

Completa.

17. Nota Suicida. ()

0. Ninguna. 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar. 2. Escrita.

Terminada.

18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos). ()

0. No. 1. Sólo pensados, arreglos parciales.. 2. Terminados

19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida. ()

0. Revela las ideas abiertamente. 1. Revela las ideas con reservas.

2. Encubre, engaña, miente.

20. Intento de suicidio Anteriores. ()

0. No. 1. Uno. 2. Más de uno

Anexo 3: Consentimiento informado

Yo, _____ (nombre del trabajador) identificado con DNI _____, he sido informado del estudio **“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA – 2024”**, que será realizado por la graduanda Ojeda Rodríguez, Sofía Carolina, para lo cual ha solicitado mi participación voluntaria y anónima, a través de la respuesta a unos cuestionarios y proporcionando datos para una ficha de información.

No se me requerirá exámenes de sangre o toma de otras muestras.

Se me ha explicado que la información proporcionada será confidencial y de uso exclusivo para la presente investigación.

Por lo que doy mi consentimiento para la realización del estudio.

Arequipa, _____

