



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**Un Modelo Predictivo de la Ideación Suicida Basado en  
Depresión, Ansiedad, Estrés y Funcionalidad Familiar en Internos  
de Medicina, 2021**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

**AUTORA :**

Aguilar Sigueñas, Leslie Emily (ORCID: 0000-0002-6677-5904)

**ASESOR:**

Mgtr. Villarreal Zegarra, David (ORCID: 0000-0002-2222-4764)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Salud mental

**TRUJILLO – PERÚ**

**2022**

## DEDICATORIA

A Dios y a mi familia, principalmente a mi madre y abuelos por haber sido un pilar fundamental en mi formación como ser humano y profesional, gracias por inculcar en mí, el ejemplo de esfuerzo y perseverancia, y por brindarme su apoyo incondicional. Gracias por siempre confiar en mí y por alentarme a culminar mi carrera profesional.

## AGRADECIMIENTO

En primera instancia a Dios, nuestro padre celestial, por darme la vida y permitirme cumplir con uno de mis objetivos más anhelados.

A mis queridos padres, Edita y Jorge, quienes nunca soltaron mi mano y no me dejaron caer frente a las adversidades.

A mis abuelos porque fueron y son mi mayor motivo para continuar por el maravilloso camino de la medicina.

A mi asesor de tesis por su dedicación, compromiso y por haber compartido sus conocimientos, su gran experiencia y su paciencia.

## Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Índice de figuras y gráficos.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
<b>III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2. Variables y operacionalización .....</b>	<b>19</b>
<b>3.3. Población, muestra y muestreo .....</b>	<b>19</b>
<b>3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....</b>	<b>20</b>
<b>3.5. Procedimientos .....</b>	<b>23</b>
<b>3.6. Método de análisis de datos .....</b>	<b>23</b>
<b>3.7. Aspectos éticos .....</b>	<b>25</b>
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
<b>V. DISCUSIÓN.....</b>	<b>39</b>
<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>44</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>53</b>

## RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo principal plantear un modelo explicativo y predictivo para la ideación suicida en internos de medicina. Participaron 480 internos peruanos de la promoción 2021. Se encontró una prevalencia de 39% de ideación suicida. Mediante el análisis de modelado de ecuaciones estructurales se establecieron cuatro modelos explicativos: el básico de la funcionalidad familiar (modelo 1), el modelo 1 más la salud mental (modelo 2), el modelo 2 más la ideación suicida (modelo 3) y el modelo 3 más la variable sexo (modelo 4), de los cuales se identificó un adecuado ajuste en el modelo 3, y logró explicar el 88.3% de la varianza de la ideación suicida. Además, se obtuvo coeficientes de moderado a grande al correlacionar todas las variables entre sí. Y con el análisis de regresión Poisson ajustado se identificó que niveles moderado-grave de ansiedad aumentan > 4 veces la probabilidad de tener ideación suicida (RP=4.7; IC 95%: 1.8–12.1), y un alto nivel de comunicación familiar, es un factor protector, ya que su presencia produce menor probabilidad de presentar ideación suicida (RP=0.06; IC 95%: 0.01-0.3), para ambos  $p < 0.005$ .

**Palabras clave:** ideación suicida, salud mental, funcionalidad familiar, internos de medicina.

## ABSTRACT

The main objective of this research was to propose an explanatory and predictive model for suicidal ideation in medical interns. 480 Peruvian inmates from the 2021 class participated. A prevalence of suicidal ideation of 39% was found. Through the modeling analysis of structural equations, four explanatory models were established: the basic one of family functionality (model 1), model 1 plus mental health (model 2), model 2 plus suicidal ideation (model 3) and model 3 plus the sex variable (model 4), of which an adequate adjustment was identified in model 3, and it managed to explain 88.3% of the variance of suicidal ideation. In addition, moderate to large coefficients were obtained by correlating all the variables with each other. And with the adjusted Poisson regression analysis, it was identified that moderate-severe levels of anxiety increase > 4 times the probability of having suicidal ideation (PR = 4.7; 95% CI: 1.8–12.1), and a high level of family communication is a protective factor, since its presence produces a lower probability of presenting suicidal ideation (PR = 0.06; 95% CI: 0.01-0.3), for both  $p < 0.005$ .

**Keywords:** suicidal ideation, mental health, family functionality, medicine interns.

## I. INTRODUCCIÓN

Hasta mayo de 2021, se llegaron a registrar cifras superiores a los 150 millones de personas con diagnóstico confirmado de COVID-19 y más de 3 millones de muertes reportadas a la Organización mundial de la salud (OMS) (1). El contexto de la pandemia ha generado la redistribución del personal de salud y materiales para centrarlos en áreas COVID-19, la sobrecarga de atenciones, el elevado riesgo que tiene el personal de salud de infectarse con este virus, la escasez de equipos de protección personal adecuados, las largas jornadas laborales, y el miedo por contagiar a sus familiares han ocasionado efectos en la salud física y mental del personal de salud (2) (3) (4). Un grupo de especial riesgo son los estudiantes de internado en medicina que se ven expuestos al contexto clínico, pero que están más propensos a problemas de salud mental por su condición de estudiantes (5).

Uno de los numerosos problemas de salud mental existentes hoy en día y considerado uno de los más severos por su probable impacto en la vida de las personas, son las conductas suicidas, que constituyen un problema de salud pública que en gran medida se puede prevenir, y que provocan casi la mitad de todas las muertes violentas, además existen indicios de que, por cada adulto que se suicidó, posiblemente más de otros 20 intentaron suicidarse (9). Este indicador se presenta frecuentemente en cuadros de depresión mayor, sin embargo, puede presentarse en otros contextos de fuerte carga emocional (6). Las conductas suicidas presentan tres principales manifestaciones clínicas: la ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado (7). La ideación suicida es la primera de las conductas suicidas en aparecer y es una de las señales de riesgo más importantes para prevenir el suicidio (7). La causalidad de la ideación suicida es multifactorial, diversos estudios han concluido que eventos de vida negativos y en la salud mental como desesperanza, sintomatología depresiva, estrés y ansiedad (8); y factores sociales como aquellos relacionados con conflictos familiares, ámbito académico; y factores económicos (6), son los factores predictores más importantes para desencadenar este tipo de ideas en los jóvenes universitarios.

Los modelos teóricos que intentan explicar la ideación suicida se pueden dividir en dos grandes grupos. Por un lado, aquellos que consideran a la ideación suicida como un ente individual, que la plantean como una manifestación clínica de un cuadro de depresión mayor (6). Por otro lado, los modelos trans diagnósticos consideran su origen como parte de un continuo estado de malestar emocional que puede devenir en problemas de salud mental (estrés-ansiedad-depresión) (6), por lo que eventos de alta carga emocional como lo es una pandemia podrían desencadenar la aparición de ideas suicidas. Sin embargo, ambos tipos de modelos teóricos consideran que factores sociales y las redes de apoyo familiares tienen un papel considerable en la aparición de estos trastornos que afectan la salud mental.

Uno de los modelos teóricos que mejor logra explicar las relaciones familiares es el modelo circunplejo de los sistemas de pareja y familia de Olson (11). El cual propone tres dimensiones principales: La cohesión familiar, que se entiende como la relación entre los integrantes de la familia y la flexibilidad familiar que se define como la capacidad del sistema familiar para adaptarse al cambio y establecer reglas, ambas dimensiones son curvilíneas es decir que niveles muy altos o bajos son disfuncionales y niveles medios son funcionales (11). La comunicación familiar por su parte es una dimensión facilitadora que influye en los niveles de las dos primeras, y se describe como la facultad del sistema familiar para transmitir información, sentimientos y necesidades entre los miembros (11). Estas tres variables comprenderían en su conjunto la funcionalidad familiar. Las hipótesis de este modelo teórico se basan en que las familias equilibradas funcionarán mejor que las desequilibradas, que una adecuada comunicación mejorará los niveles de las otras dimensiones y que estas se modificarán al lidiar con el estrés y con cambios emocionales (11).

En todo el mundo, los suicidios abarcan el 50% y 71% de las muertes reportadas como violentas, en sexos masculino y femenino respectivamente (13). En 2019, la OMS determinó que anualmente, aproximadamente 800 000 personas se suicidan y muchísimas más tratan de hacerlo (14). Hallándose a nivel mundial como la tercera causa de fallecimiento de personas de edades entre 15 a 44 (15). Además, en universitarios, en el año 2017 ocupó el segundo



lugar como origen de muerte (16). En algunos países los suicidios reportados son mayores entre jóvenes, llegando a ocupar el segundo lugar en todo el mundo como causa primordial de muerte entre los 15 y 29 años en el 2019 (16). En particular en Perú entre el 2016 y el 3º trimestre de 2020 la mediana de edad de los casos registrados de intento de suicidio fue 22 años, siendo más común en mujeres (69,6%), y la mediana de edad al primer intento suicida fue 19 años (9). Entre 2004 y 2013, en el Perú se incrementó la tasa de suicidios, de 0,46 a 1,13 con índices de confiabilidad de IC 95%: 0,38-0,55 y IC 95%: 1,01-1,25 por 100 000 habitantes en esos años respectivamente (17). Desde 2016 el número de casos registrados de intento de suicidio se incrementó gradualmente hasta 2019, y para el 2020 no se tuvo datos reales de los intentos de suicidio, ya que la labor de los establecimientos de salud centinela y el proceso gradual de implementación del sistema de vigilancia presentó una caída por la coyuntura de la pandemia de COVID-19 (9). A nivel nacional, la prevalencia de trastornos mentales no ha disminuido en los últimos años y la mortalidad por suicidios aumenta anualmente, lo que ocasiona que la población con mayor riesgo (jóvenes) se vean afectados de forma importante por lo que se plantea el siguiente problema de investigación ¿Existirá un modelo predictivo de la ideación suicida basado en la depresión, ansiedad, estrés y la funcionalidad familiar en internos de medicina, 2021? (17,19).

Nuestro estudio busca vincular ambos modelos teóricos (modelo trans - diagnóstico y modelo circunplejo de los sistemas de pareja y familia) para predecir la aparición de ideas suicidas en internos de medicina peruanos. Es por ello que el objetivo general del estudio es plantear un modelo que logre explicar y predecir la ideación suicida. Además, tiene como objetivos específicos, describir las características de la población de estudio, determinar los niveles de depresión, ansiedad, estrés, funcionalidad familiar e ideación suicida, determinar si la depresión, ansiedad, estrés y la funcionalidad familiar se asocian a la ideación suicida, y describir la correlación entre las variables.

Dado que la presente investigación es transversal se plantea las siguientes hipótesis, que se muestran en el Anexo 1.

## **JUSTIFICACIÓN DE LA PLAUSIBILIDAD DE LAS HIPÓTESIS FORMULADAS DEL MODELO PROPUESTO**

H1: La funcionalidad familiar se asocia a la presencia de problemas de salud mental, debido a que el modelo circunplejo menciona que las parejas y familias equilibradas tienden a ser más funcionales, tienen una comunicación más positiva y modificarán más eficazmente sus niveles de flexibilidad y cohesión para afrontar el estrés y algún cambio en su aparición, a diferencia de los sistemas no equilibrados que carecen de esta capacidad (19).

H2: El estrés es un problema que afecta la salud mental, el cual se asocia a la ideación suicida. Se ha encontrado un mayor riesgo para los eventos vitales estresantes relacionados con la familia (20).

H3: La ansiedad es un tipo de alteración que interfiere en la salud mental que se asocia a la ideación suicida. Ya que se ha reportado diferentes estudios que identifican a la ansiedad como circunstancia de riesgo para la presentación de ideas suicidas en internos de medicina (20) (21).

H4: La depresión es un problema que interfiere en la salud mental y que se asocia a la ideación suicida. Siendo la depresión uno de los factores que representa un intervalo de porcentajes entre 41 - 62% de la varianza de la aparición de comportamientos suicidas (20) (22) (23) (24) (6).

H5: El ser mujer influye en la instauración de problemas que afecten la salud mental. Y existen evidencias de que la condición de mujer es un factor que se asocia a la aparición de conducta suicida (6) (21).

H6: Las mujeres son más susceptibles a tener ideas suicidas a comparación del sexo opuesto, por lo que justificaría que el sexo influya en la presencia de ideación suicida (17).

H7: La depresión, la ansiedad, el estrés forman parte del constructo de alteraciones en la salud mental debido a que son parte del mismo modelo teórico del modelo trans - diagnóstico. La aparición de los problemas de salud mental predice la presencia de ideación suicida (6).

## II. MARCO TEÓRICO

**You R., et al. (China, 2021)**, examinaron la distribución reciente del suicidio y los factores de riesgo de muerte por suicidio. Realizaron un estudio prospectivo durante un período de seguimiento promedio de 9,9 años, encontrando que los factores sociodemográficos asociados con un mayor riesgo de suicidio fueron el sexo masculino (cocientes de riesgo ajustados [aHR] = 1,6 [IC del 95%: 1,4 a 2,0],  $p < 0,001$ ), mayor edad (1,3 [1,2 a 1,5] por cada aumento de 10 años,  $p < 0,001$ ), residencia rural (2,6 [2,1 a 3,3],  $p < 0,001$ ) y estado único (1,7 [1,4 a 2,2],  $p < 0,001$ ). Se encontraron mayores peligros para los eventos vitales estresantes relacionados con la familia (aHR = 1,8 [1,2 a 1,9],  $p < 0,001$ ) y para enfermedades físicas importantes (1,5 [1,3 a 1,9],  $p < 0,001$ ). Hubo fuertes asociaciones de suicidio con antecedentes de trastornos mentales de por vida (aHR = 9,6 [5,9 a 15,6],  $p < 0,001$ ) y trastornos del espectro de la esquizofrenia de por vida (11,0 [7,1 a 17,0],  $p < 0,001$ ). Vínculos entre el riesgo de suicidio y los trastornos depresivos (aHR = 2,6 [1,4 a 4,8],  $p = 0,002$ ) y trastornos de ansiedad generalizada (2,6 [1,0 a 7,1],  $p = 0,056$ ) en los últimos 12 meses y trastornos del sueño (1,4 [1,2 a 1,7],  $p < 0,001$ ) en el último mes también se encontraron (20).

**Gómez A., et al. (Colombia, 2019)**, analizaron las posibles causas y los pronosticadores psicológicos relacionados con los comportamientos suicidas en estudiantes de un par de universidades colombianas. Encontraron un porcentaje de 23.3 % de presencia de factores de riesgo relacionados al suicidio. El estudio de regresión binaria halló valores de OR de 1.2; 1.04; 1.1; 31.5; 2.2 y 2.1 para depresión, impulsividad, desesperanza, intento de suicidio, enfermedad mental e historia de intento de suicidio en la familia respectivamente, los cuales engloban del 41 % al 62 % de la varianza de exposición a actitudes suicidas. A través del estudio de modelado de ecuaciones estructurales se plantearon tres modelos explicativos que postulan como variables mediadoras del riesgo suicida a la enfermedad mental e intento de suicidio en miembros de la familia, impulsividad y antecedentes de intento de suicidio por parte del estudiante; modelo 1, 2 y 3 respectivamente, siendo el tercero el modelo que explica un porcentaje de

62.7 % de variación de riesgo suicida debido a que presentó el efecto total más elevado. (22).

**Ozakar S., et al. (Turquía, 2018)**, determinaron los factores más importantes de la ideación, tendencia e iniciativa suicidas es la presencia de trastornos mentales, mediante una investigación transversal hallaron una variación significativa a nivel estadístico ( $p < 0.05$ ) en los puntajes medios de Escala de probabilidad de suicidio (SPS) según educación, tratamiento psiquiátrico, autolesiones, tabaquismo y estado de consumo de alcohol de los participantes en el estudio. Aparte de esto, hubo también una correlación estadísticamente significativa entre ansiedad, depresión, uno mismo y hostilidad según las subescalas SPS e Inventario breve de síntomas (BSI) ( $p < 0,001$ ,  $r = 0,739$ ;  $p < 0,001$ ,  $r = 0,729$ ;  $p < 0,001$ ,  $r = 0,747$ ;  $p < 0,001$ ,  $r = 0,715$ ; respectivamente) (23).

**Jaramillo M., et al. (Colombia, 2015)**, identificaron posibles causantes a nivel sociodemográfico, familiar, personal y de encierro relacionado a ideas suicidas en presos de una cárcel colombiana. Realizaron un estudio descriptivo transversal, obteniendo como resultados que más del 14 % tuvo ideas suicidas en un nivel alto. Al estudiar la presencia de un nivel alto de ideas suicidas en las variables en estudio, se halló una distribución de porcentajes de 61.1. %; 50.0 %; 33.3 %; 28.6 % y 22.9 % en aquellos que tuvieron antecedente de un intento suicida, quienes en su historia tuvieron presencia de violencia intrafamiliar, los reos sin estudios, los que tenían antecedentes familiares de suicidio y los que tenían condena incierta en el mismo orden respectivamente. Además, se encontró una asociación significativa antecedente de intentos suicidas previos; haber sido parte de familias con violencia; la soltería y tener menos de 30 años, con la presencia de ideas suicidas, con [ $p < 0.01 - 0.03 - 0.04$  y  $0.04$ ] y [ $r_p = 7.4 - 4.0 - 2.2$  y  $2.2$ ] respectivamente. (19).

**Astocondor J., et al. (Perú, 2019)**, establecer que tanto influye la depresión en la aparición de ideas suicidas en estudiantes selváticos peruanos.

Mediante un estudio transversal analítico, encontraron una gran relación entre las ideas suicidas y depresión con  $p < 0.01$ ; encontrando mayor prevalencia de ideación suicida con un nivel de medio a alto [RP: 7.1; IC = 95 %: 3,8 a 13,2]. Entre otros factores relacionados con las ideas suicidas en el mismo nivel fueron la sensación de tener menos posibilidades de llegar a ser felices más adelante [RP: 0.4; IC = 95 % : 0.2 a 0.6], percibir que su familia no los toma en cuenta [RP: 6.5; IC = 95 % : 4.2 a 10.0] y pensar que si murieran sería aliviador [RP: 6.8; IC = 95 % : 4.6- a 10.2] (24).

**Perales A., et al. (Perú, 2019)**, determinaron predominio de comportamientos suicidas y factores relacionados en alumnos de una universidad limeña; en su estudio analítico y transversal obtuvieron como resultados que la incidencia de los componentes de los comportamientos suicidas fueron deseos de morir; ideas suicidas, planes suicidas e intento suicida en un orden cronológico de prevalencia en el último año, últimos 6 meses y último mes, con porcentajes de [35 %; 13.9 %; 11 % y 5.6 %]; [22.4 %; 8.2 %; 6 % y 3.3 %]; [17.7 %; 4.4 %; 3.5 % y 1.6 %]; [11.1 %; 3.7 %; 2.8 % y 1.4 %] para cada variable relacionada propuesta respectivamente. Además, los odds ratio (OR) apropiados para factores como ser mujer: 1.48, la depresión: 2.46, sensación de angustia: 2.5 y ser parte de una familia no nuclear: 2.51; todos con un índice de confiabilidad de 95% (6).

**Dávila B. (Perú, 2018)**, determinó la prevalencia y la relación estadísticamente considerable de las ideas suicidas con algunas posibles causas en internos arequipeños de la carrera de medicina de un solo hospital. A través de un estudio observacional transversal de nivel correlación, en el que se realizó una asociación simple y de campo, se halló una incidencia de ideas suicidas en 24 internos que abarca el 27.3 % del total; de quienes, el 77.3 % tenía ansiedad y el 81.8 %, depresión. Por otro lado, se determinó una importante relación estadística entre ideas suicidas y características demográficas, consumo de alcohol y presencia de algún problema de salud mental con  $p < 0.05$ ; de los cuales todos se consideraron como factores de riesgo con un Odd ratio mayor a 1 todos los antes

mencionados a excepción de la religión considerada como un factor que colabora en la protección (21).

**Reynoso O., et al (México, 2019)**, plantearon un modelo que logre explicar y predecir la ideación suicida en casi mil estudiantes elegidos mediante un muestreo no probabilístico. A través de un análisis de regresión lineal múltiple se determinó que el modelo comprendido por las variables de síntomas depresivos, apoyo de la familia y conflictos relacionados a la adaptación escolar muestra un valor de regresión corregido adecuado ( $R^2 = 0,307$ ), con un valor de explicación y predicción de 30,7%. (25).

**Rotenstein A., et al. (Boston. 2016)**, estimaron la incidencia de la depresión y síntomas relacionados con esta, e ideas suicidas en alumnos de la carrera de medicina a través de una revisión sistemática y metaanálisis obteniendo una prevalencia bruta global combinada de depresión o síntomas depresivos fue del 27,2% (37 933/122 356 individuos; IC del 95%, 24,7% a 29,9%,  $I^2 = 98,9\%$ ). Las estimaciones resumidas de prevalencia variaron según las modalidades de evaluación del 9,3% al 55,9%. La prevalencia de síntomas depresivos se mantuvo relativamente constante durante el período estudiado (rango de años de la encuesta de referencia de 1982-2015; pendiente, 0,2% de aumento por año [95% IC, -0,2% a 0,7%]). En los 9 estudios longitudinales que evaluaron los síntomas depresivos antes y durante la escuela de medicina ( $n = 2432$ ), la mediana del aumento absoluto de los síntomas fue del 13,5% (rango, 0,6% a 35,3%). Las estimaciones de prevalencia no difirieron significativamente entre los estudios de sólo estudiantes preclínicos y estudios de sólo estudiantes clínicos (23,7% [IC del 95%, 19,5% a 28,5%] frente a 22,4% [IC del 95%, 17,6% a 28,2%];  $P = 0,72$ ). El porcentaje de estudiantes de medicina el cribado positivo para la depresión que buscaron tratamiento psiquiátrico fue del 15,7% (110/954 individuos; IC del 95%, 10,2% a 23,4%,  $I^2 = 70,1\%$ ). Los datos de prevalencia de ideación suicida fueron extraídos de 24 estudios transversales ( $n = 21\ 002$ ) de 15 países. Se utilizaron todos menos 1 estudio instrumentos de autoinforme. La prevalencia bruta global combinada de ideación suicida fue del 11,1% (2043/21 002 individuos; IC del 95%, 9,0% a

13,7%, I 2 = 95,8%). Prevalencia resumida: Las estimaciones variaron entre las modalidades de evaluación del 7,4% al 24,2% (26).

**Blandon, O. et al (Colombia, 2015)** determinaron los factores que se asocian a ideas suicida en universitarios. Ejecutaron un estudio descriptivo transversal con la participación de 100 estudiantes de distintos programas académicos, encontrando que el 16% de ellos presentó ideas suicidas en los últimos doce meses y 12% intentó suicidarse al menos una vez. Además de encontrar correlación estrecha entre las ideas suicidas y el desempleo ( $p = 0,010$ ; IC 95 %, 1,06 a 56,04; RP = 7,72), no tener una relación armoniosa con su progenitor ( $p = 0.029$ ; IC 95%, 1.100 a 6.635; RP = 2.701) y no contar con una buena relación consigo mismo ( $p = <0,000$ ; IC 95%, 5,517 a 24,27; RP = 11,570). Además, se halló también que el tener a alguien del entorno cercano que cometió suicidio, hace que la probabilidad de tener ideas suicidas se cuadruple ( $p = 0,011$ ; IC 95 %, 1,642-8,784; RP = 3,797) (27).

**Mark L., et al. (Irán, 2013)**, determinaron la prevalencia y la asociación entre ideación suicida con el tabaquismo, consumo de alcohol, peleas físicas, acoso escolar y comunicación con los padres, concluyendo que la prevalencia general de ideas suicidas en el 2011 fue de 17%; y encontraron asociación entre los pensamientos suicidas con problemas en la comunicación con los padres (OR = 2 -4,6) (28).

**Sindeev A., et al. (Perú, 2019)**, determinaron los factores relacionados a riesgo e intento de suicidio en universitarios de los dos primeros ciclos de medicina. Hicieron una investigación de tipo observacional, descriptiva y transversal con un total de 134 universitarios. Obteniendo en su análisis bivariado una asociación importante del riesgo e intento suicida primordialmente con la disfunción familiar grave, probables estados depresivos y ansiosos ( $p < 0.001$ ) (29).

**Rodríguez J. et al.; (Venezuela, 2015)**, determinaron un modelo capaz de predecir la presencia de ideas suicidas en 912 escolares. Se planteó un modelo en base al apoyo de ambos padres, violencia en la familia y depresión. A través de un análisis de ruta se obtuvieron resultados que los

adolescentes con síntomas depresivos prefieren amigos que tienen comportamientos suicidas, que incrementan la probabilidad de aparición de ideación suicida. (10).

**Rodríguez M. (Perú, 2019)**, describió los agentes relacionados a ideas sobre suicidio en universitarios de la carrera de medicina en una universidad nacional trujillana. Mediante una investigación observacional, descriptiva y transversal, con la participación de 406 estudiantes. Encontrando una predominancia para ideas suicidas en el reciente mes, últimos doce meses y durante la vida con 4.9%, 6.16% y 22.66% respectivamente. Además, logró establecer una importante correlación ( $p < 0,05$ ), entre ideas de suicidio y salario familiar ( $X^2 = 10,8$ ) y precedentes de tentativas de suicidio en sus familias ( $X^2 = 6,36$ ) (38).

**Pérez P. (Perú, 2016)**, estableció la correlación entre la funcionalidad familiar e ideas suicidas, en 104 estudiantes. Encontraron una relación inversa importante entre la funcionalidad familiar e ideas suicida con  $r = -0,303$  ( $p < 0,05$ ), lo que se interpreta en que al haber déficit en el funcionamiento familiar, habrá aumento de las ideas suicidas e inversamente. Los participantes del estudio tuvieron un rango de ideas suicidas de más del 50%. Además, se halló grados de disfunción familiar severa, moderado y leve de 49 %, 33,7 % y 17,3 % (12).

La depresión, engloba sentimientos de angustia, tristeza, culpa, baja autoestima y pérdida de interés que alteran el pensar y la realización de actividades cotidianas relacionadas con el sueño o el apetito, produce fatiga, falta de concentración e interfiere con el desempeño laboral y el rendimiento académico. Esta afectación en la de salud mental puede ser perdurable o recurrente, y cuando se agrava conlleva al suicidio. Para poder hacer un juicio definitivo, la clínica debe evidenciarse la mayor parte del día, casi todos los días, durante por lo menos dos semanas (30).

Esta patología se ha vuelto muy común en las consultas médicas, los síntomas abarcan la tristeza, desinterés, culpabilidad, autoestima baja, alteraciones alimenticias y del sueño, cansancio y fácil distracción, a veces



puede llegar a complicarse y ser reincidente. En los casos que dura más tiempo y de una magnitud mayor de moderada a grave, llega a interferir y alterar la rutina que las personas que la padecen acostumbran tener, y en el peor de los casos puede llevar al suicidio (31).

La ansiedad es un fenómeno universal, experimentado por todos los seres humanos en diversas ocasiones durante su vida, además, sirve como una señal que nos avisa de posibles posteriores eventos que hagan peligrar la vida; y nos permite tomar las decisiones adecuadas para lidiar con las probables amenazas, mediante la estimulación del sistema nervioso autónomo. Esta emoción surge ante sucesos ambiguos, ya que nos anticipa una posible amenaza y permite que las personas que la padecen se preparen y mediante reacciones fisiológicas y cognitivo-conductuales las enfrenten. (16) Por otro lado, la ansiedad perjudica el desenvolvimiento en el contexto social, haciendo que surjan señales ficticias de supuestas intimidaciones, y podría sentir amenazas exageradas y repetitivas ocasionando elevados rangos de ansiedad. Cuando los síntomas son desproporcionados para la situación y se prolongan demasiado nos encontramos frente a una ansiedad patológica (32) (33).

El estrés posee una variedad de definiciones, sin embargo, en 1936, Hans Selye lo definió como “un grupo entrelazado de respuestas fisiológicas ante cualquier incitación peligrosa”. Además, el estrés puede interferir en la forma de sentir, pensar y comportarse. Dentro de sus síntomas más frecuentes se incluyen dificultades para dormir, sudoración, disminución de apetito y la fácil distracción (34).

Así mismo, existen un gran conjunto de factores llamados estresores que desencadenan su desarrollo, que se dividen en factores psicosociales, bioecológicos y de personalidad. En términos psico - fisiológicos, el estrés representa una sobrecarga impuesta en las personas, que puede haber sido originado por activación o estados de tensión y estrés como resultado de diversas causas entre ellas la sobrecarga laboral, responsabilidades familiares, situaciones que ponen en peligro físico o emocional (35).

La funcionalidad familiar engloba un grupo de características que posee la familia como grupo equitativo y que explican las regularidades encontradas en la operacionalización del sistema familiar. Asimismo, el creador del Modelo Circumplejo, Olson, manifestó que la funcionalidad familiar es la forma de interactuar de los individuos integrantes de la familia y en la que se distinguen dos dimensiones: la cohesión y la adaptabilidad familiar; las cuales son viabilizadas o entorpecidas por la forma de establecer comunicación (36).

El funcionamiento familiar es un grupo de virtudes que posee la familia como sistema y que engloban las formas adecuadas como debe operar o actuar una familia. Existen diversas tipologías para el funcionamiento familiar, que nos permiten diferenciar que cada sistema familiar funciona de manera muy distinta, pero todas coinciden en saber que no todas están basadas en dimensiones iguales (37).

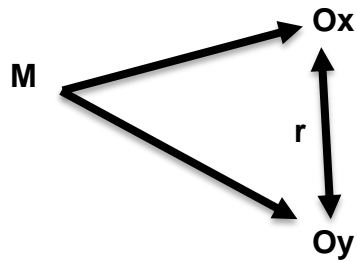
La ideación suicida se entiende como el intento de autolesionarse con diversos niveles de propósito de fallecer y de causar alguna lesión. En 1897, Durkheim estableció al suicidio como todo fallecimiento ocasionado por acción de la misma persona, quien sabe concretamente lo que producirá en él. La presencia de ideación suicida es un signo vital de alarma y un excelente vaticinador para identificar a tiempo algún tipo de intención de suicidarse, los cuales, muchas veces, presagian la consumación del acto (38,39).

### III. METODOLOGÍA

#### III.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

**Tipo:** Aplicado

**Diseño:** Descriptivo, correlacional no causal, transversal (40).



**M=** Internos de medicina

**Ox=** Ansiedad, estrés, depresión y funcionalidad familiar

**Oy=** Ideación suicida

**r=** Correlación entre la ansiedad, estrés, depresión, funcionalidad familiar y la ideación suicida

#### III.2. Variables y operacionalización (Anexo 2)

V1: Depresión

V2: Ansiedad

V3: Estrés

V4: Funcionalidad familiar

V5: Ideación suicida

#### III.3. Población, muestra y muestreo

**POBLACIÓN:** Está formada por internos de medicina del año 2021 y que cumplan con los criterios de inclusión.

#### CRITERIOS DE SELECCIÓN

**Criterios de inclusión:**

- Ambos sexos
- Mayores de 18 años
- Acepten el consentimiento informado

**Criterios de exclusión:**

- En tratamiento con antidepresivos
- Con diagnóstico de algún tipo de trastorno mental
- Aquellos que no llenen encuestas completas

**UNIDAD DE ANÁLISIS:**

Estará constituida por cada interno de medicina del año 2021 que complete los criterios de inclusión establecidos en el estudio.

**UNIDAD MUESTRAL:**

Un interno de medicina del año 2021 que tenga los criterios de inclusión del presente estudio.

**Tamaño de muestra:** Será en función del poder estadístico y no de la representatividad de los participantes, ya que nuestro estudio es no probabilístico. Los estudios de simulación de modelos de ecuaciones estructurales se han realizado con al menos 500 participantes, ya que no habría cambios significativos en los índices de bondad de ajuste en los modelos evaluados (49).

**MUESTREO:**

Se utilizará el no probabilístico por conveniencia.

**III.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos****TÉCNICAS**

Mediante la aplicación de encuestas virtuales a los internos de medicina.

**INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para valorar evaluar las variables presentes en nuestro estudio se utilizará el consentimiento informado online, y se usará los instrumentos DASS 21 (estrés ansiedad, depresión), FACES III (cohesión y flexibilidad familiar), la escala de comunicación familiar, la escala de satisfacción familiar y la escala de Ideación suicida de Beck (ideación suicida).

La escala DASS-21 (Anexo 3) tiene dentro de ella tres subescalas, depresión, ansiedad y estrés, que se evalúan mediante 21 ítems de tipo Likert, los cuales simbolizan la sintomatología que los participantes han percibido en la última semana. Las respuestas poseen puntajes desde 0 a 3 puntos, teniendo un máximo de 21 puntos para cada subescala (42).

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III) (Anexo 4) puede aplicarse a personas que tengan una edad mayor a 12 años, en un tiempo máximo de 15 minutos. Además, contiene 62 ítems, siendo una escala tipo Likert, con 5 opciones de respuestas (45).

La Escala de comunicación familiar (Anexo 5) es de tipo Likert y contiene 10 interrogantes, con escalamiento de cinco opciones de respuestas que va desde 1 a 5 que significa que va desde extremadamente insatisfecho a extremadamente satisfecho y cuenta con puntuaciones desde los 10 hasta los 50 puntos (46).

La Escala de Satisfacción familiar (Anexo 6) consta de diez postulados, contenidos en una escala de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta, donde el puntaje mínimo (1) nos indica que el participante se encuentra extremadamente insatisfecho a nivel familiar y el puntaje máximo (5) es extremadamente satisfecho. Este instrumento tiene una puntuación total de 10 a 50 (50).

La ISB (Anexo 7) es un instrumento que posee 19 ítems, los cuales se dividen en 4 factores que poseen un conjunto de características importantes. Cada ítem cuenta con 3 opciones de respuesta de 0 a 2, que sugieren un nivel en aumento en relación al riesgo, seriedad e intensidad de los comportamientos suicidas. Y permite clasificar la

ideación suicida en mínima, leve, moderada y grave con puntajes de 0 a 13, de 14 a 19, de 20 a 28 y de 29 a 38 respectivamente (48).

### **Validación y confiabilidad**

El instrumento DASS-21, fue creado por Peter Lovibond y Sydney Harold Lovibond en 1995. En cuanto a su confiabilidad, se reportaron cifras de alfa de 0.93; intervalo de 0.88 a 0.87; 0.79; 0.82 a 0.83 para el instrumento en general; y las escalas de depresión, ansiedad y tensión respectivamente (42).

El instrumento FACES III por David H. Olson en 1985; contiene a la escala cohesión-real con una confiabilidad moderadamente alta ( $\Omega=0,85$ ) mientras que la escala flexibilidad-real tiene confiabilidad moderada ( $\Omega=0,74$ ). Para la escala cohesión-ideal la confiabilidad es moderadamente alta ( $\Omega=0,89$ ), lo mismo que para la escala de flexibilidad-ideal ( $\Omega=0,86$ ). La validez de constructo se confirmó en la bondad de ajuste del modelo de dos factores (cohesión y flexibilidad) con 10 ítems cada uno [índice ajustado de bondad de ajuste (AGFI)=0,96; índice de validación cruzada esperada (ECVI)=0,87; índice de ajuste normado (NFI)=0,93; índice de bondad de ajuste (GFI)=0,97; raíz del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA)=0,06], por lo que el FACES-III posee consistentes niveles de confiabilidad y validez aplicarlo en jóvenes peruanos con objetivos de evaluación tanto de manera individual como en grupos (45).

La confiabilidad de las puntuaciones de la escala de comunicación familiar fue óptima ( $>.80$ ), la estabilidad del constructo fue analizada por medio de la invarianza de medición entre hombres y mujeres que evidenció medidas estables en diferentes niveles (51).

La escala de satisfacción familiar tiene una confiabilidad con valores de coeficiente alfa,  $\alpha = .910$  [IC 95% .895 - .923] para puntajes observables, y otros coeficientes para variables latentes como  $\omega = .925$  y  $H = .929$ , teniendo pruebas que demuestran su validez y confiabilidad, y

que tiene similar vocabulario y en cuanto a lo que se quiere expresar comparado con la escala en idioma inglés que es la original e invarianza factorial débil en base al género. (50).

La escala que mide la ideación suicida fue creada por Beck en el año 1979. Su confiabilidad de 0,81 coincide con lo establecido por Plutchik en el 2004, además la concordancia interna de este instrumento era de 0.84 que esta en sincronía con Beck (0.82), siendo su concordancia interna alta de 0.82 (48).

### **III.5. Procedimientos**

Para poder recolectar los datos, se dialogará con los delegados de internos de cada universidad y se les explicará acerca del presente estudio y se hará la coordinación respectiva para la difusión del link de acceso a la resolución de encuesta virtual en el asistente Google Form, con una previa autorización mediante un consentimiento informado (Ver Anexo 7).

### **III.6. Método de análisis de datos**

#### **Análisis de correlación**

Se utilizará el coeficiente de correlación de Spearman entre las variables ya que no requiere una distribución normal. Se propusieron puntos de cohorte para una pequeña ( $r_s > 0,20$ ), moderada ( $r_s > 0.50$ ) y efecto grande ( $r_s > 0.80$ ) (52).

#### **Análisis de regresión**

Se evaluará la asociación de la variable de interés (ideación suicida) con factores sociodemográficos y las otras variables evaluadas (ansiedad, estrés, depresión, cohesión, flexibilidad y comunicación familiar). Se usará como medida de asociación la razón de prevalencia (RP) bruta y ajustada. Los análisis serán calculados utilizando modelos lineales

generalizados con estimaciones de varianza robustas, asumiendo una Distribución de Poisson con funciones de enlace de registro, y en base a las variables sociodemográficas e independientes (53).

### **Modelamiento de ecuaciones estructurales**

Se utilizará el modelo de ecuaciones estructurales con las variables independientes. Se utilizará WLSMV, como estimador de mínimos cuadrados ponderados ajustados por varianza y media, además de una matriz de correlaciones policóricas (54). El modelo de ecuaciones estructural se evaluó en dos pasos. Primero, El primer paso fue evaluar diferentes índices de bondad de ajuste: la raíz del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), la raíz cuadrática media estandarizada (SRMR), el índice de ajuste comparativo (CFI) e índice de Tucker Lewis (TLI). Se consideraron los puntos de corte de CFI y TLI > 0.95, y RMSEA y SRMR < 0.08 (55). El segundo paso fue evaluar la cantidad de varianza explicada por el estrés percibido (variables de salida) a través del coeficiente de determinación ( $R^2$ ).

Toda la información se ingresará a una base de datos dentro del programa Excel 2016, luego serán introducidos en el programa estadístico R, para la elaboración de tablas y gráficos necesarios, donde se plasmará las características sociodemográficas de los internos y se establecerá que tanto prevalece cada variable.



### **III.7. Aspectos éticos**

Este estudio de investigación respetará las normas de ética establecidos en la Declaración de Helsinky relacionados con los principios 10, 20 y 21, donde se enfatiza la confidencialidad de la información obtenida (56). Además, fue sometido al comité de ética de la Universidad César Vallejo. Por otro lado, se explicó vía online el objetivo del estudio para que los participantes den su consentimiento, dándoles así la opción de elegir en caso desista de participar, y se les brindó la oportunidad de conocer los resultados, los cuales se analizaron y fueron codificados de manera confidencial.

#### IV. RESULTADOS

De los 501 encuestados, el 4.19 % (n = 21) no cumplieron con los criterios de inclusión por lo que no formaron parte del estudio. En el grupo de internos que si participaron se observó una prevalencia del sexo masculino, abarcando el 56.7% (n = 272), las edades que predominaron estuvieron entre los 18 y 25 años con un 76.4% (n = 383), con una mediana de edad de 25 años; y el 64% (n = 307) viven con al menos un miembro de su familia (Ver tabla 1).

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los internos de medicina**

	n	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	272	56.7%
Mujer	208	43.3%
<b>Grupo de edad</b>		
18 a 25 años	383	76.40%
26 a 30 años	45	9%
31 a 35 años	21	4.20%
36 años a más	27	5.40%
Edad no registrada	25	5%
<b>Vive:</b>		
Solo	173	36%
Con al menos un miembro de su familia	307	64%

**Nota: n= número, %=porcentaje**

**Fuente:** Encuesta virtual

Se determinó en términos generales porcentajes del 42.9% (n = 206); 46,5% (n = 223); 27,5% (n = 132) para las variables depresión, ansiedad y estrés respectivamente, resaltando que el 23.5 % (n = 113) presentan depresión grave y que un 24% (n = 114) tienen niveles extremadamente graves de ansiedad.

Para las dimensiones de la funcionalidad familiar, en el grupo de familias disfuncionales se encontró que la familia desligada - rígida fue la más predominante con un porcentaje de 61.47% (308), mientras que la familia conectada - caótica fue la menos prevalente, con un 4.79% (24). Un hallazgo importante en el estudio es que en el grupo de familias funcionales solo se encontró un 0.19%, esta cifra representa a un interno con familia separada – estructurada.

Además, se identificó que las variables satisfacción y comunicación familiar con 57.7% (n = 277) y 55.8% (n = 268) respectivamente están presentes en niveles bajos, siendo los niveles altos de estas variables, los menos encontrados en los internos de medicina, con porcentajes de 7.5% (36) y 7.3% (35) en el mismo orden que se las mencionó inicialmente.

En el caso de la ideación suicida, se encontró su presencia en el 39% (n = 187), siendo el nivel grave el más predominante, con un 26.3% (n =126) del total de participantes (Ver tabla 2).

**Tabla 2. Niveles de depresión, ansiedad, estrés, funcionalidad familiar e ideación suicida de los internos de medicina**

	n	%
<b>Niveles de depresión</b>		
Normal	274	57.1%
Leve	19	4.0%
Moderado	74	15.4%
Grave	113	23.5%
Extremadamente grave	0	0%
<b>Niveles de ansiedad</b>		
Normal	257	53.5%
Leve	17	3.5%
Moderado	78	16%

Grave	14	3%
Extremadamente grave	114	24%
<b>Niveles de estrés</b>		
Normal	348	72.5%
Leve	17	3.5%
Moderado	115	24.0%
Grave	0	0%
Extremadamente grave	0	0%
<b>Cohesión familiar</b>		
F. desligada	308	64.2%
F. separada	118	24.6%
F. conectada	24	5.0%
F. amalgamada	30	6.3%
<b>Adaptabilidad familiar</b>		
F. rígida	157	32.7%
F. estructurada	68	14.2%
F. flexible	0	0%
F. caótica	255	53.1%
<b>Satisfacción familiar</b>		
Bajo	277	57.7%
Medio	167	34.8%
Alto	36	7.5%
<b>Comunicación familiar</b>		
Bajo	268	55.8%
Medio	177	36.9%
Alto	35	7.3%
<b>Ideación suicida</b>		
Mínima	293	61.0%
Leve	33	6.9%
Moderada	28	5.8%
Grave	126	26.3%

**Nota:** n= número, %= porcentaje

**Fuente:** Encuesta virtual

Dentro del grupo de ideación suicida conformado por 187 internos, el 94.65% (177) de estos, que a su vez representa el 35.32% del total de la población, tenía depresión; y la mayor parte de este grupo tuvo ideas suicidas de nivel grave. Además, a solo 10 internos con ideación suicida no se les identificó síntomas depresivos, esta cifra representa el 5.34% de este grupo vulnerable (Ver tabla 3).

**Tabla 3. Niveles de depresión en base a niveles de ideación suicida**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ideación suicida leve</b>	<b>33</b>	<b>6.58%</b>
No depresión	6	1.19%
Depresión leve	5	0.99%
Depresión moderada	22	4.39%
<b>Ideación suicida moderada</b>	<b>28</b>	<b>5.58%</b>
No depresión	3	0.59%
Depresión leve	4	0.79%
Depresión moderada	15	2.99%
Depresión grave	6	1.19%
<b>Ideación suicida grave</b>	<b>126</b>	<b>25.14%</b>
No depresión	1	0.19%
Depresión leve	1	0.19%
Depresión moderada	20	3.99%
Depresión grave	104	20.75%
<b>Total general</b>	<b>187</b>	<b>39%</b>

**Fuente:** Resultados obtenidos de base de datos en Excel.

Se encontró que un 95.18% (178) del total de internos con ideación suicida, tenían ansiedad, esta cifra representa el 35.52% del total de la población. Además, la mayor parte de este grupo, presentó ideas suicidas a nivel grave (Ver tabla 4).

**Tabla 4. Niveles de ansiedad en base a niveles de ideación suicida**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ideación suicida leve</b>	<b>33</b>	<b>6.58%</b>
No ansiedad	5	0.99%
Ansiedad moderada	21	4.19%
Ansiedad grave	6	1.19%
Ansiedad extremadamente grave	1	0.19%
<b>Ideación suicida moderada</b>	<b>28</b>	<b>5.58%</b>
No ansiedad	3	0.59%
Ansiedad leve	2	0.39%
Ansiedad moderada	14	2.79%
Ansiedad grave	3	0.59%
Ansiedad extremadamente grave	6	1.19%
<b>Ideación suicida grave</b>	<b>126</b>	<b>25.14%</b>
No ansiedad	1	0.19%
Ansiedad moderada	20	3.99%
Ansiedad grave	1	0.19%
Ansiedad extremadamente grave	104	20.75%
<b>Total general</b>	<b>187</b>	<b>39%</b>

**Fuente:** Resultados obtenidos de base de datos en Excel.

Del total de internos con ideación suicida, el 65.77% (123) de ellos presentó estrés de nivel leve a moderado, de los cuales más de la mitad tuvo ideación suicida grave (Ver tabla 5).

**Tabla 5. Niveles de estrés en base a niveles de ideación suicida**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ideación suicida leve</b>	<b>33</b>	<b>6.58%</b>
No estrés	26	5.18%
Estrés leve	6	1.19%
Estrés moderado	1	0.19%
<b>Ideación suicida moderada</b>	<b>28</b>	<b>5.58%</b>
No estrés	17	3.39%
Estrés leve	5	0.99%
Estrés moderado	6	1.19%
<b>Ideación suicida grave</b>	<b>126</b>	<b>25.14%</b>
No estrés	21	4.19%
Estrés moderado	105	20.95%
<b>Total general</b>	<b>187</b>	<b>39%</b>

**Fuente:** Resultados obtenidos de base de datos en Excel.

En lo que respecta a la funcionalidad familiar en el grupo que presentó ideas suicidas, se encontró presencia de disfuncionalidad familiar en los 187 internos con ideación suicida, de los cuales el 67.37% (126) tenía estas ideas a nivel grave. Además, el tipo de familia más predominante fue la desligada rígida, con un 69.51% (130), mientras que la que estuvo menos presente fue la conectada caótica con un 1.06% (2). (Ver tabla 6).

**Tabla 6. Funcionalidad familiar en base a niveles de ideación suicida (n=187)**

	DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR		FUNCIONALIDAD FAMILIAR	
	n	%	n	%
<b>Ideación suicida leve</b>	<b>33</b>	<b>17.64%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
Familia desligada rígida	9	4.81%	0	0%
Familia desligada estructurada	14	7.48%	0	0%
Familia desligada caótica	6	3.20%	0	0%
Familia separada caótica	2	1.06%	0	0%
Familia conectada caótica	2	1.06%	0	0%
<b>Ideación suicida moderada</b>	<b>28</b>	<b>14.97%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
Familia desligada rígida	13	6.95%	0	0%
Familia desligada estructurada	9	4.81%	0	0%
Familia desligada caótica	5	2.67%	0	0%
Familia separada caótica	1	0.53%	0	0%
<b>Ideación suicida grave</b>	<b>126</b>	<b>67.37%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
Familia desligada rígida	108	57.75%	0	0%
Familia desligada estructurada	18	9.62%	0	0%
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

**Fuente:** Resultados obtenidos de base de datos en Excel.



En cuanto a la satisfacción familiar en internos con ideación suicida se evidenció que el 58.82% (110) se encontraba satisfecho con su familia, predominando un grado bajo de satisfacción y teniendo solo al 0.53% (1) con un nivel alto. Además, el 41.18% de este grupo tenía insatisfacción familiar, de los cuales se encontró un mayor porcentaje en aquellos internos que tenían ideas suicidas a nivel grave (Ver tabla 7).

**Tabla 7. Niveles de satisfacción familiar en base solo quienes tienen niveles de ideación suicida (n=187)**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ideación suicida leve</b>	<b>33</b>	<b>17.64%</b>
Insatisfacción familiar	4	2.13%
Satisfacción familiar baja	27	14.43%
Satisfacción familiar media	2	1.06%
<b>Ideación suicida moderada</b>	<b>28</b>	<b>14.97%</b>
Insatisfacción familiar	6	3.20%
Satisfacción familiar baja	20	10.69%
Satisfacción familiar media	1	0.53%
Satisfacción familiar alta	1	0.53%
<b>Ideación suicida grave</b>	<b>126</b>	<b>67.37%</b>
Insatisfacción familiar	67	35.82%
Satisfacción familiar baja	59	31.55%
<b>Total general</b>	<b>187</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Resultados obtenidos de base de datos en Excel.

Para la variable comunicación familiar, el 59.89% (112) de ellos tuvo niveles entre baja y media; sin embargo, el 40.11% (75) restante no tenía evidencia de que exista comunicación adecuada en su familia, siendo la ideación suicida grave el nivel con más hallazgos de este tipo (Ver tabla 8).

**Tabla 8. Niveles de comunicación familiar en base solo quienes tienen niveles de ideación suicida (n=187)**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ideación suicida leve</b>	<b>33</b>	<b>17.64%</b>
No comunicación familiar	4	2.13%
Comunicación familiar baja	27	14.43%
Comunicación familiar media	2	1.06%
<b>Ideación suicida media</b>	<b>28</b>	<b>14.97%</b>
No comunicación familiar	6	3.20%
Comunicación familiar baja	22	11.76%
<b>Ideación suicida grave</b>	<b>126</b>	<b>67.37%</b>
No comunicación familiar	65	34.75%
Comunicación familiar baja	61	32.62%
<b>Total general</b>	<b>187</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Resultados obtenidos de base de datos en Excel.

En esta tabla podemos observar que los coeficientes de correlación fueron de moderado a grande, siendo los más resaltantes los encontrados entre las variables ansiedad y depresión (0.956), estrés y depresión (0.966), estrés y ansiedad (0.962), adaptabilidad familiar y cohesión familiar (0.962), satisfacción familiar y cohesión familiar (0.822), y comunicación familiar con satisfacción familiar (0.916). En el caso de la ideación suicida, tuvo coeficientes de correlación moderados ( $>0.7$ ) con todas las variables de manera independiente (Ver tabla 9).

**Tabla 9. Coeficientes de correlación entre las variables de interés  
(n=501)**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<b>1. Depresión</b>	1							
<b>2. Ansiedad</b>	0.956	1						
<b>3. Estrés</b>	0.966	0.962	1					
<b>4. Cohesión familiar</b>	-0.748	-0.757	-0.764	1				
<b>5. Adaptabilidad familiar</b>	-0.729	-0.726	-0.753	0.962	1			
<b>6. Satisfacción familiar</b>	-0.755	-0.761	-0.759	0.822	0.784	1		
<b>7. Comunicación familiar</b>	-0.766	-0.765	-0.769	0.819	0.786	0.916	1	
<b>8. Ideación suicida</b>	0.742	0.743	0.748	-0.747	-0.742	-0.738	-0.754	1

**Nota:** Todos los coeficientes fueron significativos ( $p<0.001$ ).

**Fuente:** Resultados obtenidos de base de datos mediante STATA

Al realizar un análisis de regresión Poisson ajustado por otras variables se identificó que las personas con niveles moderado-grave de ansiedad presentaron más de cuatro veces de probabilidad de tener ideación suicida, en comparación con aquellos sin ansiedad o niveles leves (RP=4.7; IC 95%: 1.8 – 12.1). Por otro lado, en las personas con altos niveles de comunicación familiar, esta fue un factor protector para la aparición de ideación suicida, ya que las personas con altos niveles de comunicación familiar tuvieron mucho menor probabilidad de tener ideación suicida (RP= 0.06; IC 95%: 0.01 - 0.3). En ambos casos el valor de p fue menor de 0.005. (Ver tabla 10).

**Tabla 10. Razón de prevalencia (RP) bruta y ajustada de las variables en estudio**

		RP CRUDA	p	RP AJUSTADO	p
<b>Depresión</b>	No	1			
	Si	13.1 (8.2 - 20.8)	<0.001	1.01 (0.4 - 2.2)	0.973
<b>Ansiedad</b>	No	1			
	Si	19.1 (10.8 - 33.4)	<0.001	<b>4.7 (1.8 - 12.1)</b>	<b>0.001</b>
<b>Estrés</b>	No	1			
	Si	4.7 (3.5 - 6.3)	<0.001	1.3 (0.9 - 2.1)	0.135
<b>Cohesión familiar</b>	Disfuncionalidad	1			
	Funcionalidad	0.07 (0.02 - 0.16)	<0.001	0.7 (0.2 - 2.1)	0.574
<b>Adaptabilidad familiar</b>	Disfuncionalidad	1			
	Funcionalidad	1.4 (1.0 - 1.9)	<0.001	1.2 (0.2 - 2.1)	0.239
<b>Comunicación familiar</b>	Bajo	1			
	Media-Alta	0.01 (0.003 - 0.05)	<0.001	<b>0.06 (0.01 - 0.3)</b>	<b>0.003</b>
<b>Satisfacción familiar</b>	Bajo	1			
	Media-Alta	0.03 (0.01 - 0.08)	<0.001	0.9 (0.2 - 4.0)	0.985

**Nota:** Modelo ajustado por Depresión, Ansiedad, Estrés, Cohesión familiar, Adaptabilidad familiar, Comunicación familiar, y Satisfacción familiar.

**Fuente:** Resultados obtenidos de programa STATA.

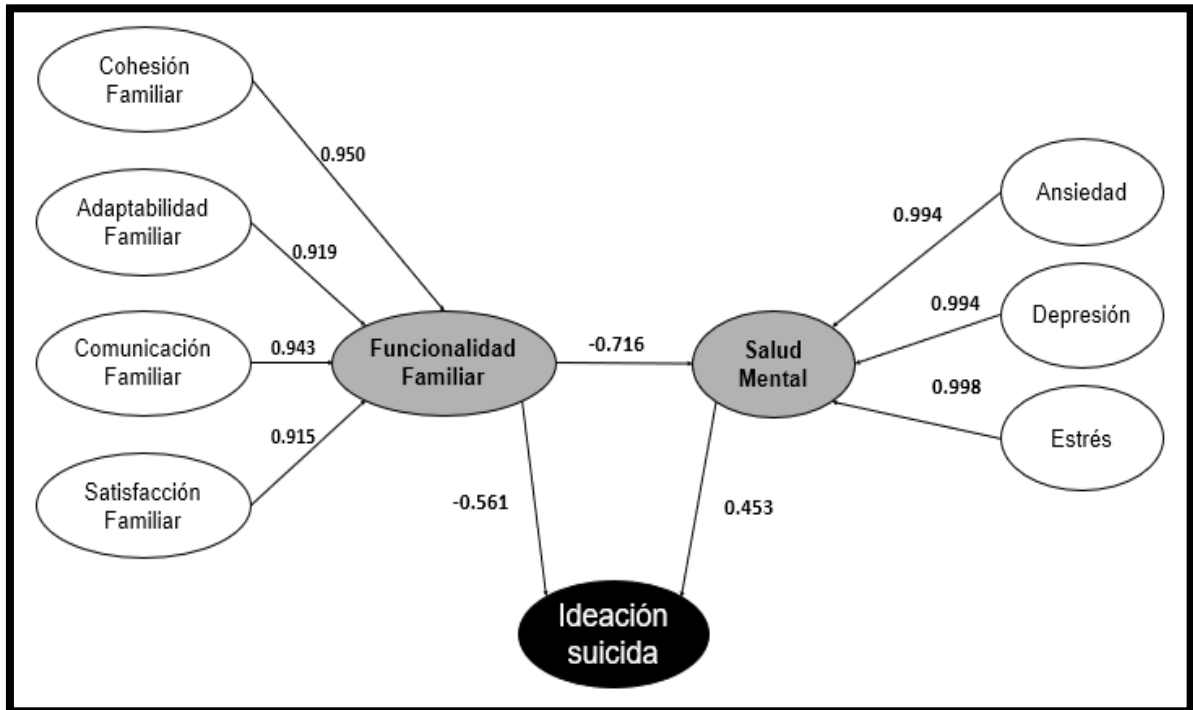
El análisis de modelamiento de ecuaciones estructurales (Ver Tabla 11) identificó que el modelo basal de la funcionalidad familiar (modelo 1) y el modelo de la funcionalidad familiar y salud mental (modelo 2) presentaron adecuados índices de bondad de ajuste en ambos casos. Por lo que fue factible realizar un análisis más complejo introduciendo la ideación suicida (modelo 3). Al analizar el modelo de ideación suicida se identificó un adecuado ajuste, además de que el modelo lograba explicar el 88.3% de la varianza de la ideación suicida, por lo que resulta un modelo bastante bueno para predecir la presencia de ideación suicida. Por otro lado, se probó introduciendo a la variable sexo dentro del modelo de ideación suicida, funcionalidad familiar y problemas de salud mental (modelo 4), y si bien logra predecir 0.1% más varianza, ese aumento no es considerable como para que sea razonable considerarla dentro del modelo final. Asimismo, los índices de ajuste global RMSEA aumenta, lo que podría indicar que el modelo 4 podría ser menor parsimonioso que el modelo 3. Por todo lo antes mencionado, se considera que el modelo 3 es el modelo más adecuado (Ver figura 2).

**Tabla 11. Índices de bondad de ajuste de los modelos evaluados.**

<b>Modelo</b>	<b>n</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>gl</b>	<b>CFI</b>	<b>TLI</b>	<b>SRMR</b>	<b>RMSEA [90% CI]</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
<b>Modelo 1: Funcionalidad</b>	480	4601.706	736	0.987	0.986	0.054	0.105 [0.102 - 0.108]	-
<b>Modelo 2: Funcionalidad y problemas de salud mental</b>	480	6546.984	1761	0.989	0.988	0.038	0.075 [0.073 - 0.077]	-
<b>Modelo 3: Funcionalidad, salud mental e ideación suicida</b>	363	7364.057	3070	0.974	0.974	0.055	0.062 [0.060 - 0.064]	0.883
<b>Modelo 4: Funcionalidad, salud mental, ideación suicida y sexo</b>	363	11726.285	3148	0.984	0.984	0.099	0.087 [0.085 - 0.088]	0.884

**Nota:** X<sup>2</sup> = chi cuadrado; gl = grados de libertad; CFI = índice de ajuste comparativo; TLI = Tucker Lewis

**Fuente:** Resultados obtenidos de programa R studio



**Figura 2.** Path analysis del modelo 3.

## V. DISCUSIÓN

En base a la literatura revisada se pudo observar que a nivel mundial el suicidio aumentó increíblemente en los jóvenes, dentro de los cuales un grupo en específico es el que resalta más debido a que presentan una mayor predisposición a la presencia de factores de riesgo que predicen la aparición de pensamientos relacionados al suicidio.

El presente estudio permitió conocer la realidad actual de este peculiar colectivo, conformado por los internos de medicina de nuestro país, siendo su objetivo general, plantear un modelo que logre explicar y predecir la ideación suicida, para lo cual se tuvo en cuenta diferentes variables que según diversos autores se han determinado como predictoras o que estaban relacionadas con el problema en estudio.

Nuestro hallazgo principal fue encontrar el modelo que explicó mejor la varianza de la ideación suicida, el cual fue el número 3, ya que se evidenció un ajuste adecuado debido a que explica el 88.3% de la ideación suicida, este resultado es distinto a lo hallado en investigaciones internacionales y de Latinoamérica, tales como la realizada por Gómez A. (22) quien a través del análisis de modelado de ecuaciones estructurales planteó tres modelos que proponen que la enfermedad mental e intento de suicidio en la familia, impulsividad y antecedentes de intento de suicidio, eran las que más se relacionan con los pensamientos suicidas, de las cuales determinó que existe un mayor efecto total para los antecedentes de intento de suicidio, ya que esta fue la variable que explicó un 62.7% del riesgo de suicidio; el modelo planteado por Rodríguez J. (10), que también realizó un análisis de senderos en el que su modelo final plantea que aquellos jóvenes con depresión optan por amigos con conductas suicidas y estos, además, aumentan directamente la probabilidad de ideación suicida, lo expuesto explica el 39% de la variación de las ideas que vulneran la vida; y con el modelo propuesto por Reynoso O. (25), quien mediante un análisis de regresión lineal múltiple construyó un modelo que integró depresión, apoyo

familiar, problemas académicos, que muestra un valor de regresión corregido adecuado ( $R^2 = 0,307$ ), con un valor de explicación y predicción de 30,7 %. Al hacer esta comparación resalta la autenticidad de nuestro estudio y el hallazgo del resultado concerniente a la funcionalidad familiar.

Si bien no se logró encontrar algún hallazgo semejante en otras investigaciones que han usado el análisis de ecuaciones estructurales, la predicción que arroja el tercer modelo concuerda con estudios a nivel bivariado que coinciden en que la disfuncionalidad familiar es un predictor de los pensamientos suicidas en la población joven.

En base a lo antes mencionado, se debe tener en cuenta que no es plausible reforzar o desestimar el orden de causalidad de las variables en estudio, debido a lo transversal del mismo; sin embargo, las relaciones planteadas en el tercer modelo provienen de la literatura revisada.

En cuanto a los factores sociodemográficos se encontró una prevalencia en el sexo masculino en la muestra de internos en general y el colectivo con pensamientos suicidas con un 56,7 % = 272 y 57.75% = 108 respectivamente, esto difiere de lo encontrado en el estudio descriptivo transversal elaborado por Cuesta B., autor que encontró un mayor porcentaje de mujeres con ideación (16.4%) en comparación con los hombres (14.8%); de igual manera, Perales A. (6) mediante un análisis de regresión logística determinó que ser mujer es un factor de riesgo significativamente asociado con el intento de suicidio (OR 1,48, IC 95%: 1,03 - 2,12); sin embargo concuerda con You R. (20), quien en su estudio prospectivo realizado en China concluyó que existe un mayor riesgo de suicidio en el sexo masculino (cocientes de riesgo ajustados [aHR] = 1,6 [IC del 95%: 1,4 a 2,0],  $p < 0,001$ ).

A pesar de que esta investigación se centra en los internos de medicina quienes están dentro de la población joven, se encontró bibliografía que concluye en que la ideación suicida no distingue edad, en este estudio se



obtuvo una mayor presencia de esta etapa de la vida, en el intervalo de 18 a 25 años tanto en la muestra total como en el grupo de internos con ideación suicida con un 76.4% = 387 y 94.11% = 176 respectivamente y una prevalencia de internos con 25 años de edad, la cual es menor a 30 años, factor destacado en el estudio descriptivo transversal hecho por Jaramillo M. (19) por su asociación significativa con la presencia de pensamientos que atentan contra la vida propia; pero difiere con You R. (20) quien encontró resultados que mencionan que existe mayor incidencia de este pensar a mayor edad (1,3 [1,2 a 1,5] por cada aumento de 10 años,  $p < 0,001$ ), esta diferencia podría estar influenciada por el tipo de estudio prospectivo que este último autor realizó.

Al realizar los análisis necesarios, se halló un porcentaje considerable de internos con ideación suicida (39% = 187), estas cifras son superiores a las obtenidas en varios estudios realizados en diferentes países incluido el nuestro, como el de Perales A. (6), Dávila B. (21) y Blandon O. (27) quienes encontraron que el 22%, 27.3% y 16% de su población presentó este tipo de ideas, cuyos estudios tuvieron una población mucho menor a la de esta investigación. A diferencias de los autores mencionados anteriormente, Rotenstein A. (26) realizó una revisión sistemática y metaanálisis de 167 estudios transversales y 16 estudios longitudinales de 43 países con una población total de 122356 estudiantes de medicina, la cual es extremadamente mayor que la del presente trabajo, encontrando ideación suicida en el 11.1% de ellos; porcentaje que sigue siendo menor al encontrado. Sin embargo, en nuestro país, Pérez P. (12) encontró ideas suicidas en más del 50% de estudiantes de su estudio, pero hay que tener en cuenta que los participantes fueron 104, cifra que no es muy representativa. Es probable que la diferencia de resultado pueda estar relacionada con los distintos tipos de análisis empleados, pero es evidente el hallazgo de índices altos de ideación suicida.

Al centrarnos en el grupo de internos con ideación suicida se evidenció un hallazgo con importancia muy significativa, los 187, que representa el 100%

de este colectivo, presentaron disfuncionalidad familiar, ubicándola como la primera variable más asociada con la aparición de ideas suicidas, de estos internos, más del 50% se ubica en el nivel de ideación suicida grave, lo que indica que los internos no tienen una relación o acercamiento positivo y adecuado con su núcleo familiar, esto corrobora la hipótesis del modelo circumplejo de Olson que plantea que las familias equilibradas funcionarán mejor que las desequilibradas (11). En segundo lugar, se ubica la ansiedad con 95% (178) y con casi la misma cifra, la depresión con 94% (177); con porcentajes mucho menores se encuentran el estrés, la insatisfacción familiar y la falta de comunicación familiar con 65%, 41% y 40% respectivamente. Los anteriores resultados coinciden con estudios realizados por Sindeev A. (29), quien en su análisis encontró primordialmente la presencia de disfunción familiar grave, probables estados depresivos y ansiosos, variables que ocupan los 3 primeros lugares de la presente investigación

Además, al correlacionar todas las variables entre sí se obtuvo coeficientes de correlación de moderado a grande, dentro de las que resaltan la de la ideación suicida con la comunicación familiar ( $r=0.754$ ,  $p<0.001$ ), con el estrés ( $r=0.748$ ,  $p<0.001$ ) y con la depresión ( $r=0.742$ ,  $p<0.001$ ); esta última asociación supera lo hallado por Reynoso O. (25), quien encontró que la ideación suicida mantiene una asociación moderada directa con la variable "Depresión" ( $r = 0,544$ ,  $p = 0, 000$ ); y con el de Pérez P. (12), quien encontró una relación inversa importante entre la funcionalidad familiar e ideas suicidas con  $r = -303$  ( $p < 0,05$ ).

Después de hacer el análisis de regresión Poisson ajustado por otras variables se determinó que la presencia de ansiedad moderada o grave aumenta cuatro veces de probabilidad de tener ideas suicidas, en comparación con aquellos sin ansiedad o niveles leves ( $RP=4.7$ ;  $IC\ 95\%: 1.8 - 12.1$ ;  $p<0.001$ ), lo que refuerza a Namuli J. (57) quien en su análisis multivariante de los factores asociados a ideas suicidas concluyó que los

síntomas ansiosos; [razón de tasa de prevalencia ajustada (aPRR) = 1,10, IC del 95% = 1,01 a 1,20, p-valor = 0,024] mantuvieron su importancia.

Por otro lado, en las personas con altos niveles de comunicación familiar, esta fue un factor protector para la aparición de ideación suicida, (RP= 0.06; IC 95%: 0.01 - 0.3;  $p < 0.003$ ), esto concuerda con Mark L. (28), quien determinó que la comunicación entre padres e hijos tuvo un efecto mediador significativo al disminuir las probabilidades de suicidio; y a su vez confirma lo planteado por Olson en su modelo, en el que propone que una adecuada comunicación mejorará los niveles de las otras dimensiones de la funcionalidad familiar (11).

A pesar de que la presente investigación brinda información significativa acerca de la ideación suicida en internos de medicina peruanos, es necesario tener en cuenta ciertas limitaciones. En primer lugar, la naturaleza transversal del estudio impide que se establezca la causalidad, por lo que los resultados que se obtuvieron deben interpretarse y usarse con cautela. Adicionalmente, existe la posibilidad de que la autopercepción de algunos internos podría estar sesgada. Sin embargo, el tamaño de la muestra fue adecuado y representativo, esto redujo la probabilidad de variación aleatoria y permitió obtener resultados significativos que podría ayudar a futuros investigadores a mejorar la comprensión de la ideación suicida en los internos de medicina.

Además del valor científico de los resultados, nos demuestran que la etapa de internado detona un gran cambio que vuelve más vulnerables a los futuros médicos de padecer diversos problemas de salud mental. Esto establece la existencia de una responsabilidad moral a cargo de las autoridades frente a los estudiantes afectados, para comprometerse no solamente a formar profesionales capacitados en el área de salud, sino además de su desarrollo como seres humanos.

## **VI. CONCLUSIONES**

Se logró identificar que el modelo 3, que relaciona la funcionalidad familiar, depresión, ansiedad y estrés explica mejor la varianza de ideación suicida, de los cuales, la funcionalidad familiar predice mejor la aparición de estas ideas.

Se halló que más del 50% de la población fue del sexo masculino, siendo la mediana de edad 25 años, y que la mayoría vive con al menos un familiar.

Se estableció que la prevalencia en internos de medicina para ideación suicida fue 39%, dentro de este grupo hubo prevalencia de disfuncionalidad familiar, abarcándolos a todos por completo, seguida de la ansiedad y la depresión.

Se identificó una correlación significativa entre las variables en estudio, desde moderado a grande.

Se determinó que niveles moderados y graves de ansiedad predicen cuatro veces más la aparición de ideación suicida, mientras que la presencia de comunicación familiar la reduce.

## **VII. RECOMENDACIONES**

Promover la realización de estudios con mayor cantidad de internos de medicina del país, que permita tener resultados con mayor significancia y representatividad, con la finalidad de realizar o fortalecer modelos que expliquen tal problema.

Establecer estrategias en coordinación con los gobiernos regionales implementando programas de tutoría que permitan detectar a las variables en estudio como factores de riesgo de forma oportuna, y trabajando conjuntamente con evaluaciones realizadas por el área de psiquiatría cuando sea necesario, y de esta manera avanzar en la generación de programas que ayuden a prevenir el riesgo suicida y promuevan factores que protejan la salud mental de los internos de medicina como sesiones motivacionales y recreativas para todos los internos en general.

Buscar otros factores que podrían influir en la aparición de ideas suicidas para la realización de futuras investigaciones.

## REFERENCIAS

1. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. Vol. 10, Bangladesh Physiotherapy Journal. 2020. Available from: <http://dx.doi.org/10.46945/bpj.10.1.03.01>
2. Della Monica A, Ferrara P, Dal Mas F, Cobiauchi L, Scannapieco F, F Ruta FR. The impact of Covid-19 healthcare emergency on the psychological well-being of health professionals: a review of literature. *Ann Ig* [Internet]. 2021 Mar 30; Available from: <http://dx.doi.org/10.7416/ai.2021.2445>
3. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19 [Internet]. Vol. 37, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2020. p. 327–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
4. Chau C, Vilela P. Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco [Internet]. Vol. 35, *Revista de Psicología*. 2017. p. 387–422. Available from: <http://dx.doi.org/10.18800/psico.201702.001>
5. Jacob R, Li T-Y, Martin Z, Burren A, Watson P, Kant R, et al. Taking care of our future doctors: a service evaluation of a medical student mental health service. *BMC Med Educ*. 2020 May 29;20(1):1–11.
6. Perales A, Sánchez E, Barahona L, Oliveros M, Bravo E, Aguilar W, et al. Prevalencia y factores asociados a conducta suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. *An Fac med*. 2019;80(1):28–33.
7. Denis-Rodríguez E, Alarcón MEB, Delgadillo-Castillo R, Denis-Rodríguez PB, Melo-Santiesteban G. Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta análisis / Prevalence of Suicidal Ideation in Medical Students of Latin America: a Meta-analysis [Internet]. Vol. 8, *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. 2017. p. 387–418. Available from: <http://dx.doi.org/10.23913/ride.v8i15.304>
8. Mortier P, Auerbach RP, Alonso J, Bantjes J, Benjet C, Cuijpers P, et al.

- Suicidal Thoughts and Behaviors Among First-Year College Students: Results From the WMH-ICS Project. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018 Apr;57(4):263–73.e1.
9. Boletín epidemiológico del Perú 2021 [Internet]. Volumen 30 - SE 02. pp. 42-46. [cited 2021 March 28]. Available from: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_20212.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20212.pdf)
  10. Rodríguez Ramírez, JA y Oduber, JA (2015). Ideación suicida y grupo de iguales: análisis en una muestra de adolescentes venezolanos. *Universitas Psychologica* , 14 (3). <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy14-3.isgi>.
  11. Olson DH, Waldvogel L, Schlieff M. Circumplex Model of Marital and Family Systems: An Update [Internet]. Vol. 11, *Journal of Family Theory & Review*. 2019. p. 199–211. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jftr.12331>
  12. Pérez P. Funcionamiento familiar e ideación suicida en alumnos de 5to año de educación secundaria del distrito de San Juan de Miraflores; *Psique Mag* 2016;4(1): 81-94
  13. OMS. Prevención de la conducta suicida [Internet]. 1.ª ed. EE.UU.: Itzhak Levav; 2016 [citado 14 abril 2021]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508\\_spa.pdf;jsessionid=6715C6B1D7BD9ED82FC77F367705ECEC?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=6715C6B1D7BD9ED82FC77F367705ECEC?sequence=1)
  14. Suicidio [Internet]. [cited 2021 May 10]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
  15. Leite P. OPS/OMS [Internet]. [cited 2021 May 10]. Available from: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1761:2009-suicide-one-three-leading-causes-death-young-people-who&Itemid=135&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1761:2009-suicide-one-three-leading-causes-death-young-people-who&Itemid=135&lang=es)
  16. Santos HGB dos, dos Santos HGB, Marcon SR, Espinosa MM, Baptista MN, de Paulo PMC. Factors associated with suicidal ideation among university students [Internet]. Vol. 25, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1592.2878>
  17. Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Rubilar-González J, Huarez B, Grendas L. Evolución y diferencias regionales de la mortalidad por suicidios

- en el Perú, 2004-2013 [Internet]. Vol. 33, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016. p. 751. Available from: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2562>
18. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Vilela-Estrada: AL, Huarcaya-Victoria J. Depression, Post-traumatic Stress, Anxiety, and Fear of COVID-19 in the General Population and Health-Care Workers: Prevalence, Relationship, and Explicative Model in Peru. 2021 Feb 12 [cited 2021 May 10]; Available from: <https://www.researchsquare.com/article/rs-151028/v1.pdf>
  19. Jaramillo Gutiérrez MR, Silva Vallejo C, Rojas Arango BP, Medina-Pérez ÓA. Ideación suicida y factores asociados en internos de un establecimiento penitenciario de Antioquia (Colombia). RCP. 2015 Apr 1;44(2):100–5.
  20. Yu R, Chen Y, Li L, Chen J, Guo Y, Bian Z, et al. Factors associated with suicide risk among Chinese adults: A prospective cohort study of 0.5 million individuals. PLoS Med. 2021 Mar 11;18(3):e1003545.
  21. Dávila Salas B. Prevalencia de ideación suicida y factores de riesgo asociados en internos de medicina Hospital Honorio Delgado Espinoza, enero – diciembre 2017 [Internet]. Perú; 2018 [citado 18 mayo 2021]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/198130038.pdf>
  22. Tabares ASG, Núñez C, Caballo VE, Osorio MPA, Aguirre y. AM. PREDICTORES PSICOLÓGICOS DEL RIESGO SUICIDA EN UNIVERSITARIOS [Internet]. Behavioralpsycho.com. [cited 2021 Mayo 4]. Available from: <https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/12/03.Gomez-27-3oa-1.pdf>
  23. Akca SO, Yuncu O, Aydin Z. Mental status and suicide probability of young people: A cross-sectional study. Rev Assoc Med Bras. 2018 Jan; 64:32–40.
  24. Astocondor Altamirano JV, Ruiz Solsol LE, Mejia CR. Influencia de la depresión en la ideación suicida de los estudiantes de la selva peruana. Horiz Med. 2019;19(1):53–8.
  25. Reynoso, O., Caldera, J. , Carreño, B. , García, D. & Velázquez, L. Modelo explicativo y predictivo de la ideación suicida en una muestra de bachilleres mexicanos. Psicología desde el Caribe. 2019; 36(1), 82-100.
  26. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Bradley Segal J, Peluso MJ, Guille C,



- et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016 Dec 6;316(21):2214–36.
27. Blandón Cuesta OM, Carmona Parra JA, Mendoza Orozco MZ, Medina Pérez ÓA. Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Acta Med Colomb*. 2015;19(5):469–78.
  28. Mark, L., et al. Suicidal Ideation, Risk Factors, and Communication With Parents. *Crisis*. Lituania. 2012. 34. 1-10. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/230588176\\_Suicidal\\_Ideation\\_Risk\\_Factors\\_and\\_Communication\\_With\\_Parents](https://www.researchgate.net/publication/230588176_Suicidal_Ideation_Risk_Factors_and_Communication_With_Parents)
  29. Sindeev A, Arispe Alburqueque CM, Villegas Escarate JN. Factores asociados al riesgo e intento suicida en estudiantes de medicina de una universidad privada de Lima. *Rev Med Hered*. 2019;30(4):232–41.
  30. Mundiales ES. Depresión y otros trastornos mentales comunes [Internet]. Paho.org. [cited 2021 Febr 1]. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
  31. Depresión [Internet]. Who.int. [citado el 19 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
  32. Sld.cu. [citado el 17 de abril de 2021]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n5/ms19510.pdf>
  33. Orozco WN, Baldares MJV. TRASTORNOS DE ANSIEDAD: REVISIÓN DIRIGIDA PARA ATENCIÓN PRIMARIA [Internet]. Binasss.sa.cr. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
  34. Theoretical methodological. Consideraciones teórico metodológicas y prácticas acerca del estrés [Internet]. Sld.cu. [citado el 10 de julio de 2021]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v18n3/1727-8120-hmc-18-03-697.pdf>
  35. Vista de Influencia del estrés en el rendimiento académico de un grupo de estudiantes universitarios [Internet]. [cited 2021 Jun 28]. Available from: [http://www.educacionyciencia.org/index.php/educacionyciencia/article/view/313/pdf\\_12](http://www.educacionyciencia.org/index.php/educacionyciencia/article/view/313/pdf_12)

36. Costa Ball D, González Tornaría M del L, Masjuan N, Trápaga MA, Del Arca D, Scafarelli L, et al. Escala de evaluación del funcionamiento familiar - FACES IV-: Proceso de adaptación a Montevideo, Uruguay. *Cienc Psicol.* 2009;3(1):43–56.
37. Family Assessment Inventories for Research and Practice [Internet]. [cited 2021 Jun 28]. Available from: [https://books.google.com/books/about/Family\\_Assessment\\_Inventories\\_for\\_Resear.html?id=NaDZPwAACAAJ](https://books.google.com/books/about/Family_Assessment_Inventories_for_Resear.html?id=NaDZPwAACAAJ)
38. Gob.pe. [citado el 10 de julio de 2021]. Disponible en: [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones\\_Directoriales/2020/082-DG-15042020.pdf](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones_Directoriales/2020/082-DG-15042020.pdf)
39. Sanchis F, Domènech-Llaberia E. Ideación y conducta suicida en los jóvenes. 2010 Oct 1;21 (84):5–23.
40. Hernández R, et al. Metodología de la Investigación. 6ª edición. México Distrito Federal: Mc Graw Hill; 2014
41. Depresión [Internet]. [cited 2021 Jun 28]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
42. Valencia PD. Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): ¿miden algo más que un factor general? *Avances en Psicología.* 2019 Nov 22;27(2):177–90.
43. 1518- I. Revista Mal-estar E Subjetividade [Internet]. Redalyc.org. [citado el 07 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
44. Trucco M. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Rev chil neuro-psiquiatr.* 2002;40:8–19.
45. Bazo-Alvarez JC, Bazo-Alvarez OA, Aguila J, Peralta F, Mormontoy W, Bennett IM. Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2016 Jul 27;33(3):462–70.
46. Vista de Valores normativos de las escalas de satisfacción y comunicación familiar: Un estudio preliminar [Internet]. [cited 2021 Jun 28]. Available from: <http://revistateoriaypractica.com/index.php/rtyp/article/view/23/14>
47. Conducta suicida [Internet]. Msdmanuals.com. [citado el 10 de julio de

- 2021]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>
48. WHO. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UN INSTRUMENTO PARA TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD [Internet]. Who.int. [citado el 10 de julio de 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/media/primaryhealthcare\\_workers\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf)
  49. Structural equations modeling: Fit Indices, sample size, and advanced topics. *J Consum Psychol*. 2010 Jan 1;20(1):90–8.
  50. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Paz-Jesús A, Costa-Ball CD. Validez y confiabilidad de la Escala Satisfacción Familiar en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana, Perú. *Actual Psicol*. 2017;31(123):89.
  51. Copez-Lonzoy AJE, Villarreal-Zegarra D, Paz-Jesús Á. Propiedades psicométricas de la Escala de Comunicación Familiar en estudiantes universitarios / Psychometric Properties of the Family Communication Scale in College Students [Internet]. Vol. 35, *Revista Costarricense de Psicología*. 2016. p. 31. Available from: <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v35i01.03>
  52. Dominguez-Lara S. Magnitud del efecto, una guía rápida [Internet]. Vol. 19, *Educación Médica*. 2018. p. 251–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.002>
  53. Beran TN, Violato C. Structural equation modeling in medical research: a primer. *BMC Res Notes*. 2010 Oct 22;3(1):1–10.
  54. Lara SAD. ¿Matrices Policóricas/Tetracóricas o Matrices Pearson? Un estudio metodológico. *Rev Arg Cs Comp*. 2014 Apr 2;6(1):39–48.
  55. Xia Y, Yang Y. RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: The story they tell depends on the estimation methods. *Behav Res Methods*. 2019 Feb;51(1):409–28.
  56. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [cited 2021 Jun 28]. Available from: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

57. Namuli JD, Nalugya JS, Bangirana P, Nakimuli-Mpungu E. Prevalencia y factores asociados con la ideación suicida entre niños y adolescentes que asisten a una clínica pediátrica de VIH en Uganda. *Frente Sociol* [Internet]. 2021; 6:656739. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fsoc.2021.656739>

## ANEXOS

### ANEXO N° 1

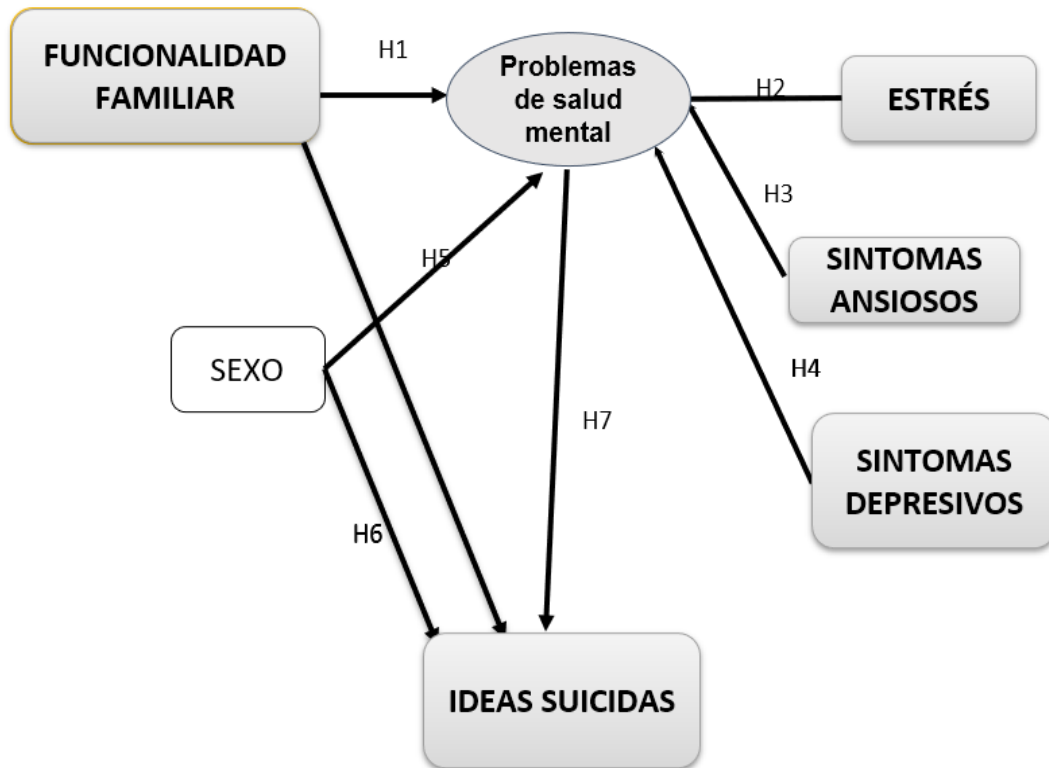


Figura 1. Modelo propuesta para predecir la ideación suicida.

## ANEXO N° 2

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ESCALA DE MEDICIÓN
Depresión	<p>Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (41).</p>	<p>Se aplicará la Escala DASS-21 (Ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21) (42).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Normal: 0-9</li> <li>▪ Leve: 10-13</li> <li>▪ Moderado: 14-20</li> <li>▪ Grave: 21-27</li> <li>▪ Extremadamente grave: 28 a +</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No depresión o Depresión leve</li> <li>○ Depresión moderada, grave o extremadamente grave</li> </ul>	<p>Cualitativa nominal</p>

<p>Ansiedad</p>	<p>Respuesta emocional y rasgo de personalidad que se manifiesta a través de respuestas experienciales, fisiológicas y expresivas, ante situaciones o estímulos, que el individuo lo asume como amenazante, aunque no sea necesariamente así (43).</p>	<p>Se aplicará la Escala DASS-21 (Ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) (42).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Normal: 0-7</li> <li>▪ Medio: 8-9</li> <li>▪ Moderado: 10-14</li> <li>▪ Severo: 15-19</li> <li>▪ Muy severo: 20+</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No ansiedad o ansiedad leve</li> <li>○ Ansiedad moderada, grave o extremadamente grave</li> </ul>	<p>Cualitativa nominal</p>
-----------------	--	---	--	----------------------------

Estrés	<p>Conjunto de respuestas determinadas desde lo neurológico, lo fisiológico, pasando por lo cognitivo y culminando en lo comportamental, obedeciendo a situaciones externas o estímulos internos denominados estresores (44):</p>	<p>Se aplicará la Escala DASS-21 (Ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18) (42).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Normal: 0-14</li> <li>▪ Leve: 15-18</li> <li>▪ Moderado: 19-25</li> <li>▪ Grave: 26-33</li> <li>▪ Extremadamente grave: 34 a más</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No estrés o estrés leve</li> <li>○ Estrés moderado, grave o extremadamente grave</li> </ul>	<p>Cualitativa nominal</p>
--------	---	--	--	----------------------------



<p>Funcionalidad familiar</p>	<p>Es la interacción de vínculos emocionales entre los integrantes de la familia (cohesión), que a su vez tienen la capacidad de modificar su organización con el propósito de superar las dificultades existentes en la familia a medida que se dan los cambios</p>	<p>Cohesión: Se aplicará la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III)(45).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vinculación emocional (11 - 19)</li> <li>○ Apoyo (1 -17)</li> <li>○ Límites familiares (5 - 7)</li> <li>○ Tiempo y amigos (3 - 9)</li> <li>○ Intereses y recreación (13 - 15)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Familia desprendida</li> <li>○ Familia separada</li> <li>○ Familia unida</li> <li>○ Familia amalgamada</li> </ul>	<p>Cuantitativa ordinal</p>
-------------------------------	--	--	--	-----------------------------

	(adaptabilidad, y la comunicación facilita la interacción entre estas dimensiones (45).	<p>Flexibilidad: Se aplicará la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III) (45)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Liderazgo: (6 - 18)</li> <li>○ Control (12-2)</li> <li>○ Disciplina (4- 10)</li> <li>○ Roles y reglas. (8-14-16-20)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Familia caótica</li> <li>○ Familia flexible</li> <li>○ Familia estructurada</li> <li>○ Familia rígida</li> </ul>	
		<p>Comunicación: Se aplicará la Escala de comunicación familiar que consta de 10 ítems (46).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bajo (17-32)</li> <li>▪ Medio (36-45)</li> <li>▪ Alto (47-50)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ No comunicación familiar, o baja</li> <li>❖ Comunicación familiar media o alta</li> </ul>	

		<p>Satisfacción: Se aplicará la Escala de satisfacción familiar que consta de 10 ítems (46).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bajo (17-32)</li> <li>▪ Medio (36-45)</li> <li>▪ Alto (47-50)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ No satisfacción familiar, o bajo</li> <li>❖ Satisfacción familiar media o alta</li> </ul>	
Ideación suicida	<p>Pensamientos y verbalizaciones recurrentes de provocarse autoagresiones o la muerte (47).</p>	<p>Se aplicará la Escala de Ideación Suicida de Beck de Bobadilla(48)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ideación suicida mínima = 0 - 13</li> <li>▪ Ideación suicida leve = 14 – 19</li> <li>▪ Ideación suicida moderada = 20 – 28</li> <li>▪ Ideación suicida grave = 29 - 38</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No ideación suicida</li> <li>○ Riesgo de ideación suicida</li> <li>○ Alto riesgo de ideación suicida</li> </ul>	<p>Cualitativa nominal</p>

## ANEXO 3

### INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

	<b>SEXO</b>			
<b><u>DASS-21</u></b>	<b>GRADO</b>			

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

*La escala de calificación es la siguiente:*

0 No me aplicó, NUNCA

1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo, A VECES

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

3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo, CASI SIEMPRE

	N	AV	CF	CS
1. Me costó mucho relajarme .....	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca .....	0	1	2	3
3. No podía sentir nada positivo .....	0	1	2	3
4. Tuve problemas para respirar. (ej. respirar muy rápido, o perder el aliento sin haber hecho un esfuerzo físico) .....	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil motivarme para hacer cosas .....	0	1	2	3
6. Me descontrolé en ciertas situaciones .....	0	1	2	3
7. Me sentí tembloroso (ej. manos temblorosas).....	0	1	2	3
8. Sentí que estaba muy nervioso .....	0	1	2	3
9. Estuve preocupado por situaciones en las cuales podría sentir pánico y hacer el ridículo.....	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por que vivir .....	0	1	2	3
11. Noté que me estaba poniendo intranquilo .....	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme .....	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido .....	0	1	2	3
14. No soporté que algo me apartara de lo que estaba haciendo.....	0	1	2	3
15. Estuve a punto de tener un ataque de pánico.....	0	1	2	3
16. Fui incapaz de entusiasmarme con algo. ....	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona .....	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable .....	0	1	2	3
19. Sentía los latidos de mi corazón a pesar que no había hecho ningún esfuerzo físico .....	0	1	2	3
20. Sentí miedo sin saber por qué.....	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3

## ANEXO 4

### I. Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III)

Versión real de David H. Olson, Joyce Portener y Yoav Lavees, 1985.

#### Instrucciones

A continuación, encontrará una serie de frases que describe cómo es su familia real, responda qué tan frecuente se dan estas conductas en su familia y escriba una "X" en los recuadros correspondientes a:

1. Casi nunca
2. Una que otra vez
3. A veces
4. Con frecuencia
5. Casi siempre

Nº	Describe como es su familia real	1	2	3	4	5
1	Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros.					
2	En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.					
3	Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.					
4	Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.					
5	Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia inmediata.					
6	Diferentes personas de la familia actúan en ella como líderes.					
7	Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a la familia.					
8	En nuestra familia hacemos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres.					
9	A los miembros de la familia les gusta pasar su tiempo libre.					
10	Padres e hijos discuten las sanciones.					
11	Los miembros de la familia se sienten muy cerca unos de otros					
12	Los hijos toman las decisiones en la familia.					
13	Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.					
14	Las reglas cambian en nuestra familia.					
15	Fácilmente se nos acurren cosas que podemos hacer en familia.					
16	Nos turnamos las responsabilidades de la casa.					
17	Los miembros de la familia se consultan entre sí las decisiones.					
18	Es difícil identificar quien es, o quiénes son los líderes.					
19	La unión familia es muy importante.					
20	Es difícil decir quien se encarga de cuáles labores del hogar.					
<b>Cohesión (Puntajes impares)=</b>						
<b>Tipo:</b>						
<b>Adaptabilidad (Puntajes pares)=</b>						
<b>Tipo:</b>						

## ANEXO N° 5

### Escala de Comunicación familiar

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de cómo son las familias, por lo que usted encontrará cinco posibilidades de respuesta para cada pregunta.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Generalme nte desacuerdo	en Indeciso	Generalme nte de acuerdo	Totalmente de acuerdo

N°	Pregunta	1	2	3	4	5
1	Los miembros de la familia están satisfechos con la forma en que nos comunicamos.					
2	Los miembros de la familia son muy buenos escuchando.					
3	Los miembros de la familia nos expresamos afecto entre nosotros.					
4	Los miembros de la familia son capaces de preguntarse entre ellos lo que quieren.					
5	Los miembros de la familia pueden discutir calmadamente sus problemas.					
6	Los miembros de la familia discuten sus ideas y creencias					
7	Cuando los miembros de la familia se preguntan algo, reciben respuestas honestas.					
8	Los miembros de la familia tratan de comprender lo sentimientos de los otros miembros.					
9	Los miembros de la familia cuando están enojados rara vez se dicen cosas negativas					
10	Los miembros de la familia expresan sus verdaderos sentimientos					

## ANEXO N° 6

### Escala de Satisfacción familiar

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de cómo son las familias, usted encontrará cinco posibilidades de respuesta para cada pregunta.

1	2	3	4	5
<b>Extremadamente insatisfecho</b>	<b>Generalmente insatisfecho</b>	<b>Indeciso</b>	<b>Generalmente satisfecho</b>	<b>Extremadamente satisfecho</b>

Le pediremos leer con detenimiento cada una de las proposiciones y contestar a ellas sinceramente, recuerde que no hay respuestas buenas ni malas.

#### ¿Qué tan satisfecho estás tú con:

N°	Pregunta	1	2	3	4	5
1	El grado de cercanía entre los miembros de tu familia.					
2	La capacidad de tu familia para afrontar el estrés.					
3	La capacidad de tu familia para ser flexible.					
4	La capacidad de tu familia para compartir experiencias positivas.					
5	La calidad de la comunicación entre los miembros de la familia					
6	La capacidad de tu familia para resolver conflictos.					
7	La cantidad de tiempo que pasan juntos como familia.					
8	La forma en que se discuten los problemas.					
9	La imparcialidad de las críticas en tu familia.					
10	El interés de tu familia por cada uno de sus miembros					

## ANEXO N° 7

**Escala de ideación suicida de Beck (BSS)**  
Autor: A. Beck, M. Kovacs, A. Weissman (1979)

# --- BSS ---

### ***I. ACTITUD HACIA LA VIDA / MUERTE***

**1. Deseo de vivir.**

- 0 Moderado a fuerte
- 1 Débil
- 2 Ninguno

**2. Deseo de morir.**

- 0 Ninguno
- 1 Débil
- 2 Moderado a fuerte

**3. Razones para vivir/morir.**

- 0 Las primeras superan a las segundas
- 1 Equilibrado
- 2 Las segundas superan a las primeras

**4. Deseo de realizar un intento de suicidio Activo.**

- 0 Ninguno
- 1 Débil
- 2 Moderado a fuerte

**5. Intento de suicidio pasivo.**

- 0 Tomaría precauciones para salvar su vida.
- 1 Dejaría su vida/muerte en manos del azar (p. ej., cruzar descuidadamente una calle muy transitada)
- 2 Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (p. ej., que un diabético dejase de ponerse insulina)

### ***II. PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS***

**6. Duración.**

- 0 Breve, periodos pasajeros
- 1 Periodos más largos
- 2 Continuos (crónicos) o casi continuos

**7. Frecuencia.**

- 0 Rara; ocasionalmente
- 1 Intermitentes (esporádicamente)
- 2 Persistentes o continuos

**8. Pensamientos/deseos.**

- 0 Rechazo
- 1 Ambivalente; indiferente
- 2 Aceptación

**9. Control sobre la acción/deseo de Suicidio.**

- 0 Tiene sensación de control
- 1 Inseguridad acerca de la capacidad de control
- 2 Ausencia de control

**10. Disuasorio del intento de suicidio activo (familia, religión, consecuencias en caso de no tener éxito, irreversibilidad).**

- 0 No intentara el suicidio debido a algunos de estos factores disuasorios
- 1 Los factores disuasorios tiene cierta influencia
- 2 Influencia mínima o nula de los factores disuasorios

\* Si existen factores disuasorios indicarlos:

---

---

---



<p><b>11. Razones del proyecto de intento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0 Manipular el medio, llamar la atención</li> <li>1 Combinación vengarse de "0" y "2"</li> <li>2 Escapar, acabar, resolver los problemas</li> </ul> <p><b>III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO</b></p> <p><b>12. Especificación/Planificación.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0 No los ha considerado</li> <li>1 Los ha considerado, pero sin detalles específicos</li> <li>2 Los detalles están especificados/bien formulados</li> </ul> <p><b>13. Accesibilidad/Oportunidad.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0 Método no disponible; no hay oportunidad</li> <li>1 El método requeriría tiempo/ esfuerzo; no hay oportunidad disponible</li> <li>2a. Método y oportunidad accesible</li> <li>2b. Oportunidad o accesibilidad futura del método proyectado</li> </ul> <p><b>14. Sensación de "capacidad" para llevar acabo el Intento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0 Falta de valor; demasiado débil, temeroso, incompetente</li> <li>1 No está seguro de tener valor para hacerlo</li> <li>2 Está seguro de tener valor</li> </ul> <p><b>15. Expectativa /anticipación de un intento real.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0 No</li> <li>1 Incierto, no estoy seguro</li> <li>2 Sí</li> </ul> <p><b>IV. REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO</b></p> <p><b>16. Preparación real</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 Ninguna</li> <li>2 Parcial (ej.: empezar a recoger pildoras)</li> <li>3 Completa (ej.: tener las pildoras, la navaja, la pistola cargada)</li> </ul>	<p><b>17. Notas acerca del suicidio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0 No escribió ninguna nota</li> <li>1 Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla</li> <li>2 Completada</li> </ul> <p><b>18. Preparativos finales anteriores al suicidio</b> (ej.: seguro, testamento, donaciones).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0 Ninguno</li> <li>1 Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados</li> <li>2 Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado</li> </ul> <p><b>19. Encubrimiento de la idea de realizar un intento de suicidio</b> (se refiere a la comunicación de su idea).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0 Reveló estas ideas abiertamente</li> <li>1 Fue reacio a revelarlas</li> <li>2 Intentó engañar, encubrir, mentir</li> </ul>
--	--

## ANEXO N° 8



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Estimado estudiante:

Con el debido respeto me presento a usted, mi nombre es Aguilár Sigueñas, Leslie Emily, estudiante de medicina de la universidad César Vallejo – Trujillo.

Actualmente me encuentro realizando una investigación titulada **Un modelo predictivo de la ideación suicida basado en depresión, ansiedad, estrés y funcionalidad familiar en internos de medicina, 2021**, la cual tiene como objetivo principal plantear un modelo que logre explicar y predecir la ideación suicida.

Y para ello quisiera contar con su valiosa colaboración. El proceso consiste en la aplicación de una relación de encuestas: Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21), Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III), Escala de comunicación familiar y la Escala de Ideación Suicida de Beck, para su posterior codificación y tabulación.

De aceptar participar en la investigación, acepta haber sido informado de todos los procedimientos de la investigación.

Yo, acepto participar en la investigación de la estudiante Aguilár Sigueñas Leslie Emily.

Fecha:   /  /