

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

Asociación entre suicidalidad y ansiedad en estudiantes de medicina durante
aislamiento social por covid 19 de la Universidad Privada Antenor Orrego

AREA DE INVESTIGACION

Psiquiatría

Autor

Rosas Vallejo, Dieter Hansell

Jurado Evaluador:

Presidente: Lozano Ybañez, Rosa Angela.

Secretario: Espinola Lozano, Joel Hernando.

Vocal: Arcila Diaz, Jeniffer Karen.

Asesor

Serrano García, Marco Orlando

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5952-0535>

Trujillo – Perú

2021

Fecha de Sustentación: 2021/10/01

RESUMEN

Los individuos con preocupaciones cognitivas elevadas de ansiedad adolecen de pensamientos suicidas y pueden intentar consumar la ideación para detener el aumento del estrés. Según el enfoque interpersonal-psicológica del suicidio, la asociación entre preocupaciones sociales de ansiedad y el suicidio se sostienen en el rasgo de falta de pertenencia

Objetivo: Determinar si la ansiedad es factor asociado a suicidalidad en estudiantes de una escuela de medicina.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal en 92 estudiantes de medicina de últimos ciclos distribuidos en dos grupos: con suicidalidad o sin suicidalidad; aplicando el estadístico chi cuadrado y calculando el odds ratio.

Resultados: No hubieron diferencias para edad, género, procedencia ni obesidad entre los estudiantes de medicina con o sin suicidalidad ($p > 0.05$). La frecuencia de ansiedad en estudiantes universitarios con suicidalidad fue de 84%. La frecuencia de ansiedad en estudiantes universitarios sin suicidalidad fue de 38%. La ansiedad es factor asociado a suicidalidad en estudiantes universitarios $OR = 8.6$ ($p < 0.05$).

Conclusiones: La ansiedad es factor asociado a suicidalidad en estudiantes de una escuela de medicina.

Palabras claves: *Ansiedad, factor asociado, suicidalidad.*

ABSTRACT

Individuals with high cognitive anxiety worries suffer from suicidal thoughts and may attempt to consummate the ideation to stop the increase in stress. According to the interpersonal-psychological approach to suicide, the association between social anxiety concerns and suicide are sustained by the lack of belonging trait

Objective: To determine if anxiety is a factor associated with suicidality in students of a medical school.

Material and Methods: A cross-sectional study was carried out in 92 medical students of the last cycles distributed in two groups: with or without suicidality; applying the chi square statistic and calculating elodds ratio.

Results: There were no differences for age, gender, origin or obesity among medical students with or without suicidality ($p > 0.05$). The frequency of anxiety in suicidal university students was 84%. The frequency of anxiety in university students without suicidality was 38%. Anxiety is a factor associated with suicidality in university students $OR = 8.6$ ($p < 0.05$).

Conclusions: Anxiety is a factor associated with suicidality in students of a medical school.

Keywords: *Anxiety, associated factor, suicidality.*

I. INTRODUCCIÓN

Se cataloga al suicidio como la segunda causa principal de muerte entre jóvenes después de un accidente automovilístico. Uno de los grupos de alto riesgo de suicidio es conformado por los médicos. Además de la depresión, la ideación suicida es un fuerte predictor de intento de suicidio. La suicidalidad incluye pensar, considerar o planear el suicidio¹. Las tasas de ideación suicida en estudiantes de medicina varían ampliamente, desde 6.0% a 43.0%. Además, se ha encontrado que las estudiantes de medicina tienen mayores tasas de ideación suicida que los estudiantes varones².

Los estudiantes de medicina son vulnerables a la ideación suicida debido a la angustia personal y profesional resultante de varios factores; estos incluyen sobrecarga de información, falta de tiempo seguro, deuda financiera, estar lejos de casa, carga académica y presión laboral. Además, el contacto con el sufrimiento, la confrontación con la muerte y el cuidado de personas vulnerables podrían ser otros factores que desencadenan problemas emocionales en los estudiantes de medicina³.

Es menos probable que los estudiantes de medicina busquen apoyo de salud mental para las preocupaciones de estigmatización y el impacto del tratamiento en la aptitud física para practicar. En consecuencia, la alta prevalencia de tendencias suicidas en estudiantes de medicina subraya la necesidad de investigar los programas preventivos y de tratamiento, lo que los autores también han enfatizado⁴. Se debe establecer una evaluación de nivel de entrada para deducir si existe una relación causal entre la suicidalidad y el entorno de la escuela de medicina o si el entorno simplemente exacerba las vulnerabilidades o rasgos de personalidad preexistentes⁵.

La ansiedad, aunque tan común y posiblemente tan debilitante como la depresión, ha atraído menos atención y, a menudo, no se detecta ni se trata adecuadamente en la población general⁶. Además de sentimientos intensos de miedo o pánico, quienes padecen ansiedad pueden experimentar otros síntomas fisiológicos, como fatiga, mareos, dolores de cabeza, náuseas, dolor abdominal, palpitaciones, falta de aliento e incontinencia urinaria. La ansiedad también puede afectar la concentración y la atención dirigida a los objetivos, la memoria de trabajo y la función perceptiva-motora, todos los cuales son dominios importantes que permiten a los estudiantes de medicina y a los médicos brindar atención médica segura y eficaz a los pacientes^{7,8}.

En la literatura actual, la ansiedad entre los estudiantes de medicina está menos estudiada que la depresión⁹. En última instancia, también podría tener implicaciones para la atención al paciente, ya que existe evidencia de que los estudiantes de medicina ansiosos eran menos empáticos y menos entusiastas al atender a pacientes. La calidad de la atención al paciente se ve afectada ya que los médicos con ansiedad tienden a demostrar una eficacia laboral deficiente¹⁰.

Estudios previos han encontrado que una historia basal de por vida de los trastornos de ansiedad, incluido el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, la agorafobia, la fobia social, las fobias específicas y los trastornos de estrés postraumático, se asocian con un mayor riesgo de nuevo inicio intentos de suicidio después de ajustar por trastornos del estado de ánimo comórbidos¹¹. Por lo tanto, una mejor comprensión de la interacción entre la ansiedad y el suicidio puede tener implicaciones clínicas valiosas para el manejo de los actos suicidas en adolescentes depresivos¹².

La sensibilidad a la ansiedad (AS) se refiere al miedo a las sensaciones de excitación relacionadas con la ansiedad y puede representar la sensibilidad constitucional de los individuos a los síntomas de ansiedad y está asociado con el desarrollo de una gama de psicopatologías. Estos factores representan

el miedo a las sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad, el miedo al descontrol cognitivo y el miedo a los síntomas de ansiedad observables externamente, respectivamente¹³.

Varias hipótesis han sido propuestas para explicar la relación multifacética entre los subfactores de ansiedad y las tendencias suicidas¹⁴. Desde una perspectiva teórica, las preocupaciones cognitivas de ansiedad más altas, que se refieren al miedo a la pérdida del control cognitivo en el contexto del estrés y la ansiedad, causan cognición catastrófica en individuos que son vulnerables a la depresión. El pensamiento catastrófico activa el sistema de excitación límbico-autónomo y activa un ciclo de retroalimentación positiva, que se amplifica con el tiempo¹⁵.

Eventualmente, los individuos con preocupaciones cognitivas elevadas de ansiedad desarrollarán fuertes ideas suicidas y pueden intentar suicidarse para detener el aumento del estrés. Por el contrario, las preocupaciones físicas de ansiedad representan el miedo a las sensaciones corporales, incluido el dolor. Se postuló que la teoría interpersonal-psicológica del suicidio también explicaba la asociación positiva entre las preocupaciones sociales de ansiedad y el suicidio porque tienen una estrecha relación con la falta de pertenencia¹⁶.

Bentley K, et al (Reino Unido, 2016); examinaron la magnitud y la utilidad clínica de la ansiedad y sus trastornos como factores de riesgo de ideación suicida, intentos y muertes. En una búsqueda de literatura hasta diciembre de 2014; De los 65 artículos que cumplieron con nuestros criterios de inclusión, extrajeron 180 casos en los que se utilizó una variable específica de ansiedad para predecir longitudinalmente un resultado relacionado con el suicidio. Los resultados indicaron que la ansiedad es un predictor estadísticamente significativo, aunque débil, de ideación suicida (OR = 1.49, IC 95%: 1.18,

1.88) e intentos (OR = 1.64, IC 95%: 1.47, 1.83), pero no muertes (OR = 1.01, IC 95%: 0.87, 1.18)¹⁷.

Wahed W, et al (Arabia, 2017); estudiaron la prevalencia de los trastornos psicológicos del estado de ánimo y su asociación con algunos factores en un estudio transversal basado en un cuestionario entre estudiantes. Un total de 442 estudiantes participaron en el estudio con una edad media de 20.15 ± 1.9 años. En general, la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión con diversos grados fue del 62,4%, 64,3% y 60,8% entre las muestras estudiadas, respectivamente. Los puntajes más altos de estrés y ansiedad se asociaron significativamente con el sexo femenino, la edad avanzada y el $IMC \geq 25 \text{ kg} / \text{m}^2$ ¹⁸.

Sobowale K, et al (China, 2015); investigaron las tasas de depresión e ideación suicida en estudiantes de medicina; en estudiantes de medicina de segundo y tercer año (N = 348) en una escuela de medicina en China. Un total de 348 estudiantes respondieron (tasa de respuesta = 99%) a la encuesta. Cuarenta y siete de 348 (13.5%) estudiantes tenían depresión moderada a severa. La puntuación media de PHQ-9 fue 6.02 (DE = 3.44). El 7.5% de los estudiantes informaron ideas suicidas. La frecuencia de depresión e ideación suicida no difirió entre los estudiantes de medicina de segundo y tercer año ($p = 0,52$). Casi el 30% de los estudiantes deprimidos informaron ideas suicidas. La depresión y la ideación suicida se correlacionaron fuertemente ($r = 0,42$, $p < 0,001$)¹⁹.

Rotenstein L, et al (Norteamérica, 2016); estimaron la prevalencia de ideación suicida en estudiantes de medicina. Todos menos un estudio utilizó instrumentos de autoinforme. Los datos de prevalencia de ideación suicida se extrajeron de 24 estudios transversales ($n = 21\ 002$) de 15 países. Todos menos un estudio utilizó instrumentos de autoinforme. La prevalencia general combinada de ideación suicida fue del 11.1% (2043/21 002 individuos; IC del

95%, 9.0% a 13.7%, $I^2 = 95.8\%$). Las estimaciones de prevalencia resumidas variaron entre las modalidades de evaluación del 7,4% al 24,2%. La prevalencia global combinada de depresión o síntomas depresivos fue del 27,2% (37.933/122 356 individuos; IC del 95%, 24.7% a 29.9%, $I^2 = 98.9\%$)²⁰.

Tomando en cuenta que existe un notorio incremento en la frecuencia de conductas suicidas de adolescentes a través de un conjunto diverso de eventos asociados desde la ideación suicida hasta el intento de suicidio, el reconocimiento de esta información se podría utilizar para identificar adolescentes en entornos escolares que están en aumento con riesgo de pensamientos suicidas resulta de relevancia; tomando en cuenta que se han descrito vínculos en común en relación con los trastornos de ansiedad, consideramos pertinente verificar esta asociación en una población de estudiantes particularmente vulnerables como lo son los estudiantes de medicina; si bien se ha suspendido el periodo de cuarentena por la emergencia sanitaria vigente; consideramos que aún existen importantes restricciones consecuencia del distanciamiento social aun imperante en el grupo poblacional de estudiantes universitarios quienes precisamente se caracterizan por una vida social dinámica, en este sentido se encuentran con limitaciones importantes como la suspensión de las clases presenciales; la limitación en la interacción espacial y física con amigos y familiares a quienes no es posible frecuentarlos hace ya varios meses y por la limitación para la salida durante los horarios nocturnos que es precisamente el horario en que los jóvenes estudiantes universitarios utilizaban para poder satisfacer sus requerimientos de interacción social.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Es la ansiedad factor asociado a suicidalidad en estudiantes de la escuela de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego?

1.2 HIPOTESIS

H₀: La ansiedad no es factor asociado a suicidalidad en estudiantes de la escuela de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego

H₁: La ansiedad es factor asociado a suicidalidad en estudiantes de la escuela de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego

1.3 OBJETIVOS

Objetivo general:

-Determinar si la ansiedad es factor asociado a suicidalidad en estudiantes de la escuela de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego

Objetivos específicos:

Determinar la frecuencia de ansiedad en estudiantes de la escuela de medicina con suicidalidad

Determinar la frecuencia de ansiedad en estudiantes de la escuela de medicina sin suicidalidad

Comparar la frecuencia de ansiedad entre estudiantes de la escuela de medicina con o sin suicidalidad

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Poblaciones

-Población Diana o Universo:

Estuvo constituida por el total de estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego durante el periodo Junio – agosto 2020.

-Población de Estudio

Similar a la población diana.

Criterios de inclusión:

- Estudiantes de 18 a 35 años.
- Estudiantes de ambos sexos.
- Estudiantes que deseen participar en el estudio.

-Criterios de exclusión:

1. Estudiantes con licencia por enfermedad
2. Estudiantes en tratamiento con fármacos psicotrópicos
3. Estudiantes con antecedente de trastorno psiquiátrico.

2.2 Muestra

Unidad de análisis: Cada estudiante de la Escuela de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego durante el periodo Junio – Agosto 2020.

Unidad de muestreo:

Similar a la unidad de análisis.

Tamaño muestral:

Fórmula²³:

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha p_e q_e}{E^2}$$

Donde:

Z α : 1.96

p_e: Prevalencia de suicidalidad en estudiantes de medicina:
(7.5%)²¹

q_e = 1 - p_e

E: 0.05 (5%).

OBTENEMOS:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (p_e) (q_e)}{(0.05)^2}$$

n = 92 estudiantes de medicina

2.3 DISEÑO DEL ESTUDIO

Diseño del estudio:

El estudio fue analítico, observacional, seccional transversal

Diseño específico:

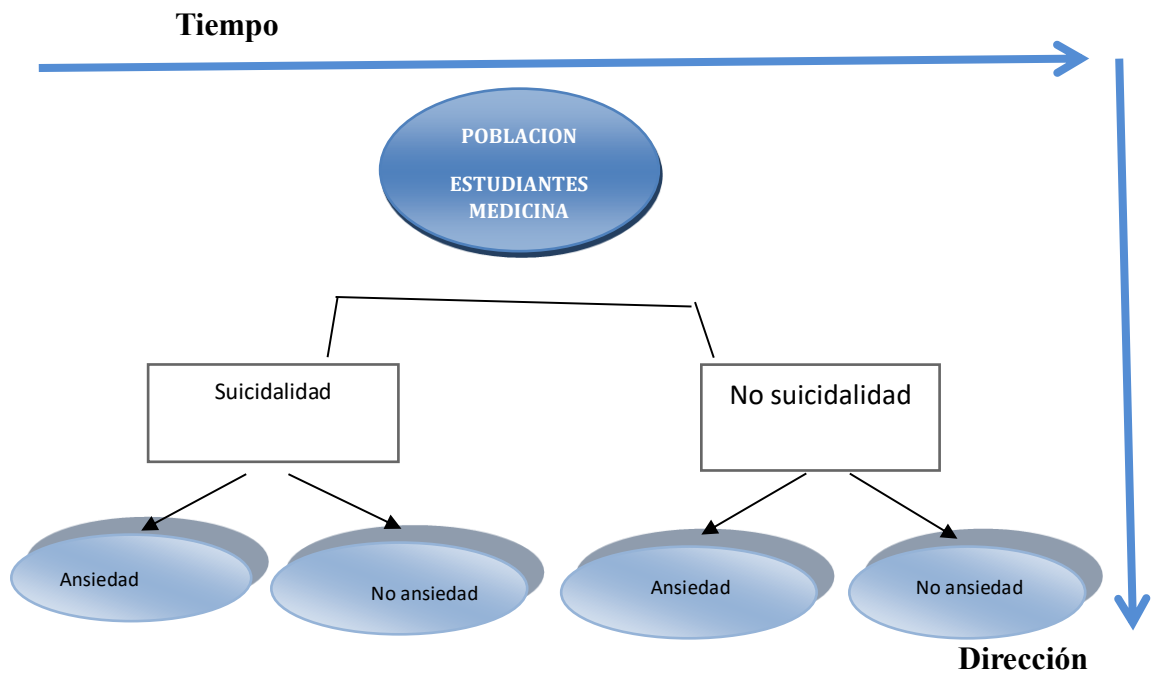
| | |
|-----------|-----------|
| G1 | X1 |
| G2 | X1 |

P : Población: ESTUDIANTES DE MEDICINA

G1 : Con suicidalidad

G2: : Sin suicidalidad

X1 : Ansiedad



- **Definiciones operacionales:**

Suicidalidad: Sera operacionalizada a través del Cuestionario de suicidalidad de Osaka el cual alcanza una consistencia interna satisfactoria con alfa de Cronbach de 0.89. con un rango de amplitud de puntaje que oscila entre los 0 a 12 puntos, tomando como referencia el punto de corte de 5 para definir el concepto (Anexo 2)²².

Ansiedad: Sera operacionalizada a través del Cuestionario de Ansiedad de Hamilton (Anexo 3); el cual alcanza una consistencia interna satisfactoria con alfa de Cronbach de 0.73. con un rango de amplitud de puntaje que oscila entre los 0 y 56 puntos, tomando como referencia el punto de corte de 18 para definir el concepto²¹.

Operacionalización de variables:

| VARIABLE EXPOSICION | TIPO | ESCALA | INDICADORES | ÍNDICES |
|-------------------------------------------|-------------|---------|--------------------------|---------|
| Ansiedad | Cualitativa | Nominal | Cuestionario de Hamilton | Si-No |
| VARIABLE RESULTADO <u>Suicidalidad</u> | Cualitativa | Nominal | Escala de Osaka | Si - No |

| | | | | |
|---------------|-------------|---------|------------|---------------|
| INDEPENDIENTE | | | | |
| Edad | Cualitativa | Nominal | Entrevista | Años |
| Sexo | Cualitativa | Nominal | Entrevista | Masculino – |
| Procedencia | Cualitativa | Nominal | Entrevista | Femenino |
| | | | | Urbano/Urbano |
| Obesidad | Cualitativa | Nominal | Entrevista | Rural |
| | | | | Si - No |

2.4 PROCEDIMIENTOS

El estudio se realizó por medio de aplicación de encuesta virtual a los Estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego durante el periodo Junio – agosto 2020 para tal efecto se procedió a:

- I. Se solicitó autorización en dirección de Escuela de la Facultad de medicina Humana para la realización de nuestro Proyecto de investigación.
- II. Se solicitó el directorio telefónico de los estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego.
- III. Se aplicó vía virtual a cada estudiante la escala de Suicidalidad de Osaka (Anexo 2) y el Cuestionario de Ansiedad de Hamilton (Anexo 3) para determinar la presencia o ausencia de dichas variables.
- IV. Se recabó información sobre las variables correspondientes a las variables intervinientes y se registró toda esta información en la ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Análisis de datos:

Para realizar el procesamiento de la información de los datos recopilados, se utilizó como herramientas de soporte la hoja de cálculo de Excel y el Paquete estadístico SPSS 25.0. Los datos obtenidos desde las encuestas se analizaron en base a Estadística descriptiva e inferencial en función a cada uno de los objetivos propuestos.

-Estadística descriptiva

Los datos fueron presentados en cuadros estadísticos simples, de doble entrada o de triple entrada con frecuencias absolutas y relativas así como gráficos que esquematizan los mismos.

-Estadística analítica

Para el análisis de ambas variables se usó la prueba de Chi cuadrado (χ^2) la cual evaluó su significancia según el valor de p (< 0.05). Se realizó el cálculo del odds ratio con su respectivo intervalo de confianza al 95%.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

La bioética es el estudio de los problemas éticos típicamente

controvertidos que surgen de las nuevas situaciones y posibilidades generadas por los avances en biología y medicina. Para el diseño que se pretende aplicar en el presente estudio es importante considerar: la veracidad que se refiere a ser abierto, honesto y veraz con los pacientes; la transferencia precisa de información debe ser entregada de una manera adecuada para que la persona la entienda; la fidelidad: latín "fides" significa fidelidad. implica cumplir con las expectativas razonables del paciente; la confidencialidad definida como el principio de mantener la seguridad de la información obtenida de un individuo en las circunstancias privilegiadas de una relación profesional. La información divulgada voluntariamente debe protegerse de la divulgación. La violación de la confidencialidad se considera el peor delito; por tal motivo se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15, 22 y 23)²⁴ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)²⁵.

LIMITACIONES:

Considerando que es un estudio seccional transversal en el que únicamente se evaluó la relación entre las variables a estudiar, no se pudo verificar una relación causa efecto entre las mismas, por otro lado debido a la coyuntura actual se tuvieron que caracterizar las variables por medio de encuestas virtuales y no se pudo interactuar directamente con los participantes del estudio.

III.- RESULTADOS:

Tabla N^o 01: Características de los estudiantes universitarios de la Escuela de Medicina Universidad Privada Antenor Orrego periodo Junio – agosto 2020:

| Variables intervinientes | Suicidalidad (n=19) | No suicidalidad (n=73) | OR (IC 95%) | Valor p |
|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|---------------------|----------------|
| Edad: | 24.3 +/- 5.2 | 25.7 +/- 4.9 | NA | 0.24 |
| Sexo: | | | | |
| Femenino | 7 (36%) | 24 (32%) | OR : 1.19 | 0.21 |
| Masculino | 12 (64%) | 49 (68%) | (IC 95% 0.5 – 2.4) | |
| Procedencia: | | | | |
| Urbano | 18 (95%) | 72 (99%) | OR :0.25 | 0.12 |
| Rural | 1 (5%) | 1 (1%) | (IC 95% 0.15 – 1.4) | |
| Obesidad: | | | | |
| Si | 3 (16%) | 11 (15%) | OR :1.1 | 0.16 |
| No | 16 (84%) | 62 (85%) | (IC 95% 0.4– 1.9) | |

FUENTE: Escuela de Medicina UPAO–Fichas de recolección: 2020.

Tabla N° 02: Frecuencia de ansiedad en estudiantes universitarios con suicidalidad en la Facultad de Medicina Humana de la UPAO periodo Junio - Agosto 2020:

| Suicidalidad | Ansiedad | | Total |
|--------------|----------|---------|-----------|
| | Si | No | |
| Si | 16 (84%) | 3 (16%) | 19 (100%) |

FUENTE: Escuela de Medicina UPAO–Fichas de recolección: 2020.

La frecuencia de ansiedad en estudiantes universitarios con suicidalidad fue de $16/19 = 84\%$

Gráfico N° 01: Frecuencia de ansiedad en estudiantes universitarios con suicidalidad en la Facultad de Medicina Humana de la UPAO periodo Junio - Agosto 2020:

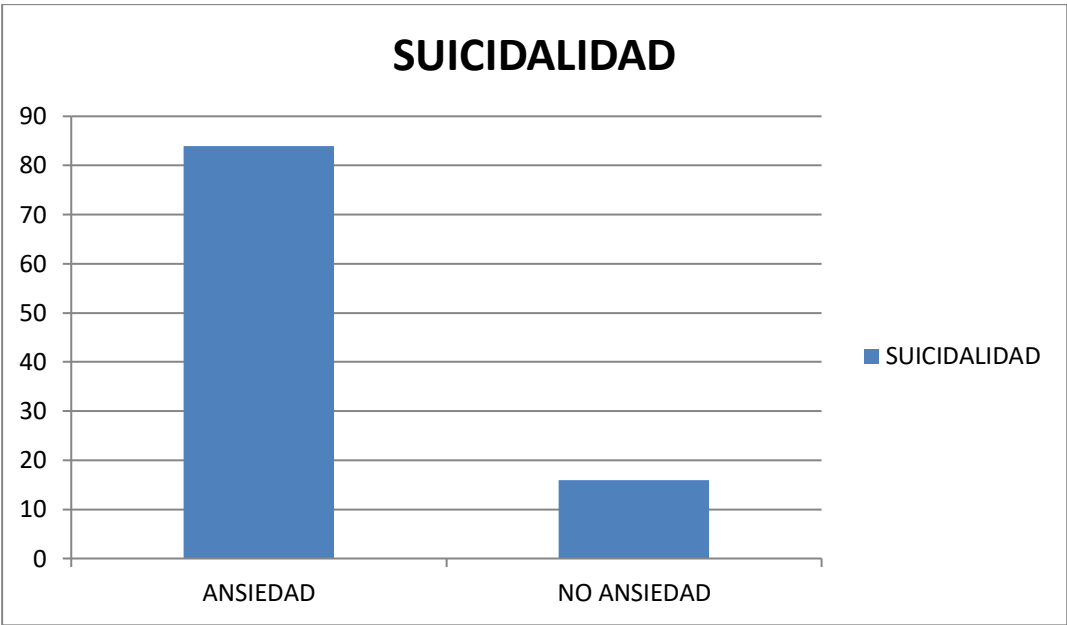


Tabla N° 03: Frecuencia de ansiedad en estudiantes universitarios sin suicidalidad en la Facultad de Medicina Humana de la UPAO periodo Junio - Agosto 2020:

| Suicidalidad | Ansiedad | | Total |
|--------------|----------|----------|-----------|
| | Si | No | |
| Si | 28 (38%) | 45 (62%) | 73 (100%) |

FUENTE: Escuela de Medicina UPAO–Fichas de recolección: 2020.

La frecuencia de ansiedad en estudiantes universitarios sin suicidalidad fue de 28/73 = 38%

Gráfico N° 02: Frecuencia de ansiedad en estudiantes universitarios sin suicidalidad en la Facultad de Medicina Humana de la UPAO periodo Junio - Agosto 2020:

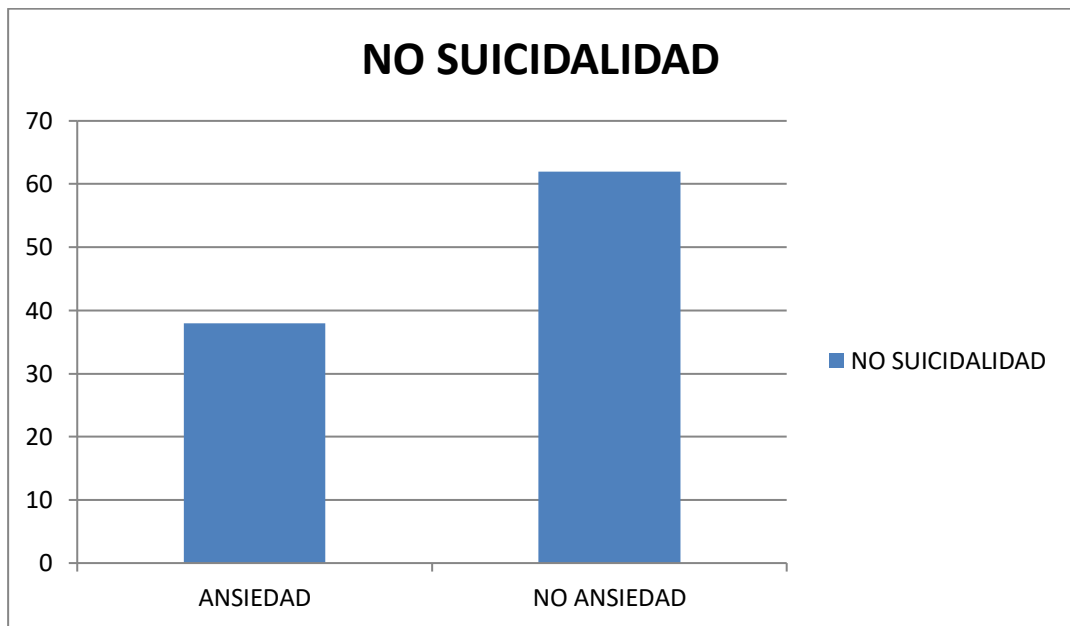


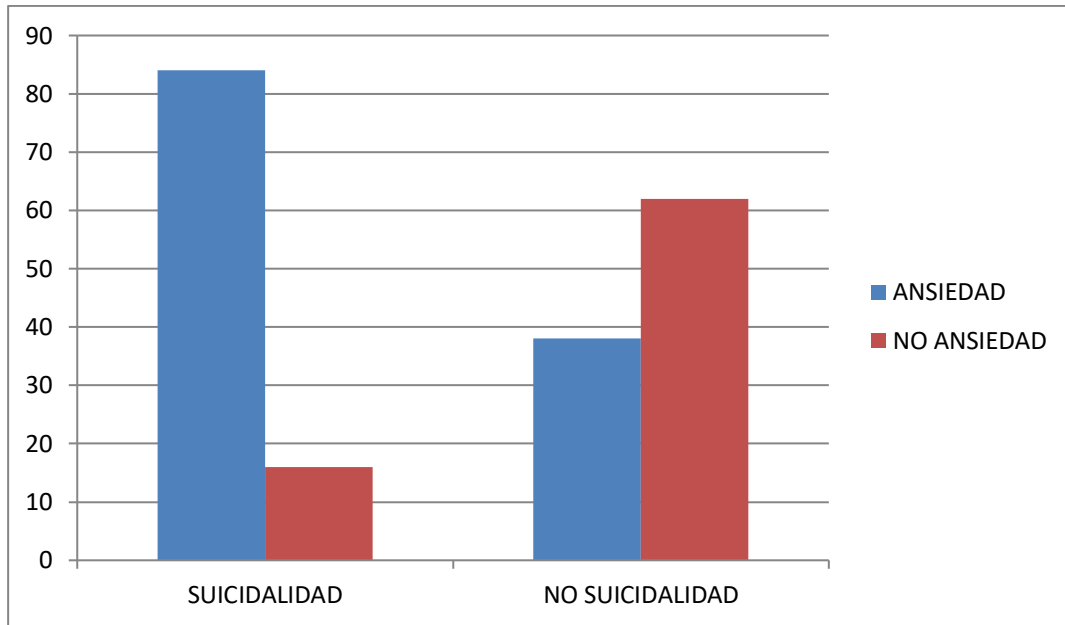
Tabla N° 04: Ansiedad como factor asociado a suicidalidad en estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina Humana de la UPAO periodo Junio – Agosto 2020:

| Ansiedad | Riesgo de TCA | | Total |
|-----------------|----------------------|------------------|--------------|
| | Si | No | |
| Si | 16 (84%) | 28 (38%) | 44 |
| No | 3 (16%) | 45 (62%) | 48 |
| Total | 19 (100%) | 73 (100%) | 92 |

FUENTE: Escuela de Medicina UPAO–Fichas de recolección: 2020.

- Chi cuadrado: 21.7
- $p < 0.01$.
- Odds ratio: 8.6
- Intervalo de confianza al 95%: (2.5 –14.6)

Gráfico N° 03: Ansiedad como factor asociado a suicidalidad en estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina Humana de la UPAO periodo Junio – Agosto 2020:



V.- DISCUSIÓN:

Existen múltiples interpretaciones respecto al vínculo entre la ansiedad y las tendencias suicidas, en este sentido se ha descrito que las preocupaciones cognitivas de ansiedad más altas, que se refieren al miedo a la pérdida del control cognitivo en el contexto del estrés, causan cognición catastrófica en individuos vulnerables a la depresión. El pensamiento catastrófico activa el sistema de excitación límbico-autónomo y activa un ciclo de retroalimentación positiva, que se amplifica con el tiempo¹⁵. Por otro lado los individuos con preocupaciones cognitivas elevadas de ansiedad desarrollarán fuertes ideas suicidas y pueden intentar suicidarse para detener el aumento del estrés. Por otro lado la teoría interpersonal-psicológica del suicidio también explica la asociación positiva entre las preocupaciones sociales de ansiedad y el suicidio porque tienen una estrecha relación con la falta de pertenencia¹⁶.

En la Tabla N° 1 se lleva a cabo el análisis bivariado de un grupo de variables como el género, la procedencia y la obesidad, observando que las diferencias entre las proporciones de sus categorías entre ambos grupos de estudios no ostentan diferencias significativas, por lo que no es posible identificar respecto a ellas ninguna asociación respecto al desenlace de interés; esto coincide con lo registrado por Bentley K¹⁷, et al en Reino Unido en el 2016 y Wahed W¹⁸, et al en Arabia en el 2017; quienes tampoco registran diferencia en cuanto a edad ni género entre los estudiantes con o sin tendencia a desarrollar suicidalidad.

En la Tabla 2; se realiza una valoración descriptiva en donde se identifica el porcentaje de estudiantes con tendencia a suicidalidad, que presentaba ansiedad patológica evaluada por cuestionario, correspondiendo a una proporción de 84%. En la Tabla 3 por otra parte se desarrolla el mismo análisis para calcular el porcentaje de estudiantes con tendencia a suicidalidad, que presentaba ansiedad patológica evaluada por cuestionario, correspondiendo a una proporción de 84%.

En cuanto a los trabajos previos observados se puede considerar al estudio de Bentley K, et al en Reino Unido en el 2016 quienes examinaron la magnitud de la ansiedad y el riesgo de ideación suicida en 180 casos en los que se utilizó una variable específica de ansiedad, encontrando que esta es un predictor estadísticamente significativo, aunque débil, de ideación suicida (OR = 1.49, IC 95%: 1.18, 1.88) e intentos (OR = 1.64, IC 95%: 1.47, 1.83)¹⁷.

Dentro de los antecedentes encontrados tenemos el estudio de Wahed W, et al en Arabia en el 2017 quienes estudiaron la prevalencia de los trastornos psicológicos del estado de ánimo en un estudio transversal entre estudiantes. Un total de 442 estudiantes participaron siendo la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión con diversos grados fue del 62,4%, 64,3% y 60,8% entre las muestras estudiadas, respectivamente¹⁸.

En la Tabla 4 se verifica el impacto de la ansiedad en relación con el riesgo de desarrollar suicidalidad; reconociendo un odds ratio de 8.6;

verificado a través de la prueba chi cuadrado para extrapolar esta conclusión a la población; siendo el valor alcanzado significativo ($p < 0.05$); con lo que se reconoce la asociación que es objeto de estudio.

Hacemos referencia también a lo descrito por Sobowale K, et al en China en el 2015 quienes investigaron las tasas de depresión e ideación suicida en estudiantes de medicina; en estudiantes de medicina de segundo y tercer año ($N = 348$); el 7.5% de los estudiantes informaron ideas suicidas. La frecuencia de depresión e ideación suicida no difirió entre los estudiantes de medicina de segundo y tercer año ($p = 0,52$).¹⁹.

Reconocemos los hallazgos descritos por Rotenstein L, et al en Norteamérica en el 2016 quienes estimaron la prevalencia de ideación suicida en estudiantes de medicina de 24 estudios transversales ($n = 21\ 002$) de 15 países; la prevalencia general combinada de ideación suicida fue del 11.1% (2043/21 002 individuos; IC del 95%, 9.0% a 13.7%, $I^2 = 95.8\%$). Las estimaciones de prevalencia resumidas variaron entre 7,4% al 24,2%²⁰.

IV. CONCLUSIONES

1.-No se apreciaron diferencias respecto a edad, genero, procedencia ni u obesidad entre los estudiantes de medicina con o sin suicidalidad ($p>0.05$).

2.-La frecuencia de ansiedad en estudiantes universitarios con suicidalidad fue de 84%

3.-La frecuencia de ansiedad en estudiantes universitarios sin suicidalidad fue de 38%

4.-La ansiedad es factor asociado a suicidalidad en estudiantes universitarios con un odds ratio de 8.6 el cual fue significativo ($p<0.05$).

VI. RECOMENDACIONES

1.- Las tendencias registradas en nuestro análisis deben considerarse como sustento para diseñar algoritmos y guías de práctica clínica destinados a reducir las tendencias suicidas en una población vulnerable a trastornos emocionales, como los estudiantes de medicina.

2.- Es conveniente llevar a cabo nuevas investigaciones analíticas, prospectivas, multicentricas y de un tamaño muestral más numeroso con el objetivo de corroborar si los hallazgos identificados en nuestro estudio son reproducibles en nuestra población con un mayor grado de significancia.

3.- Es recomendable continuar explorando el impacto de los trastornos de ansiedad y sus variantes en relación con otras comorbilidades psiquiátricas y orgánicas en los estudiantes de medicina en nuestra población.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.-Coentre R, Góis C. Ideación suicida en estudiantes de medicina: conocimientos recientes. *Adv Med Educ Prac.* 2018; 9: 873–880.

2.-Olasoji H. Ampliación de concepciones sobre el maltrato de estudiantes de medicina durante la docencia clínica: mensaje de un estudio del fenómeno “tóxico” durante la docencia de cabecera. *Adv Med Educ Prac.* 2018; 9: 483–494.

3.-Slavin SJ, Schindler DL, Chibnall JT. Salud mental del estudiante de medicina 3.0. *Acad Med.* 2014; 89 (4): 573–577.

4.-Ahmed G. La ideación suicida en estudiantes de medicina: un problema mundial. *Avances en la educación y la práctica médica* 2019; 10: 105.

5.-Coentre R., Ideación suicida en estudiantes de medicina: reflexiones recientes. *Avances en la educación y la práctica médica* 2018; 9: 873.

6.-Moran T. Ansiedad y capacidad de memoria de trabajo: un metaanálisis y revisión narrativa. *Psychol. Toro.* 2016; 142: 831–864.

7.-Runswick O. Los efectos de la ansiedad y el contexto específico de la situación en la habilidad perceptivo-motora: Una investigación multinivel. *Psychol. Res.* 2018; 82: 708–719.

8.-Al Saadi T, Zaher S, Turk T. Angustia psicológica entre estudiantes de medicina en conflictos: un estudio transversal de Siria. *BMC Med. Educ.* 2017; 17: 173. doi: 10.1186 / s12909-017-1012-2.

9.-Carter F. Predictores de resiliencia psicológica entre estudiantes de medicina luego de grandes terremotos. *N. Z. Med. J.* 2016; 129: 17–22.

10.-Tian-Ci Quek T. La prevalencia global de ansiedad entre estudiantes de medicina: un metaanálisis. *Revista internacional de investigación ambiental y salud pública* 2019; 16 (15): 2735.

11.-Bilgiç A. El impacto de la sensibilidad a la ansiedad en el suicidio en adolescentes con trastorno depresivo mayor. *Psychiatria Danubina* 2017; 29 (4): 473-479.

12.-Pandey A. Factores asociados con la ideación suicida y los intentos de suicidio entre estudiantes adolescentes en Nepal: Hallazgos de la Encuesta Global de Salud de Estudiantes Escolares. *PloS one* 2019; 14 (4): 0210383.

13.-Ruiz N. Contextos familiares y escolares como predictores de conductas suicidas en adolescentes: el papel de la depresión y la ansiedad. *Revista de medicina clínica* 2017; 8 (12): 2066.

14.-Tauil C. Ideación suicida, ansiedad y depresión en pacientes con esclerosis múltiple. *Archivos de neuro-psiquiatria* 2018; 76 (5): 296-301.

15.-Richardson J. Insomnio, trastornos psiquiátricos e ideación suicida en una Muestra Representativa Nacional de miembros activos de las Fuerzas Canadienses. *Psiquiatría BMC* 2017; 17 (1): 211.

16.-Rønnstad A. Asociación de dermatitis atópica con depresión, ansiedad e ideación suicida en niños y adultos: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista de la Academia Estadounidense de Dermatología* 2018; 79 (3): 448-456.

17.-Bentley K. La ansiedad y sus trastornos como factores de riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas: una revisión metaanalítica. *Revisión de psicología clínica* 2016; 43: 30-46.

18.-Wahed W. Prevalencia y factores asociados de estrés, ansiedad y depresión entre estudiantes de medicina de la Universidad Fayoum. *Revista de Medicina de Alejandría* 2017; 53 (1): 77-84.

19.-Sobowale K. Depresión e ideación suicida en estudiantes de medicina en China: un llamado a planes de estudio de bienestar. *Revista internacional de educación médica* 2015; 5:31.

20.-Rotenstein L. Prevalencia de depresión, síntomas depresivos e ideación suicida entre estudiantes de medicina: revisión sistemática y metaanálisis. *Jama* 2016; 316 (21): 2214-2236.

21.-Escala de valoración de ansiedad de Thompson E. Hamilton (HAM-A).
Medicina del trabajo, 2016; 65 (7): 601.

22.-Valdivia M. Prevalence of adolescent suicide attempt and associated risk factors in a rural commune in the province of Concepción. Medical Journal of Chile, 2016; 143 (3): 320-328.

23.-García J. Calculation of the sample size in research in medical education. Research in medical education 2013; 2 (8): 217-224.

24.-Declaration of Helsinki of the World Medical Association. Adopted by the 18th World Medical Assembly, Helsinki, Finland, June 1964 and amended by the 29th World Medical Assembly, Tokyo, Japan, October 1975, the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983 and the 41st Medical Assembly World Cup, Hong Kong, September 2010.

25.-General health law. No. 26842. Concordances: Supreme Decree No. 007-98-SA. Peru: July 20, 2011.

ANEXOS

ANEXO N° 1

Ansiedad como factor asociado a suicidalidad en estudiantes de la escuela de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I. Datos generales del paciente:

Edad:.....años

Lugar de nacimiento

Procedencia:

Sexo: masculino () femenino ()

Procedencia: Urbano () Rural ()

II. Datos relacionados con variable dependiente:

Escala de Suicidalidad de Osaka: _____

Suicidalidad: Si () No ()

III. Datos relacionados con la variable independiente:

Puntaje de Escala de Ansiedad: _____

Ansiedad: Si () No ()

ANEXO 2: Escala de Suicidalidad de OSAKA

| | | |
|------------------------------------------------------|---------------------|---|
| ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena? | Nunca | 0 |
| | casi nunca | 1 |
| | algunas veces | 2 |
| | muchas veces | 3 |
| ¿Has deseado alguna vez estar muerto? | Nunca | 0 |
| | casi nunca | 1 |
| | algunas veces | 2 |
| | muchas veces | 3 |
| ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida? | Nunca | 0 |
| | casi nunca | 1 |
| | algunas veces | 2 |
| | muchas veces | 3 |
| ¿Has intentado suicidarte? | ningún intento | 0 |
| | un intento | 1 |
| | dos intentos | 2 |
| | tres o más intentos | 3 |

ANEXO 3: ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMITON

| Elemento | Síntomas | Punt. | Elemento | Síntomas | Punt. |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1. Ansioso | Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación | | 9. Síntomas Cardiovasculares | 1 aguiardía, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de | |
| 2. Tensión | Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, | | 10. Síntomas respiratorios | Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea | |
| 3. Miedos | A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes | | 11. Síntomas gastrointestinales | Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vomito, | |
| 4. Insomnio | Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño | | 12. Síntomas genitourinarios | Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, | |
| 5. Intelectual | Dificultades de concentración, memoria reducida | | 13. Síntomas autónomos | Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, | |
| 6. Humor depresivo | Perdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día | | 14. Comportamiento durante la entrevista | Nerviosismo, inquieto o trahquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez, facial, tragar saliva, eructos, | |
| 7. Somático (muscular) | Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de | | | Puntuación total | |
| 8. Somático (sensorial) | Tinnitus, vision borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación | | | | |

Puntaje: 0 a 56 puntos.

Ansiedad: > 18 puntos