



CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
"DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR EVERARDO NEUMANN PEÑA"

Trabajo de investigación para obtener el diploma de especialidad en Psiquiatría

*"Prevalencia de ideación suicida y depresión en estudiantes de medicina de la
Universidad Autónoma de San Luis Potosí"*

Dra. Araceli Hernández Acevedo

DIRECTOR CLÍNICO

Dr. José María Hernández Mata
Profesor investigador de medio tiempo

DIRECTOR METODOLÓGICO

Dra. María Susana Juárez Tobías
Maestría en Ciencias en Investigación Clínica

Marzo 2025



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR EVERARDO NEUMANN PEÑA"

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Psiquiatría
**"Prevalencia de ideación suicida y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad
Autónoma de San Luis Potosí"**

Araceli Hernández Acevedo
No. de CVU del CONACYT: 1268398

DIRECTOR CLÍNICO
Profesor Investigador de medio tiempo
Dr. José María Hernández Mata
No. de CVU del CONACYT:302015

DIRECTOR METODOLÓGICO
Maestría en Ciencias en Investigación Clínica
Dra María Susana Juárez Tobías
No. de CVU del CONACYT: 290914 Identificador de ORCID 0000 0003 0688 4145

SINODALES

Dra. Ilse Paulina López De la Mora
Presidente

Dra. Laura Elena Perez Ramos
Sinodal

Dr. Luis Alfonso Grageda Foyo
Sinodal

Dr. Oscar Fernando García Chávez
Suplente

Marzo 2025



Prevalencia de ideación suicida y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí © 2025 Por Araceli Hernández Acevedo. Se distribuye bajo [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

RESUMEN

Introducción: La identificación de la prevalencia de ideación suicida en estudiantes de medicina es relevante por su impacto en la salud pública y el bienestar psicológico. La ideación suicida abarca desde pensamientos autodestructivos hasta la planificación del suicidio. Los estudiantes de medicina enfrentan exigencias académicas y emocionales que pueden comprometer su salud mental.

Objetivo general: Determinar la prevalencia de ideación suicida y depresión en estudiantes de la licenciatura de medicina en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Sujetos y Métodos: El estudio incluyó a estudiantes de primero a cuarto año, quienes completaron la Escala de Ideación Suicida (SSI), el cuestionario PHQ-9 y un estudio sociodemográfico. Se realizaron pruebas bivariadas y modelos de regresión lineal múltiple para evaluar la asociación entre variables sociodemográficas y los puntajes de ambas escalas.

Resultados: El estudio, realizado con 266 estudiantes (edad media 20.3 ± 2.4 años), reveló una prevalencia del 30.1% de ideación suicida y del 54.1% de síntomas depresivos. Se validó la concordancia entre las escalas SSI y PHQ-9 ($Kappa = 0.79$, $p < 0.001$). No se encontraron asociaciones significativas con la ideación suicida, mientras que la depresión mostró una débil correlación con identidad de género, año cursado y promedio académico (R^2 ajustado = 0.08).

Discusión y conclusiones: Los resultados reflejan la vulnerabilidad de esta población frente a factores académicos y emocionales. Se destaca la necesidad de implementar estrategias preventivas y explorar factores adicionales en futuros estudios que incluyan variables emocionales y sociales no evaluadas.

PALABRAS CLAVE: Ideación suicida, estudiantes de pregrado, salud mental

ÍNDICE

RESUMEN	1
ÍNDICE	2
Lista de tablas	4
Lista de figuras	5
Lista de abreviaturas y símbolos	6
Lista de definiciones	7
DEDICATORIA	8
MARCO TEÓRICO	9
Ideación suicida	9
Depresión.....	10
Ideación suicida en alumnos de medicina.....	11
Factores de riesgo en estudiantes	12
Predictores.....	14
Escala SSI (Scale Suicide Ideation).....	16
Escala PHQ9.....	16
JUSTIFICACIÓN	18
Propuesta.....	19
Pregunta de Investigación	20
HIPÓTESIS	21
OBJETIVOS	21
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos.....	21
Objetivo secundario.....	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
MATERIALES Y MÉTODOS	23
Tipo de estudio y diseño.....	23
Operacionalización de variables.....	23
UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	25
Cálculo del tamaño de muestra	25
Validación de los métodos de evaluación	26
Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar para el control y calidad de los datos.	26

ASPECTOS ÉTICOS	29
Declaración de no conflicto de interés	29
Cronograma de actividades.....	30
Financiamiento	30
Productos derivados.....	31
DISCUSIÓN	44
CONCLUSIONES	46
IMPLICACIONES PRÁCTICAS Y PREVENCIÓN	47
FORTALEZAS Y LIMITACIONES	48
REFERENCIAS	49
ANEXOS	53
ANEXO 1: ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (SSI).....	53
ANEXO 2: CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ – 9).....	55
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	56
ANEXO 4: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	57
ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN ...	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA.....	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 7: SOLICITUD A SECRETARÍA ACADÉMICA	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 8: FORMATO DE DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERÉS POR PARTE DE LA INVESTIGADORA	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 9: FORMATO DE DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERÉS POR PARTE DEL ASESOR CLÍNICO	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 10: FORMATO DE DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERÉS POR PARTE DE LA ASESORA METODOLÓGICA.....	¡Error! Marcador no definido.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Resultados de la intervención.....	30
Tabla 2: SW: Shapiro Wilk, DM: Diferencia de Medias, IC: Intervalo de confianza† T de Student, § U de Mann Whitney SSI.....	42
Tabla 3: Frec. Esp: Frecuencias esperadas mínimas SSI	42
Tabla 4: SW: Shapiro Wilk, DM: Diferencia de Medias, IC: Intervalo de confianza† T de Student, § U de Mann Whitney PHQ-9.....	42
Tabla 5: Frec. Esp: Frecuencias esperadas mínimas para PHQ-9.	43

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribución por edad de los participantes.....	36
Figura 2: Género de los participantes.....	37
Figura 3: Año de carrera cursado.....	37
Figura 4: Características de la vivienda de los participantes.....	38
Figura 5: Situación sentimental de los participantes.....	38
Figura 6: Creencias religiosas de los participantes.....	39
Figura 7: Actividad física de los participantes.....	39
Figura 8: Distribución de puntaje del cuestionario SSI.....	40
Figura 9: Distribución de Puntaje del cuestionario PHQ-9.....	40
Figura 10: Gráfica de concordancia entre SSI y PHQ-9 para intención suicida.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

-BDI: Escala de Desesperanza de Beck

-DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición.

-Ham-D: Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton

-OMS: Organización Mundial de la Salud

-PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9

-SSI: Scale Suicide Ideation

- α : alfa de Cronbach

LISTA DE DEFINICIONES

Depresión: trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, marcado por episodios específicos con una duración mínima de dos semanas, que abarcan alteraciones tanto en el estado de ánimo como en los procesos cognitivos.

Escala PHQ 9: instrumento validado y desarrollado para establecer un diagnóstico provisional de depresión y determinar la severidad de los síntomas depresivos.

Escala SSI: entrevista semi-estructurada, conformada por 19 ítems cuya finalidad es cuantificar la intencionalidad suicida, es decir, el grado de seriedad e intensidad con el que alguien ha pensado o está pensando en suicidarse.

Ideación Suicida: pensamientos de autolesión que tienen la intención explícita de provocar la propia muerte.

DEDICATORIA

Este proyecto va dedicado a mis padres quienes me han guiado en esta etapa de mi vida, es un tributo a la colaboración, paciencia y comprensión que me han brindado a lo largo de este viaje académico. Su presencia en mi vida es un regalo invaluable, y este logro es nuestro, en equipo.

Así mismo a todas aquellas personas que han sido parte fundamental de mi crecimiento profesional, amigos, familia y docentes que compartieron todos sus conocimientos y de modo muy especial a los alumnos de medicina de la UASLP ya que sin ellos no hubiera sido posible este proyecto, por lo cual les estoy eternamente agradecida.

MARCO TEÓRICO

IDEACIÓN SUICIDA

La ideación suicida se puede manifestar a nivel cognitivo, con pensamientos de autolesión que tienen la intención explícita de provocar la propia muerte (1). Cuando nos referimos a la ideación, estamos haciendo hincapié en que no se ha traducido en conductas concretas basadas en esos pensamientos (2). No obstante, la mera presencia de estos pensamientos tiene implicaciones emocionales tanto de forma individual como en el ámbito familiar, teniendo repercusiones en la sociedad en general. Además, se considera un problema de salud pública. Esta situación se complica aún más cuando se suman variables como síntomas depresivos clínicamente significativos, historia de consumo de sustancias psicoactivas y percepción de regular o mal rendimiento académico durante el último año, las cuales podrían contribuir a la planificación de un acto suicida o incluso a un intento de suicidio (3).

La esfera cognitivo-afectiva asociada con la concepción y la formulación de un procedimiento para su ejecución constituye un componente inherente a la etapa pasiva de la ideación, la cual posteriormente puede evolucionar hacia una fase activa que engloba la evaluación, la planificación, la disposición y la ejecución del acto de autolesión. Este procedimiento es específicamente el que convierte a la ideación en un momento crucial de atención, dada su conexión con el riesgo de suicidio (4).

De acuerdo con la información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante el año 2020, el acto de suicidio se situó como la tercera causa primordial de mortalidad en el segmento poblacional de 20 a 24 años. A pesar del marcado incremento en las tasas de suicidio en México, estas todavía se mantienen por debajo de los índices reportados en los Estados Unidos y Canadá (5).

La conducta suicida se presenta como una problemática de gran complejidad en el dominio de la salud pública, como se destacó anteriormente, ejerciendo su impacto de manera primordial en la población de adultos jóvenes y adolescentes (4). Se ha registrado que los individuos pertenecientes al ámbito de la salud se sitúan entre las categorías con un riesgo elevado (6). Adicionalmente, se postula la hipótesis de que este riesgo se origina durante su período de capacitación en el ámbito de la medicina (7), ya que se ha constatado que los alumnos de esta profesión, durante los primeros años de su formación, experimentan una notoria disminución en su salud mental, la cual se deteriora de manera considerable conforme avanzan en sus estudios y se acercan a la culminación de sus carreras (8).

A pesar de la existencia de diversos estudios concernientes a la ideación suicida, la investigación específica en el contexto de los alumnos de medicina ha sido limitada, lo cual plantea una oportunidad propicia para expandir el conocimiento en este ámbito. A nivel global, los descubrimientos sugieren que este grupo poblacional se encuentra en una condición de alto riesgo de presentar conductas suicidas, con ciertos investigadores postulando que el riesgo es superior en comparación con la población en general (1) (29).

DEPRESIÓN

Conforme al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), la depresión se define como un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, marcado por episodios específicos con una duración mínima de dos semanas, que abarcan alteraciones tanto en el estado de ánimo como en los procesos cognitivos (9).

Las personas que suelen laborar en el área de la salud presentan una susceptibilidad destacada para manifestar síntomas de ansiedad y depresión, principalmente debido a una exigente dinámica laboral caracterizada por períodos prolongados de estudio, trastornos significativos en los patrones de sueño, turnos

nocturnos recurrentes (dos o más por semana), exposición continua a condiciones de enfermedad y fallecimiento, irregularidades en la ingesta de alimentos y exposición a situaciones de violencia en el entorno laboral (8). El personal de este campo profesional se encuentra especialmente propenso a experimentar depresión, lo que puede resultar en un detrimento de su calidad y estilo de vida. Esta condición se atribuye a una mayor incidencia de fatiga extrema, problemas de salud física y a la falta de participación regular en actividades físicas, factores que pueden desencadenar deficiencias en la toma de decisiones de calidad (10).

En lo que concierne a la presencia de ideación suicida entre los estudiantes, particularmente aquellos dedicados al estudio de la medicina, se ha documentado una prevalencia que oscila entre el 5.9% y el 35.6%, abarcando individuos que manifiestan pensamientos de esta naturaleza y han concebido un plan concreto. De este grupo, al menos el 75% ha llevado a cabo un intento de suicidio. Adicionalmente, se ha observado que un 17% de aquellos que no han concebido un plan también han realizado al menos un intento de esta índole (11) (12). A nivel nacional los valores de depresión entre estudiantes de medicina oscilan entre el 26% y 95% (29)(30) en sus diversos grados.

IDEACIÓN SUICIDA EN ALUMNOS DE MEDICINA

La disciplina médica constituye un ámbito de competencia y exigencia que atrae a individuos ambiciosos y de elevado desempeño. Dada la naturaleza crítica inherente a la práctica médica, no resulta sorprendente que numerosos profesionales de la medicina y estudiantes adopten rasgos de perfeccionismo. Aunque ciertos aspectos del perfeccionismo, como la minuciosa atención a los detalles y las elevadas expectativas personales de rendimiento, podrían beneficiar a los estudiantes de medicina, el perfeccionismo desadaptativo (una mentalidad disfuncional marcada por una autocrítica excesiva) podría generar más perjuicios que beneficios (13).

Ciertas investigaciones corroboran que los estudiantes de medicina suelen experimentar niveles elevados de depresión, una fatiga intensa y, en general, una prevalencia superior de trastornos mentales, cifras que superan a las de la población en general. Este deterioro suele acentuarse progresivamente a lo largo del transcurso de la formación académica (13).

Adicionalmente, se han identificado discrepancias significativas en los perfiles de perfeccionismo entre los estudiantes del ámbito de las ciencias de la salud en contraste con aquellos que siguen profesiones no vinculadas a este dominio específico (14).

Estos estudiantes se encuentran expuestos a diversos factores de riesgo significativos asociados con trastornos de ansiedad y depresión, así como con la ideación suicida. El entorno profesional de la salud opera como una estructura jerárquica con figuras de autoridad claramente definidas, lo cual contribuye a situaciones de maltrato o abuso hacia los estudiantes. Además, deben hacer frente a la creciente demanda de conciliar responsabilidades laborales y académicas, sumado a jornadas laborales prolongadas, que en ocasiones pueden alcanzar las 100 horas semanales. Asimismo, deben lidiar con variables académicas como la competitividad entre pares, la sobrecarga de trabajo y la escasez de tiempo para cumplir con las exigencias académicas. Estos desafíos se entrelazan con rasgos de personalidad como el neuroticismo, introversión y la pobre autoestima, las cuales, cuando se combinan con variables como insatisfacción con la vida, el uso indebido de sustancias adictivas (tanto legales como ilegales) y responsabilidades económicas, o bien, una escasa puntuación en la función social (15,16) contribuyen a una disminución en su calidad de vida.

FACTORES DE RIESGO EN ESTUDIANTES

Como se mencionó anteriormente, las altas cifras de malestar psicológico percibido por los estudiantes de medicina, las cuales son las que generan la ideación suicida

podrían explicarse debido a la carga percibida y la pertenencia frustrada, así como también lo es la intención suicida, la falta de satisfacción con la vida y desarrollo de conductas suicidas y de riesgo (17). Una revisión sistemática de diecisiete estudios de 13 países diferentes que incluyeron a 13,244 estudiantes de medicina informó una amplia variación en las tasas de suicidio (del 1.8 % al 53.6 %). Los factores de riesgo identificados en estas revisiones sistemáticas asociados con pensamientos suicidas fueron síntomas depresivos, diagnóstico previo de trastorno psiquiátrico, problemas financieros, negligencia de los padres e historial previo de abuso de sustancias (18).

Las consecuencias negativas de la mala salud mental en los estudiantes pertenecientes al ámbito de la salud tienden a ocasionar un desempeño académico inferior, el consumo de sustancias (incluyendo alcohol), la deserción escolar y la manifestación de conductas suicidas (19). Es paradójico considerar que, a pesar de que los estudiantes de medicina poseen pleno conocimiento de las implicaciones adversas asociadas al consumo de alcohol y otras sustancias, se ha informado que en ciertos grupos etarios, la prevalencia de consumo es más elevada en comparación con estudiantes de otras disciplinas profesionales (20), adicionalmente se ha registrado que a pesar de contar con un acceso fácil a la atención médica, tanto médicos como alumnos tienden a generar más resistencias a buscar ayuda psiquiátrica cuando experimentan problemas relacionados con la ansiedad y la depresión (21).

La suspensión de la educación presenta una conexión significativa con la falta de atención adecuada a los problemas de salud mental en los estudiantes, resaltando así la importancia de identificar la prevalencia y los factores asociados con la ideación suicida y los síntomas depresivos en los alumnos de medicina (22). Este proceso de identificación puede facilitar la detección temprana y la implementación de intervenciones adecuadas para reducir las consecuencias mencionadas anteriormente. Además, abordar estas cuestiones durante los primeros años de la educación médica puede proporcionar una mejor forma de prevenir problemas de

salud mental en etapas posteriores, incluido el riesgo de suicidio una vez que los alumnos egresan y comienzan a ejercer la medicina (18).

PREDICTORES

Un aspecto fundamental a tener en cuenta al abordar un fenómeno tan intrincado como la ideación suicida es la interconexión con el concepto de pertenencia frustrada. Este factor describe cómo una persona puede experimentar una sensación de aislamiento al carecer de un sentido de conexión social. Estas personas pueden sentirse alienadas, lo que puede generar la percepción de que nadie se preocupa por ellas. Esto a su vez engendra una sensación de falta de comprensión y apoyo en relación con su situación y su carga percibida. Del mismo modo, el concepto de carga percibida alude a la sensación de que no están haciendo contribuciones valiosas al entorno que les rodea. En el contexto de este estudio, esto se relaciona específicamente con la sensación de insuficiencia que puede ser percibida por un estudiante de medicina. Según esta afirmación, la importancia de la ideación suicida se manifiesta en la intersección de estos elementos, es decir, cuando a) se perciben niveles elevados de carga, b) se experimenta una sensación de pertenencia frustrada o c) en una categoría etaria específica (23).

En un análisis exhaustivo, se llevaron a cabo 55 evaluaciones con el propósito de investigar el impacto de la disrupción en la pertenencia en la formación de ideas suicidas. De este conjunto, únicamente 22 pruebas (40%) exhibieron resultados que alcanzaron significancia estadística. Se observó que un 82,6% de los casos analizados, la carga percibida mostró una correlación estadísticamente significativa con la ideación suicida, con una variabilidad explicada que oscilaba entre el 36% y el 41%. Este porcentaje se situó por encima de lo registrado en el estudio actual. Estos descubrimientos coinciden con la conexión singularmente documentada entre la alteración en la pertenencia y la ideación suicida en un conjunto clínico de adultos,

siendo esta asociación especialmente significativa en situaciones donde la prevalencia de la ideación suicida es elevada (23).

Aunque la teoría etiológica de la conducta suicida no ha alcanzado un consenso definitivo, resulta evidente que los estudiantes de Medicina constituyen un colectivo de alto riesgo. En este contexto, es importante destacar la ausencia de protocolos de vigilancia o evaluación de salud mental específicos para estos grupos demográficos (24), y sería pertinente considerar la inclusión de estos estudiantes como un grupo con vulnerabilidad, teniendo en cuenta las particularidades de su situación. Además, se requiere la realización de investigaciones adicionales que determinen la idoneidad de los elementos utilizados para evaluar el constructo de pertenencia frustrada en esta cohorte específica. Una evaluación psiquiátrica apropiada posibilitará la identificación efectiva y la necesidad de intervenciones específicas para cualquier situación.

Por último, considerando que la ideación suicida y los trastornos ansiosos y depresivos representan problemáticas significativas para los alumnos de ciencias de la salud, resulta imperativo realizar investigaciones científicas detalladas sobre este fenómeno complejo. No obstante, aún más crucial es fomentar diagnósticos tempranos e implementar intervenciones eficaces para atenuar los efectos perjudiciales de los factores mencionados anteriormente, con el propósito de proporcionar herramientas emocionales apropiadas a aquellos que las necesiten (25).

En este contexto, se plantea la recomendación de emplear escalas de evaluación suicida que anticipen la resolución de crisis suicidas, ya sea por medio de la ideación o el intento, a través del fortalecimiento de las conexiones con el entorno social (contrario a la pertenencia frustrada) y un mayor sentido de contribución significativa a las personas circundantes (contrario a la carga percibida). Esta sugerencia cobra particular importancia en el marco de este estudio, dado que no solo se centra en la comprensión de dicho fenómeno, sino que también proporciona directrices para prevenir e intervenir, especialmente en la salud mental (26).

ESCALA SSI (SCALE SUICIDE IDEATION)

La entrevista semi-estructurada, desarrollada por Beck AT, Kovaes y Weissman A, conformada por 19 ítems y teniendo como finalidad evaluar cuantificar la intencionalidad suicida, es decir, el grado de seriedad e intensidad con el que alguien ha pensado o está pensando en suicidarse. Su adaptación al español divide la evaluación en partes que abordan diversas características relacionadas con la actitud ante la vida y la muerte, pensamientos suicidas e incluso deseos, tener un plan estructurado de intento de suicidio y el haber realizado algún intento. Aunque no se han realizado estudios de validación en nuestro país, esta entrevista ha sido validada para población psiquiátrica en Estados Unidos y población no psiquiátrica.

Cada ítem presenta tres opciones de respuesta que indican un incremento progresivo en la gravedad o intensidad de la intencionalidad suicida. La ausencia de intencionalidad suicida se evidencia cuando las puntuaciones de los ítems 4 y 5 corresponden a 0. La evaluación de cada ítem se realiza en una escala de 0 a 2, y la puntuación total se obtiene sumando los valores que se dan a los primeros 19 ítems, con un rango total de puntuación entre 0 y 38. Una puntuación superior o incluso igual a 1 se considera indicativa de riesgo de suicidio, siendo una puntuación más alta representativa de un riesgo más elevado de suicidio.

La consistencia interna de la entrevista es alta, con un coeficiente alfa de Cronbach que oscila entre 0.89 y 0.96, y una fiabilidad interexaminador de 0.83. La correlación del BBS con la Escala de Desesperanza de Beck (BDI) varía entre 0.25 y 0.75, y con la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (Ham-D) es de 0.30

ESCALA PHQ9

La depresión puede ser evaluada y mantener un seguimiento clínico adecuado empleando escalas auto-aplicables de validez científica probada. Dentro de ellas, una de las más conocidas y utilizadas es el PHQ-9. Es un instrumento validado a principios de los años 90 y fue desarrollado con doble propósito, establecer un diagnóstico provisional de depresión, determinar la severidad de los síntomas depresivos y monitorear la respuesta al tratamiento. La escala PHQ-9, categoriza los puntajes en cinco niveles de gravedad de la depresión: ninguna o mínima de 0 a 4, leve de 5 a 9, moderada de 10 a 14, moderadamente grave de 15 a 19 y grave de 20 a 27 puntos. La escala fue validada en español por Diez Quevedo C, Rangil T, Sanchez Planell L, Kroenke K y Spitzer RL, se desarrolló como una herramienta de tamizaje, siendo los puntajes de corte recomendados entre 7 y 11 para un probable caso de depresión mayor; sin embargo la selección cuidadosa del umbral de puntaje se destaca como crucial, considerando las características de la población y el contexto de aplicación.

En la región latinoamericana, la aplicación de esta escala ha demostrado una consistencia interna elevada ($\alpha = 0,84$) y una sensibilidad y especificidad del 88% y 92%, al utilizar el punto de corte original en comparación con el diagnóstico de trastorno depresivo utilizando la escala de Hamilton para evaluar la presencia de sintomatología. Por lo general, se utiliza exclusivamente la investigación de elementos principales para evaluar la homogeneidad de la escala, lo que sugiere que no se necesitan estudios adicionales de validación para el empleo de la escala PHQ-9 en este contexto (27).

JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, el suicidio se mantiene como las principales causas de mortalidad entre la población juvenil. La prevalencia de las tasas a lo largo de la vida de intentos de suicidio en este grupo varían entre el 3,1 % y el 8,8 %, mientras que las tasas de prevalencia de ideación suicida oscilan entre el 19,8 % y 24 % (28). De acuerdo con la encuesta Ensanut, hasta el 7.7% de la población adulta ha tenido por lo menos un pensamiento suicida. Se ha corroborado que la existencia de ideación suicida entre alumnos de medicina es un fenómeno frecuente en diversos entornos globales. A nivel nacional estudios como el de Granados Et. Al (1) muestra un panorama de depresión (26.8%) e ideación suicida (39.6%) en estudiantes de pregrado en la carrera de medicina en una universidad de la Ciudad de México en comparación a otras carreras y con mayor prevalencia en estudiantes de último año y en mujeres. Campuzano et. al. (2) En una cohorte realizada a alumnos de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México reportó la presencia de los múltiples grados de depresión con un máximo del 95% de la población (n=119) con depresión mínima. No obstante, la mayor parte de los estudios previos se llevaron a cabo en el extranjero, siendo pocos estudios realizados específicamente en la República Mexicana. Por ende, nuestro objetivo es investigar esta problemática en nuestra universidad, concentrándonos en aquellos estudiantes que presenten síntomas depresivos y otras patologías psiquiátricas. De esta manera, se puede considerar apropiado implementar intervenciones que apunten a reducir los niveles de depresión y ansiedad entre los alumnos. Sin embargo, como se ha mencionado, una gran parte de estos estudios se han relacionado en cohortes de población estadounidense o europea, existiendo poca literatura en población Latinoamericana y ningún estudio previo en población potosina, por lo que la realización de un estudio retrospectivo que evalúe la presencia de ideación suicida en estudiantes médicos en nuestra universidad lo consideramos justificado y sirve como parteaguas en futuras investigaciones. En latinoamérica se han realizado miles de estudios sobre la ideación suicida, sin embargo es poco lo que se ha estudiado en estudiantes de medicina, en México

solo son tres estudios los que se ha medido la ideación suicida en estudiantes de medicina y dos de ellos fueron realizados en residentes médicos.

Es por ello que consideramos que deben realizarse estudios metodológicamente bien planeados para valorar la ideación suicida en estudiantes de medicina, analizando variables como el sexo, año escolar y otras características sociodemográficas que pudiera explicar la razón por la que la ideación suicida pudiera ser más elevada en estudiantes de medicina, eviencia que parecen sugerir diversos estudios realizados en varias regiones del mundo con poblaciones heterogéneas.

Dentro de nuestra institución se cuenta con el equipo y el conocimiento para incluir los parámetros descritos, en la cohorte que se realizará en los alumnos de la universidad. El estudio de esta muestra proveerá información para poder determinar nuevos parámetros y ayudar a las nuevas generaciones de médicos a desarrollar su carrera de manera más productiva, con una menos cantidad de obstáculos.

Dicho de otra manera, será importante el reconocimiento de las causas, problemas y consecuencias que acarrea esta enfermedad, para que de esa manera se puedan desarrollar programas de prevención de la misma dentro de la institución, los cuales aseguren una calidad de vida para los futuros médicos, así como a sus familias y a la comunidad.

Es imperativo conocer la prevalencia de ideación suicida y depresión en estudiantes de medicina, principalmente para diseñar medidas preventivas para mejorar la salud mental de los alumnos.

PROPUESTA

El proceso educativo actual puede tener consecuencias negativas en la salud mental de los alumnos, con una alta frecuencia de ansiedad en los alumnos. Los

trastornos emocionales en forma de depresión y ansiedad existen en un alto índice entre los estudiantes del área de la salud que requieren de alguna intervención temprana. Los factores que incluyen el sentimiento de incompetencia, la falta de motivación para aprender y la dificultad del trabajo en clase pueden considerarse como una fuente de factores estresantes que pueden precipitar la depresión y la ansiedad. Puede ser un problema oculto significativo en los estudiantes de medicina y se deben considerar seriamente los mecanismos para identificar y ayudar a los estudiantes con problemas de salud mental. La alta prevalencia sugiere que se deben implementar medidas preventivas inmediatas, como la creación de servicios de apoyo psicopedagógico para estudiantes y programas de desarrollo docente. Es por eso que se pretende con los resultados obtenidos calcular la prevalencia de ideación suicida y depresión en los alumnos de medicina donde se utilizarán como instrumentos las escalas PHQ-9 (depresión) y SSI (ideación suicida), utilizando un punto de corte de 7 puntos para la PHQ-9 y un punto de corte de 1 punto para la SSI, los alumnos que presenten puntuación mayor a la establecida y si así lo desean se les brindará atención psiquiátrica inmediata en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de ideación suicida y depresión en los estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí?

HIPÓTESIS

La prevalencia de ideación suicida y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí es similar a la reportada en estudiantes de medicina de otras universidades del país.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes que cursan la carrera de medicina en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar el Cuestionario PHQ-9 de detección de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
- Aplicar la escala de SSI para detección de ideación suicida en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

OBJETIVO SECUNDARIO

- Identificar variables demográficas, psicosociales y académicas asociadas a puntajes altos obtenidos en las escalas PHQ-9 y SSI.
- Detectar por medio de la intervención a los alumnos de pregrado que se encuentren en riesgo de depresión o de ideación suicida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, se registra un total aproximadamente 800.000 fallecimientos por suicidio cada año, acompañados por un número aún mayor de intentos. El suicidio representa el 1,5% de todas las defunciones y se posiciona como la segunda causa principal de mortalidad entre individuos de 15 a 29 años de edad. El 7,4% de los mayores de 18 años ha experimentado ideación suicida, siendo esta proporción del 5,5% en hombres y del 7,6% en mujeres. Esta manifestación de conducta suicida ha sido objeto de estudio en adolescentes y universitarios, revelando variables asociadas como síntomas relacionados a la depresión, historial de consumo de drogas psicoactivas y percepción de rendimiento académico regular o deficiente en el último año. La presencia de por lo menos un episodio de ideación suicida a lo largo de la vida se estima en el 15,7%, con un 5% que informa haber realizado al menos un intento de suicidio (2).

Realizar un estudio en nuestra institución puede ayudar a determinar el riesgo de los alumnos de medicina y confirmar si este se parece a lo especificado en la literatura previamente publicada. Se reconoce que los futuros médicos enfrentan una carga laboral, responsabilidad y presión social elevada, lo que puede contribuir a un aumento notable en los niveles de depresión a lo largo de su formación, que a menudo no recibe la atención adecuada. La exploración de factores familiares, individuales y emocionales, así como la investigación de atributos psicológicos y sociales desconocidos en esta población, junto a el conocimiento de los principales factores de riesgo asociados con el intento de suicidio, podría proporcionar respuestas iniciales a este complejo problema de salud en los estudiantes. Estas respuestas podrían ser fundamentales para la implementación de estrategias de atención temprana y prevención. Algunos estudios revisados ofrecen una perspectiva general de la conducta suicida, evidenciando su presencia constante en la población de futuros médicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

Estudio descriptivo, transversal, observacional.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala Medición	De
VARIABLE DEPENDIENTE				
Ideación Suicida	La primera manifestación expresada a través de ideas o pensamientos de daño intencional a uno mismo para causar la muerte, pero no se ha cometido ningún acto en función de ello.	Continua	SSI Riesgo ideación suicida 0-38 puntos	
Depresión	Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo caracterizado por episodios determinados de al menos dos semanas de duración que implican cambios en el afecto, cognición y funciones neurovegetativas.	Continua	PHQ-9 Presencia de síntomas depresivos 0-27 puntos	
VARIABLES ASOCIADAS				
Edad	Edad cronológica en años	Continua	Años 17-25	
Identidad de Género	Vivencia de género individual, correspondiente o no con el sexo biológico	Categorica	Masculino Femenino Otro_____	

Grado académico	Nivel de escolaridad cursado	Categorica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primer año 2. Segundo año 3. Tercer año 4. Cuarto año
Promedio	Media aritmética de su calificación	Continua	<p>Calificación expresada con decimales</p> <p>0.0-10.0</p>
Estado civil	Clase o condición de una persona en el orden social	Categorica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo
Vive con: Red de apoyo	Personas con las que vive en su domicilio	Categorica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con padres 2. Con pareja-hijos 3. Amigos o compañeros 4. Otros familiares 5. Solo

UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

Fueron incluidos alumnos del primero al cuarto año de la Licenciatura de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí para la elaboración de esta investigación, invitándoles a llenar el cuestionario de la Escala de Ideación Suicida (SSI), el cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) y un estudio sociodemográfico, los cuales se proporcionaron de manera física. Los estudiantes cursando otros grados académicos, así como los que ya cursan la pasantía fueron excluidos.

Criterios de inclusión: Alumnos de medicina del primero al cuarto año de la carrera que hayan aceptado participar y lo manifiesten por medio de su firma en el consentimiento informado proporcionado.

Criterios de exclusión: Alumnos que no firmen consentimiento informado para participación e intervención psiquiátrica voluntaria en caso de obtener puntuaciones de riesgo. Alumnos de la carrera de medicina que no cursen del primer al cuarto año de la carrera.

Criterios de eliminación: Alumnos que deseen revocar su consentimiento durante la aplicación de las encuestas.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Para realizar el cálculo de tamaño de muestra requerido, se utilizó el software OpenEpi, empleando una fórmula de poblaciones finitas y teniendo las siguientes consideraciones: una población finita de 480 alumnos, un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5%, y una proporción esperada del 39.6% correspondiente a la prevalencia de ideación suicida en estudios previos. El resultado fue un tamaño de muestra requerido de 209 como mínimo para obtener resultados representativos en este estudio.

VALIDACIÓN DE LOS MÉTODOS DE EVALUACIÓN

La escala PHQ-9 actualmente se encuentra traducida al español y validada para la población mexicana por nuestras autoridades de salud. En cuanto a la SSI, con el fin de asegurar su reproducibilidad, se realizó un proceso de validación interna previo a la aplicación del resto de los cuestionarios. Se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach con 30 observaciones para medir la confiabilidad de la escala SSI, en caso de obtener un valor entre 0.70 y 0.90 se procederá aplicar el cuestionario al resto de los participantes. En cuanto al cuestionario de datos sociodemográficos, al no ser un instrumento formal de medición, sino más bien un conjunto de ítems seleccionados específicamente para este estudio, no se necesita validación adicional ya que los datos obtenidos por sí mismos no arrojan una variable de salida específica.

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS.

Se desarrolló con la previa autorización y firma de forma presencial del consentimiento informado por parte de los alumnos que aceptaron participar, posteriormente se procedió a la aplicación de las escalas y estudio sociodemográfico en formato impreso para detectar la presencia del fenómeno estudiado en nuestros participantes, la aplicación requirió un tiempo aproximado de 15 minutos en completarlo. La aplicación de las escalas y la forma en cómo se distribuyeron a través de los diferentes grupos se hizo por medio del área de atención de estudiantes de la facultad de medicina de la universidad, tomando en cuenta las clases y horarios durante las fechas de aplicación en diciembre del 2024 y se proporcionó a los estudiantes una breve justificación sobre la importancia de realizar este estudio. Quien realizó los procedimientos de todo el estudio para

proteger los derechos de los estudiantes es la investigadora principal la Dra. Araceli Hernández Acevedo que se encuentra cursando el cuarto año de especialidad en psiquiatría en la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”. Los datos se recopilaron durante el mes de diciembre del 2024, iniciando la aplicación de las escalas el día 3 de diciembre para finalizar el día 13 de diciembre del 2024 con una duración total de 10 días hábiles, esto tomando en cuenta la fecha de aceptación del protocolo por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, la cual fue el día 03 de diciembre del 2024.

Se garantizó a los estudiantes la confidencialidad de sus datos personales durante todo el curso de recolección, análisis y presentación de la información. No se recopilaron las direcciones de correos electrónicos de los estudiantes, ni datos que no fueran estrictamente necesarios para su identificación por parte de la investigadora, lo anterior con la intención de que todos aquellos participantes en los que se detectara riesgo de depresión, intención suicida, o bien, riesgo social pudieran elegir voluntariamente recibir atención a su caso por parte del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UASLP.

Los datos recolectados fueron vaciados en una base de datos de elaboración propia por la investigadora y posteriormente fueron analizados por miembros del equipo de investigación.

Para obtener la prevalencia de ideación suicida y depresión se utilizaron como instrumentos las escalas PHQ-9 (depresión) y SSI (ideación suicida), utilizando un punto de corte de 7 puntos para la PHQ-9 y un punto de corte de 1 punto para la SSI. Los datos sociodemográficos se clasificaron de acuerdo con su tipo de variable. Los participantes llenaron 3 cuestionarios impresos, mismos que fueron recolectados por la aplicadora para el posterior vaciamiento de datos en la base final.

La prevalencia de depresión e ideación suicida se calculó dividiendo el número de casos positivos (según los puntos de corte en ambas escalas) por el número total de participantes, multiplicado por 100 para obtener un porcentaje.

Para el objetivo secundario, se realizó un análisis bivariado para identificar la asociación entre las variables sociodemográficas y los puntajes altos en PHQ-9 y SSI, mediante pruebas estadísticas de regresión lineal múltiple.

Los puntajes de las escalas se interpretaron tomando como referencia un punto de corte de 7 puntos para la PHQ-9 y un punto de corte de 1 punto para la SSI. Las respuestas del cuestionario sociodemográfico se clasificaron de acuerdo con su tipo de variable.

En ningún momento nadie fuera del equipo que realizó la investigación tuvo acceso a los datos en crudo. Se utilizó estadística descriptiva para informar las frecuencias y los porcentajes de respuestas individuales de los estudiantes. Se informaron las frecuencias, medias y porcentajes de los datos recopilados y se empleó estadística descriptiva para describir los resultados. Esta investigación con relación al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación se consideró “sin riesgo”.

ASPECTOS ÉTICOS

DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERÉS

La autora del presente trabajo de investigación, titulado "Prevalencia de ideación suicida y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí," declara explícitamente que no existen conflictos de interés financieros, personales, académicos ni de otra índole que puedan influir en la realización, análisis o interpretación de los datos de este estudio. Este proyecto fue desarrollado como requisito para la obtención del diploma de especialidad en Psiquiatría, bajo la supervisión del Dr. José María Hernández Mata como director de tesis y la Dra. María Susana Juárez Tobías como directora metodológica, ambos pertenecientes a la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. La investigación se realizó siguiendo los principios éticos y metodológicos establecidos, con el único objetivo de aportar conocimiento relevante sobre la salud mental en el ámbito estudiantil. Esta investigación en relación al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación se considera sin riesgo.

El protocolo fue enviado al Comité de Ética y de Investigación de la Facultad de Medicina de la UASLP para su aprobación. Este protocolo no proporciona ningún tipo de beneficio financiero o comercial por su implementación. Los métodos realizados estuvieron de acuerdo con las normativas institucionales y éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud, la declaración de Helsinki y sus posteriores modificaciones. El estudio se adherirá estrictamente a los principios de las directrices tripartitas de la ICH tituladas "Recomendaciones de buenas prácticas clínicas". (Enero de 1997). La realización del proyecto se inició hasta que se contó con la autorización. Se tomó en cuenta la estructura del protocolo y la cobertura de las buenas prácticas clínicas, así como el reporte de acuerdo con la NOM 012-SSA3-2012 para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

De la misma manera el estudio se ajusta a la ley orgánica de la función estadística pública, que garantiza a las personas que den información que esta se realizará de forma agregada imposibilitando que se conozca la identidad de los participantes. Se guardará completa confidencialidad de la información formando base de datos; sin nombre ni número de seguridad social de pacientes para resguardar información confidencial, con solo acceso a los interesados, en una base de datos con archivo encriptado con clave, la cual solo conocerán los investigadores. Esta investigación no integra ningún tipo de conflicto de intereses.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Año	2023	2024	2025
Idea de investigación			
Elaboración de marco teórico			
Elaboración de protocolo			
Registro del protocolo			
Inclusión de pacientes y registro de la información			
Análisis de información			
Presentación del trabajo			

FINANCIAMIENTO

Este trabajo no requirió financiamiento externo, se trata de un estudio observacional y se financió con recursos propios de la investigadora principal.

PRODUCTOS DERIVADOS

Posterior a la realización del estudio, y durante el mismo, se identificará a los alumnos con puntajes de depresión que podrían indicar un riesgo para su propia salud, y, se les invitará a recibir atención médica psiquiátrica sin costo por parte del departamento de psiquiatría de la facultad de medicina. Este procedimiento no involucra un incremento en el costo de operatividad, ya que el departamento de psiquiatría opera de manera habitual y no involucra un gasto.

Los datos obtenidos en el estudio se utilizarán para el desarrollo de programas de prevención de salud mental en la universidad. Estos mismos se diseñarán, implementarán y evaluarán en un tiempo posterior a la presentación del trabajo de tesis por parte de la investigadora.

RESULTADOS

El estudio, realizado con 266 estudiantes (edad media 20.3 ± 2.4 años), reveló una prevalencia del 30.1% de ideación suicida y del 54.1% de síntomas depresivos. La Tabla 1 que se presenta a continuación resume los principales resultados, incluyendo puntajes de cuestionarios y datos sociodemográficos de los participantes.

	Si (N=80)	No (N=186)	Total (N=266)
Puntaje del cuestionario SSI			
Media (DE)	11.7 (5.85)	1.18 (1.53)	4.35 (5.94)
Mediana [Min, Max]	10.0 [6.00, 29.0]	0 [0, 5.00]	2.00 [0, 29.0]
Puntaje del cuestionario PHQ			

Media (DE)	13.6 (6.43)	7.30 (4.95)	9.19 (6.15)
Mediana [Min, Max]	13.0 [2.00, 26.0]	6.00 [0, 24.0]	8.00 [0, 26.0]
Edad			
Media (DE)	20.3 (1.93)	20.3 (2.59)	20.3 (2.41)
Mediana [Min, Max]	20.0 [17.0, 27.0]	20.0 [17.0, 40.0]	20.0 [17.0, 40.0]
Identidad de Género			
Femenino	49 (61.3%)	94 (50.5%)	143 (53.8%)
Masculino	29 (36.3%)	92 (49.5%)	121 (45.5%)
Otro	2 (2.5%)	0 (0%)	2 (0.8%)
Año de carrera cursado			
Cuarto año	3 (3.8%)	5 (2.7%)	8 (3.0%)
Primer año	34 (42.5%)	59 (31.7%)	93 (35.0%)
Segundo año	27 (33.8%)	80 (43.0%)	107 (40.2%)
Tercer año	16 (20.0%)	42 (22.6%)	58 (21.8%)
Promedio			
MeDIA (DE)	7.01 (0.901)	7.22 (0.717)	7.15 (0.781)
Mediana [Min, Max]	7.00 [4.80, 9.70]	7.20 [5.00, 8.80]	7.10 [4.80, 9.70]
Estado Civil			
Casado	0 (0%)	1 (0.5%)	1 (0.4%)
Soltero	80 (100%)	184 (98.9%)	264 (99.2%)
Unión libre	0 (0%)	1 (0.5%)	1 (0.4%)
Comparte Vivienda Con			

Amigos o compañeros	2 (2.5%)	7 (3.8%)	9 (3.4%)
Con pareja e hijos	1 (1.3%)	2 (1.1%)	3 (1.1%)
Con pareja sin hijos	1 (1.3%)	0 (0%)	1 (0.4%)
Otros familiares	4 (5.0%)	19 (10.2%)	23 (8.6%)
Solo	2 (2.5%)	15 (8.1%)	17 (6.4%)
Uno o ambos padres	70 (87.5%)	143 (76.9%)	213 (80.1%)
Pareja sentimental actual			
No	55 (68.8%)	116 (62.4%)	171 (64.3%)
Sí	25 (31.3%)	68 (36.6%)	93 (35.0%)
No contestaron	0 (0%)	2 (1.1%)	2 (0.8%)
Número de Hijos			
Media (DE)	0.0250 (0.157)	0.0162 (0.164)	0.0189 (0.162)
Mediana [Min, Max]	0 [0, 1.00]	0 [0, 2.00]	0 [0, 2.00]
No contestaron	0 (0%)	1 (0.5%)	1 (0.4%)
Dependencia económica			
Otros	3 (3.8%)	4 (2.2%)	7 (2.6%)
Pareja	1 (1.3%)	0 (0%)	1 (0.4%)
Uno o ambos padres	76 (95.0%)	182 (97.8%)	258 (97.0%)
Actividad Física			
Bicicleta	1 (1.3%)	4 (2.2%)	5 (1.9%)
Correr	9 (11.3%)	28 (15.1%)	37 (13.9%)
Deporte en equipo	0 (0%)	7 (3.8%)	7 (2.6%)
Gimnasio	25 (31.3%)	55 (29.6%)	80 (30.1%)

No practica ninguna actividad física	38 (47.5%)	72 (38.7%)	110 (41.4%)
Otro	7 (8.8%)	20 (10.8%)	27 (10.2%)
Número de hijo que el estudiante ocupa en su familia			
Media (DE)	1.96 (1.31)	1.73 (0.993)	1.80 (1.10)
Mediana [Min, Max]	2.00 [1.00, 8.00]	1.00 [1.00, 7.00]	1.50 [1.00, 8.00]
Practica alguna creencia religiosa			
No	26 (32.5%)	42 (22.6%)	68 (25.6%)
Sí	54 (67.5%)	143 (76.9%)	197 (74.1%)
No contestaron	0 (0%)	1 (0.5%)	1 (0.4%)
En caso de que la respuesta anterior haya sido positiva especificar cuál religión			
Católica	48 (60.0%)	129 (69.4%)	177 (66.5%)
Adventista	1 (1.3%)	2 (1.1%)	3 (1.1%)
Cristiana	4 (5.0%)	13 (7.0%)	17 (6.4%)
Testigo de Jehová	1 (1.3%)	0 (0%)	1 (0.4%)
No contestaron	26 (32.5%)	42 (22.6%)	68 (25.6%)
Puntaje de PHQ sugerente de ideación suicida			
Si	60 (75.0%)	62 (33.3%)	122 (45.9%)
No	20 (25.0%)	124 (66.7%)	144 (54.1%)

Tabla 1: Resultados de la intervención.

El estudio se llevó a cabo mediante la encuesta a 266 participantes, con una edad media de 20.3 ± 2.4 años.

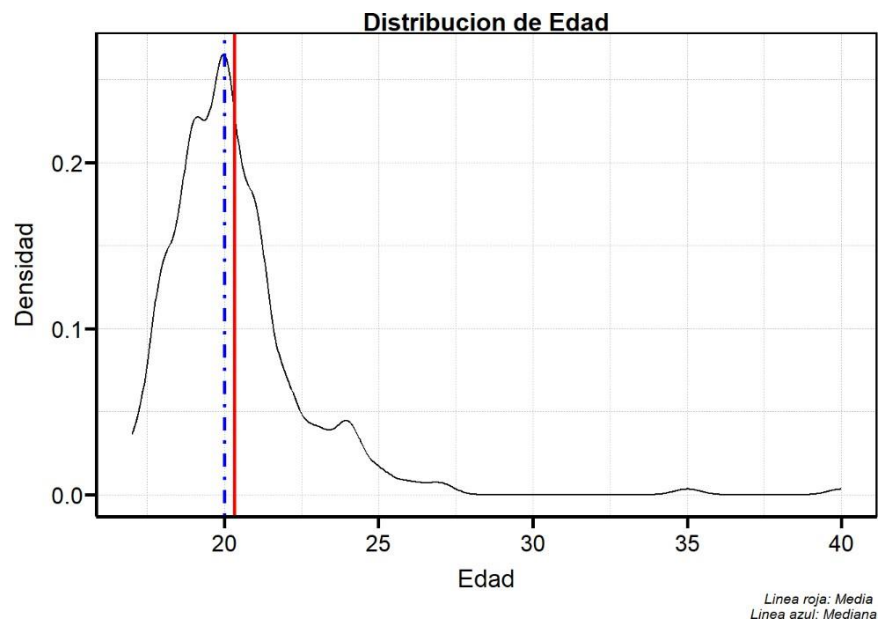


FIGURA 1: DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PARTICIPANTES.

De la población total, 143 (53.8%) participantes se identificaron con el género femenino, 121 (45.5%) con el género masculino y 2 (0.8%) con otro género.

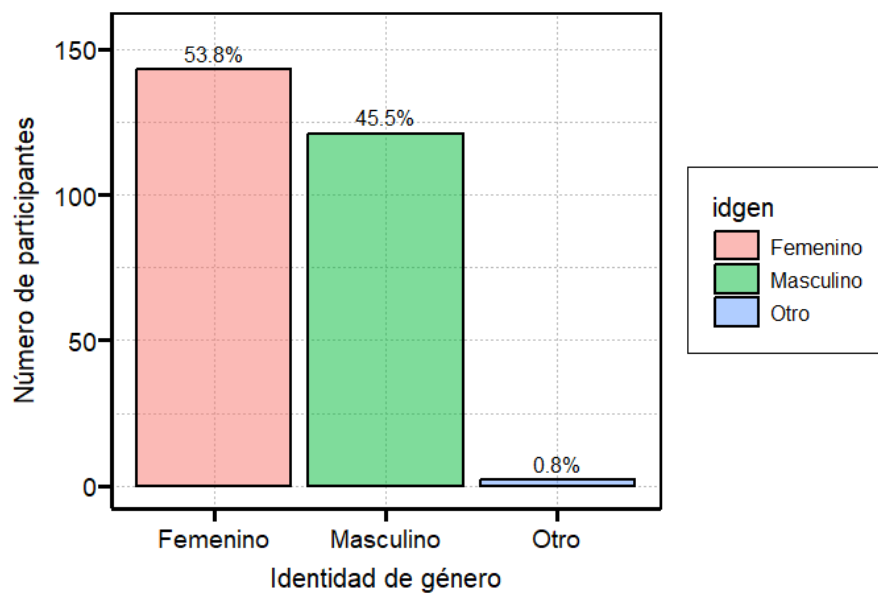


FIGURA 2: GÉNERO DE LOS PARTICIPANTES

Respecto al año de carrera cursado, 107 (40.2%) se encontraban en el segundo año, 93 (35.0%) en el primer año, 58 (21.8%) en el tercer año y solo 8 (3.0%) en el cuarto año de la carrera. El promedio general de calificaciones en la población fue de 7.15 ± 0.7 .

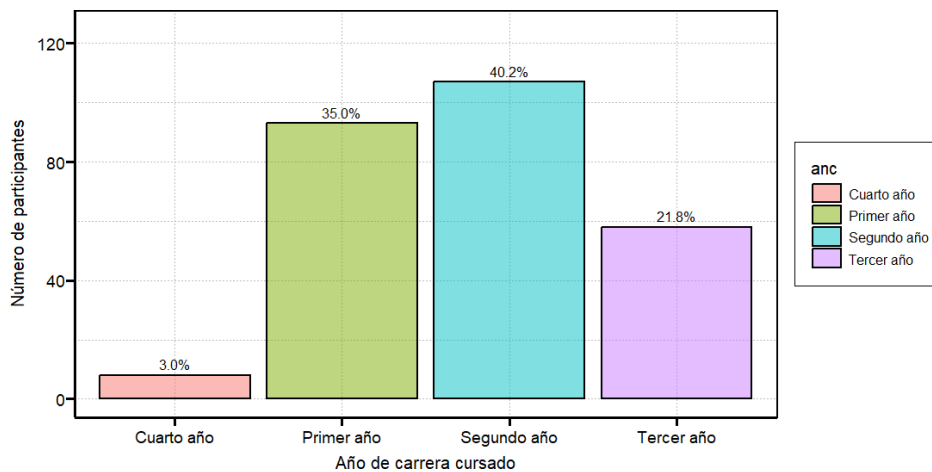


FIGURA 3: AÑO DE CARRERA CURSADO

En cuanto al estado civil, 264 (99.2%) participantes eran solteros, mientras que 1 (0.4%) participante estaba casado y 1 (0.4%) en unión libre.

Sobre la vivienda, 213 (80.1%) reportaron vivir con uno o ambos padres, 23 (8.6%) con otros familiares, 17 (6.4%) vivían solos, 9 (3.4%) con amigos o compañeros, 3 (1.1%) con pareja e hijos, y 1 (0.4%) con pareja sin hijos.

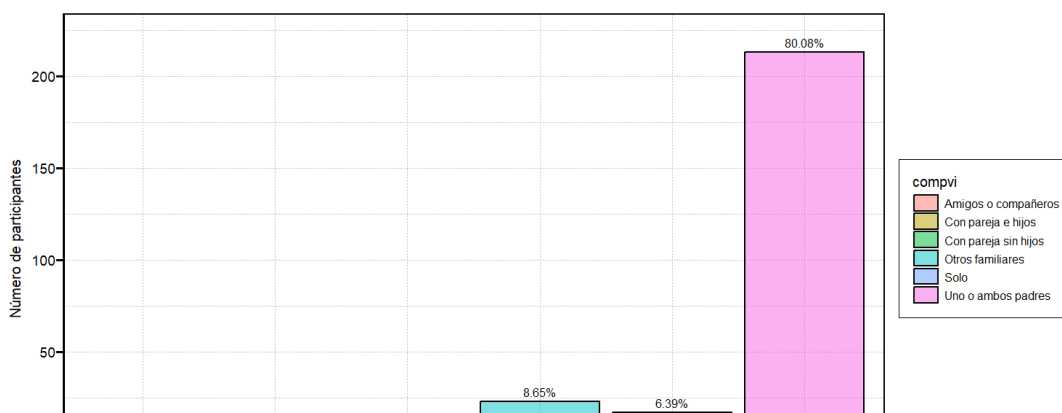


FIGURA 4: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA DE LOS PARTICIPANTES.

Con relación al estado sentimental, 171 (64.3%) participantes reportaron no tener una pareja sentimental actual, 93 (35.0%) sí tenían pareja, y 2 (0.8%) se abstuvieron de responder.

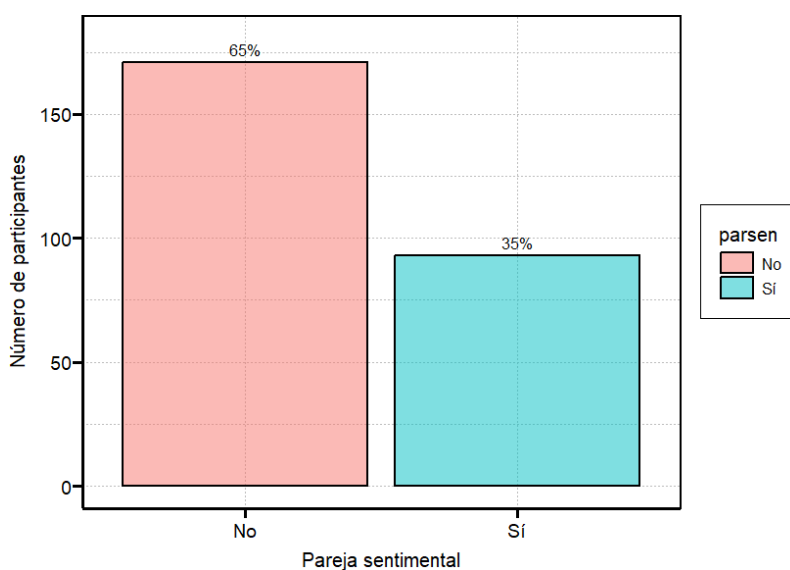


FIGURA 5: SITUACIÓN SENTIMENTAL DE LOS PARTICIPANTES.

En términos de dependencia económica, 258 (97.0%) participantes dependían de uno o ambos padres, 7 (2.6%) de otras personas, y 1 (0.4%) dependía de su pareja.

Respecto a la creencia religiosa, 197 (74.1%) practicaban alguna religión, 68 (25.6%) no practicaban ninguna, y 1 (0.4%) se abstuvo de responder.

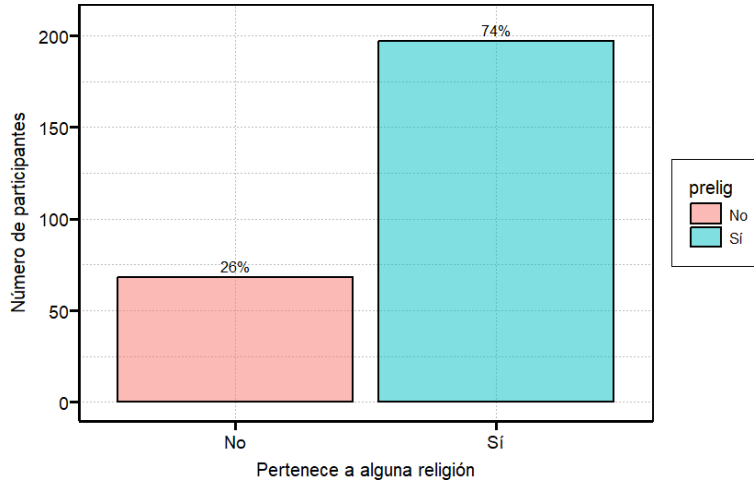


FIGURA 6: CREENCIAS RELIGIOSAS DE LOS PARTICIPANTES.

En cuanto a la actividad física, 110 (41.4%) participantes declararon no practicar ninguna actividad, 80 (30.1%) realizaban actividad física en un gimnasio, 37 (13.9%)

corría bicicleta y 27 (10.1%) practicaban deporte en equipo.

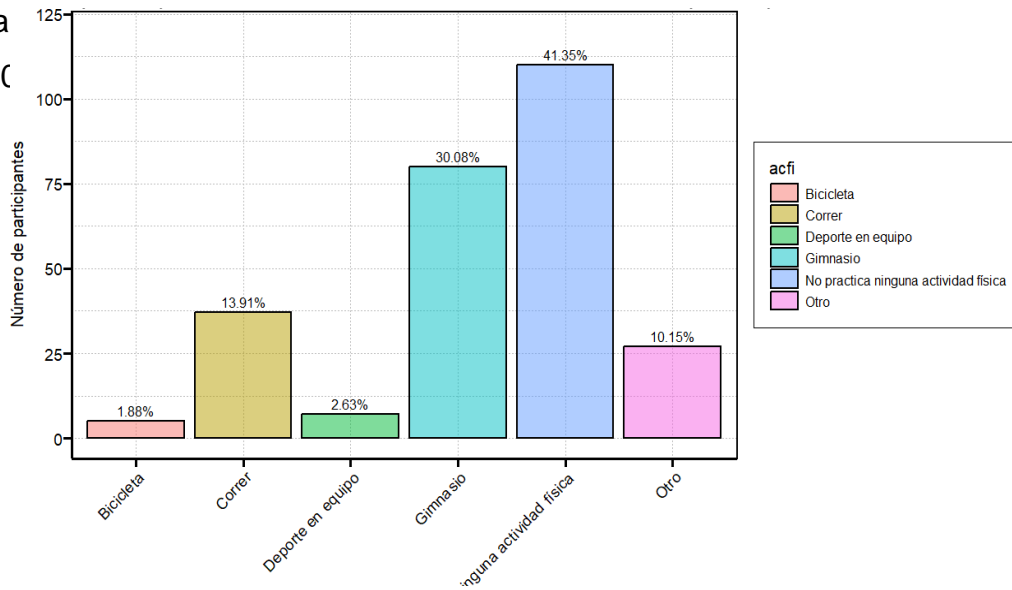


FIGURA 7: ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS PARTICIPANTES.

El puntaje promedio en el cuestionario SSI fue de 4.35 ± 5.94 , con una distribución no normal, y una mediana de 2 [0, 29].

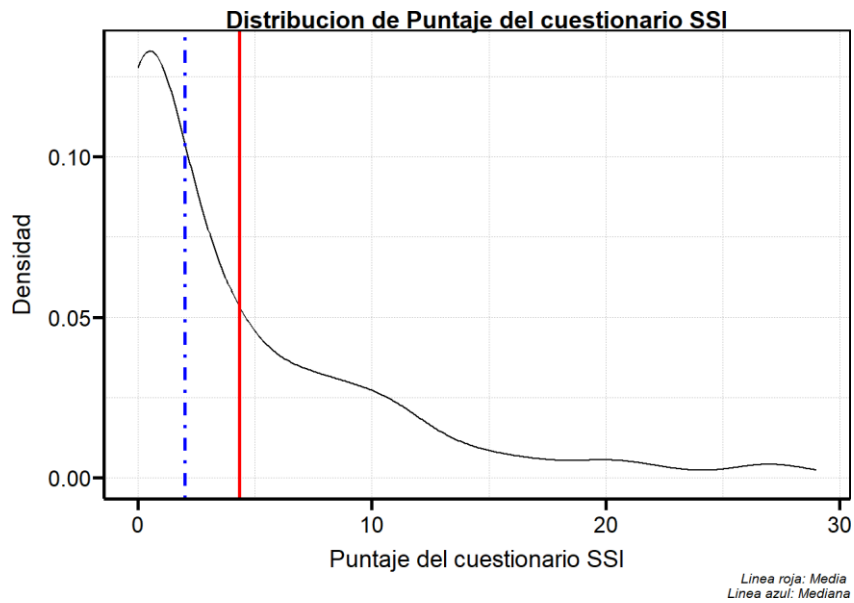


FIGURA 8: DISTRIBUCIÓN DE PUNTAJE DEL CUESTIONARIO SSI

En el caso del PHQ-9, el puntaje promedio fue de 9.19 ± 6.15 , con una distribución no normal y una mediana de 8 [0, 26].

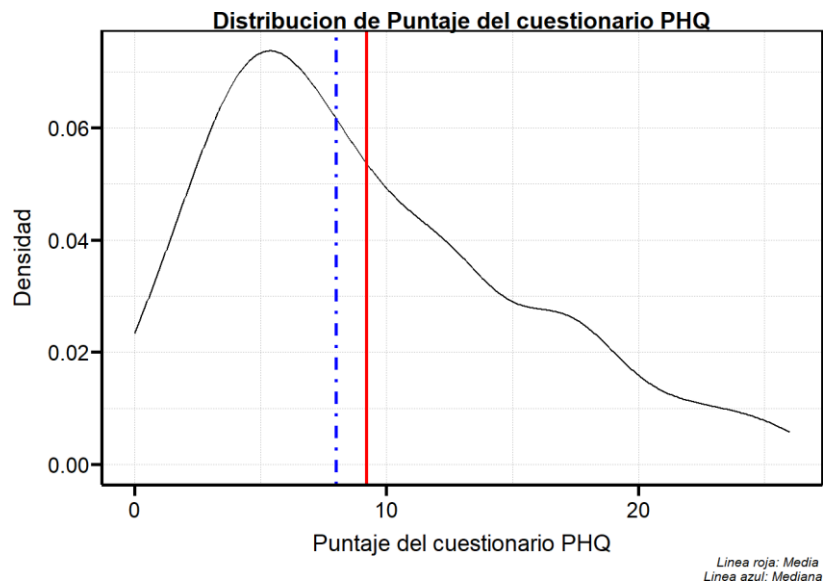


FIGURA 9: DISTRIBUCIÓN DE PUNTAJE DEL CUESTIONARIO PHQ-9

Se realizó un estudio de concordancia entre las escalas SSI y PHQ-9 para identificar puntajes sugerentes de ideación suicida. Las escalas se validaron mediante un procedimiento de validación interna utilizando la prueba de Kappa de Cohen para dos evaluadores, obteniéndose un coeficiente de Kappa = 0.79 ($p < 0.001$), lo que indica una concordancia sustancial entre ambas herramientas.

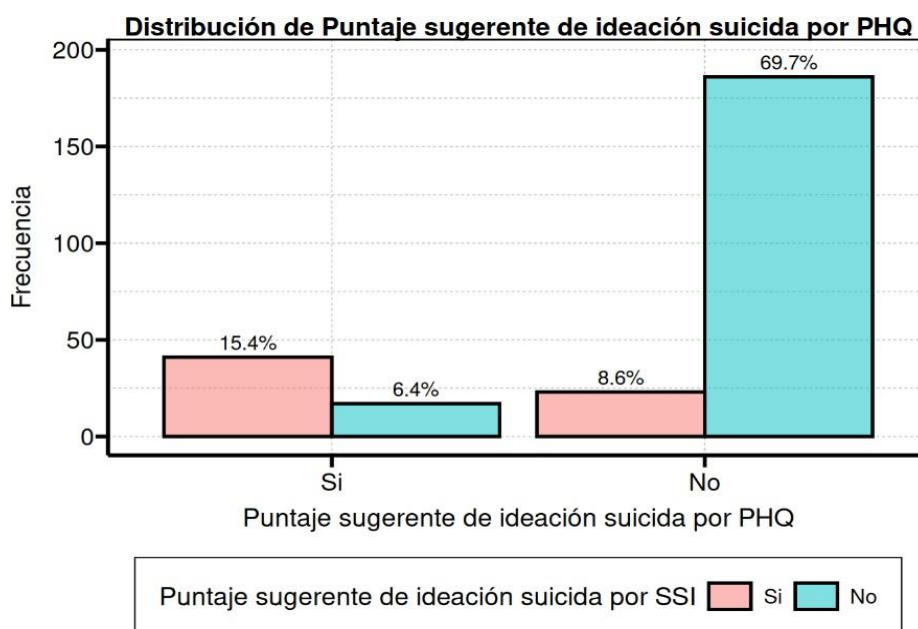


FIGURA 10: GRÁFICA DE CONCORDANCIA ENTRE SSI Y PHQ-9 PARA INTENCIÓN SUICIDA.

Se observó que 80 (30.1%) participantes obtuvieron puntajes sugerentes de ideación suicida mediante el cuestionario SSI, mientras que 122 (54.1%) presentaron puntajes indicativos de depresión en el PHQ-9.

Como parte de los objetivos secundarios, se evaluó la asociación entre la ideación suicida y los determinantes demográficos estudiados.

Para el cuestionario SSI, se identificaron diferencias significativas en las variables continuas mediante la prueba T de Student, con un valor de $p = 0.043$ y una diferencia de medias de -0.21 (IC⁹⁵: $-0.42, -0.01$). Las demás variables continuas no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Variable	SW	Valor de p	DM	IC Menor	IC mayor
Edad	<0.001*	0.69365 [§]	-0.02	-0.66	0.61
Promedio	0.14166	0.04357 [†]	-0.21	-0.42	-0.01

TABLA 2: SW: SHAPIRO WILK, DM: DIFERENCIA DE MEDIAS, IC: INTERVALO DE CONFIANZA+ T DE STUDENT, § U DE MANN WHITNEY PARA SSI.

En cuanto a las variables dicotómicas, ninguna mostró asociación significativa con los puntajes de SSI.

Variable	Frec. Esp	Valor de p	Odds Ratio	IC Menor	IC Mayor
Pareja sentimental	28.18	0.45213	1.29	0.74	2.26
Religión	20.53	0.12771	1.64	0.92	2.93

TABLA 3: FREC. ESP: FRECUENCIAS ESPERADAS MÍNIMAS PARA SSI.

Para el PHQ-9, no se encontraron diferencias significativas en las variables continuas ni en las variables dicotómicas asociadas con la presencia de ideación suicida en las pruebas bivariadas.

Variable	SW	Valor de p	DM	IC Menor	IC mayor
ed	<0.001*	0.14726 [§]	0.14	-0.44	0.73
prom	0.31767	0.65252 [†]	-0.04	-0.23	0.15

TABLA 4: SW: SHAPIRO WILK, DM: DIFERENCIA DE MEDIAS, IC: INTERVALO DE CONFIANZA+ T DE STUDENT, § U DE MANN WHITNEY PHQ-9.

De igual manera se evaluó la asociación entre las variables dicotómicas para la presencia de ideación suicida evaluada mediante la escala PHQ-9, sin significancia estadística en las pruebas bivariadas.

Variable	Frec. Esp	Valor de p	Odds Ratio	IC Menor	IC Mayor
Pareja sentimental	42.62	0.58	1.19	0.72	1.98
Religión	31.05	0.66	0.85	0.49	1.48

TABLA 5: FREC. ESP: FRECUENCIAS ESPERADAS MÍNIMAS PARA PHQ-9.

De manera exploratoria, se realizaron modelos de regresión lineal múltiple para determinar la correlación entre las variables demográficas estudiadas con los puntajes numéricos de los cuestionarios SSI y PHQ-9. Se partió desde un modelo saturado que incluía todas las variables incluidas teniendo como variables de salida los puntajes de los cuestionarios de manera individual (1 modelo por cuestionario). Se procedió a la selección de los predictores mediante el procedimiento de stepwise backward, basado en el valor de p evaluado por medio de tablas de ANOVA tipo III, tomando como valor de p umbral 0.05.

Para el modelo de SSI, no se encontró correlación con las variables estudiadas, con valores de p >0.05.

Variable	Valor de p
Intercepto	0.8
Edad	0.07
Identidad de género	0.26
Año cursado	0.73
Promedio	0.15
Comparte vivienda	0.33
Pareja sentimental	0.33
Realiza actividad física	0.52
Pertenece a alguna religión	0.17

TABLA 1: REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE PARA SSI

Respecto al modelo realizado para el puntaje de PHQ-9, el modelo con mayor parsimonia incluyó las variables identidad de género, año cursado y promedio actual. Se obtuvo un valor de p global <0.001 , con un valor de R^2 ajustado de 0.08.

Variable	Valor de p
Intercepto	<0.001
Identidad de género	<0.001
Año cursado	0.024
Promedio	0.023

DISCUSIÓN

La prevalencia de ideación suicida fue del 30.1% de los estudiantes evaluados, en cuanto a la prevalencia de depresión el 54.1% de los participantes presentó síntomas depresivos, para la ideación suicida vemos que está dentro del rango descrito en la literatura internacional, que varía entre el 5.9% y el 35.6% (11, 18, 3), en cuanto a los síntomas depresivos supera los valores promedio observados en estudios nacionales, pero es menor al 95% reportado por Campuzano et al. en el Estado de México (30).

Este dato resalta la vulnerabilidad de los estudiantes de medicina frente a pensamientos suicidas, posiblemente exacerbados por la presión académica y el estrés emocional inherentes a su formación (15). Sin embargo, este valor es menor al reportado por Granados et al. en Ciudad de México (39.6%), lo que podría explicarse por diferencias en los entornos educativos o en el diseño del estudio, como el uso de herramientas y puntos de corte específicos. Estas variaciones refuerzan la necesidad de contextualizar los resultados en función de las características locales.

El análisis de concordancia entre las escalas SSI y PHQ-9 arrojó un coeficiente de Kappa de 0.79 ($p < 0.001$), lo que indica una concordancia sustancial entre ambos instrumentos para identificar casos de riesgo. Este hallazgo refuerza la validez del PHQ-9, ampliamente utilizado en población mexicana (28), y respalda el uso de la escala SSI en este contexto.

El análisis de las asociaciones entre las variables sociodemográficas y académicas con los puntajes de las escalas reveló resultados limitados. En el caso del PHQ-9, las variables identidad de género, año cursado y promedio académico mostraron correlaciones significativas en un modelo de regresión lineal múltiple (p global < 0.001), pero con un R^2 ajustado de solo 0.08. Esto sugiere que, aunque estas variables tienen cierta influencia, su capacidad para explicar los síntomas depresivos es limitada. Es probable que factores emocionales, sociales y culturales,

no evaluados en este estudio, tengan un peso mayor en la aparición de estos síntomas (13, 16).

Por otro lado, los resultados de la escala SSI no mostraron asociaciones significativas con las variables analizadas, lo que sugiere que la ideación suicida responde a una etiología más compleja. Factores como la carga percibida y la pertenencia frustrada, descritos en la literatura (26, 17), podrían desempeñar un papel crucial. Sin embargo, estos conceptos no fueron evaluados directamente en este trabajo, lo que representa una limitación importante para interpretar los hallazgos.

Al comparar los resultados con estudios previos, se observan tanto coincidencias como discrepancias. Mientras algunos trabajos destacan una mayor prevalencia de ideación suicida en estudiantes de medicina en comparación con la población general (11, 15), otros identifican factores de riesgo específicos, como el abuso de sustancias, que no fueron abordados en este estudio (12, 18). La ausencia de estas variables limita la capacidad de este trabajo para contextualizar los resultados en un marco más amplio. Esto subraya la necesidad de ampliar el alcance en futuras investigaciones, integrando factores emocionales, económicos y sociales para ofrecer una visión más completa (22, 21).

CONCLUSIONES

Este estudio identificó una prevalencia de ideación suicida del 30.1% y de depresión del 54.1% en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

La concordancia sustancial entre las escalas PHQ-9 y SSI (Kappa = 0.79, $p < 0.001$) valida su utilidad como herramientas de tamizaje para la identificación de riesgos de salud mental en estudiantes de medicina, aunque la escala SSI requiere una validación formal en población mexicana para ampliar su aplicabilidad.

Las variables demográficas y académicas, como identidad de género, año cursado y promedio académico mostraron una correlación significativa con los puntajes de depresión, aunque su capacidad explicativa fue limitada (R^2 ajustado = 0.08).

En contraste, no se identificaron asociaciones significativas con los puntajes de ideación suicida, lo que sugiere la influencia de factores emocionales y sociales más complejos.

IMPLICACIONES PRÁCTICAS Y PREVENCIÓN

Los hallazgos de este estudio refuerzan la importancia de implementar estrategias de intervención para la prevención y atención temprana de problemas de salud mental en estudiantes de medicina. El alto porcentaje de participantes con síntomas de depresión e ideación suicida indica que las acciones actuales podrían no ser suficientes. Se recomienda la creación de programas de apoyo psicopedagógico, el fortalecimiento de los servicios de salud mental en la institución y la capacitación de docentes para la detección temprana de problemas emocionales. Adicionalmente, sería valioso explorar la disposición de los estudiantes a participar en estas intervenciones para garantizar su efectividad (6, 21).

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Entre las fortalezas de este estudio destaca el uso de herramientas validadas y su enfoque en una población poco estudiada en el contexto nacional, lo que aporta datos valiosos para el diseño de estrategias de intervención local. Sin embargo, existen limitaciones importantes, como el diseño transversal, que impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas, la falta de validación formal de la escala SSI en población mexicana (2, 28) y la falta de evaluación de factores como el abuso de sustancias o el estrés financiero, subrayan la importancia de realizar investigaciones complementarias. Estudios longitudinales que incluyan un enfoque integral de factores sociodemográficos, emocionales y académicos permitirán comprender mejor las dinámicas que influyen en la ideación suicida y la depresión en esta población.

Además, el posible sesgo de reporte asociado a la naturaleza autoadministrada de las encuestas podría haber influido en la precisión de los resultados. Estas limitaciones deben ser consideradas al interpretar los hallazgos y al planear estudios futuros.

Este trabajo representa un aporte significativo al conocimiento local sobre salud mental en estudiantes de medicina, posicionándose como una base para futuras investigaciones y el diseño de intervenciones específicas en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y en contextos educativos similares en México.

REFERENCIAS

1. Suárez YP, Restrepo DE, Caballero CC. Ideación suicida y su relación con la inteligencia emocional en universitarios colombianos. *Rev Univ Ind Santander*. 2016; 48.
2. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1979; 47(2), 343–352.
3. Castro-Osorio R, Maldonado-Avenidaño N, Cardona-Gómez P. Proposal for a Model of Suicidal Ideation in Medical Students in Colombia: A Simulation Study. *Propuesta de un modelo de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Colombia: un estudio de simulación. Revista Colombiana de psiquiatría (English ed.)*. 2020; 51(1).
4. Borges G, Orozco R, Medina ME. Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Publica Mex*. 2012; 54.
5. OPS. La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas.. [Online].; 2019 [cited 2023 septiembre. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence59&isAllowed.
6. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, Bechamps G, Russell T, Satele D, et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons.. *Archives of surgery*. 2011; 146(1).
7. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of internal medicine*. 2008; 149(5).
8. Gong Y, Han T, Chen W, Dib HH, Yang G, Zhuang R, et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in China: a cross-sectional study. *PloS one*. 2014; 9(7).
9. American Psychological Association [APA]. *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Washington D.C.: Editorial Médica Panamericana; 2014.

10. González-Ramírez MT, Landero-Hernández R, García-Campayo J. Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. The relationship among depression, anxiety, and somatic symptoms in a sample of university students in northern Mexico. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*. 2009; 25(2).
11. Osama M, IMY, Hussain SA, Masroor SM, Burney MU, Masood MA, Menezes RG, et al. Suicidal ideation among medical students of Pakistan: a cross-sectional study. *Journal of forensic and legal medicine*. 2014; 27.
12. Curran TA, Gawley E, Casey P, Gill M, Crumlish N. Depression, suicidality and alcohol abuse among medical and business students. *Irish medical journal*. 2009; 102(8).
13. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K, et al. Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2009; 84(2).
14. Brennan-Wydra E, Chung HW, Angoff N, ChenFeng J, Phillips A, Schreiber J, et al. Maladaptive Perfectionism, Impostor Phenomenon, and Suicidal Ideation Among Medical Students.. *cademic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*. 2021; 45(6).
15. Romo-Nava F, Bobadilla-Espinosa RI, Tafoya SA, Guízar-Sánchez DP, Gutiérrez JR, Carriedo P, et al. Major depressive disorder in Mexican medical students and associated factors: A focus on current and past abuse experiences. *Journal of affective disorders*. 2019; 245.
16. Kosik R, Nguyen T, Ko I. Suicidal ideation in medical students. *Neuropsychiatry (London)*. 2017; 7.
17. Christensen H, Batterham PJ, Mackinnon AJ, Donker T, Soubelet A. Predictors of the risk factors for suicide identified by the interpersonal-psychological theory of suicidal behaviour. *Psychiatry research*. 2014; 219(2).

18. Coentre R, Góis C. Suicidal ideation in medical students: recent insights. *Advances in medical education and practice*. 2018; 9.
19. Mandal A, Ghosh A, Sengupta G, Bera T, Das N, Mukherjee S. Factors affecting the performance of undergraduate medical students: a perspective. *Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*. 2012; 37(2).
20. Webb E, Ashton CH, Kelly P, Kamah F. An update on British medical students' lifestyles. *Medical education*. 1998; 32(3).
21. Tjia J, Givens JL, Shea JA. Factors associated with undertreatment of medical student depression. *Journal of American college health : J of ACH*. 2005; 53(5).
22. Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2002; 77(9).
23. EM P, SJ C, CB p. An empirical test of the interpersonal theory of suicide in a heterogeneous eating disorder sample. *Int J Eat Disord*. 2017; 50(2).
24. Arenas A, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016.
25. Joiner T. *Why people die by suicide*. 1st ed. Boston: Harvard University Press; 2007.
26. Joiner T, Silva C. *Why people die by suicide: Further development and tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior..* In *Meaning, mortality, and choice: The social psychology of existential concerns*. Washington: American Psychological Association; 2012. p. 325–36.
27. Saldivia S, Aslan J. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista médica de Chile*. 2019; 147(1).
28. Cha CB, Franz PJ, Guzman E, Glenn CR, Kleiman EM, Nock MK. Annual Research Review: Suicide among youth—epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2018; 59.

29. Cosme, J. A. G., Landeros, O. G., Ramírez, M. I. I., & Pérez, G. M. (2020). Depresión, ansiedad y conducta suicida en la formación médica en una universidad en México. *Investigacion en educacion medica*, 9(35), 66–74.
30. González, M. E. C., Montes, P. B., Jiménez, Y. L., & Herrera, D. M. G. (2017). CTESDepresión en alumnos de medicina Universidad Autónoma del Estado de México, 2009 –2014. *Revista Electrónica sobre Tecnología, Educación y Sociedad*, 4(7).

ANEXOS

ANEXO 1: ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (SSI)

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. Porque seguir viviendo vale más que morir
 - 1. Aproximadamente iguales
 - 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
-

4. *Deseo de intentar activamente el suicidio*

- 0. Ninguno
 - 1. Débil
 - 2. Moderado a fuerte
-

5. *Deseos pasivos de suicidio*

- 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
 - 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
 - 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
-

6. *Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)*

- 0. Breve, períodos pasajeros
 - 1. Por amplios períodos de tiempo
 - 2. Continuo (crónico) o casi continuo
-

7. *Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)*

- 0. Raro, ocasional
- 1. Intermitente
- 2. Persistente o continuo

8. *Actitud hacia la ideación/deseo*
0. Rechazo
 1. Ambivalente, indiferente
 2. Aceptación
-
9. *Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out*
0. Tiene sentido del control
 1. Inseguro
 2. No tiene sentido del control
-
10. *Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)*
0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
-
11. *Razones para el intento contemplado*
0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
 1. Combinación de 0 y 2
 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
-
12. *Método (especificidad/planificación del intento contemplado)*
0. No considerado
 1. Considerado, pero detalles no calculados
 2. Detalles calculados/bien formulados
-
13. *Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)*
0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
 2. Método y oportunidad accesibles
 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto
-
14. *Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento*
0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
 1. Inseguridad sobre su valor
 2. Seguros de su valor, capacidad
-
15. *Expectativas/espera del intento actual*
0. No
 1. Incierto
 2. Sí
-
16. *Preparación actual para el intento contemplado*
0. Ninguna
 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
-
17. *Nota suicida*
0. Ninguna
 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
 2. Nota terminada
-
18. *Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)*
0. Ninguno
 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
-
19. *Engaño/encubrimiento del intento contemplado*
0. Reveló las ideas abiertamente
 1. Frenó lo que estaba expresando
 2. Intentó engañar, ocultar, mentir
-

ANEXO 2: CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ – 9)

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

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
 =Total Score: _____

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

San Luis Potosí, a __ de _____ del 20__

Por esta vía yo _____ acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Prevalencia de ideación suicida y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí" aprobado el día 02/12/24 por el comité de Ética de la Facultad de Medicina de la UASLP, con registro **CONBIOETICA-24-CEI-001-20220119-XXXX**.

El objetivo del estudio es identificar la presencia de ideación suicida y depresión en alumnos de Medicina de la UASLP. Se me ha explicado que mi colaboración implica responder tres cuestionarios escritos sobre mis datos generales, con una duración aproximada de 15 minutos. Estoy conforme en que mi participación es voluntaria, libre, confidencial, no remunerada y exenta de cualquier forma de presión. Además, se me explicó que los datos registrados seguirán las recomendaciones de La Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, por lo que la identificación de los datos personales en las bases de datos serán codificadas, de manera que solo puedan ser identificados los participantes a los que se les ofrecerá la atención psiquiátrica en caso de considerarse necesario.

Se me ha asegurado que no existen riesgos o molestias derivadas de mi participación que puedan afectar mi salud, y que al finalizar, tendré acceso a los resultados. Entiendo que mi participación se limita a fines diagnósticos y no terapéuticos. En caso de necesitarlo y si estoy de acuerdo, se me ofrece la posibilidad de recibir atención psiquiátrica en el área de Psiquiatría de la universidad sin costo alguno, apegándose a los lineamientos de retroalimentación a los participantes como está estipulado en el artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud y el apartado 10.8 de la NOM 012-SSA3-2012.

He leído y comprendido este formulario de consentimiento, se han esclarecido mis dudas y se han respondido favorablemente todas mis preguntas. Entiendo que mi decisión de no participar no afectará mi situación en la facultad de Medicina, y que toda información personal será tratada de forma estrictamente confidencial mediante la asignación de un código para el manejo de los datos, así mismo, en caso de haber sido incluido en el estudio, estoy enterado de que puedo solicitar mi retiro del estudio sin tener repercusiones. Si surgen más preguntas, puedo dirigirlas al investigador principal, la Dra. Araceli Hernández Acevedo, con confianza.

Nombre completo del alumno: _____

Firma del alumno: _____

Nombre y firma de testigo 1: _____

Nombre y firma de testigo 2: _____

Nombre : Araceli Hernández Acevedo

Firma:

Teléfono:

Nombre de asesor metodológico: Dra María Susana Juárez Tobías

Nombre de asesor clínico: Dr. José María Hernández Mata

ANEXO 4: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA

Gracias por contestar estos cuestionarios, las respuestas serán conservadas en confidencialidad, sus respuestas son importantes ya que forman parte de una investigación sobre la Prevalencia de ideación suicida y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis potosí.

Por favor conteste con la mayor veracidad posible, tachando o palomeando el inciso de la opción o escribiendo según sea el caso de la pregunta.

1.-¿Qué edad tienes? _____

2.-Género:

a) Masculino

b) Femenino

c) Otro (especificar) _____

2.-¿Grado de licenciatura que cursa actualmente?

a) Primero

b) Segundo

c) Tercero

d) Cuarto

3.-¿Cuál es tu estado civil?

a) Soltero

b) Casado

c) Unión libre

d) Divorciado

e) Viudo

4.-¿Si usted es soltero(a), viudo(a) o divorciado (a), ¿Tiene pareja sentimental actualmente?

a)Si

b)No

5.-Número de hijos: _____ En caso de no tener ningún hijo, favor de escribir un cero (0).

7.-¿Con quién vive?

a) Con padres

b) Con pareja/hijos

c) Comparte con amigos o compañeros

d) Otros familiares

e) Solo

8.-¿De quién depende económicamente?

a)Padres

b)Pareja

c)Hijos

d)Otros

e) Usted mismo

9.-¿Realiza alguna actividad física? ¿De qué tipo es?

a)Gimnasio

b)Correr

c)Bicicleta

d)Deporte en equipo

e)Otro

f)No practico alguna actividad física

10.-Número de hijo que el estudiante ocupa en su familia: _____

11.- ¿Practica alguna creencia religiosa? _____ ¿Cuál? _____

12.- ¿Cuál es su promedio? _____ (favor de anotar el último promedio general obtenido)

