



TENDENCIA SUICIDA EN MÉDICOS VETERINARIOS EN LA REGIÓN DE VALPARAÍSO

Memoria Para Optar al Título de Médico Veterinario

MARCELA PAZ CAMPILLAY MÉNDEZ

Profesor Guía: MV. Romy Weinborn Astudillo

VIÑA DEL MAR – CHILE

2019



TENDENCIA SUICIDA EN MÉDICOS VETERINARIOS EN LA REGIÓN DE VALPARAÍSO

Memoria Para Optar al Título de Médico Veterinario

MARCELA PAZ CAMPILLAY MÉNDEZ

Profesor Guía: MV. Romy Weinborn Astudillo

	Calificación	Firma
Profesor guía:		
Dr. Romy Weinborn Astudillo	_____	_____
Profesor informante:		
Ps. Braulio Bruna González	_____	_____

VIÑA DEL MAR – CHILE

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia me gustaría agradecer a mi familia, en especial a mi hermano Oscar, quien siempre tuvo fe en mí y palabras de aliento en los momentos difíciles de esta carrera, y también a mis padres, abuela Alicia y especialmente a Isabel Melendez por ser parte de este largo proceso y una gran fuente de apoyo y cariño incondicional.

También agradecer a mis mascotas que están o estuvieron en algún momento de mi vida, ya que todas ellas me impulsaron a estudiar esta linda carrera, ellos cada día con más fuerza me hacen saber que fue la decisión correcta, me acompañaron tardes y noches enteras de estudio y cada vez me hacen querer ser una mejor profesional.

A demás me gustaría agradecer a mi grupo de amigos que encontré finalizando ya esta carrera, pero que han sido buenas personas y un gran grupo de apoyo en todo momento, especialmente en las risas y estudios, gracias Constanza, Cinthia e Iván.

Finalmente, agradecer a mis profesores que fueron parte de mi proceso formativo, les agradezco infinitamente cada enseñanza dada, a la Dra. Romy Weinborn, muchas gracias por su incondicional ayuda es este trabajo, al Dr. Mario Ahumada quien siempre tuvo sabios consejos y palabras que entregarme en cada momento, también a Johana Muñoz, quien también fue parte fundamental en todo este proceso formativo, le agradezco infinitamente toda la ayudas entregadas.

Muchas gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. RESUMEN	11
2. INTRODUCCIÓN	13
2.1. Hipótesis	16
3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	16
3.1. Tendencia suicida y suicidio	17
3.2. Factores de riesgo.....	19
3.2.1. Factores de riesgo suicida	20
3.2.2. Factores ambientales.....	22
3.2.3. Instrumentos de medición de tendencias suicidas.....	23
3.2.4. Tendencia suicida y suicidio en Chile y en Medicina Veterinaria	26
4. OBJETIVOS	32
4.1. Objetivo general.....	33
4.2. Objetivo específico	33
5. MATERIAL Y METODOS	33
5.1. Población y lugar de estudio.....	34
5.2. Criterios de inclusión.....	34
5.3. Criterios de exclusión.....	34
5.4. Tamaño muestral.....	35
5.5. Metodología.....	35
5.6. Escalas de medición tendencia suicida	36
5.6.1. Escala SAD PERSONS.....	36
5.6.2. COLUMBIA – Escala de severidad suicida (C-SSRS)	37
5.6.3. Índice Kappa.....	40
6. RESULTADOS	43
6.1. Tendencia suicida en médicos veterinarios	43
6.2. SAD PERSONS y C-SSRS.....	44
6.2.1. Rango etario.....	47

6.2.2.	Sexo.....	48
6.2.3.	Convivencia	49
6.2.4.	Años de ejercicio laboral	51
6.2.5.	Área laboral	52
6.2.6.	Horario de trabajo.....	54
6.2.7.	Horas laborales.....	56
6.2.8.	Tipo de trabajo	57
6.2.9.	Intentos y suicidios consumados en médicos veterinarios	59
6.2.10.	Ingresos	63
6.2.11.	Eutanasias	65
6.2.12.	Factor estrés.....	71
6.2.13.	Factor familia.....	75
6.2.14.	Red de apoyo.....	77
6.2.15.	Pasatiempos.....	80
6.3.	Análisis KAPPA.....	83
8.	CONCLUSIONES.....	95
9.	BIBLIOGRAFIA.....	97
10.	ANEXOS.....	100

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1: Prevalencia de tendencia suicida en médicos veterinarios de la Región de Valparaíso.....	41
Gráfico N°2: Distribución porcentual de resultados en individuos positivos a cuestionarios C-SSRS.....	42
Gráfico N°3: Distribución porcentual de individuos positivos a SAD PERSONS.....	43
Gráfico N°4: Distribución de cantidad de individuos positivos según rango etario.....	45
Gráfico N°5: Distribución porcentual de individuos positivos según sexo....	46
Gráfico N°6: Distribución de cantidad de individuos positivos según su estado de convivencia.....	47
Gráfico N°7: Distribución porcentual de individuos positivos según años de ejercicio laboral.....	49
Gráfico N°8: Cantidad de individuos positivos a tendencias suicidas y sus especialidades.....	51
Gráfico N°9: Distribución de individuos positivos según horario de trabajo.....	53
Gráfico N°10: Distribución porcentual de individuos positivos según la cantidad de horas laborales.....	55
Gráfico N°11: Distribución total de los individuos según grupos por su tipo de trabajo y contrato.....	57
Gráfico N°12: Distribución total de los individuos positivos que han conocido a M.V que se hayan intentado suicidar.....	58

Gráfico N°13: Distribución total de los individuos positivos que han conocido a M.V que se haya suicidado.....	60
Gráfico N°14: Distribución de cantidad de individuos positivos según sus ingresos.....	62
Gráfico N°15: Distribución porcentual de individuos positivos que realizan eutanasias.....	63
Gráfico N°16: Distribución porcentual cantidad de procedimientos realizados.....	64
Gráfico N°17: Distribución porcentual de individuos según el porcentaje de acuerdo al realizar este procedimiento.....	66
Gráfico N°18: Distribución porcentual de individuos positivos según factores de estrés asociados a la realización de eutanasias.....	68
Gráfico N°19: Distribución porcentual de individuos factores de estrés.....	69
Gráfico N°20: Distribución porcentual de individuos positivos según motivos de estrés.....	71
Gráfico N°21: Distribución porcentual de individuos según si viven en la misma Región que su núcleo familiar.....	72
Gráfico N°22: Distribución porcentual de individuos según si poseen red de apoyo.....	75
Gráfico N°23: Distribución porcentual de individuos positivos según cantidad de juntas con su red de apoyo a la semana.....	77
Gráfico N°24: Distribución porcentual de individuos positivos ante la realización de pasatiempos.....	78
Gráfico N°25: Distribución porcentual de individuos positivos según los pasatiempos que realizan.....	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Interpretación del puntaje escala SAD PERSONS.....	36
Tabla N°2: Interpretación escala C-SSRS.....	38
Tabla N°3: Tabla de escala para valoración de índice Kappa.....	42
Tabla N°4: Tabla de contingencia 2x2.....	42
Tabla N°5: Distribución de frecuencias de individuos negativos y positivos a tendencias suicidas.....	40
Tabla N°6: Distribución de frecuencias de individuos positivos al cuestionario C-SSRS.....	42
Tabla N°7: Distribución de frecuencias de individuos positivos a cuestionario SAD PERSONS.....	43
Tabla N°8: Distribución de frecuencias de individuos según rango etario....	44
Tabla N°9: Distribución de frecuencias de individuos según sexo.....	45
Tabla N°10: Distribución de frecuencias intergrupos de individuos positivos según convivencia.....	47
Tabla N°11: Distribución de frecuencias de individuos según su estado de convivencia.....	48
Tabla N°12: Distribución de frecuencias de individuos según años de ejercicio laboral.....	49
Tabla N°13: Distribución de frecuencias de individuos según área en que se desempeñan los individuos encuestados.....	50
Tabla N°14: Distribución de frecuencias de individuos según horario de trabajo.....	52

Tabla N°15: Distribución de frecuencias de individuos según horas laborales.....	54
Tabla N°16: Distribución de frecuencias de individuos según tipo de trabajo.....	56
Tabla N°17: Distribución de frecuencias de individuos según tipo de contrato.....	56
Tabla N°18: Distribución de frecuencias de individuos que conocieron algún M.V que se haya intentado suicidar.....	59
Tabla N°19: Distribución de frecuencias de individuos que conocieron algún M.V que se haya suicidado.....	61
Tabla N°20: Distribución de frecuencias de individuos que realizan eutanasias.....	63
Tabla N°21: Distribución de frecuencias intergrupos de individuos positivos según eutanasias realizadas.....	65
Tabla N°22: Distribución de frecuencias de individuos según cantidad de procedimientos de eutanasias realizadas.....	65
Tabla N°23: Distribución de frecuencias de individuos según aceptación de realización de procedimiento.....	66
Tabla N°24: Distribución de frecuencias de individuos positivos que consideran estresante este procedimiento.....	67
Tabla N°25: Distribución de frecuencias de individuos según factores de estrés.....	70
Tabla N°26: Distribución de frecuencias de individuos que su núcleo familiar vive en la misma región.....	71

Tabla N°27: Distribución de frecuencias de individuos que su núcleo familiar vive en la misma región.....	73
Tabla N°28: Distribución de frecuencias de individuos según si tienen hijos.....	73
Tabla N°29: Distribución de frecuencias de individuos según si viven o no con sus hijos.....	74
Tabla N°30: Distribución de frecuencias de individuos según red de apoyo.....	75
Tabla N°31: Distribución de frecuencias de individuos según cuantas veces se juntan con su red de apoyo a la semana.....	76
Tabla N°32: Distribución de frecuencias de individuos según si tienen pasatiempo.....	78
Tabla N°33: Tabla de contingencia 2x2.....	81

1. RESUMEN

El objetivo del presente trabajo investigativo es poder establecer la prevalencia de la tendencia suicida en médicos veterinarios chilenos que ejercen en la región de Valparaíso, mediante la utilización de cuestionarios SAD PERSONS y Columbia Suicide Severity Rating Scale, y a su vez, poder entrelazar los resultados a la encuesta sociodemográfica.

El suicidio en sí, se define como el acto deliberado de quitarse la vida, actualmente la Organización Mundial de la Salud describe que anualmente se quitan la vida alrededor de 1 millón de personas, al extrapolar estas cifras a la medicina veterinaria, se encuentran varios estudios que dejan en evidencia que esta carrera tiene una alta tasa de suicidio a nivel mundial llegando incluso a ser 3 a 4 veces más que la población general, mientras que en cuanto a la ideación suicida, se describe que por lo menos el 17% de los médicos veterinarios de Estados Unidos sufren de esta.

Para poder realizar este estudio, se realizó un cuestionario mediante formulario Google, siendo específicamente enfocado a médicos veterinarios de la Región de Valparaíso. Posterior se aplicaron criterios de inclusión y exclusión quedando muestra total de 45 individuos, de los cuales se les realizaron dos escalas, siendo estas de amplia distribución y utilización a nivel mundial, obteniendo una prevalencia de 22.2% de individuos sugerentes a ser positivos a tendencias suicidas.

Del total de los individuos positivos, se describe que el 70% son mujeres, el 80% total de los individuos lleva ejerciendo menos de 10 años y el 90% del total de los individuos trabajan en el área de clínica menor. Por lo menos el 80% de los individuos encuestados conocen a algún médico veterinario que se haya intentado suicidar o suicidado, por lo tanto este estudio permite visibilizar lo que sucede a nivel de carrera de médicos veterinarios de la región de Valparaíso, a comparación de los grandes estudios publicados a nivel internacional.

Palabras claves: *Tendencia suicida, suicidio, médicos veterinarios, SAD PERSONS, Columbia Suicide Severity Rating Scale.*

ABSTRACT

The objective of this research work is to establish the prevalence of the suicidal tendency in Chilean veterinary doctors who practice in the Valparaíso region, through the use of SAD PERSONS and Columbia Suicide Severity Rating Scale questionnaires, and in turn, to be able to intertwine the results to the sociodemographic survey.

Suicide itself is defined as the deliberate act of taking one's own life, currently the World Health Organization describes that about 1 million people are killed annually, by extrapolating these figures to veterinary medicine, several studies are found which show that this race has a high suicide rate worldwide, even being 3 to 4 times more than the general population, while in terms of suicidal ideation, it is described that at least 17% of US veterinarians suffer from this.

In order to carry out this study, a questionnaire was made using Google form, being specifically focused on veterinary doctors from the Valparaíso Region. Subsequently, inclusion and exclusion criteria were applied, leaving a total sample of 45 individuals, of which two scales were made, being widely distributed and used worldwide, obtaining a prevalence of 22.2% of suggestive individuals to be positive to suicidal tendencies.

Of the total positive individuals, it is described that 70% are women, 80% of all individuals have been working for less than 10 years and 90% of the total of individuals work in the area of minor clinic. At least 80% of the individuals surveyed know a veterinarian who has attempted suicide or suicided, therefore this study allows us to visualize what happens at career level of veterinary doctors in the region of Valparaíso, compared to the large studies published internationally.

Keywords: *Suicidal tendency, suicide, veterinary doctors, SAD PERSONS, Columbia Suicide Severity Rating Scale.*

2. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sacó a relucir un estudio indicando que cada año se suicidan un millón de personas anualmente, lo que se traduce a una muerte cada 40 segundos (Acero, n.d.). Actualmente se considera que el suicidio está dentro de las 10 causas de muerte en cada país y es una de las 3 principales causas de muerte de las personas que tienen entre 15 y 35 años (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Para poder abordar adecuadamente este tema, se debe comprender que las conductas suicidas tienen un amplio espectro de conductas, éstas van desde la ideación suicida hasta el acto consumado (Araya & Vargas, 2019).

Con respecto a los datos entregados por el estudio del servicio médico legal sobre el suicidio en Chile se da a conocer la alarmante cifra de que a nivel nacional es la segunda causa de muerte, siendo la primera causa los accidentes de tránsito (Nahuelpan & Varas, 2018).

En el estudio previamente mencionado sobre los fallecidos por suicidio o lesiones auto infligidas intencionalmente durante el periodo 2000 – 2010 la cantidad de fallecidos presenta un aumento año a año, siendo la Región metropolitana, Región Valparaíso y la Región del Biobío quienes tienen la mayor cantidad de casos, la Región Metropolitana casi duplica el número comparado a las Regiones de Valparaíso y Biobío, las Regiones con menores números de casos suelen ser las extremas del país, la Región de Arica y Parinacota, Región de Aysén y Región de Magallanes (Nahuelpan & Varas, 2018).

Solo en el año 2011 fallecieron un total de 6.671 personas en todo el país, siendo 1.940 personas que fallecieron por lesiones auto infligidas intencionalmente lo que equivale al 29.1% de las muertes totales (Nahuelpan & Varas, 2018).

Dado a que la cantidad de fallecidos con lesiones auto infligidas intencionalmente ha aumentado año a año, el promedio de suicidios mensuales a nivel nacional en el año 2000 había sido de 100.7 fallecidos al mes, mientras que en el año 2010 aumenta a

un promedio de 161.8 fallecidos al mes (Nahuelpan & Varas, 2018). Durante el año 2000 fallecían 3.3 individuos por suicidio al día, en el año 2010 este promedio aumenta a 5.5 fallecidos por día, se estima que durante el año 2000 había un fallecido cada 7 horas, en cambio para el 2010 hay un fallecido cada 4.4 horas a lo largo de Chile (Nahuelpan & Varas, 2018).

Respecto a la variable de género, los hombres tienen una mayor prevalencia en comparación a las mujeres, entre el 2000 – 2010 los hombres han aumentado la cantidad de suicidios en total, durante el año 2000 se estima que fallecían casi 2.8 personas del sexo masculino por día, mientras que en el 2010 aumenta a 4.3 suicidios diarios, en cambio en las mujeres durante el año 2000 se estima que la ocurrencia era 0.5 mientras que en el 2010 aumenta la frecuencia a 1.0 al día (Nahuelpan & Varas, 2018).

Sobre la metodología suicida, lo que más se emplea a nivel nacional es el ahorcamiento (81.8%), luego el uso de arma de fuego (7.7%) y luego el envenenamiento (4.1%), siendo en hombres lo más utilizados las armas de fuego y ahorcamiento, en el caso de las mujeres utilizan el ahorcamiento y envenenamiento (Nahuelpan & Varas, 2018).

Respecto al estudio del Servicio Médico Legal en la Región Metropolitana durante los años 2011 – 2017 el grupo etario con mayor cantidad de suicidio fue entre los 25 – 44 años y luego lo sigue el rango de 45 – 64 años (Nahuelpan & Varas, 2018).

En específico, en la población de médicos veterinarios en un estudio realizado en Estados Unidos durante el periodo de 1979 – 2015 indica que la cantidad de probabilidad de realizar suicidios en médicos veterinarios es de 3.5 veces más comparado a la población general (Tomasi *et al.*, 2019). En este estudio luego de pasar por los criterios de inclusión y exclusión, finalmente fueron seleccionados 11.620 médicos veterinarios que fallecieron de los cuales 398 (3%) la causa de muerte fue suicidio, al desglosar esta cifra, el 82% (326) eran hombres y el 18% (72) mujeres, pero este dato se va modificando con el tiempo, ya que con los años empieza a existir un aumento en el ingreso de mujeres a la profesión. Asimismo, el rango etario al

momento de fallecer en las mujeres estaban entre los 25 y 44 años (45/72), mientras que los hombres el rango era de 45 – 64 años (148/326), de la totalidad de los médicos veterinarios que fallecieron por suicidio el 79% (313) tenían como trabajo el área clínica y el 17% (67) no tenían trabajos como clínicos, mientras que un 5% (18) se desconoce el área que ejercían (Tomasi *et al.*, 2019).

Dentro de la investigación descrita anteriormente, entrega como dato que los médicos veterinarios tiene una mayor predisposición al suicidio, ya que están expuesto a altos niveles de estrés laboral, largas horas de trabajo, equilibrio deficiente entre la vida laboral y el trabajo, una alta deuda estudiantil, quejas de los clientes, procedimientos de eutanasias, entre otras cosas, teniendo aún mayor riesgo quienes trabajan con animales de compañía (Tomasi *et al.*, 2019).

Dentro del mismo estudio de Tomasi *et al.*, sus resultados arrojaron que de los 11.627 médicos veterinarios encuestados en Estado Unidos, el 9% tenía actualmente problemas psicológicos graves, 31% había experimentado episodios depresivos y el 17% había experimentado ideas suicidas desde que terminaron la escuela de medicina veterinaria, otras encuestas regionales a médicos veterinarios hallaron niveles más altos de ansiedad, depresión y fatiga por compasión (Tomasi *et al.*, 2019).

Existen más investigaciones que entregan datos que a nivel internacional la medicina veterinaria tiene un alto índice de suicidio comparado a la población general, y que los métodos más utilizados para cometerlo son las armas de fuego y el envenenamiento, en el caso de los médicos veterinarios practicantes lo más usado es el envenenamiento con barbitúricos (Platt *et al.*, 2010).

En una encuesta realizada en el 2012 en Alabama – Estados Unidos a 701 médicos veterinarios, indicó que el 66% padecía depresión diagnosticada y el 24% a pensado en suicidio desde que comenzaron a estudiar medicina veterinaria, los encuestados consideraron que su trabajo era estresante y el 67% tenía signos de agotamiento o fatiga por compasión (Tomasi *et al.*, 2019).

En Chile no existen datos sobre tendencia suicida en la población de médicos veterinarios y cuando se restringe la información a la comuna de Valparaíso, la

información en la población general es sumamente acotada y en la de médicos veterinarios es inexistente, motivo por el cual la presente investigación busca evaluar la tendencia suicida que existe en médicos veterinarios de la comuna de Valparaíso y con los resultados permitir la visualización de esta problemática.

2.1. Hipótesis

La tendencia suicida en médicos veterinarios de la Región de Valparaíso es igual o mayor a un 17%.

3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

3.1. Tendencia suicida y suicidio

La palabra suicidio es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas “sui” (uno mismo) y “caedere” (matar) (Ministerio de Salud, 2013), este hecho se describe desde la antigüedad en la biblia pero con la diferencia que se veía como un acto indigno, apreciación que se ha ido modificando en el tiempo en conjunto al cambio cultural, por lo que actual y socialmente este hecho no se percibe como indigno (Hernández & Villarreal, 2015).

La definición sobre que el suicidio dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es “*acto deliberado de quitarse la vida*”, pero su prevalencia y forma de realizar este acto varía según el país, estando aun así dentro de las primeras causas de muerte a nivel mundial (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, 2003).

Cabe destacar que aun así, el fenómeno del suicidio ha sido descrito y definido de variadas formas a lo largo de los años, quedando finalmente descrito en 1976 por la OMS como “*Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable en la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil*” (Ministerio de Salud, 2013).

Respecto a la situación actual en Chile durante el periodo entre 2000 – 2010 murieron un total de 17.809 personas siendo la Región Metropolitana, Región de Valparaíso y la Región del Biobío quienes encabezan la mayor cantidad de suicidio, existiendo mayor prevalencia en hombres que mujeres (Nahuelpan & Varas, 2018).

Pese a todas estas definiciones es importante recalcar que el suicidio es un trastorno multidimensional, el cual tiene una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Para poder profundizar más este tema se debe comprender qué es la conducta suicida, siendo esta entendida como un amplio espectro de conductas también conocido como suicidalidad, que va desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, obtención de los medios para realizarlo hasta el acto ya consumado (Ministerio de Salud, 2013).

Suicidalidad: Va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, planificación y el intento suicida (Ministerio de Salud, 2013).

Con respecto a la suicidalidad consta de 3 fases antes de llegar al hecho consumado, las cuales serán expresadas en las siguientes definiciones:

- a) Ideación suicida: Abarca desde los pensamientos sobre la muerte o sobre morir, incluyendo deseos de morir, pensamientos de hacerse daño, hasta la planificación o método para suicidarse (Araya & Vargas, 2019).
- b) Parasuicidio (o Gesto Suicida): Es la acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una manipulación sin intenciones serias de quitarse la vida (Ministerio de Salud, 2013)
- c) Intento de suicidio: Consta de conductas o actos con los que se buscan intencionalmente causarse daño hasta alcanzar la muerte, no logrando su consumación (Araya & Vargas, 2019).
- d) Suicidio consumado: Es cuando una persona en forma voluntaria e intencional termina con su vida, la característica preponderante es la fatalidad y la premeditación (Araya & Vargas, 2019).

En cuanto a la última definición, el suicidio en si es una fase que se subdivide en 6 etapas hasta llegar al acto consumado, las fases son las descritas a continuación:

- a) Fase ideática: La idea aparece y desaparece, siguen ocurriendo vivencias que motivan la aparición de la idea (Gutierrez & Ibáñez, 2019).
- b) Fase deliberativa: El individuo analiza los pros y contras de esa idea, empieza a considerar la idea, esta fase puede durar desde días, meses o años, aunque lo habitual es de semanas a meses. La idea comienza a tener forma y sentido y el suicidarse se hace más visible (Gutierrez & Ibáñez, 2019).
- c) Fase decisiva: En esta fase, el individuo toma la decisión de suicidarse, evaluando todo y llega a la conclusión de tomar la determinación, luego de la toma de decisión de suicidarse entra a un periodo de calma ya que en

estas tres fases previas descritas son de mucha angustia y dolor (Gutierrez & Ibáñez, 2019).

- d) Fase dilatoria: Es el periodo de calma, cuando se calma ya sabe lo que va a hacer, la duración de esta fase es variable (Gutierrez & Ibáñez, 2019).
- e) Fase operativa: Corresponde a todo lo que va a hacer el individuo para ejecutar el suicidio, desde prever que va a hacer con sus bienes (escribir testamento, arreglar aspectos laborales, etc.) (Gutierrez & Ibáñez, 2019).
- f) Fase ejecutiva: Lleva a cabo la acción (Gutierrez & Ibáñez, 2019).

3.2. Factores de riesgo

El comportamiento suicida es un problema complejo ya que es imposible poder identificar una única causa base, pero si es posible poder distinguir los diferentes factores que son parte de la condición, de los cuales se describen factores biológicos, genéticos, psicológicos, familiares, historia de vida y socioculturales, los cuales actúan en conjunto hacia un individuo generando vulnerabilidad en dicho individuo, y de esta forma provocando una mayor susceptibilidad a presentar conducta suicida, aunque se pueda establecer elementos comunes, estos factores se manifiestan de manera única, en un determinado momento y con características particulares en cada individuo, es por eso que la conducta suicida es muy compleja y dinámica (Araya & Vargas, 2019). Dado a la inmensa cantidad de factores que se describen, es importante tener en cuenta que si bien se relacionan con la conducta suicida, no necesariamente se dará en todos los casos ni tampoco será un determinante directo, y de la misma forma, la ausencia de ellos no significa nula posibilidad de riesgo (Araya & Vargas, 2019).

El comportamiento suicida al ser un problema tan complejo, con múltiples causas interrelacionadas, y las cuales las podemos agrupar en:

Predisposiciones internas de ciertos individuos a quitarse la vida: Se refiere a factores biológicos que predisponen a esta conducta y que también son factores de riesgo tales como disminución de serotonina en el líquido cefalorraquídeo, predisposiciones

genéticas asociadas, trastornos afectivos, alcoholismo y psicosis (esquizofrenia) (Ministerio de Salud, 2013).

Circunstancias externas: Esto lleva a actuar en un momento y lugar determinado, son las situaciones gatillantes tales como duelo reciente, divorcio, vida familiar crítica, jubilación, viudez reciente y enfermedades como cáncer, SIDA, esclerosis múltiple (Ministerio de Salud, 2013).

3.2.1. Factores de riesgo suicida

Edad: A medida que aumenta con la edad aumenta el riesgo de suicidio, siendo habitualmente en edades superiores a los 40 años, el 25 % de los suicidios son en personas mayores a 65 años (Ministerio de Salud, 2013).

Sexo: Los hombres presentan tasas de suicidios de 2 a 3 veces más que las mujeres, pero las mujeres realizan 3 veces más intentos de suicidio que los hombres. Los métodos utilizados para llevar a cabo el suicidio también varían según sexo, en el caso de los hombres tienden a métodos más violentos, tales como las armas de fuego, ahorcamiento, envenenamiento por gas, en cambio, las mujeres suelen realizar sobreingesta de psicotrópicos o venenos o incisiones con elementos cortantes (Ministerio de Salud, 2013).

Lugar de residencia: Se describe que quienes realizan suicidios más frecuentes son quienes residen en zonas urbanas, pero por el contrario, la letalidad es más alta en quienes viven en zonas rurales (Ministerio de Salud, 2013).

Estado civil: Las personas divorciadas presentan mayores tasas de suicidio a comparación de las personas viudas. Las personas casadas son las que presentan menores tasas de suicidio sobre todo en hombres, en mujeres la menor tasa de suicidio la presentan aquellas que tienen hijos menores de 2 años (Ministerio de Salud, 2013).

Religión: Se describe que las tasas de suicidio son mayores en católicos a comparación de los judíos, y estos últimos tienen tasas mayores de suicidio a comparación de los protestantes (Ministerio de Salud, 2013).

Origen Étnico: Se han realizado estudios en Estados Unidos en el cual se evidenció que en ese país el suicidio es más frecuente en la población blanca, aunque es importante recalcar que la emigración unida al desarraigo y al aislamiento son factores que aumentan el riesgo de suicidio (Ministerio de Salud, 2013).

Nivel socioeconómico: Se describe que los suicidios e intentos de suicidio son más frecuentes en personas desempleadas, ya que se genera una pérdida de estatus social, siendo incluso más relevante que la propia condición socioeconómica (Ministerio de Salud, 2013).

Situación ocupacional: Existen ciertas ocupaciones que presentan mayores tasas de suicidio que otras, se describe que en el área de la salud, área artística, entre otras presentan mayores tasas de suicidio. Los individuos con trabajo u ocupación estable se suicidan menos que los individuos desempleados (Ministerio de Salud, 2013).

Trastornos mentales: Los individuos con trastornos mentales presentan un riesgo de suicidio 10 veces mayor, mayoritariamente quienes padecen trastornos del ánimo, esquizofrenia, ansiedad, ciertos trastornos de personalidad, trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas, se describen estudios que demuestran posterior a la muerte que cerca del 90 % de las personas que se suicidaron padecían alguna enfermedad mental (Ministerio de Salud, 2013).

Intentos de suicidios previos: Quienes previamente ya hayan realizado intentos de suicidio presentan un gran riesgo de tentativa de suicidio o muerte por suicidio, principalmente dentro de los primeros 6 a 12 meses siguientes al intento realizado. La presencia de ideación suicida puede elevar 30 veces la probabilidad de realizar dicho acto (Ministerio de Salud, 2013).

Antecedentes familiares de suicidio: Aquellos individuos que tengan antecedentes familiares de suicidio constituyen a un riesgo 8 veces mayor de comportamiento suicida a comparación de la población general (Ministerio de Salud, 2013).

Rasgos de personalidad: Se describe que rasgos como la impulsividad, hostilidad (hacia sí mismo y hacia los demás), tendencia a la actuación, irritabilidad, inmadurez, dependencia e inestabilidad emocional se asocian a un mayor riesgo de suicidio (Ministerio de Salud, 2013).

Historia de trauma o abuso: La dificultad de la niñez, el abuso físico, emocional y sexual, producen un riesgo más alto para el suicidio (Ministerio de Salud, 2013).

Enfermedades físicas: Enfermedades somáticas tales como el cáncer, epilepsia, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), entre otras, tienden a elevar las tasas de suicidio (Ministerio de Salud, 2013).

Desesperanza: Se describe como la principal característica cognitiva de las personas suicidas, este estado se asocia a las ideas y deseos suicidas, se correlaciona con la severidad tentativas suicidas (Ministerio de Salud, 2013).

3.2.2. Factores ambientales

Dificultades económicas: Factores que conducen al endeudamiento como la pérdida de trabajo y los problemas financieros importantes, se asocian al suicidio (Ministerio de Salud, 2013).

Pactos suicidas: Este factor hace referencia a un arreglo o acuerdo mutuo entre dos o más personas para morir juntos en el mismo tiempo y lugar, esto es común en la India, China y Sri Lanka (Ministerio de Salud, 2013).

Disponibilidad y fácil acceso a medios letales: Este es un factor de riesgo sumamente importante, ya que tener la disponibilidad de medios letales para atentar contra la propia vida constituye a un riesgo de comportamiento suicida y esto también determina la letalidad de la tentativa suicida (Ministerio de Salud, 2013).

Falta de apoyo social y sensación de aislamiento: Se describe que la pérdida de una unión o de una relación significativa, los conflictos interpersonales, la falta de relaciones significativas y carencia del apoyo de grupos de ayuda, conducen al aislamiento, pudiendo provocar una alta probabilidad de suicidio (Ministerio de Salud, 2013).

Nula o escasa disponibilidad de cuidados sanitarios, especialmente salud mental: Esta descrito que los países en desarrollo más de 2/3 de los suicidios ocurren en la primera tentativa, mientras que en países desarrollados el número de intentos que terminan en suicidio son menores, ya que existiría ayuda médica más oportuna y con mayor alcance a la población (Ministerio de Salud, 2013).

Creencias culturales: Las tasas de suicidio suelen ser altas en países donde sus culturas divinizan y exaltan el suicidio o que incluso lo romantizan, existen algunos países que se aprueba según las circunstancias y se considera una muerte honorable (Ministerio de Salud, 2013).

Enjambres suicidas y efecto imitación: Se describe como efecto imitación al proceso por el cual el suicidio ejerce un efecto modelo imitables para personas que intentan o cometen suicidios posteriores, distinto es al efecto enjambre, el cual se describe como un número de suicidios que ocurren en estrecha proximidad, temporal y/o geográfica, con o sin vínculo entre ellos (Ministerio de Salud, 2013).

3.2.3. Instrumentos de medición de tendencias suicidas

La evaluación del riesgo suicida puede llegar a ser muy engorroso, incluso para los más expertos y calificados para esto, ya que no existen instrumentos que sean universalmente aceptados para poder detectar este riesgo (Ministerio de Salud, 2013).

Ante la existencia de personas con posible riesgo de suicidio, es complejo llegar a la conclusión exacta y segura de quién lo va a intentar y quién no, por eso son fundamentales las escalas de valoración de riesgo suicida, ya que forman parte como apoyo para el médico tratante, permitiendo determinar si un paciente se encuentra

dentro de la población de riesgo o no, haciendo más fácil su detección e incluso pudiendo ser a tiempo (Martínez, n.d.).

Se describen varias escalas para poder valorar el riesgo de suicidio, pero estas nunca van a reemplazar el rol de la entrevista clínica en la detección de personas en riesgo, por ello es sumamente fundamental poder identificar a los pacientes que tienen factores de riesgo suicida y también es muy importante poder identificar a quienes se encuentren en una posible crisis suicida (Ministerio de Salud, 2013).

En cuanto a las escalas de evaluación de riesgo suicida, inicialmente son diseñadas como tipo lista de variables demográficas relacionadas con el aumento de riesgo, estas son muy útiles para poder establecer grupos de alto riesgo en estudios epidemiológicos (Rangel *et al.*, 2015).

Algunas de las escalas que existen y que son usadas en Chile:

Escala de desesperanza de Beck (BHS): Esta escala es utilizada en Chile, es una escala breve que consta de 20 afirmaciones, con dos opciones de respuestas (verdadero o falso), con un puntaje máximo de 20 puntos (Alamo *et al.*, 2019). Esta escala se expresa según los puntajes obtenidos, siendo de 0 – 3 rango normal o asintomático; 4 – 8 Leve; 9 – 14 Moderado; 15 – 20 Severo (Alamo *et al.*, 2019).

Lo que esta escala busca evaluar son las expectativas negativas que tiene un individuo sobre su futuro y bienestar, también su habilidad para salvar dificultades y conseguir éxito en su vida. Esta escala mide tres factores diferentes: factor afectivo (sentimientos sobre el futuro), factor motivacional (perdida de motivación) y factor cognitivo (expectativas sobre el futuro) (Ministerio de Salud, 2013).

Se describe que puntajes sobre 9 es un buen predictor para eventual conducta suicida (Alamo *et al.*, 2019).

Escala de ideación suicida (SSI): Esta escala es útil para cuantificar y evaluar el grado de planeación de un intento suicida evaluando pensamientos autodestructivos (Rangel *et al.*, 2015). Cabe destacar que esta escala también mide el grado de seriedad e

intensidad suicida con el que alguien pensó o está pensando suicidarse (Ministerio de Salud, 2013).

Esta escala se compone de 19 ítems, los cuales se califican de 0 a 2, donde 0 corresponde a moderados a fuerte, 1 débil y 2 ninguno (Rangel *et al.*, 2015).

La puntuación total de esta escala es de 0 a 38, siendo que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio. Una mayor puntuación se relaciona con un más alto riesgo de suicidio (Ministerio de Salud, 2013).

Escala de suicidalidad Okasha: Utilizada en Chile, esta escala consta de 4 preguntas, donde las 3 primeras exploran ideación suicida y la cuarta sobre intento de suicidio (Ministerio de Salud, 2013).

La puntuación total de esta escala se obtiene con la sumatoria entre el subpuntaje de ideación suicida más el puntaje de la pregunta sobre intento de suicidio, la totalidad puede estar entre los 0 y 12 puntos, a mayor puntuación mayor es la gravedad (Ministerio de Salud, 2013).

SAD PERSONS: Esta escala valora la necesidad de ingreso hospitalario en aquellas personas con un riesgo muy alto de llevar a cabo un intento de suicidio (Ministerio de Salud, 2013). Esta escala mide 10 factores a evaluar en la anamnesis del paciente (sexo masculino, edad, menor a 19 años o mayor de 45 años, depresión, intento previo de suicidio, abuso de alcohol, ausencia de pensamiento racional, apoyo social insuficiente, plan de suicidio elaborado, sin pareja, presencia de problemas de salud), por cada uno de estos ítems seleccionados se le suma un punto, siendo 10 el puntaje máximo (Abarca *et al.*, 2018). Se describe que 3 o más puntos deben hacer pensar en la posibilidad de ingreso hospitalarios, sobre 6 puntos debería llevarse a cabo la hospitalización, incluso sin el consentimiento del paciente (Ministerio de Salud, 2013).

Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Esta escala permite evaluar la severidad de la ideación y la conducta suicida durante el último mes en pacientes con 12 años o más (Abarca *et al.*, 2018).

Evalúa cuatro grandes ítems: severidad de la ideación, intensidad de la ideación, comportamiento suicida y grado de letalidad del intento, asignando un puntaje variable por cada ítem (Abarca *et al.*, 2018).

Esta escala posee distintas versiones, las cuales se pueden usar dependiendo del contexto en el cual se desee emplear (evaluación inicial en servicios de urgencia, tamizaje para atención primaria, instituciones militares, control de pacientes con antecedentes de riesgos suicidas, evaluación inicial en colegios, etc.), esto favorece y facilita su uso a nivel mundial (Abarca *et al.*, 2018).

3.2.4. Tendencia suicida y suicidio en Chile y en Medicina Veterinaria

En Chile, según los datos del Ministerio de Salud, el suicidio consumado presenta un aumento en las últimas dos décadas con una tasa de 4.8/100.000 en el año 1992, durante el año 2009 hasta 12.7/100.000, es decir se han triplicado las muertes por suicidio en dicho periodo (Silva *et al.*, 2013).

La conducta suicida es un factor de riesgo importante y potente para el suicidio y para futuros intentos de suicidio, en relación a la ideación e intentos de suicidio, los datos fidedignos en muchos países son muy acotados, mediante estudios poblacionales de ideación suicida arrojan tasas de vida muy variables, por ejemplo esta Nueva Zelanda con 15.7%, 14.8% en Inglaterra, 10.9% en Japón y Italia con 3%, el cual es sumamente bajo (Silva *et al.*, 2013). Con respecto al estudio poblacional del intento de suicidio, se presentan tasas incluso menores, 4.5% Nueva Zelanda, 4.4% Inglaterra, 1.9% Japón y 0.5% en Italia (Silva *et al.*, 2013).

En Chile los estudios están más localizados en lo que es la población adolescente escolarizada, cuando se trata de la ideación suicida las cifras son comparativamente aún más mayores a los países previamente mencionados, oscilando de 45% a 57.6%, en cambio, las prevalencias de vida del intento de suicidio son marcadamente superiores a los datos internacionales, siendo 14.2% a 19% (Silva *et al.*, 2013).

Se realizó un estudio de conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile durante el periodo de julio de 1992 y junio de 1999 mostrando como resultado que la prevalencia de vida de pensar frecuentemente en la muerte fue de un 35.3%, deseos de estar muertos fue de un 20.2%, ideación suicida fue de 14.3% y sobre el intento de suicidio fue de 7.7%. Se describe que las conductas suicidas fueron más frecuentes en mujeres que en hombres, respecto a la edad, se genera disminución en las edades mayores a comparación a los jóvenes, la ideación suicida se evidencia mayormente en el rango etario de 25 – 34 años, la siguen 15 – 24 años y luego quienes están entre los 35 – 44 años (Silva *et al.*, 2013).

Los factores que están asociados a la conducta suicida son variados, para “pensar frecuentemente en la muerte” resultaron significativos los trastornos depresivos, psicótico, distimia, bipolaridad, ansiedad generalizada y dependencia a drogas, con respecto a “deseos de estar muerto” están los trastornos depresivos, psicótico, distimia, bipolaridad, ansiedad generalizada, agorafobia, dependencia a drogas y tabaco, en cuanto a la ideación suicida fueron significativos el trastorno psicótico, bipolaridad, trastorno depresivo, distimia, agorafobia, dependencia al alcohol, abuso y dependencia a drogas, dependencia al tabaco y trastornos por somatización, mientras que finalmente en cuanto al intento de suicidio fue estadísticamente más significativo el trastorno depresivo, distimia y dependencias a alcohol, drogas y tabaco (Silva *et al.*, 2013).

En resumen en cuanto a Chile, los resultados de la investigación planteada previamente muestra una prevalencia elevada de la conducta suicida en la población Chile, incluso por sobre de Nueva Zelanda y con respecto al intento de suicidio tuvo una proporción muy superior a Japón (Silva *et al.*, 2013).

En cuanto a la población ocupacional de riesgo, medicina veterinaria, se debe destacar que los primeros indicios de un mayor riesgo de suicidio en la profesión de médicos veterinarios provienen de estudios observacionales realizados en los Estados Unidos, sin embargo se han encontrado altas tasas de suicidio en estudios observacionales de cirujanos veterinarios en Inglaterra y Gales, Escocia, Noruega y Australia (Platt *et al.*, 2010).

A nivel mundial esta profesión y carrera predominan más las mujeres, pero esto se ha dado a medida que avanza el tiempo, ya que anteriormente habían más médicos veterinarios hombres que mujeres (Tomasi *et al.*, 2019).

En estudios realizados en Gran Bretaña durante 1979 – 1980, 1982 – 1983 y 2001 – 2005, se buscó identificar las ocupaciones de alto riesgo de suicidio, de las cuales se describe que la medicina veterinaria está dentro de ella (Roberts *et al.*, 2013).

Durante el periodo 1979 – 1980 y 1982 – 1983, la medicina veterinaria estaba dentro de las 30 ocupaciones con altas tasas de suicidio ocupando el primer lugar, siendo la tasa más alta en hombres que mujeres, y se cree que el alto índice se debe a que poseen fácil acceso a productos farmacéuticos o armas de fuego, pero esto cambió en el periodo del 2001 – 2005, en el cual en los suicidios realizados por mujeres en tercer lugar era de quienes ejercían como médicos veterinarios, en el caso de los hombres, durante el periodo ya mencionado no se encuentran médicos veterinarios dentro de la lista (Roberts *et al.*, 2013).

Por otra parte, se realizó un estudio de médicos veterinarios en Inglaterra y Gales en médicos veterinarios entre 1979 y 2000 dejando ver que los cirujanos médicos veterinarios hombres y mujeres estaban significativamente con un aumento de riesgo de suicidio, los médicos veterinarios hombres eran significativamente más propensos a morir por suicidio comparado a los dentistas o médicos (Platt *et al.*, 2010).

Durante otro estudio realizado en Escocia en el cual se comparó la cantidad de suicidio entre médicos veterinarios cirujanos hombres y hombres de distinta ocupación, arrojó un riesgo elevado de suicidio en veterinarios en un rango etario de 16 – 45 años y 46 – 64 años, siendo los dos métodos más comunes para realizar suicidio en médicos veterinarios fue el uso envenenamiento y armas de fuego, 3 estudios demostraron que las armas de fuego eran el método más común de suicidio, de estos 3 estudios 2 eran en EE.UU, en 5 estudios el autoenvenenamiento fue el método más común de suicidio (Platt *et al.*, 2010).

Existe otro estudio que comparó los métodos de suicidio entre 54 médicos veterinarios varones prácticamente y 11 médicos veterinarios no practicantes en Estados Unidos

entre los periodos de 1966 y 1977, para los médicos veterinarios practicantes el autoenvenenamiento con barbitúricos, este es el método más común de utilizar para el suicidio, mientras que los médicos veterinarios no practicantes el método más común para cometer suicidio eran las armas de fuego (Platt *et al.*, 2010). La información sobre los tipos de medicamentos con que los médicos veterinarios se envenenaron se limitó solo a 3 estudios, siendo lo más utilizados los barbitúricos, particularmente en médicos veterinarios practicantes (Platt *et al.*, 2010).

Respecto a 19 estudios realizados, en su mayoría dejaban ver que la tasa de suicidio en la profesión de médicos veterinarios fue más elevada a comparación de la población general, en el caso de Inglaterra y Gales el riesgo de suicidio en la profesión era al menos 3 veces mayor que en la población general (Platt *et al.*, 2010).

Durante un estudio del 2014 en Estados Unidos se realizó un cuestionario anónimo en la web para la comunidad de médicos veterinarios de EE.UU, siendo enviado a 49 estados, en este cuestionario se preguntó sobre depresión y comportamiento suicida, entre otros (Nett *et al.*, 2015). En esta encuesta se recibieron 10.254 respuestas de médicos veterinarios, el 28.8% tenía un rango etario entre los 30 – 39 años y el 31.3% eran hombres, el 34% lleva <10 años ejerciendo, el 24.6% ejerce entre 10 – 19 años, el 21.6% durante 20 – 29 años y el 19.8% \geq 30 años (Nett *et al.*, 2015).

El 68.6% ejercían en medicina de animales pequeños, el 44.4% de los médicos de EE.UU eran hombres y el 66.6% trabajaban exclusivamente en clínica de animales pequeños, respecto a los resultados de las encuestas, el 10.9% (6.8% son hombres) de los encuestados tenían angustia psicológica grave, desde que se graduaron de la escuela de medicina veterinaria el 24.5 % de los hombre y 36.7% de las mujeres informaron haber experimentados episodios depresivos, el 14.4% de los hombres y 19.1% mujeres presentaron ideación suicida, el 1.1% de hombres y 1.4% de las mujeres han tenido intentos de suicidio, sin embargo los datos entregados sugieren que casi 1 de cada 10 veterinarios de EE.UU podría sufrir angustia psicológica grave y 1 o más de cada 6 podría haber experimentado una ideación suicida desde su graduación (Nett *et al.*, 2018).

Durante el mismo periodo del 2014 se realizó una encuesta a 11.627 médicos veterinarios de EE.UU, donde se descubrió que el 9% tenía problemas psicológicos graves actualmente, el 31% había experimentado episodios depresivos y el 17% había experimentado ideas suicidas desde que abandono la escuela de medicina veterinaria, otras encuestas regionales respaldaron estos hallazgos al describir que posean más altos índices de ansiedad, depresión y fatiga por compasión (Tomasi *et al.*, 2019). También en un estudio en médicos veterinarios cirujanos de Reino Unido encontró niveles más altos de ansiedad, depresión y pensamientos suicidas a comparación de la población general (Tomasi *et al.*, 2019).

En Estado Unidos (EE.UU) durante el 2017, de los 110.531 médicos veterinarios que había, más del 60% eran mujeres, durante el 2016 aproximadamente el 80% de los estudiantes matriculados en las facultades de medicina veterinaria de EE.UU eran mujeres, este cambio en la cantidad de mujeres que entraban a estudiar medicina veterinaria empezó a cambiar desde principios de la década de 1980 (Tomasi *et al.*, 2019).

La medicina veterinaria es una carrera multidisciplinaria, está la clínica menor, clínica mayor, producción, salud pública, animales exóticos, entre otras especialidades. Describiéndose que durante el 2017 más del 75% de los médicos veterinarios de EE.UU trabajan exclusivamente o predominantemente en medicina de animales de compañía (Tomasi *et al.*, 2019).

Durante un estudio realizado durante el periodo de 1979 – 2015 en médicos veterinarios de EE.UU que se suicidaron, se registraron 13.469 muertes, de las cuales bajo los criterios de inclusión y exclusión quedaron un total de 11.620, 82% (326) eran hombres y 18% (72) mujeres, 75% (298) murieron en un rango etario igual o menor a 65 años, siendo edad laboral, la mediana de edad al morir a causas de suicidio en hombres fue de 57 años (mediante un rango de 26 a 96 años) y en mujeres la mediana fue de 44 años (rango de 26 a 81 años), la mayoría de las mujeres fallecidas tenían entre 25 y 44 años (63%), mientras que en hombres tenían entre 45 – 64 años (45%), de los 398 veterinarios (poseían certificado de defunción) que murieron por suicidio,

313 (79%) trabajaban en clínica, 67 (17%) trabajaban en áreas no clínicas y 18 (5%) fueron clasificados como desconocidas (Tomasi *et al.*, 2019).

Los veterinarios hombres son 2.1 veces más propensos a morir por suicidio que la población general de EE.UU, en cambio las mujeres son 3.5 veces más propensas (Tomasi *et al.*, 2019). El número de muertes por suicidio durante un periodo de 5 años va aumentando subjetivamente durante el tiempo, el número de muertes de hombres varió entre periodos, sin embargo, el número de muertes de mujeres pareció aumentar constantemente en cada periodo (Tomasi *et al.*, 2019).

Cuando se trata de los métodos más comunes de consumar el suicidio, lo más usado fue el uso de armas de fuego 45% (180/398) y productos farmacéuticos 39% (154/398) (Tomasi *et al.*, 2019).

La investigación previamente descrita indicó que las características propia de la profesión pueden contribuir a un mayor número de muertes por suicidio entre los médicos veterinarios, se describen las largas horas de trabajo, sobrecarga laboral, responsabilidad de gestión de la práctica, expectativas y quejas de los clientes, procedimientos de eutanasia y lo difícil que es lograr equilibrar la vida laboral, los médicos veterinarios que trabajan en medicina clínica, específicamente en clínica de animales de compañía están más expuestos a altos niveles de estrés laboral relacionados con largas horas de trabajo, expectativas de clientes, resultados inesperados, comunicación de malas noticias, deficiente equilibrio entre la vida laboral y personal, altas cargas de trabajo, aumentos de los costos de atención veterinaria, aislamiento profesional, deuda estudiantil y falta de apoyo de alto nivel (Tomasi *et al.*, 2019). Si se aumentan los factores estresantes ocupacionales se pueden asociar como factores de riesgo conocidos para el suicidio, como angustia psicológica, agotamiento y depresión (Tomasi *et al.*, 2019). Es importante reconocer estos “nuevos” factores, porque existen aún más según diversos estudios, también se describen el aumento en el nivel de atención, competencia por los médicos veterinarios especializados, entre otros. A esto se le suma las redes sociales que son un gran factor que generan intimidación, cualquier sujeto puede ver afectada su reputación y en consecuencia su carrera y trabajo (Acero, n.d.).

Otro factor potencial que se describe asociado a un mayor riesgo de suicidio entre médicos veterinarios es la selección de estudiantes de medicina veterinaria con ciertos rasgos de personalidad, el proceso de solicitud de la escuela de medicina veterinaria comúnmente selecciona el perfeccionismo para cumplir rigurosamente los requisitos académicos de las escuelas de medicina veterinaria, el perfeccionismo se ha asociado a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades mentales, incluyendo la ansiedad y la depresión, los veterinarios con ciertos rasgos de personalidad que están expuestos a estresores ocupacionales (estresores laborales) y al no ser controlados pueden estar en riesgo de desarrollar angustia psicológica grave, depresión e incluso ideas suicidas, además los médicos veterinarios están entrenados para ver la eutanasia como un método aceptable para aliviar el sufrimiento de los pacientes (animales), lo cual puede hacer que se afecte la forma en que los médicos veterinarios ven la vida humana, reduciendo el miedo a la muerte, especialmente en aquellos médicos veterinarios que experimentan ideas suicidas (Tomasi *et al.*, 2019).

El alto índice de suicidio que hay en médicos veterinarios puede ser atribuible a una serie de factores y combinaciones de las mismas, por lo cual se genera una inminente necesidad de estrategias integrales en la prevención del suicidio, siendo fundamental la creación de entornos protectores, enseñanza de habilidad de afrontamiento y resolución de problemas, identificación y apoyo de profesionales en riesgo (Tomasi *et al.*, 2019).

Respecto a lo que sucede en Chile con la tendencia suicida en médicos veterinarios es sumamente complejo, ya que los estudios son nulos en esta población y solo existen estudios del suicidio en la población general, pero estudios sobre ideación suicida son muy acotados. Es por estos motivos expuestos que se buscó realizar la presente investigación y conocer la realidad local.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de la tendencia suicida en Médicos Veterinarios que ejercen en la región de Valparaíso.

4.2. Objetivo específico

- Interpretar cuestionarios SAD y C-SSRS en médicos veterinarios que ejercen en la región de Valparaíso.
- Evaluar la predisposición a manifestar tendencias suicidas en médicos veterinarios que trabajan en la región de Valparaíso.
- Asociar resultados de cuestionarios aplicados en médicos veterinarios que trabajen en la región de Valparaíso según variables sociodemográficas y laborales.

5. MATERIAL Y METODOS

En este estudio se utilizó un método cuantitativo que es de tipo descriptivo y transversal, siendo principalmente un estudio exploratorio, mediante el cual se buscó identificar la existencia de tendencia suicida en los entrevistados, en este caso siendo Médicos Veterinarios que ejercieran en la región de Valparaíso.

5.1. Población y lugar de estudio

La población que fue considerada fueron Médicos Veterinarios que trabajan en la región de Valparaíso. De cualquier rango etario, sexo, estado civil, ingreso líquido mensual, área de desempeño laboral y años de ejercicio laboral.

5.2. Criterios de inclusión

Firma de consentimiento informado (Anexo 1)

Ser Médico veterinario que ejerza asociado a la profesión y en la región de Valparaíso, Chile.

Mayoría de edad cumplida.

De cualquier grupo etario, sexo, estado civil, años de ejercicio laboral y sueldo.

5.3. Criterios de exclusión

No firmar consentimiento informado.

Ser médicos veterinarios que no ejerzan asociados a la profesión.

Egresados no titulados de Médicos Veterinario.

Que no ejerzan como Médicos Veterinarios.

Que no sean de Región de Valparaíso, Chile.

Que tengan antecedentes de terapias psicológicas durante su trabajo actual.

5.4. Tamaño muestral

El tamaño de la muestra se determinó por conveniencia, esto es producto de lo acontecido a nivel país, ya que a partir del 18 de octubre del 2019 se empezó a vivir una revolución social a nivel nacional.

En este caso, se obtuvo un total de 290 individuos encuestados, siendo solo 45 individuos quienes cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, quedando finalmente como el tamaño de la muestra.

5.5. Metodología

Los médicos veterinarios fueron contactados por medio del COLMEVET y a través de redes sociales (correos electrónicos, publicaciones en foros de veterinarios chilenos). También podrán ser visitados en lugares de trabajo en la zona central, principalmente en la Región de Valparaíso.

Los participantes contestaron una encuesta sociodemográfica (sexo, edad, salario, años de empleo, estado civil, área laboral, entre otros). Las variables consideradas fueron:

- Sexo (mujer, hombre).
- Edad (<33 años; entre 33 y 45 años;> 45 años).
- Salario mensual (\leq 300,000 pesos chilenos; 300,001-500,000 pesos chilenos; 500,001-900,000 pesos chilenos; 900,001-1,200,000 pesos chilenos y \geq 1,200,001 pesos chilenos).
- Años en el empleo (<diez años en el empleo, diez y veinticinco años en el empleo,> veinticinco años en el empleo).
- Estado de convivencia (en pareja o sin pareja).

- Área laboral (clínica de animales menores y/o mayores, salud pública (PH), producción animal (AP) y otra área (AA)).

Además, en esta misma encuesta se indagó sobre eutanasia y otros estresores de la medicina veterinaria (anexo 2).

Existen una variada cantidad de escalas a nivel mundial y utilizadas en Chile, en esta investigación se comentaron algunas, pero cabe destacar que las escalas a utilizar en este proyecto son la SAD PERSONS y la Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), las cuales en conjunto sirven para medir la ideación suicida de los entrevistados.

5.6. Escalas de medición tendencia suicida

5.6.1. Escala SAD PERSONS

El nombre de la escala SAD PERSONS se traduce como “personas tristes” y busca evaluar 10 factores. Por cada elemento seleccionado se suma un punto y se define conducta a seguir sobre la base del puntaje obtenido (0 a 2: sin riesgo, alta y seguimiento ambulatorio; 3 a 4: riesgo bajo, seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso; 5 a 6: riesgo medio, se sugiere ingreso; 7 a 10: riesgo alto, ingreso forzoso, peligro de intento inminente). (Abarca *et al.*, 2018)

La escala SAD PERSONS utiliza un acrónimo formado por las iniciales de los 10 ítems en inglés que la conforman, esta escala permite evaluar las condiciones de riesgo suicida, estas son: sexo (varón), edad (menor de 19 años o mayor de 45 años), depresión, intentos de suicidios previos, abuso de alcohol, trastornos cognitivos, falta de red de apoyo, plan organizado de suicidio, sin pareja estable y enfermedad somática, todos estos son considerados factores de riesgo y de acuerdo a ser positivo a alguno de estos factores se considera 1 punto por cada respuesta afirmativa (Rangel *et al.*, 2015).

Esta escala se encuentra ampliamente difundida a nivel mundial y en Chile es utilizada como parte de protocolos de manejo de pacientes con intento de suicidio en distintos

centros de salud, sin embargo, la evidencia indica que sobrestima el riesgo suicida y la necesidad de hospitalización, por lo que no se recomienda como único instrumento (Abarca *et al.*, 2018) (Anexo 3).

Cada ítem es 1 punto, y la valoración del resultado se muestra en la siguiente tabla:

Tabla N°1: Interpretación del puntaje escala SAD PERSONS.

Puntaje	Interpretación
0 - 2	Sin riesgo, alta con seguimiento ambulatorio
3 - 4	Riesgo bajo, seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso psiquiátrico.
5 - 6	Riesgo medio, si no hay apoyo familiar estrecho debe internarse
7 - 10	Riesgo alto, ingreso, peligro de intento inminente

Esta es una escala de valoración de riesgo suicida y también permite una mirada rápida a los factores de riesgo más importantes, dando una aproximación a la conducta a seguir, pero hay que tener en cuenta que los valores que se evalúan en la escala pueden variar con el tiempo y que por sí solos no indican inminencia de suicidio, es por eso que también es necesaria la intervención y evaluación de un clínico (Martínez, n.d.).

Esta escala es una de las más utilizadas pero se recomienda ser complementada en conjunto a otras herramientas, ya que por sí sola puede sobreestimar resultados, hay que tener en cuenta que por sí solos los ítems de sexo, sin apoyo social y sin pareja estable no indican en sí que el paciente tenga riesgo suicida, estos ítems aumentan estadísticamente el riesgo suicida, pero no son un indicador propiamente tal (Martínez, n.d.).

5.6.2. COLUMBIA – Escala de severidad suicida (C-SSRS)

La escala Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) (Anexo 4) es un instrumento validado que busca evaluar severidad de la ideación y de la conducta suicida durante el último mes en pacientes con doce años o más. Evalúa la severidad de la ideación, intensidad de la ideación, comportamiento suicida y grado de letalidad del intento, asignando un puntaje variable a cada ítem. Los creadores de la escala, el grupo The Columbia Lighthouse Project, entregan en su página web las distintas versiones con posibilidad de descarga gratuita según contexto, población objetivo e idioma (Abarca *et al.*, 2018). Esta escala se encuentra reconocida por la US Food and Drugs Administration (FDA) para uso clínico por ser simple, universal, efectiva y también ha podido ser aplicada electrónicamente. La versión abreviada, la que será utilizada en este estudio, ha sido utilizada en profesionales de la salud y se describe que tiene una sensibilidad de 94%, especificidad de 97,9%, valor predictivo positivo 75,3% y valor predictivo negativo 94,7% para la predicción de intento de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes hispanoparlantes (Abarca *et al.*, 2018).

Estas escalas presentan traducciones legítimas en 45 idiomas, entre ellos el español y se encuentra validada psicométricamente en la población hispanohablante (Abarca *et al.*, 2018). En el caso de Chile, esta escala cuenta como parte de la estrategia nacional de prevención de suicidios en adolescentes escolarizados por parte del Ministerio de Salud (Araya & Vargas, 2019).

Las preguntas de este cuestionario están formuladas para ser utilizadas en formato de entrevista, esta herramienta mide la gravedad de la ideación, la intensidad de la ideación, el comportamiento y la letalidad, incluyendo “preguntas principales”, que al ser aprobadas generan más preguntas adicionales para poder obtener información (Columbia University, 2016).

Hay 4 versiones de escalas disponibles:

Versión de por vida/reciente: Permite a los practicantes reunir antecedentes de la ideación y/o comportamiento (Columbia University, 2016).

Desde la última versión de la visión de la visita: Tiene como fin poder evaluar los pensamientos y comportamientos suicidas desde el último test empleado de C-SSRS (Columbia University, 2016).

Versión Screener: Este cuestionario fue el que se empleó en este estudio (anexo 4), es una versión abreviada del formulario completo más comúnmente utilizado en entornos de triaje clínico (Columbia University, 2016).

Página de evaluación de riesgos: Este formato proporciona una lista de verificación de factores protectores y de riesgo de tendencias suicidas (Columbia University, 2016).

Respecto al rango de puntuaciones, el test C-SSRS consta de 10 categorías de las cuales todas tienen respuestas binarias (sí/no) con el fin de poder indicar presencia o ausencia del comportamiento. Las diez categorías incluidas son: Categoría 1: Deseo de estar muerto; Categoría 2 - Pensamientos suicidas activos no específicos; Categoría 3: ideación suicida activa con cualquier método (no planificado) sin intención de actuar; Categoría 4: ideación suicida activa con alguna intención de actuar, sin un plan específico; Categoría 5: ideación suicida activa con plan e intención específicos; Categoría 6 - Actos o comportamiento preparatorio; Categoría 7 - Intento cancelado; Categoría 8 - Intento interrumpido; Categoría 9 - Intento real (no fatal); Categoría 10 - Suicidio completado (Columbia University, 2016).

En el caso de la versión que se utilizó en este estudio consta de 6 preguntas las cuales al ser afirmativa las respuestas, estas tendrán distinta coloración, la cual finalmente indicara la severidad del individuo ante sus respuestas (Tabla N°2).

Tabla N°2: Interpretación puntaje de escala C-SSRS.

Color	Interpretación
Amarillo claro	Riesgo bajo
Amarillo oscuro	Riesgo moderado
Rojo	Riesgo alto

Como se mencionó anteriormente, esta escala posee varias versiones, una versión completa y otra abreviada que se utiliza en atención primaria y está disponible tanto para pacientes que nunca han tenido ideación suicida como para los que tienen historial de ello (Abarca *et al.*, 2018), además, su versión abreviada ha sido muy usada y de manera exitosa en redes de salud asistencial pesquizando cifras de *screening* positivo de 6.3% en servicios de urgencia, 2.1% en policlínicos ambulatorios y 2.1% en unidades de hospitalización (Abarca *et al.*, 2018).

5.6.3. Índice Kappa

Para poder buscar el nivel de concordancia entre las escalas utilizadas para este estudio (SAD PERSONS y C-SRRS), los resultados positivos obtenidos en ambos cuestionarios se utilizaron para determinar el índice Kappa.

Esta descrito que en cuanto a estudios de investigación es sumamente importante y fundamental la fiabilidad de los procedimientos de medida empleados, ya que se describen errores en la variabilidad entre observadores, por lo tanto, uno de los objetivos que tienen los estudios de fiabilidad es que debe estimar el grado de variabilidad (López & Fernández, 2001).

Existen dos aspectos que forman parte del estudio de fiabilidad, uno de ellos habla de la concordancia entre observadores, que hacer referencias hasta que puntos los observadores coinciden en su medición, como en este caso, al utilizar dos escalas, siendo datos de tipo categóricos, lo más empleado estadísticamente es el índice kappa (López & Fernández, 2001).

En cuanto al análisis kappa se pueden ocupar tablas de cualquier dimensión (Cerdeira Lorca & Villarroel Del P., 2008), pero para motivos de este estudio se utilizaron tablas de 2x2 (Tabla N°4), que consta de dos cuestionarios, los cuales son los números de individuos positivos y negativos en cada cuestionario.

El coeficiente de kappa puede tomar valores variables (Tabla N°3), que están entre el -1 y +1, mientras más cercano a +1 del resultado, mayor será el grado de

concordancia, por el contrario, más cercanos a -1, será mayor el grado de discordancia, por lo tanto, los que se espera es tener un valor k cercano a +1, ya que de esta forma se refleja que la concordancia observada no es a causa del azar (Cerdeira Lorca & Villarroel Del P., 2008).

Tabla N°3: Tabla de escala para valoración de índice Kappa (López & Fernández, 2001).

Valor de K	Nivel de concordancia
< 0,20	Pobre
0,21- 0,40	Débil
0,41- 0,60	Moderada
0,61-0,80	Buena
0,81-1,00	Muy buena

Tabla N°4: Tabla de contingencia 2x2.

Resultado de	SAD PERSONS			
	Positivo	Negativo	Total	
C-SSRS	Positivo	A	B	A+B
	Negativo	C	D	C+D
	Total	A+C	B+D	N

5.7. Análisis estadístico

Los datos se organizaron en tablas de distribución de frecuencias, se calcularán los porcentajes (prevalencias) y se les aplicó la prueba exacta de Fisher para determinar la asociación entre las variables y grupos analizados. Finalmente se realizó análisis de

concordancia entre los resultados de los cuestionarios SAD PERSONS y C-SRRS en individuos positivos, mediante el coeficiente de *Kappa*. Los softwares utilizados serán GraphPad Prism 7 (GraphPad Software, La Jolla, California, CA, EE. UU.) y R-Commander 3.4.4 (Bell Laboratories, Murray Hill, Nueva Jersey, NJ, EE. UU.).

Este estudio fue sometido a revisión por el Comité de Ética de la Universidad Viña del Mar, además, a cada participante se le entregó un consentimiento informado que fue firmado cuando se realizó la encuesta (autorizado) vía internet antes de poder acceder a encuestas. Se cumplieron las normas nacionales e internacionales sobre el bienestar y bioética que implica este tipo de investigación (Asociación Médica Mundial, 2019).

6. RESULTADOS

6.1. Tendencia suicida en médicos veterinarios

De los 284 individuos encuestados totales, mediante los criterios de inclusión y exclusión, resultó una muestra final de 45 (100%) individuos, y según los resultados sugerentes como positivos a ambas encuestas, se obtuvieron un total de 10/45 (22.2%) individuos sugerentes a ser positivos a tendencias suicidas, en cambio, los 35/45 (77.8%) individuos restantes salieron negativos a ser sugerentes a ser positivos a tendencia suicida (Gráfico N°1), encontrándose diferencias estadísticamente significativas (Tabla N°5)

Tabla N°5: Distribución de frecuencias de individuos negativos y positivos a tendencias suicidas.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
Individuos totales	35	77.8%	10	22.2%	45	0.0027 **
Total	35		10		45	

** : Valores estadísticamente significativos.

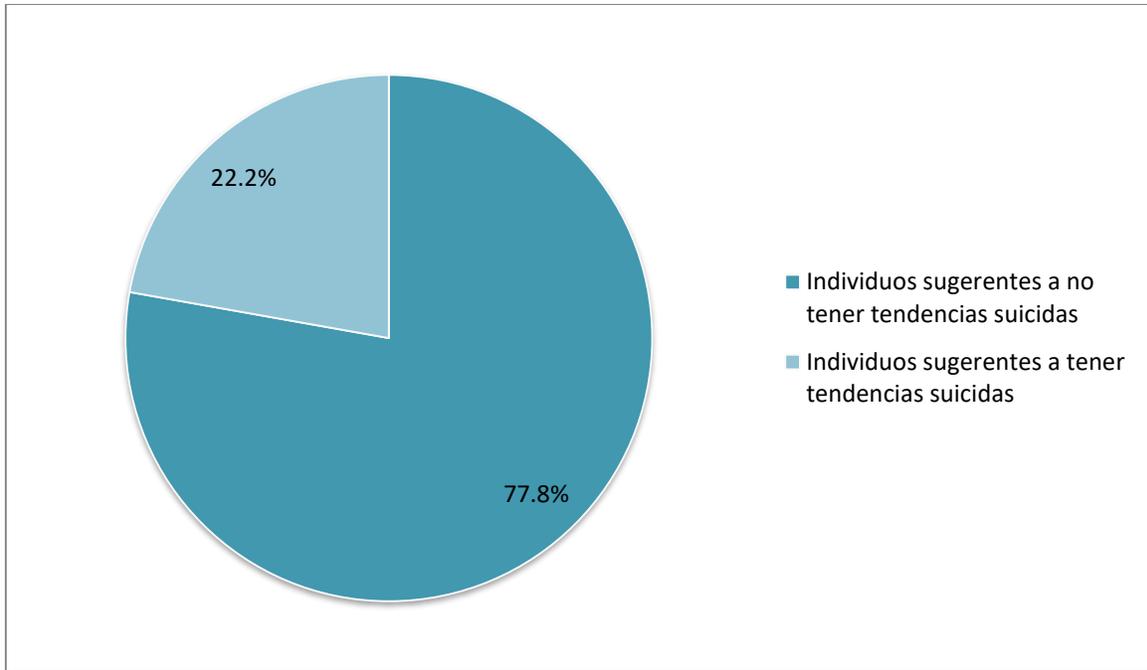


Gráfico N°1: Prevalencia de tendencia suicida en médicos veterinarios de la Región de Valparaíso.

6.2. SAD PERSONS y C-SSRS

Los 10 (100%) individuos sugerentes positivos a tendencias suicidas fueron analizados respecto a la interpretación de sus resultados, en cuanto a la encuesta C-SSRS, 3/10 (30%) individuos dieron como resultado riesgo bajo, 7/10 (70%) individuos están dentro del rango de riesgo alto, mientras que en riesgo moderado no hay ningún individuo (Gráfico N°2).

En cuando al análisis entre individuos positivos en el cuestionario C-SSRS y las dos variables que se presentan, son concluyentes que no son estadísticamente significativas (Tabla N°6).

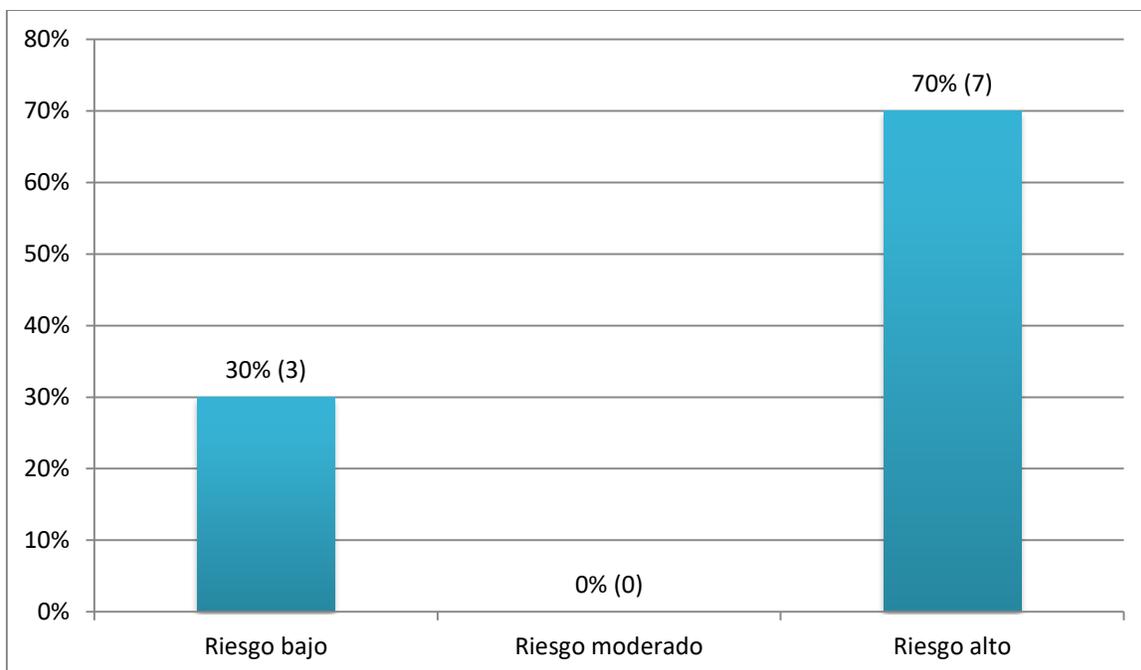


Gráfico N°2: Distribución porcentual de resultados en individuos positivos a cuestionario C-SSRS.

Tabla N°6: Distribución de frecuencias de individuos positivos al cuestionario C-SSRS

INDIVIDUOS POSITIVOS					
	N		N	Total	Valor p
Riesgo bajo	3	Riesgo alto	7	10	0.4404

** : Valores estadísticamente significativos.

En la encuesta SAD PERSONS varió un poco, de los 10 (100%) de los individuos encuestados, 7/10 (70%) de los individuos están en riesgo bajo, mientras que 3/10 (30%) están en riesgo medio, a diferencia de la escala C-SSRS, acá no existieron individuos con riesgo alto (Gráfico N°3).

En cuanto a los valores analizados en la encuesta SAD PERSONS entre las dos variables de los grupos, se concluye que el valor se considera que no es estadísticamente significativo (Tabla N°7).

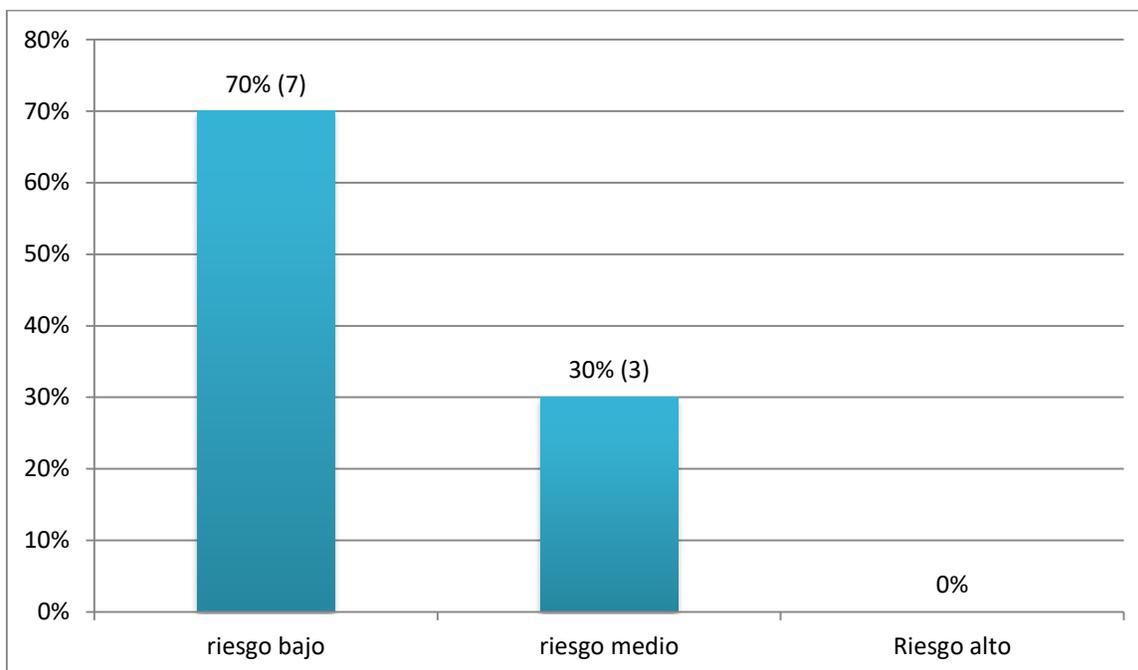


Gráfico N°3: Distribución porcentual de individuos positivos a SAD PERSONS.

Tabla N°7: Distribución de frecuencias de individuos positivos a cuestionario SAD PERSONS

INDIVIDUOS POSITIVOS					
	N		N	Total	Valor p
Riesgo bajo	3	Riesgo alto	7	10	0.4404

** : Valores estadísticamente significativos.

Al entrelazar las dos encuestas, en el cuestionario C-SSRS de los 10 individuos positivos, 3/10 (30%) están dentro del riesgo bajo, y estos mismos 3 individuos están también en riesgo bajo en la escala SAD PERSONS, los 7/10 (70%) individuos que están dentro del riesgo alto según la C-SRRS, estos 7 (100%) individuos se desglosan respecto a la encuesta SAD PERSONS en que 3/7 (42.9%) están en riesgo medio, mientras que 4/7 (57.1%) están con riesgo bajo

Para este análisis, presentando a continuación, se consideraron los 10 individuos sugerentes a tener tendencias suicidas, los cuales fueron agrupados según las variables sociodemográficas.

6.2.1. Rango etario

Respecto al rango etario de la población general, 13/45 (28.9%) eran menores de 30 años, 22/45 (48.9%) estaban entre los 30 y 45 años y los últimos 10/45 (22.2%) eran mayores a 45 años. De los 10 individuos sugerentes a tener tendencias suicidas, 4/10 (40%) individuos correspondieron al grupo etario en que fue menores de 30 años, 5/10 (50%) individuos pertenecen al rango entre 30 y 45 años y finalmente 1/10 (10%) individuo fue ubicado dentro de los mayores a 45 años (Gráfico N°4). No se presentaron diferencias estadísticas significativas entre intergrupos, y solo evidenciándose a nivel intragrupo, en rango etario entre 30 y 45 años y quienes son mayores a 45 años (Tabla N°8).

Tabla N°8: Distribución de frecuencias de individuos según rango etario.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
Menor de 30 años	9	25.7%	4	40%	13	0.4862
Ente 30 y 45 años	17	48.6%	5	50%	22	0.0384 **
Mayor de 45 años	9	25.7%	1	10%	10	0.0485 **
Total	35	100%	10	100%	45	

** : Valores estadísticamente significativos.

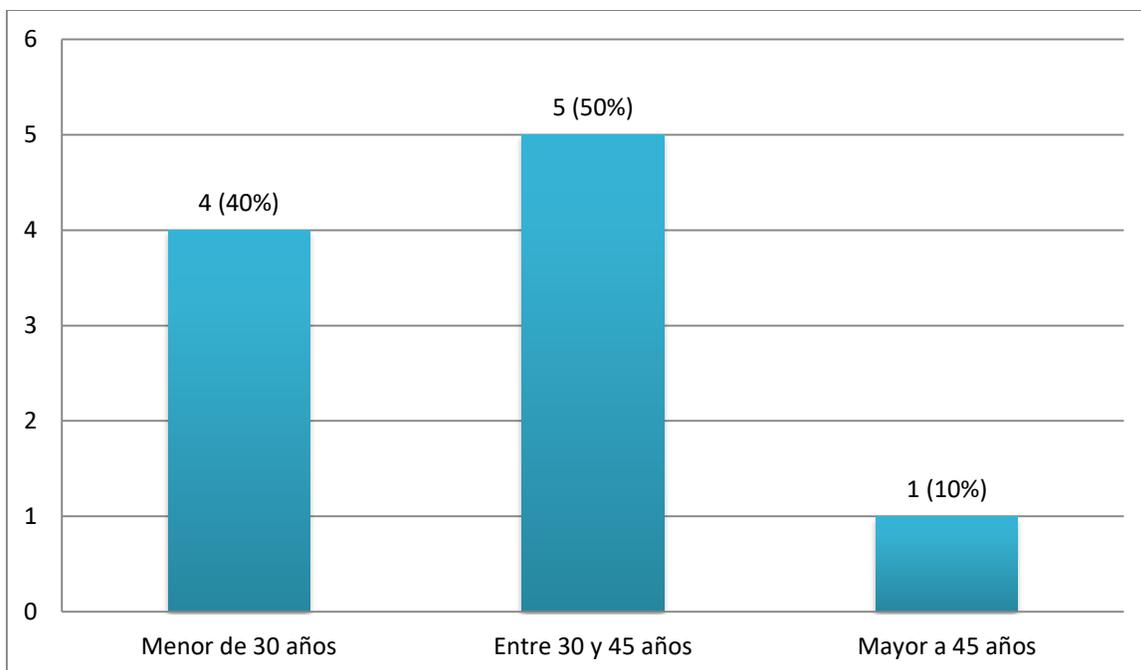


Gráfico N°4: Distribución de cantidad de individuos positivos a tendencia suicida según rango etario.

6.2.2. Sexo

De la totalidad de individuos encuestados, 20/45 (44.4%) eran hombres y 25/45 (55.6%) eran mujeres. De los sujetos sugerentes a tendencias suicidas, un total de 7/10 (70%) individuos fueron mujeres, mientras tanto que 3/10 (30%) individuos restantes fueron hombres (Gráfico N°5). En el caso de la evaluación entre intergrupo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas y solo se evidenciaron diferencias significativas intragrupo hombres (Tabla N°9).

Tabla N°9: Distribución de frecuencias de individuos según sexo.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
Hombre	17	48.6%	3	30%	20	0.0112 **
Mujer	18	51.4%	7	70%	25	0.0862
Total	35	100%	10	100%	45	

** : Valores estadísticamente significativos.

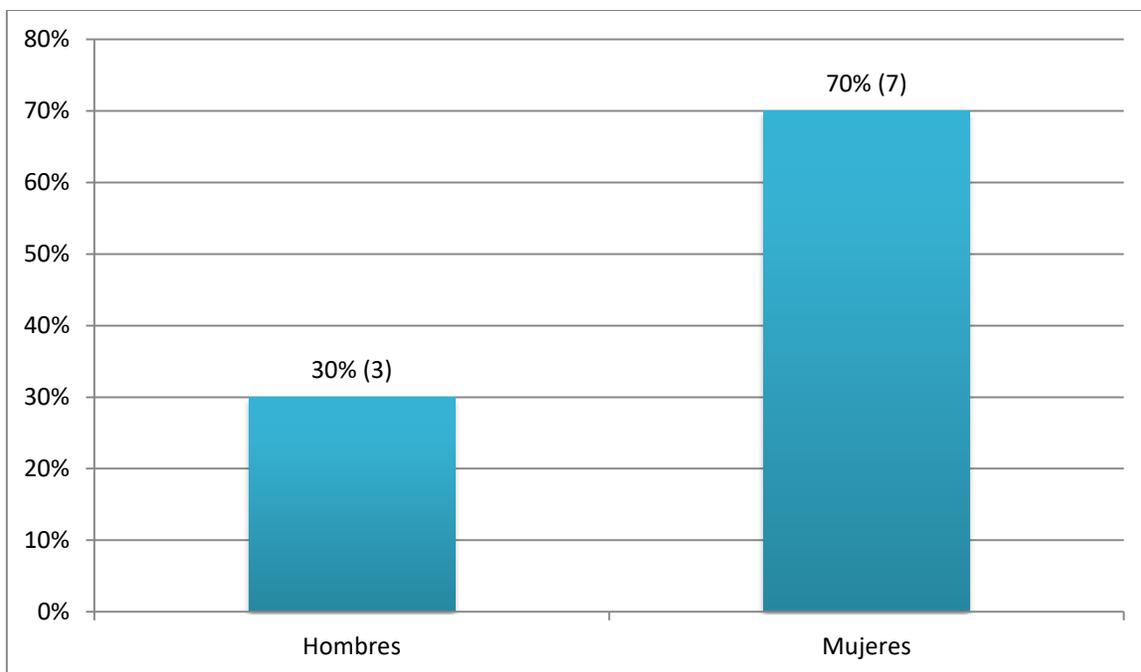


Gráfico N°5: Distribución porcentual de individuos positivos a tendencias suicidas según sexo.

6.2.3. Convivencia

Cuando se consultó respecto a su estado de convivencia 27/45 (60%) contestaron que estaban conviviendo, ya sea casado, unión civil o en pareja, 10/45 (22%) sujetos declararon estar en un estado de no convivencia (separados, divorciados, viudos o solteros). Finalmente, en menor cantidad se encontraron a 8/45 (17.8%) individuos quienes están en convivencia de otro tipo (amigos, familiares u otras opciones).

De los encuestados positivos y su estado de convivencia, 3/10 (30%) individuos viven en convivencia, ya sea casados, unión civil o en pareja, 1/10 (10%) individuo vive en convivencia de otro tipo (con amigos, con familiares, otras opciones), en cambio, 6/10 (60%) individuos viven sin convivencia, es decir separados, divorciados, viudos o solteros (Gráfico N°6). Respecto a la evaluación de intergrupos, entre quienes están en convivencia y sin ningún tipo de convivencia, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos (Tabla N°10). Solo se evidenciaron diferencias

estadísticamente significativas en intragrupo en quienes viven en convivencia (Tabla N°11).

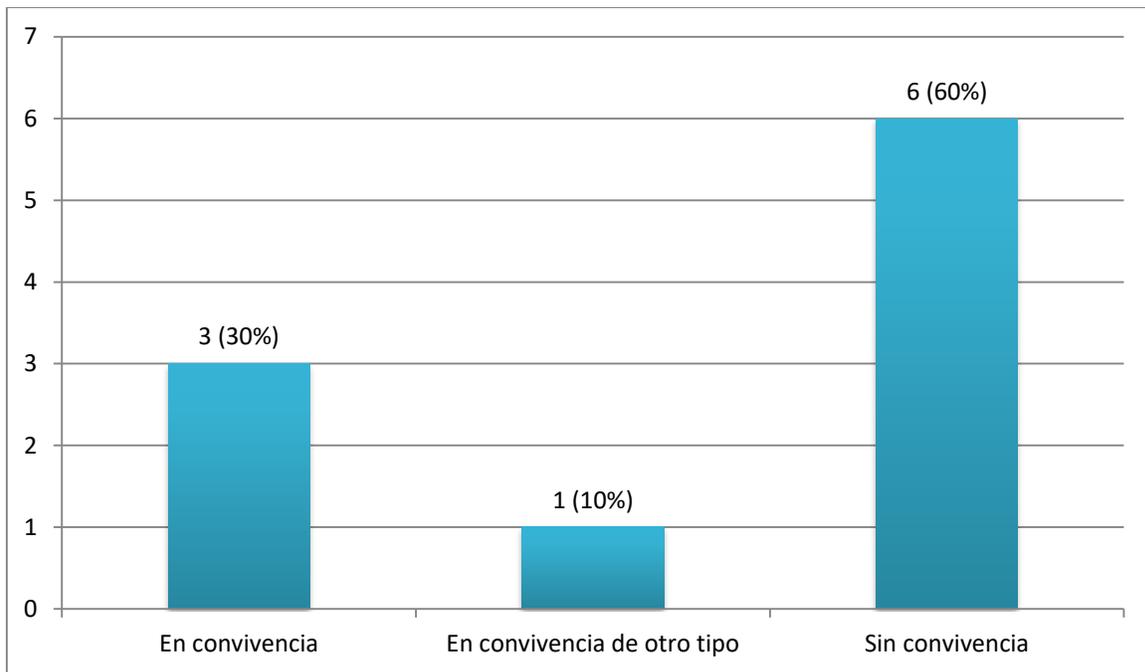


Gráfico N°6: Distribución de cantidad de individuos positivos a tendencias suicidas según su estado de convivencia.

Tabla N°10: Distribución de frecuencias intergrupos de individuos positivos según convivencia.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
En convivencia	24	85.7%	3	33.3%	27	
Sin convivencia	4	14.3%	6	66.7%	10	0.0053**
Total	28	100%	9	100%	37	

** : Valores estadísticamente significativos.

Tabla N°11: Distribución de frecuencias de individuos según su estado de convivencia.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
En convivencia	24	68.6%	3	30%	27	0.0006 **
En convivencia de otro tipo	7	20%	1	10%	8	0.1782
Sin convivencia	4	11.4%	6	60%	10	0.7089
Total	35	100%	10	100%	45	

** : Valores estadísticamente significativos.

6.2.4. Años de ejercicio laboral

En la población general, se evidencio que 32/45 (71.1%) de ellos llevan ejerciendo menos de 10 años, sólo 7/45 (15.6%) llevan entre 10 – 25 años y sobre los 25 años se encontró a 6/45 (13.3%) sujetos.

De la totalidad de individuos con tendencia suicida, 8/10 (80%) individuos llevan menos de 10 años ejerciendo, siendo contrario a quienes ejercen sobre 25 años, ya que en este subgrupo no hubo individuos que seleccionaron esta opción y finalmente, quienes están entre el rango de 10 – 25 años fueron 2/10 (20%) (Gráfico N°7). En el caso de la evaluación entre intergrupos, no se encontraron valores estadísticamente significativos, solo se evidenció a nivel de intragrupos diferencias estadísticas significativas en quienes llevan ejerciendo menos de 10 años (Tabla N°12).

Tabla N°12: Distribución de frecuencias de individuos según años de ejercicio laboral.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
Menor de 10 años	24	68.6%	8	80%	32	0.0276 **
Ente 10 - 25 años	5	14.3%	2	20%	7	0.6424
Sobre 25 años	6	17.1%	0		6	0.0537
Total	35	100%	10	100%	45	

** : Valores estadísticamente significativos.

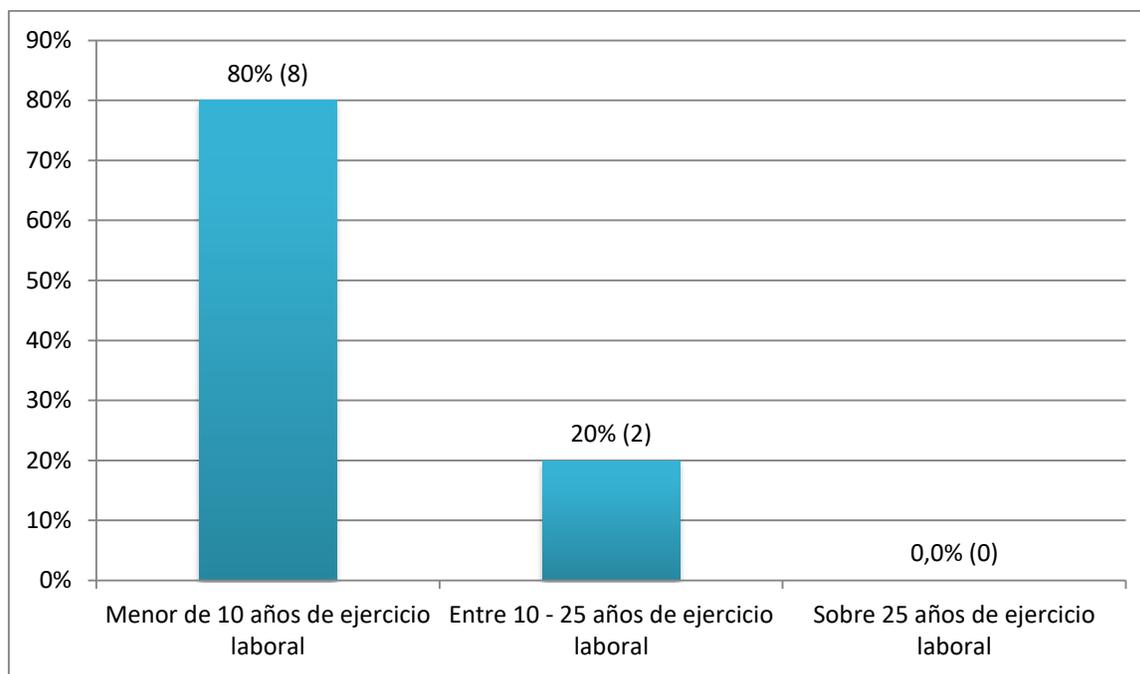


Gráfico N°7: Distribución porcentual de individuos positivos a tendencias suicidas según años de ejercicio laboral.

6.2.5. Área laboral

En cuanto al área de desempeño laboral, en los 45 individuos encuestados, el sector de Clínica Menor es la que tuvo una mayor cantidad de participantes con 36/45 (80%) individuos, siguiéndole el ámbito de Producción animal con 3/45 (6.7%) y otras áreas sin especificación con 3/45 (6.7%) encuestados respectivamente, en el área de Clínica Mayor hubo 2/45 (4.4%) participantes. En cuanto a la participación en la categoría de Salud Pública fue muy disminuida, donde contó sólo con 1/45 (2.2%) individuo.

Con respecto a las áreas que se desempeñan los individuos encuestados positivos, más de la mitad de los encuestados marcaron clínica menor, siendo un total de 9/10 (90%) individuos, en cambio solo 1/10 (10%) individuo declaró ejercer en producción

animal, para las otras áreas descritas no hubo individuos que las hayan seleccionado (Gráfico N°8). Al realizar la evaluación entre intergrupos, no se encontraron valores estadísticamente significativos, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas intragrupo, de quienes ejercían en clínica menor (Tabla N°13).

Tabla N°13: Distribución de frecuencias de individuos según área en que se desempeñan los individuos encuestados.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
Clínica menor	27	77.1%	9	90%	36	0.0141 **
Clínica mayor	2	5.7%	0		2	0.4667
Salud publica	1	2.9%	0		1	1.0000
Producción animal	2	5.7%	1	10%	3	1.0000
Servicios públicos	0		0		0	
Inocuidad alimentaria	0		0		0	
otro	3	8.9%	0		3	0.4643
Total	35	100%	10	100%	45	

** : Valores estadísticamente significativos.

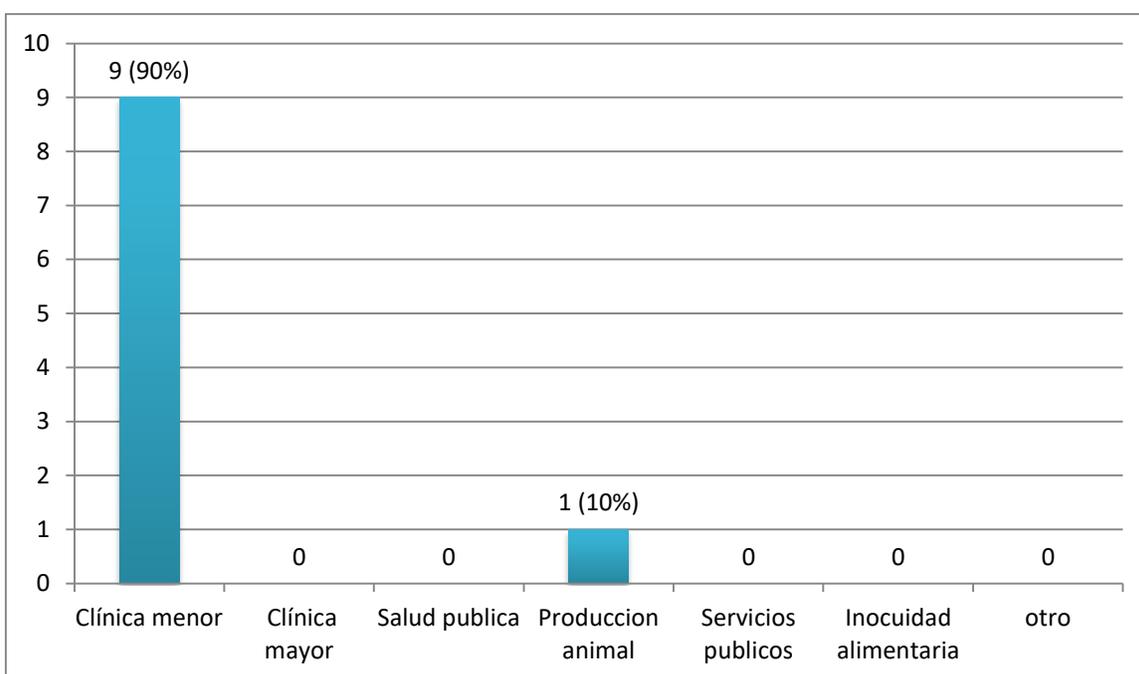


Gráfico N°8: Cantidad de individuos positivos a tendencias suicidas según sus especialidades.

6.2.6. Horario de trabajo

En cuanto a el horario, de los 45 encuestados, en el cual desempeñaban sus funciones laborales, el cual arrojó resultados variados: 11/45 (24.4%) de ellos trabajaban sólo de día, 14/45 (31.1%) trabajaban tanto de día como fines de semana y festivos, 11/45 (24.4%) de los encuestados trabajaban en turnos de día y fines de semana, 6/45 (13.3%) de los individuos trabajaban en todas las opciones (día, noche, fines de semana y festivos), 1/45 (2.2%) se desempeñaba en turnos de día y noche, 1/45 (2.2%) laboraba sólo los fines de semana y por último 1/45 (2.2%) trabajaba de día, noche y fines de semana. En relación con esta pregunta se analizó la cantidad de horas semanales trabajadas (tomando en cuenta la sumatoria de trabajos al poseer más de uno).

Respecto a la pregunta sobre las horas semanales trabajadas, de los 10 sujetos positivos, 1/10 (10%) individuo declaró solo trabajar de día, respecto a quienes trabajan solo de día y fines de semanas fueron 2/10 (20%) individuos en total, 2/10 (20%) individuos trabajan día, noche, fines de semanas y festivos, en cambio 5/10 (50%) individuos trabajan durante el día, fines de semanas y festivos (Gráfico N°9). En las otras opciones restantes no hubo selección por parte de los individuos que salieron positivos sugerentes a tendencias suicidas. Sobre la evaluación entre intergrupos, no se encontraron valores estadísticamente significativos, solo fue posible evidenciar diferencias estadísticamente significativas a nivel de intragrupo de quienes trabajan de día (Tabla N°14).

Tabla N°14: Distribución de frecuencias de individuos según horario de trabajo.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
Trabaja de día	10	28.6%	1	10%	11	0.0273 **

Trabaja de día y noche	1	2.9%	0		1	1.0000
Trabaja de día, noche y fines de semana	1	2.9%	0		1	1.0000
Trabaja de día, noche, fines de semana y festivos	4	11.4%	2	20%	6	0.6380
Trabaja de día y fines de semana	9	25.7%	2	20%	11	0.1322
Trabaja de día, fines de semana y festivos	9	25.7%	5	50%	14	0.5146
Trabaja fines de semana	1	2.9%	0		1	1.0000
Trabaja de noche	0		0		0	
Trabaja festivos	0		0		0	
Total	35	100%	10	100%	45	

** : Valores estadísticamente significativos.

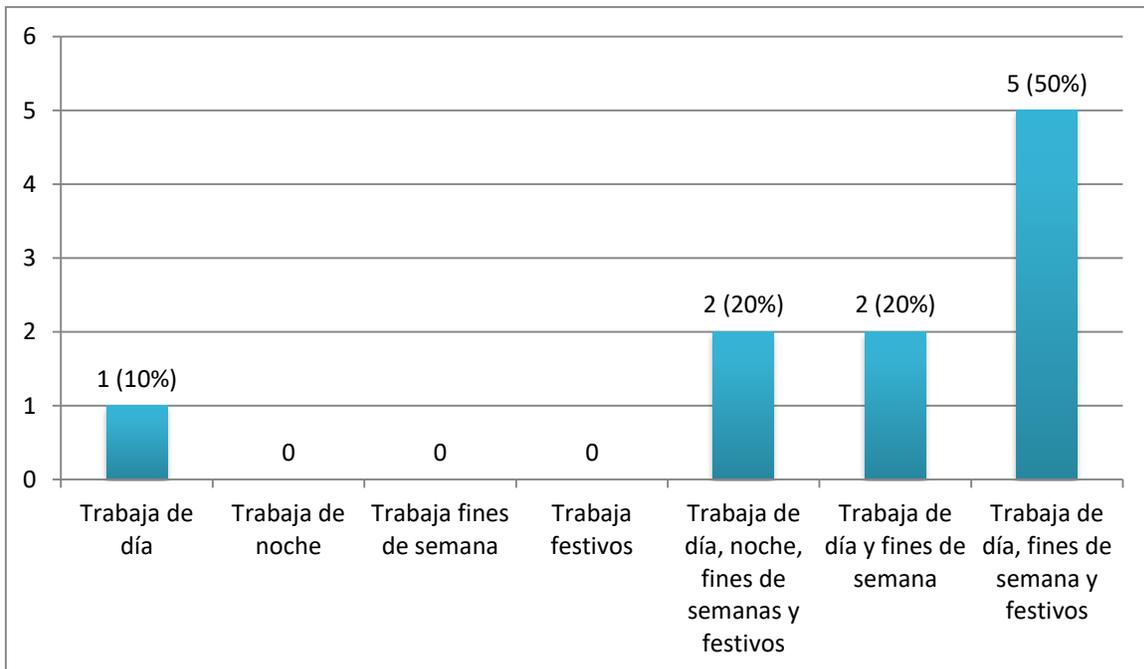


Gráfico N°9: Distribución de individuos positivos a tendencias suicidas según horario de trabajo.

6.2.7. Horas laborales

En este punto se pudo dividir en 4 grupos a los 45 sujetos encuestados: < 22.5 horas semanales, donde 7/45 (15.6%) personas laboraban en esta modalidad, ≥ 22.5 horas y ≤ 34 horas semanales arrojó un número de 13/45 (28.9%) individuos, aquellos profesionales que trabajaban > 34 y ≤ 45 horas a la semana igualó la jornada anteriormente mencionada con una cantidad de 13/45 (28.9%) encuestados, finalmente alrededor de 12/45 (26.7%) de los sujetos trabajaban una cantidad > 45 horas.

En cuanto a la cantidad de horas a la semana trabajadas, ningún individuo sugerente a tendencias suicidas trabaja < media jornada (22.5 horas), 4/10 (40%) individuos marcaron que trabajan ≥ 22.5 horas ≤ 34 horas, 2/10 (20%) individuos trabajan > 34 horas ≤ 45 horas y finalmente una gran cantidad de individuos indico que trabaja > 45 horas, siendo en total 4/10 (40%) individuos (Gráfico N°10).

A la evaluación entre intergrupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, y en cuanto a la evaluación entre intragrupos, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en quienes ejercen menos de media jornada (22.5 horas) y quienes trabajan sobre 34 horas y menos de 45 horas (Tabla N°15).

Tabla N°15: Distribución de frecuencias de individuos según horas laborales.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
< media jornada (22.5 horas)	7	20%	0		7	0.0468 **
≥ 22.5 horas ≤ 34 horas	9	25.7%	4	40%	13	0.3179
> 34 horas ≤ 45 horas	11	31.4%	2	20%	13	0.0449 **

> 45 horas	8	22.9%	4	40%	12	0.4815
Total	35	100%	10	100%	45	

** : Valores estadísticamente significativos.

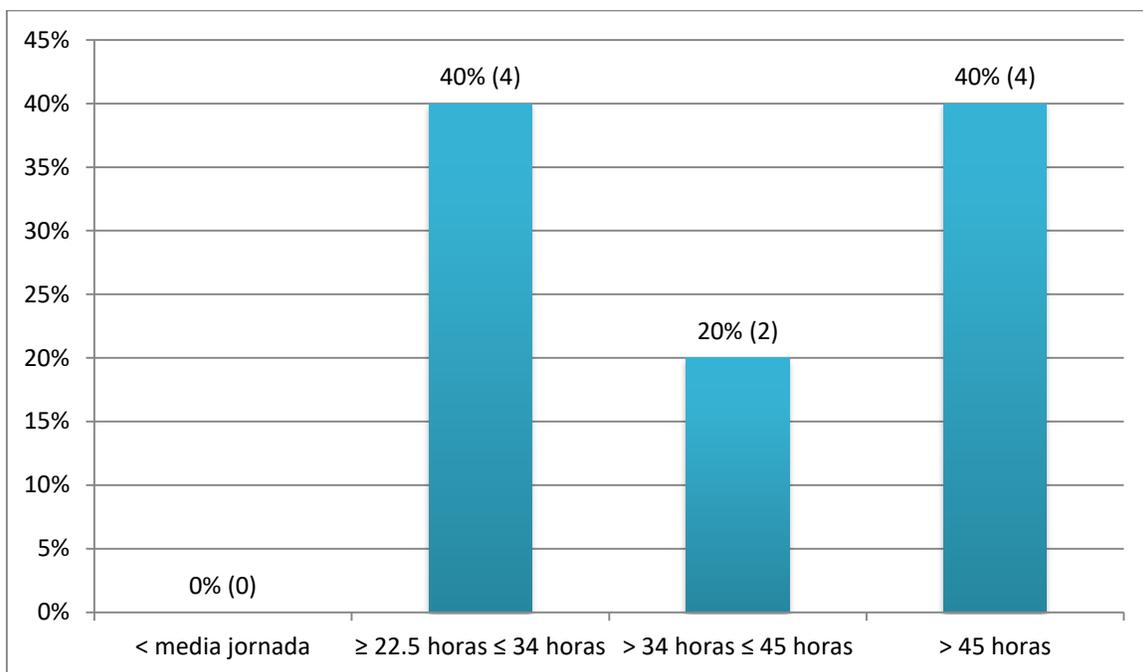


Gráfico N°10: Distribución porcentual de individuos positivos a tendencias suicidas según la cantidad de horas laborales.

6.2.8. Tipo de trabajo

En cuanto a la modalidad de trabajo, la mayoría de los encuestados respondieron que trabajaban de manera independiente, los cuales corresponden a 29/45 (64.4%) de los encuestados, 16/45 (35.6%) de estos trabajaban de forma dependiente.

Sobre la manera en que trabajan los individuos positivos encuestados, 2/10 (20%) trabaja de manera dependiente y 8/10 (80%) individuos trabajan de manera independiente (Gráfico N°11).

En cuanto a la evaluación entre intergrupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en cambio, a la evaluación en intragrupos, quienes trabajan de manera dependiente se encontraron valores estadísticamente significativos (Tabla N°16).

Tabla N°16: Distribución de frecuencias de individuos según tipo de trabajo.

	NEGATIVOS		POSITIVOS			
	N	%	N	%	Total	Valor p
Dependiente	14	40%	2	20%	16	0.0134 **
Independiente	21	60%	8	80%	29	0.0655
Total	35	100%	10	100%	45	

** : Valores estadísticamente significativos.

Respecto a la pregunta anterior, quienes trabajan de manera dependiente, se les consultó si trabajan de manera indefinida o definido, a lo cual de los 45 sujetos encuestados, siendo 16 quienes trabajan de forma dependiente, 12/16 (75%) individuos poseen contrato indefinido y los últimos 4/16 (25%) individuos poseen contrato definido.

En cuanto a los 10 individuos positivos, 2 individuos contestaron que trabajaban de forma dependiente, a lo cual, se les consultó de qué forma trabajan, siendo 1/2 (50%) individuo contestó que trabaja de forma indefinida, en cambio 1/2 (50%) individuo contestó trabajar de forma definida (Gráfico N°11).

En cuanto a la evaluación entre intergrupos, no se encontraron valores estadísticamente significativos y a nivel de intragrupos, se consideraron que solamente quienes trabajen de forma indefinida tienen valores estadísticamente significativos (Tabla N°17).

Tabla N°17: Distribución de frecuencias de individuos según tipo de contrato.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
Indefinido	10	76.9%	1	50%	11	0.0273 **
Definido	3	23.1%	1	50%	4	0.5758
Total	13		2	100%	15	

** : Valores estadísticamente significativos.

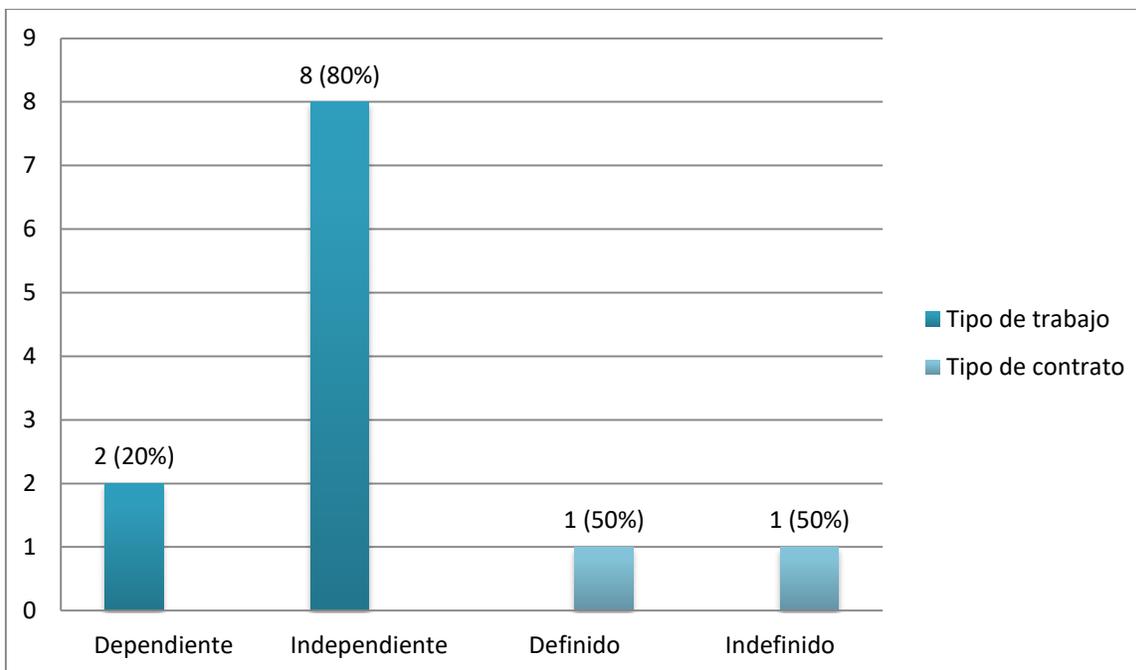


Gráfico N°11: Distribución total de los individuos positivos a tendencias suicidas según su tipo de trabajo y contrato.

6.2.9. Intentos y suicidios consumados en médicos veterinarios

Dentro de la población de estudio se evaluó si es que han conocido algún Médico Veterinario (MV) que haya intentado atentar contra su vida y en qué momento. De los 45 (100%) sujetos en estudio, 21/45 (46.7%) afirmaron no conocer a ninguno, 10/45 (22.2%) mencionaron conocer durante estudios de pregrado. 5/45 (11.1%) durante trabajo activo como MV, 7/45 (15.6%) respondieron haber vivido este proceso durante estudios de pregrado y trabajo activo como MV. Finalmente 1/45 (2.2%) Individuo

acusó vivir este proceso durante estudios de postgrado y 1/45 (2.2%) durante estudios de pregrado, postgrado y trabajo activo de Medicina Veterinaria.

En los 10 individuos positivos, al momento de consultarles sobre si conocían algún médico veterinario que se haya intentado suicidar, 3/10 (30%) individuo contestó haber conocido uno durante estudios de pregrado, 1/10 (10%) durante el trabajo activo de médico veterinario, 2/10 (20%) individuos aseguraron no conocer a ningún médico veterinario que se haya intentado suicidar, durante estudios de pregrado, postgrado y durante trabajo activo de médico veterinario 1/10 (10%) individuo y 3/10 (30%) individuos contestaron que durante estudio de pregrado y trabajo activo de M.V, y finalmente en las otras opciones no hubo (Gráfico N°12).

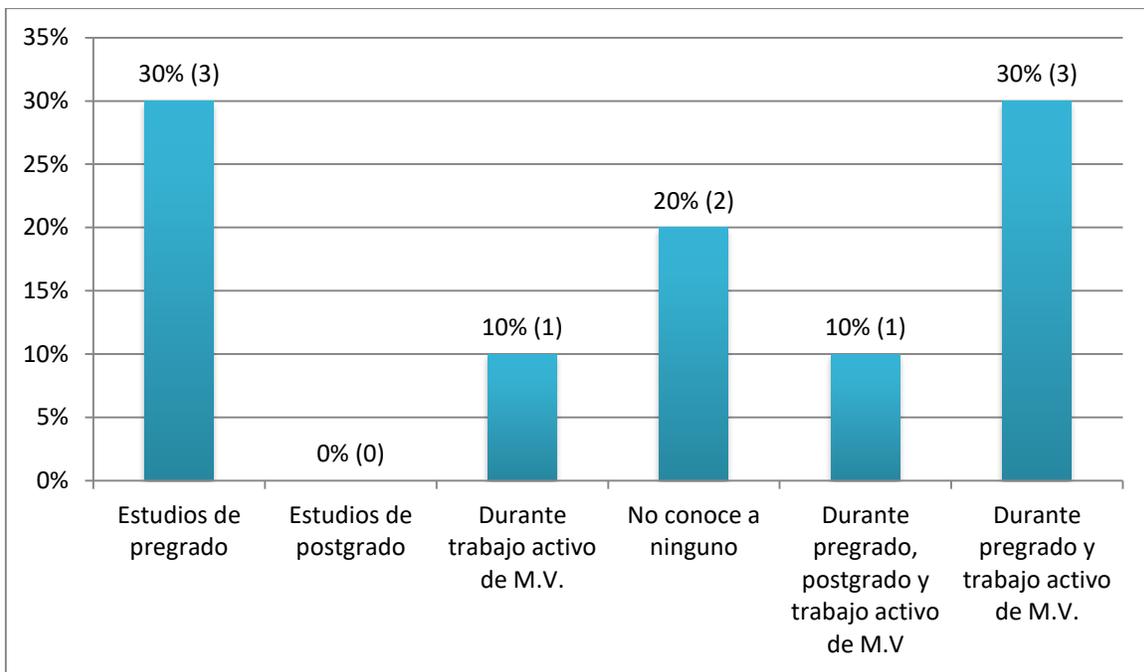


Gráfico N°12: Distribución total de los individuos positivos a tendencias suicidas según si han conocido a M.V que se hayan intentado suicidar.

En cuanto a la evaluación entre intergrupos, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas, en cambio, a nivel de intragrupos, quienes no conocen

médicos veterinarios que se hayan intentado suicidar se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla N°18).

Tabla N°18: Distribución de frecuencias de individuos que conocieron algún M.V que se haya intentado suicidar.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
Durante estudios de pregrado	7	20%	3	30%	10	0.4404
Durante estudios de postgrado	1	2.9%	0		1	1.0000
Durante trabajo activo de M.V	4	11.4%	1	10%	5	0.5804
No conoce a ninguno	19	54.3%	2	20%	21	0.0019 **
Durante estudios de pregrado, postgrado y trabajo activo	0		1	10%	1	1.0000
Durante estudio de pregrado y trabajo activo	4	11.4%	3	30%	7	1.0000
Total	35	100%	10	100%	45	

** : Valores estadísticamente significativos.

Por otra parte, a los mismos 45 individuos encuestados se les consultó si conocieron algún MV que se haya suicidado y en qué momento ocurrió. Del total de individuos

entrevistados, 16/45 (35.6%) contestaron que pasaron por este acontecimiento durante su trabajo activo de MV, 13/45 (28.9%) afirmaron no conocer ninguno, 7/45 (15.6%) durante estudios de pregrado, 8/45 (17.8%) durante pregrado y trabajo activo de MV. Finalmente 1/45 (2.2%) individuo afirmó haber experimentado este acontecimiento durante estudios de postgrado/especialización y trabajo activo de MV. En el caso de los 10 individuos positivos, 2/10 (20%) conoció durante estudios de pregrado, 3/10 (30%) individuos aseguraron conocer a algún médico veterinario que haya tomado esta decisión durante trabajo activo de médico veterinario, mientras que 2/10 (20%) señalaron no conocer a ninguno, en cambio, 1/10 (10%) individuo señaló que conocido durante estudios de postgrado y durante trabajo activo en medicina veterinaria y 2/10 (20%) individuos conocieron a un MV durante pregrado y trabajo activo, finalmente, ningún individuo conoció a alguien durante estudios de postgrado/especialización (Gráfico N°13).

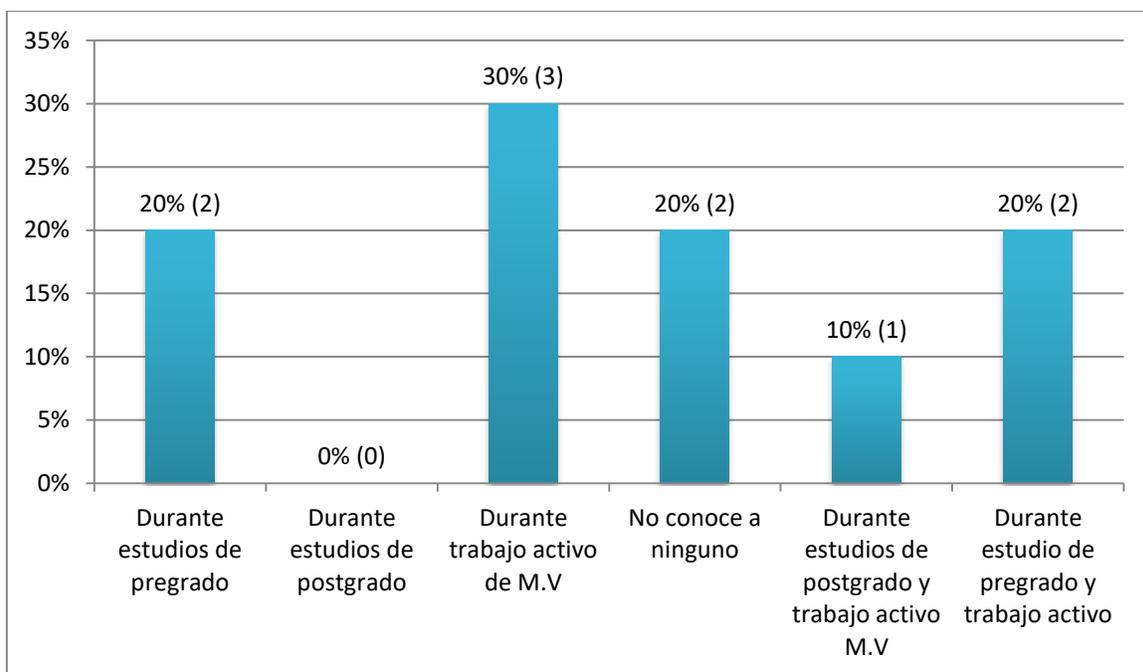


Gráfico N°13: Distribución total de los individuos positivos a tendencias suicidas que han conocido a MV que se haya suicidado.

Sobre la evaluación entre intergrupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en cambio, en el caso de la evaluación a nivel de intragrupos, la gran mayoría se consideró que no es estadísticamente significativa, el grupo de quienes no conocieron a algún MV que se haya suicidado fue considerado estadísticamente significativo (Tabla N°19).

Tabla N°19: Distribución de frecuencias de individuos que conocieron algún M.V que se haya suicidado.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
Durante estudios de pregrado	5	14.3%	2	20%	7	0.6424
Durante estudios de postgrado	0		0		0	
Durante trabajo activo de M.V	13	37.1%	3	30%	16	0.0597
No conoce a ninguno	11	31.4%	2	20%	13	0.0449 **
Durante estudios de postgrado y trabajo activo	0		1	10%	1	1.0000
Durante estudio de pregrado y trabajo activo	6	17.1%	2	20%	8	0.3875
Total	35	100%			45	

** : Valores estadísticamente significativos.

6.2.10. Ingresos

Con respecto a los ingresos mensuales se separaron en 6 categorías, a lo cual los 45 individuos respondieron que: ingresos \leq \$100.000 se encontraron 2/45 (4.4%) individuos, entre \$100.001-\$300.000, 4/45 (8.9%) personas, entre \$300.001-500.000 habían 13/45 (28.9%) de los encuestados, entre \$500.001-\$900.000 se hallaban 9/45 (20%) sujetos. En la penúltima categoría correspondiente a personas con ingresos entre \$900.001-\$1.200.000 habían 6/45 (13.3%) individuos, y finalmente en la categoría \geq \$1.200.000 se hallaban 11/45 (24.4%) personas.

Mientras que, de los 10 (100%) individuos positivos, 2/10 (20%) individuos obtienen ingresos entre \$100.001 – 300.000, 4/10 (40%) individuos tienen un ingreso entre \$300.001 – 500.000, en cambio 1/10 (10%) individuo obtiene ganancias entre \$500.001 – 900.000, en igual cantidad, 1/10 (10%) individuo obtiene ingresos entre \$900.001 – 1.200.000 y finalmente, 2/10 (20%) individuos obtienen una ganancia \geq \$1.200.001. Con respecto a quienes ganan \leq \$100.000, no hubo individuos positivos sugerentes a tendencias suicidas que hayan marcado esas opciones (Gráfico N°14).

En este caso, a nivel de intergrupos e intragrupos, en ambos casos no hubo valores estadísticamente significativos.

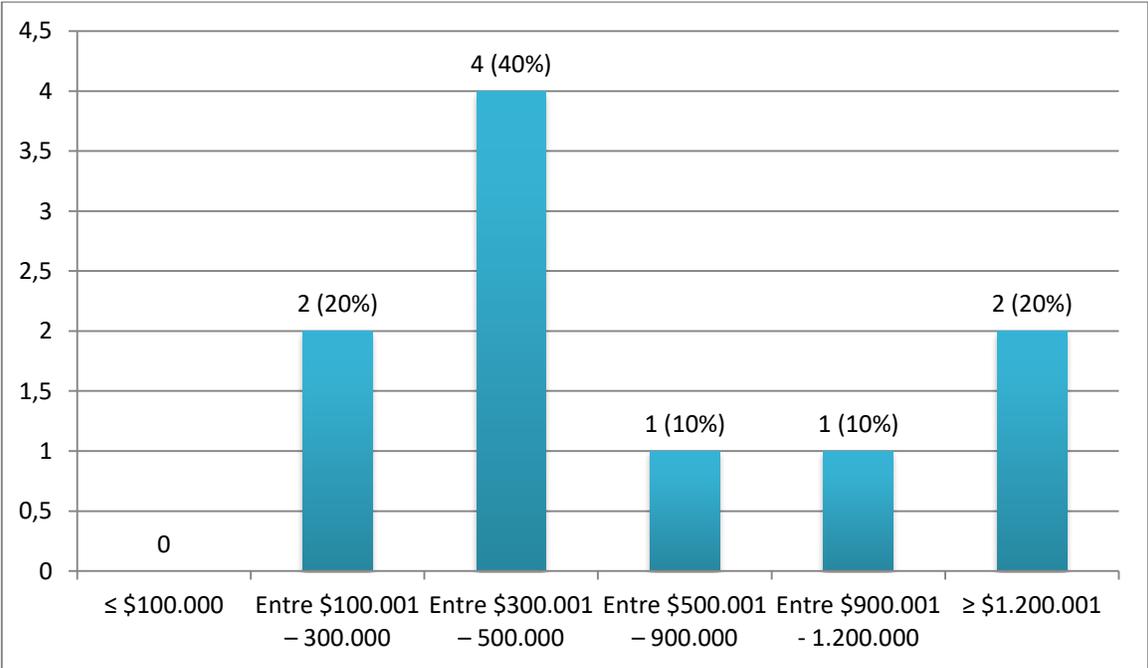


Gráfico N°14: Distribución de cantidad de individuos positivos a tendencias suicidas según sus ingresos.

6.2.11. Eutanasias

En cuanto a la realización de eutanasias, de los 45 individuos encuestados, 39/45 (86.7%) personas respondieron que es un acto que realizaban dentro de su actividad como profesional, y sólo 6/45 (13.3%) comentaron que no realizaban este procedimiento, mientras que de los 10 individuos positivos, 9/10 (90%) individuos indicaron que si realizan, y por el contrario, solo 1/10 (10 %) individuo no realiza este procedimiento (Gráfico N°15).

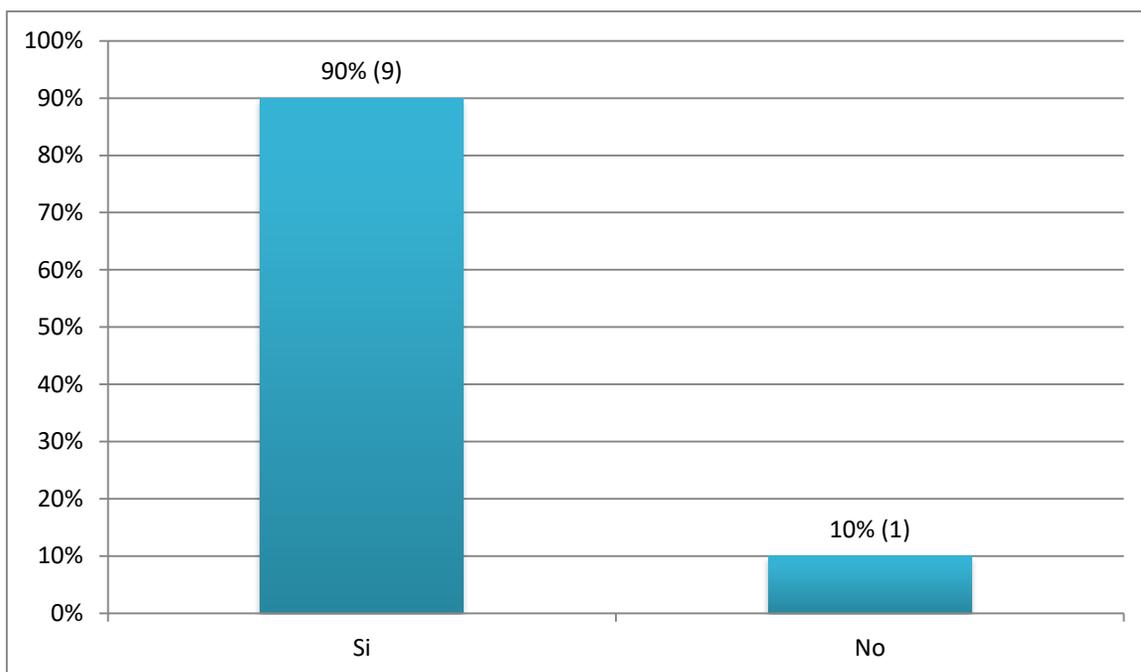


Gráfico N°15: Distribución porcentual de individuos positivos a tendencias suicidas según si realizan eutanasias.

En cuanto a la evaluación entre intergrupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en cambio, en la evaluación realizada a nivel de intragrupos, solo quienes realizan este procedimiento presentan diferencias estadísticamente significativas (Tabla N°20).

Tabla N°20: Distribución de frecuencias de individuos que realizan eutanasias.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
Si	30	85.7%	9	90%	39	0.0056 **
No	5	14.3%	1	10%	6	0.3156
Total	35	100%	10	100%	45	

** : Valores estadísticamente significativos.

En cuanto a los 45 individuos encuestados, 39 (100%) individuos indicaron que realizaban este procedimiento, respecto a la frecuencia, 30/39 (76.9%) indicaron que realizaban menos de 5 en el mes, 7/39 (17.9%) de ellos realizaban entre 5-15 y 2/39 (5.1%) de ellos realizaban sobre 15 en un mismo mes. Sobre los 10 individuos positivos, 9 (100%) individuos aseguraron realizar eutanasias, de los cuales 4/9 (44.4%) asevero realizar menos de 5, quienes realizan entre 5 – 15 fueron igualmente 4/9 (44.4%) individuos y finalmente quienes realizan sobre 15 eutanasias fue solo 1/9 (11.1%) individuo (Gráfico N°16).

A la evaluación a nivel de intergrupos, solo quienes realizan entre 5 – 15 y menos de 5 procedimientos presentaron diferencias estadísticamente significativas (Tabla N°21), en cambio, a nivel de intragrupos, solo quienes realizan menos de 5 procedimientos obtuvieron diferencias estadísticamente significativos (Tabla N°22).

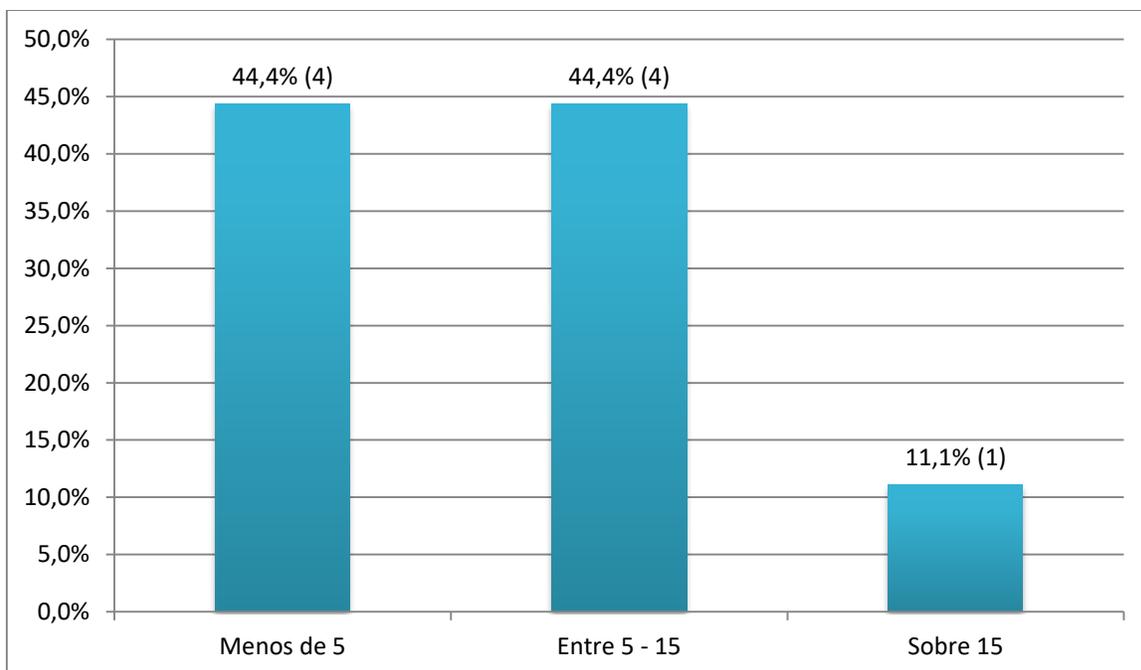


Gráfico N°16: Distribución porcentual de individuos positivos a tendencias suicidas según cantidad de procedimientos realizados.

Tabla N°21: Distribución de frecuencias intergrupos de individuos positivos según eutanasias realizadas.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
Entre 5 - 15	3	10.3%	4	50%	7	
Menos de 5	26	89.7%	4	50%	30	
Total	29	100%	8	100%	37	0.0271**

** : Valores estadísticamente significativos.

Tabla N°22: Distribución de frecuencias de individuos según cantidad de procedimientos de eutanasias realizadas.

	NEGATIVOS		POSITIVOS			
	N	%	N	%	Total	Valor p
Menos de 5	26	86.7%	4	44.4%	30	0.0037 **
Entre 5 - 15	3	10%	4	44.4%	7	1.0000
Sobre 15	1	3.3%	1	11.1%	2	1.0000
Total	30	100%	9		39	0.3156

** : Valores estadísticamente significativos.

De los 39 individuos que realizan este procedimiento, se les consultó sobre qué porcentaje se encontraban de acuerdo realizarlo, 34/39 (87.2%) individuos comentaron que estaban de acuerdo con esa decisión entre el 75%-100% de los casos, 1/39 (2.6%) de ellos entre el 51%-74% de los casos, 2/39 (5.1%) de los entrevistados estaban de acuerdo entre el 26%-50% de estos y 2/39 (5.1%) se encontraban de acuerdo < 25% de las ocasiones.

A los mismos 9 (100%) individuos positivos que declararon realizar este procedimiento, 1/9 (11.1%) individuo indico estar de acuerdo menos del 25% de las veces que realiza este procedimiento, en cambio 8/9 (88.9%) individuos están de acuerdo entre $\geq 75\%$ - < 100%, en el caso de las otras opciones, ningún individuo las selecciono (Gráfico N°17).

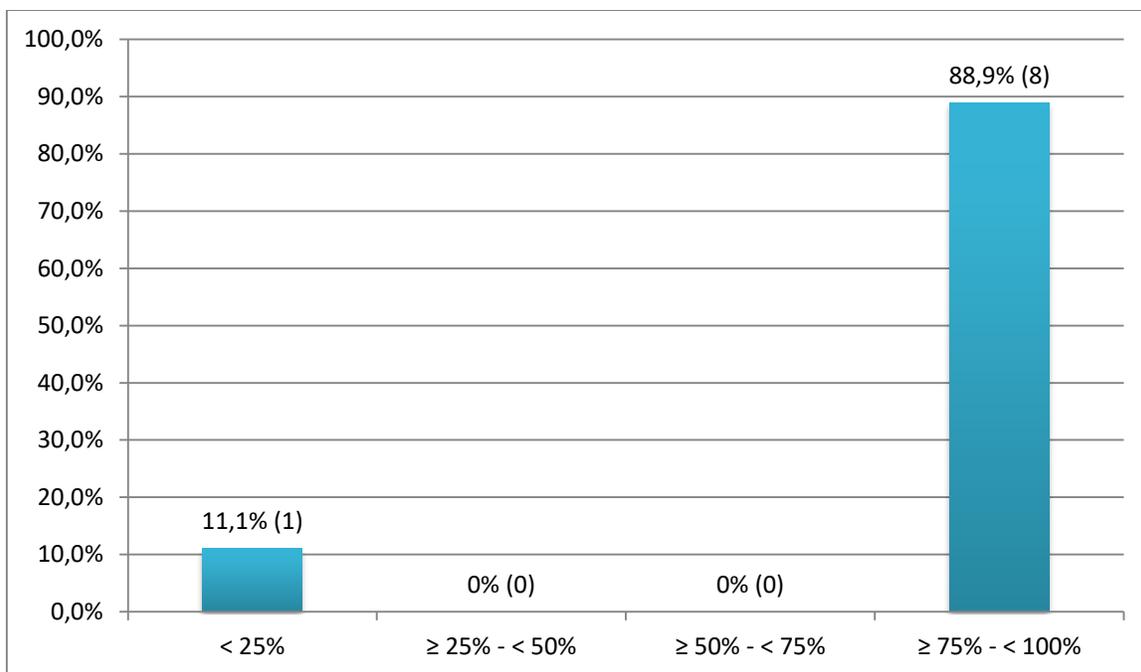


Gráfico N°17: Distribución porcentual de individuos positivos a tendencias suicidas según el porcentaje de acuerdo al realizar este procedimiento.

En cuanto a la evaluación entre intergrupos, se concluye que no son estadísticamente significativos, en cambio, al análisis en intragrupos, solo quienes están de acuerdo igual o sobre un 75% y un 100% obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (Tabla N°23).

Tabla N°23: Distribución de frecuencias de individuos según aceptación de realización de procedimiento.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
< 25%	1	3.3%	1	11.1%	2	1.0000
≥ 25% - < 50%	2	6.7%	0		2	0.4667
≥ 50% - < 75%	1	3.3%	0		1	1.0000
≥ 75% - < 100%	26	86.7%	8	88.9%	34	0.0114 **
Total	30	100%	9	100%	39	

** : Valores estadísticamente significativos.

De los 45 individuos encuestados, 39 indicaron realizar eutanasia, a estos mismos individuos se les pregunto: “En el caso de realizar eutanasias ¿Lo considera

estresante?”, 29/39 (74.4%) de ellos lo consideraba como un acto estresante y sólo 10/39 (25.6%) de estos no lo percibió como tal, en cuanto a los 9 individuos positivos que realizan eutanasias, la gran mayoría asegura que si es un proceso estresante, siendo 8/9 (88.9%) individuos quienes seleccionaron esta respuestas, en cambio solo 1/9 (11.1%) individuo contesto no considerar este procedimiento estresante.

En la evaluación entre intergrupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en cambio, al análisis entre intragrupos, la opción de quienes no consideran este procedimiento estresante es concluyente a existen diferencias estadísticamente significativo (Tabla N°24).

Tabla N°24: Distribución de frecuencias de individuos positivos que consideran estresante este procedimiento

	NEGATIVOS		POSITIVOS			
	N	%	N	%	Total	Valor p
Si	21	70%	8	88.9%	29	0.0655
No	9	30%	1	11.1%	10	0.0485 **
Total	30	100%	9	100%	39	

** : Valores estadísticamente significativos.

Agregado a la pregunta anterior, de los 45 individuos encuestados, 29/45 (100%) individuos que realizan dicho procedimiento se les solicitó colocar, máximo, 3 motivos de estrés al realizar eutanasias, de los cuales, 14/29 (48.3%) individuos mencionaron como factor de estrés la empatía, tanto con los animales como con los tutores o dueños de estos, 10/29 (34.5%) individuos la asociaba la carga emocional y afectiva que el acto per sé se refiere, 3/29 (10.3%) individuos la asocian al desarrollo de sentimientos como impotencia, rabia o frustración y finalmente, en otros motivos, tales como: enfermedades terminales, factores económicos, perros callejeros, entre otros, obtuvo un total de 2/29 (6.9%) individuos.

En el caso de los 10 individuos positivos, de los 8 (100%) que realiza este procedimiento, 5/8 (62.5%) individuos mencionaron como factor de estrés la empatía, tanto con los animales como con los tutores o dueños de estos, 3/8 (37.5%) hizo

énfasis a la carga emocional y afectiva del acto en sí, finalmente, no hubo individuos que seleccionaran las otras opciones (Gráfico N°18).

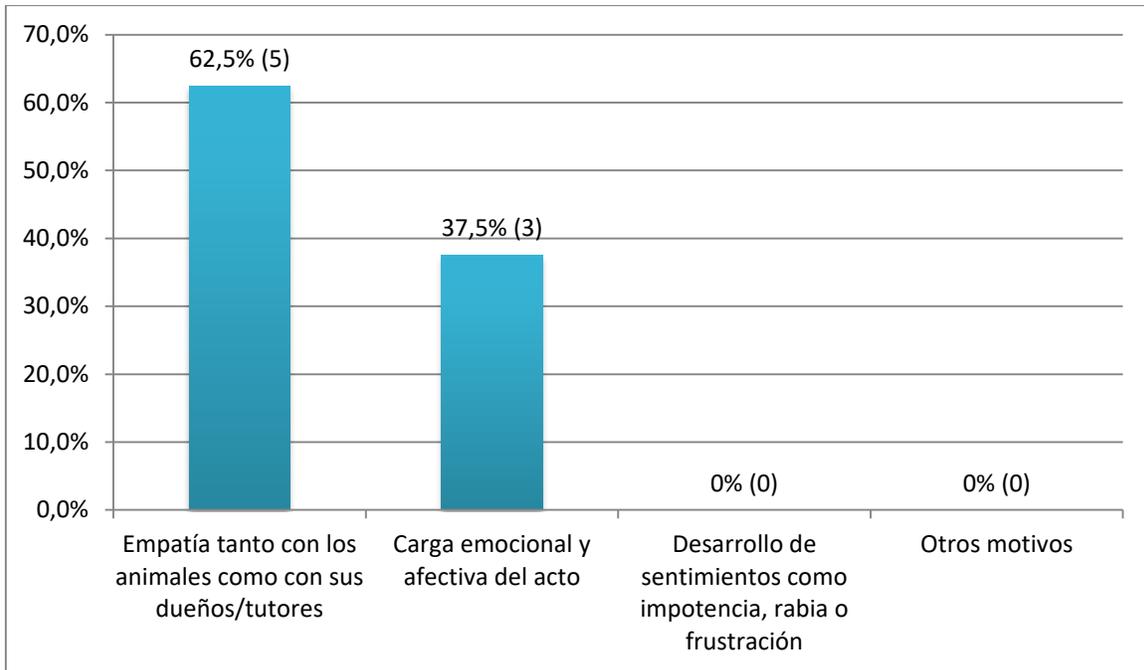


Gráfico N°18: Distribución porcentual de individuos positivos a tendencias suicidas según factores de estrés asociados a la realización de eutanasias.

En la evaluación a nivel de intergrupos e intragrupos no se encontraron valores estadísticamente significativos.

6.2.12. Factor estrés

De la misma forma, al evaluar los factores de estrés, si es que estuvieran estresados, de los 45 (100%) individuos encuestados, 9/45 (20%) individuos pensaban que son factores personales, 19/45 (42.2%) individuos dijeron que los factores eran laborales, 17/45 (37.8%) individuos expresaron que el estrés era causado tanto como por factores laborales como por personales. En cambio, los 10 (100%) individuos positivos obtuvieron respuestas variadas, ya que 2/10 (20%) individuos contestaron estar asociado a factores personales, 2/10 (20%) seleccionaron factores laborales, y

mayoritariamente 6/10 (60%) individuos hicieron referencia a que el motivo de estrés era por factores personales y laborales (Gráfico N°19).

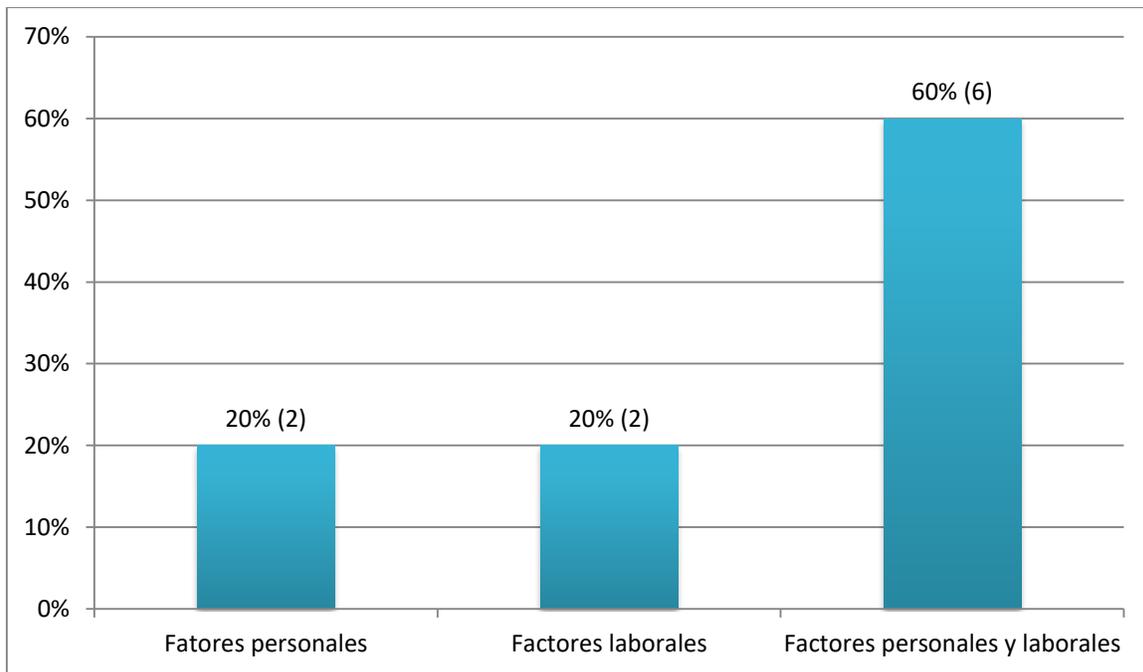


Gráfico N°19: Distribución porcentual de individuos positivos a tendencias suicidas según factores de estrés.

Al análisis entre intergrupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en cambio, al analizar a nivel de intragrupos, solo se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en quienes están estresados por factores laborales (Tabla N°25).

Tabla N°25: Distribución de frecuencias de individuos según factores de estrés.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
Factores Personales	7	20%	2	20%	9	0.2311
Factores laborales	17	48.6%	2	20%	19	0.0038 **
Factores personales y laborales	11	31.4%	6	60%	17	0.3810
Total	35	100%	10	100%	45	

** : Valores estadísticamente significativos.

Ligada a la pregunta anterior, los 45 individuos encuestados debían dar a conocer máximo 3 factores de estrés laboral, de los cuales 6/45 (13.3%) individuos hicieron referencia a la baja remuneración como motivo de estrés, en cambio 16/45 (35.6%) lo atribuyen a los propietarios (irresponsabilidad, no pago de servicios recibidos, etc.), 14/45 (31.1%) describen la dificultad en el entorno laboral (sobreexplotación, horario de trabajo, incertidumbre laboral y otros) como factor de estrés, y finalmente, quienes seleccionaron otros motivos (falta de equipamiento, agresividad de los pacientes animales, la mala condición del paciente, las relaciones personales y la falta de experiencia) fueron 9/45 (20%).

Luego de contestar esta pregunta los 10 individuos positivos, 2/10 (20%) atribuyen el estrés a la baja remuneración, de igual manera 2/10 (20%) individuos mencionaron a los propietarios como motivo, en cambio, 3/10 (30%) individuos hicieron alusión a la dificultad del entorno laboral, y finalmente 3/10 (30%) individuos mencionaron otras razones (Gráfico N°20).

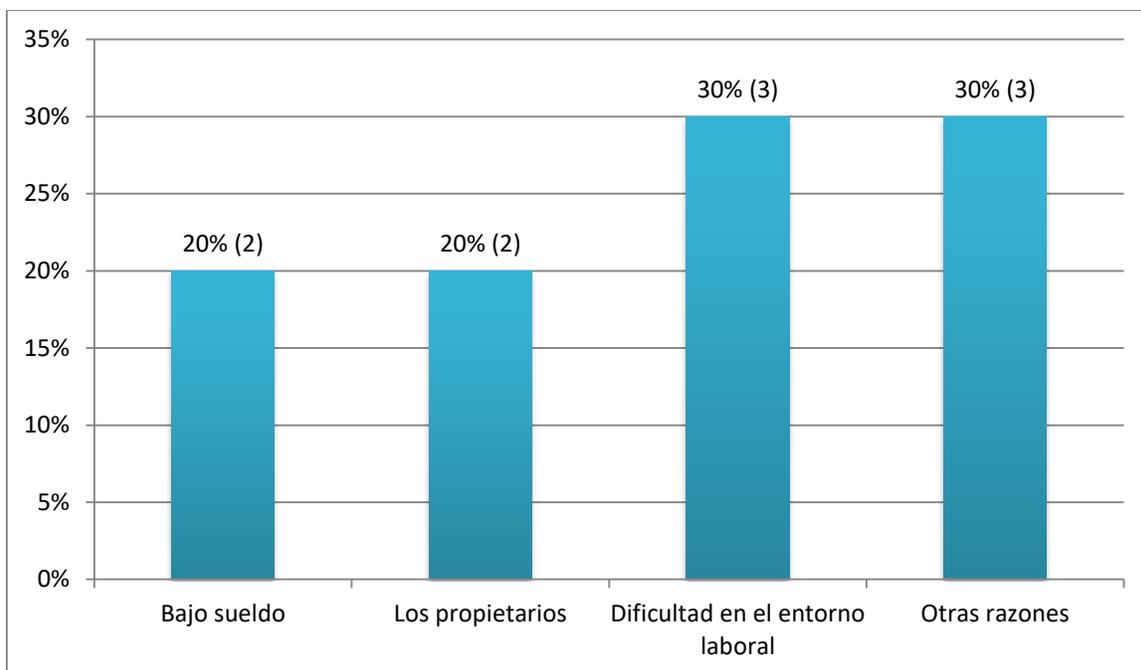


Gráfico N°20: Distribución porcentual de individuos positivos a tendencias suicidas según motivos de estrés.

En cuanto a la evaluación entre intergrupos, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas, en cambio, a la evaluación intragrupos, solo se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en aquellos individuos que seleccionaron la opción de los propietarios como estresante (Tabla N°26).

Tabla N°26: Distribución de frecuencias de individuos que su núcleo familiar vive en la misma región.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
Bajo sueldo	4	11.4%	2	20%	6	0.6380
Propietarios	14	40%	2	20%	16	0.0134**
Dificultad entorno laboral	11	31.4%	3	30%	14	0.1021
Otros	6	17.1%	3	30%	9	0.6828
Total	35	100%	10	100%	45	

** : Valores estadísticamente significativos

6.2.13. Factor familia

A los 45 (100%) individuos encuestados se le consultó sobre relación al núcleo familiar, 38/45 (84.4%) sujetos viven con sus familias en la misma región en la que trabajan y los 7/45 (15.6%) sujetos restantes no conviven con sus familias en la misma región de su trabajo, en cuanto a los 10 (100%) individuos positivos, 7/10 (70%) individuos seleccionaron que sí viven dentro de la misma región con su núcleo familiar, mientras que 3/10 (30%) individuos seleccionaron que no (Gráfico N°21).

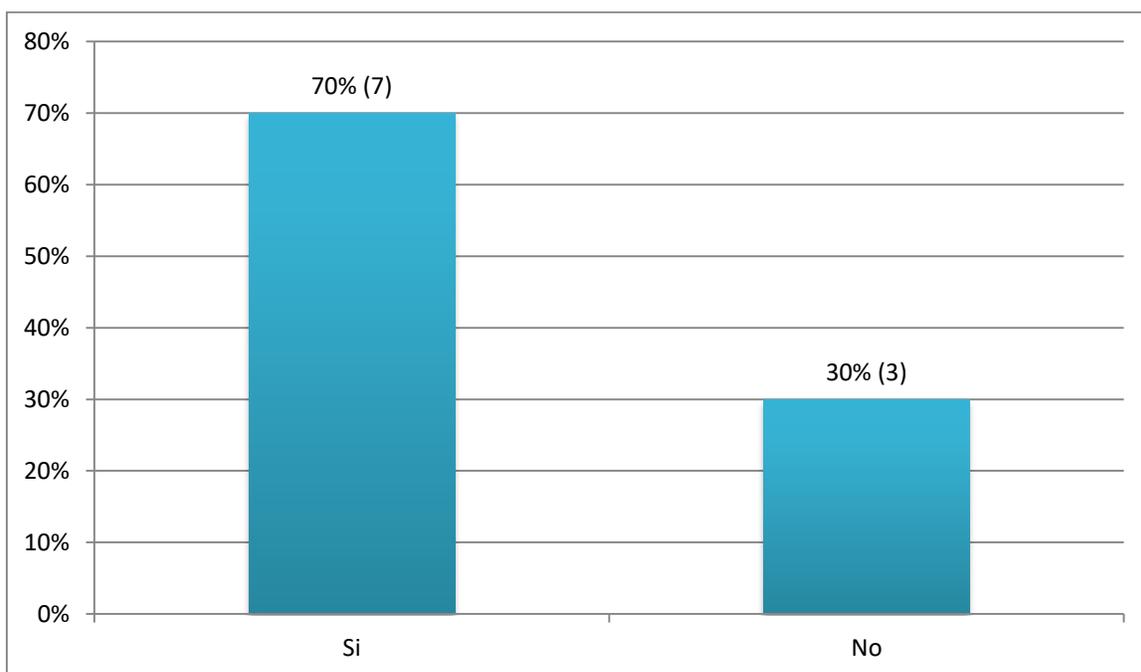


Gráfico N°21: Distribución porcentual de individuos positivos a tendencias suicidas según si viven en la misma Región que su núcleo familiar.

A nivel de intergrupos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en cambio, a la evaluación en intragrupos, se encontraron diferencias significativas en quienes si viven con su familia en la misma región que trabajan (Tabla N°27).

Tabla N°27: Distribución de frecuencias de individuos que su núcleo familiar vive en la misma región.

	NEGATIVOS		POSITIVOS			
	N	%	N	%	Total	Valor p
Si	31	88.6%	7	70%	38	0.0012 **
No	4	11.4%	3	30%	7	1.0000
Total	35	100%	10	100%	45	

** : Valores estadísticamente significativos

Por otra parte, de los 45 (100%) sujetos encuestados, 22/45 (48.9%) sujetos tienen hijos y 23/45 (51.1%) sujetos no los tienen, en cambio, de los 10 (100%) individuos positivos, 3/10 (30%) individuos contestaron si tener hijos, en cambio, 7/10 (70%) individuos contestaron no tener hijos.

En cuanto a la evaluación entre intergrupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en cambio, a la evaluación intragrupos, se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas (Tabla N°28).

Tabla N°28: Distribución de frecuencias de individuos según si tienen hijos.

	NEGATIVOS		POSITIVOS			
	N	%	N	%	Total	Valor p
Si	19	54.3%	3	30%	22	0.0064 **
No	16	45.7%	7	70%	23	0.1973
Total	35	100%	10	100%	45	

** : Valores estadísticamente significativos

En el caso de los 45 individuos encuestados, de los 22 (100%) individuos que tienen hijos, solo 4/22 (18.2%) individuos no viven con sus hijos, los demás 18/22 (82.8%) si viven con ellos. A comparación de los 10 individuos positivos, de los 3 individuos (100%) que tienen hijos, la totalidad de los individuos indicaron que si viven sus hijos.

En la evaluación a nivel de intergrupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, mientras que entre intragrupos, quienes obtuvieron diferencias estadísticamente significativas fueron quienes si viven con sus hijos (Tabla N°29).

Tabla N°29: Distribución de frecuencias de individuos según si viven o no con sus hijos.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
Si	15	83.3%	3	100%	18	0.0209 **
No	3	16.7%	0		3	1.0000
Total	18	100%	3	100%	21	

** : Valores estadísticamente significativos

6.2.14. Red de apoyo

A los mismos 45 individuos se les evaluó la red de apoyo, de los 45 (100%) individuos encuestados, donde 40/45 (88.9%) individuos expresaron tener una buena red social y 5/45 (11.1%) individuos dijeron que no la tenían, en cambio en los 10 (100%) individuos positivos, casi la totalidad marco que sí tenían una red de apoyo, siendo 8/10 (80%) individuos quienes marcaron que si, en cambio solo 2/10 (20%) individuos aseguraron no tener una buena red de apoyo (Gráfico N°22).

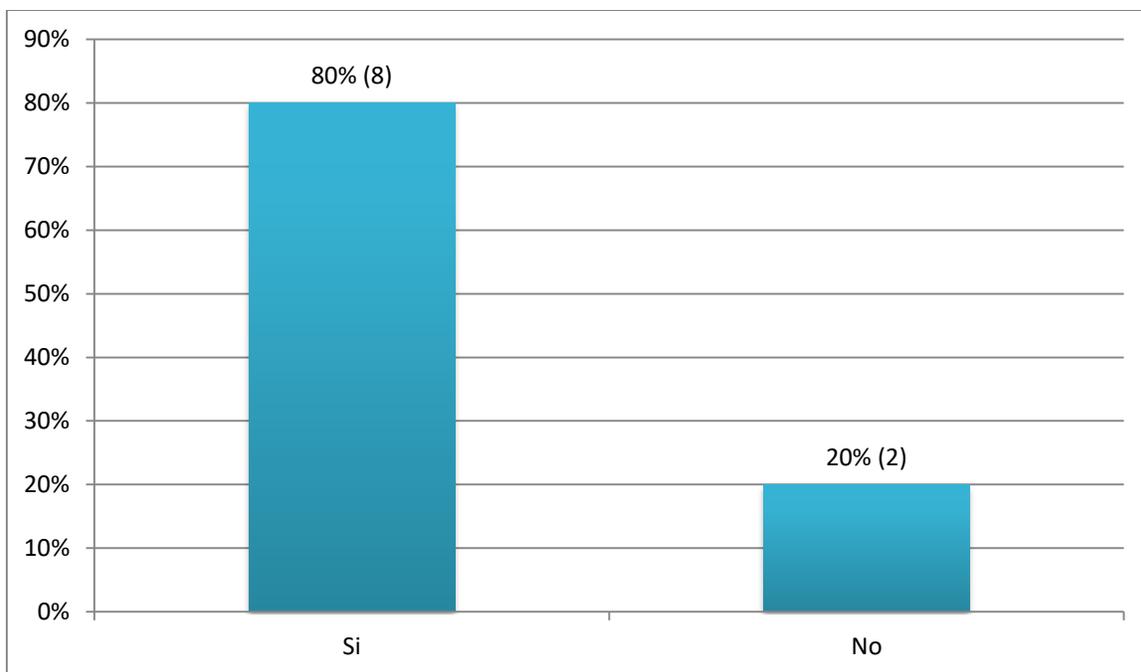


Gráfico N°22: Distribución porcentual de individuos positivos a tendencias suicidas según si poseen red de apoyo.

En cuanto a la evaluación entre intergrupos, no se encontraron valores estadísticamente significativos. Al momento de analizar los intragrupos, solo quienes declararon si tener una buena red de apoyo evidenciaron diferencias estadísticamente significativas, en cambio quienes marcaron que no, no fueron considerados estadísticamente significativos (Tabla N°30).

Tabla N°30: Distribución de frecuencias de individuos según red de apoyo.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
Si	32	91.4%	8	80%	40	0.0016 **
No	3	8.6%	2	20%	5	1.0000
Total	35	100%	10	100%	45	

** : Valores estadísticamente significativos

En relación a la misma pregunta anterior, de los 45 (100%) encuestados, 19/45 (42.2%) de ellos, ven a su red social 1 vez a la semana, 11/45 (24.4%) encuestados

ven a su red social >1 y <3 veces a la semana, 13/45 (28.9%) encuestados se reúnen con su red social > 3 veces a la semana, y los últimos 2/45 (4.4%) encuestados dijeron que veían menos de 1 vez a la semana a su red social, en cambio, de los 10 individuos (100%) positivos, 6/10 (60%) individuos se juntan 1 vez a la semana, 3/10 (30%) individuo se junta entre > 1 < 3 veces, en cambio 1/10 (10%) individuo se junta > 3 veces (Gráfico N°23).

En cuanto a la evaluación entre intergrupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en cambio, a la evaluación entre intragrupos, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los individuos que se juntan más de 3 veces a la semana (Tabla N°31).

Tabla N°31: Distribución de frecuencias de individuos según cuantas veces se juntan con su red de apoyo a la semana.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
1 vez	13	39.4%	6	60%	19	0.2597
> 1 < 3 veces	8	24.2%	3	30%	11	0.2783
> 3 veces	12	36.4%	1	10%	13	0.0130 **
Total	33	100%	10	100%	43	

** : Valores estadísticamente significativos

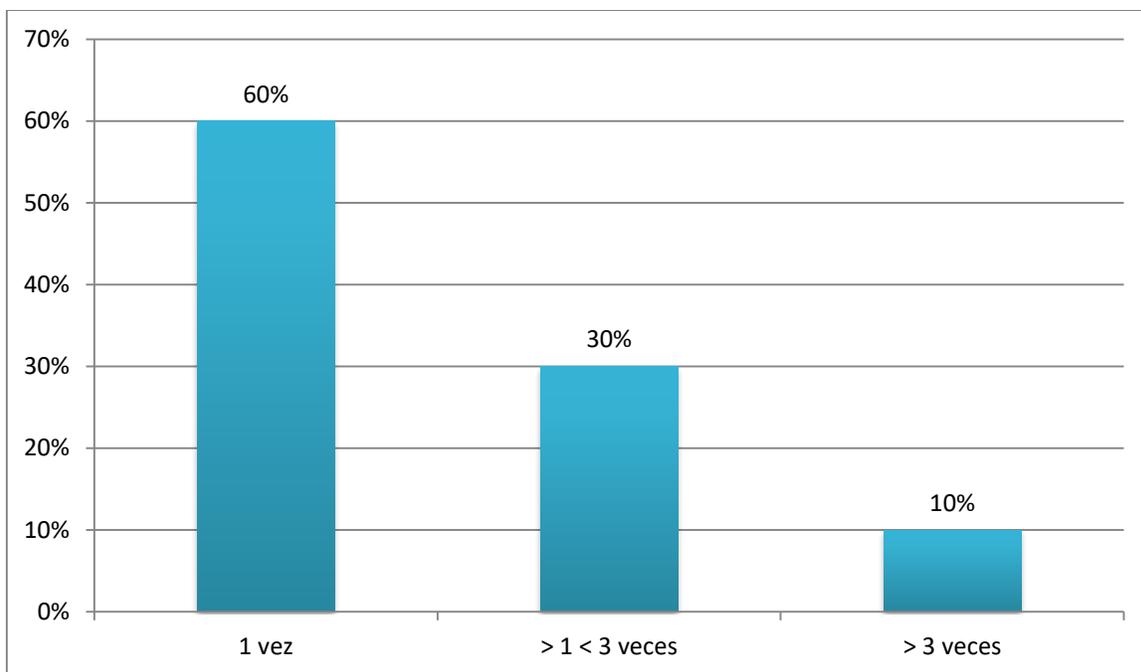


Gráfico N°23: Distribución porcentual de individuos positivos a tendencias suicidas según cantidad de juntas con su red de apoyo a la semana.

6.2.15. Pasatiempos

Finalmente se preguntó a los 45 individuos sobre si tenían algún pasatiempo una vez a la semana, en cual 26/45 (57.8%) individuos respondieron que sí, y finalmente 19/45 (42.2%) individuos respondieron que no. En cambio, de los 10 (100%) individuos positivos encuestados, 5/10 (50%) individuos contestaron si tener pasatiempos, en cambio 5/10 (50%) individuos contestaron de manera negativa a la realización de dichas actividades (Gráfico N°24).

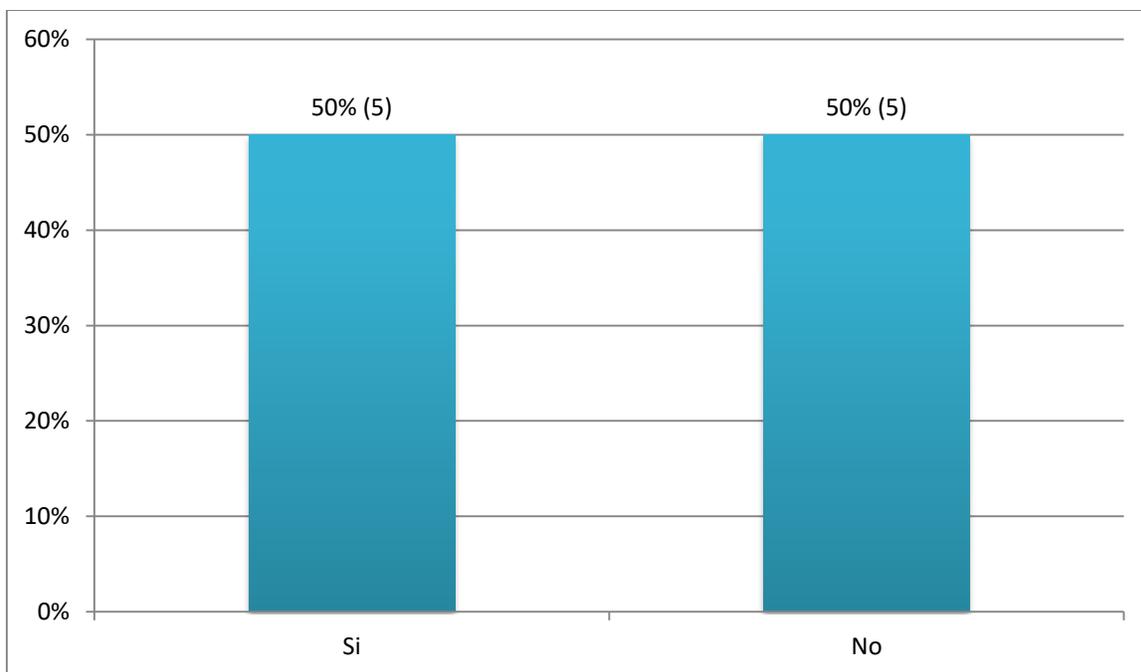


Gráfico N°24: Distribución porcentual de individuos positivos a tendencias suicidas según la realización de pasatiempos.

En el caso de la evaluación entre intergrupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, mientras que, a la evaluación entre intragrupos, solo se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en quienes respondieron si tener algún pasatiempo (Tabla N°32).

Tabla N°32: Distribución de frecuencias de individuos según si tienen pasatiempo.

	NEGATIVOS		POSITIVOS		Total	Valor p
	N	%	N	%		
Si	21		5	50%	26	0.0134 **
No	14		5	50%	19	0.1539
Total	35		10	100%	45	

** : Valores estadísticamente significativos

Finalmente se preguntó a los 45 individuos sobre si tenían algún pasatiempo una vez a la semana, en cual 26 (100%) respondieron que sí, 14/26 (53.8%) individuos respondieron hacer actividades físicas (deporte, caminatas, gimnasio y otros), 5/26 (19.2%) individuos juegan videojuegos, mientras que 4/26 (15.4%) realizan actividades artísticas (tocar instrumentos, pintar, lectura), y finalmente, 3/26 (11.5%) de los individuos realizan actividades sociales (salir con amigos, reunirse con la familia).

Sobre los 10 individuos positivos, de los cuales 5 (100%) individuos respondieron que si tenían, al desglosar esta cifra, 3/5 (60%) individuos realizan actividad física y finalmente, 2/5 (40%) individuos tienen como pasatiempos el uso de videojuegos (Gráfico N°30).

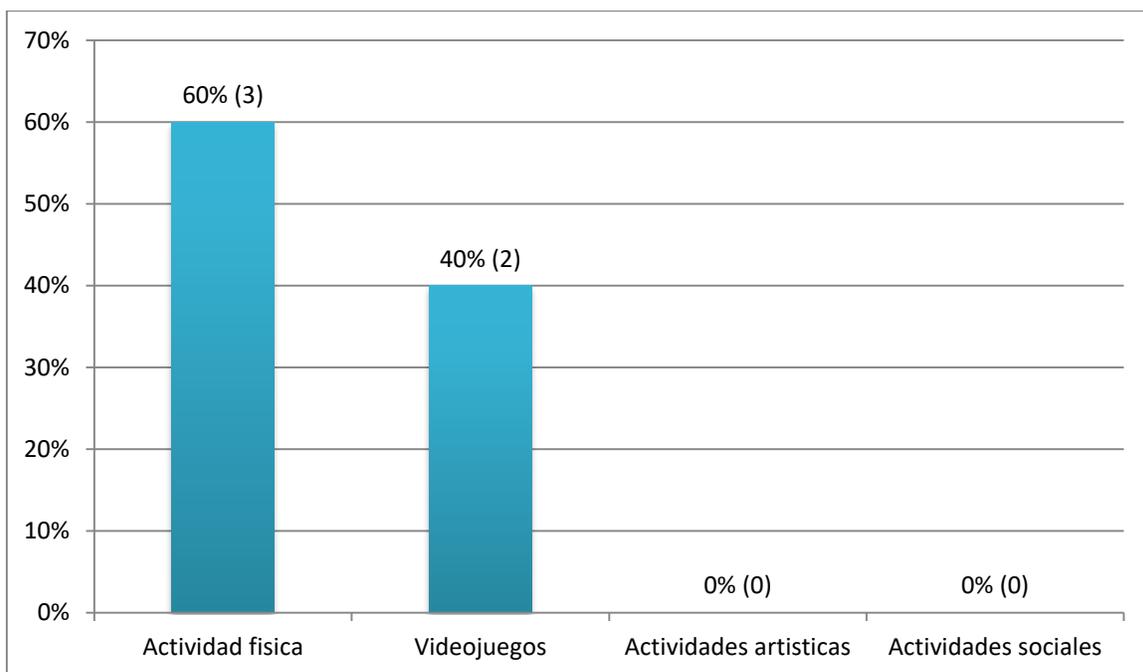


Gráfico N°25: Distribución porcentual de individuos positivos a tendencia suicida según los pasatiempos que realizan.

En el caso de la evaluación entre intergrupos e intergrupos, no se encontraron valores estadísticamente significativos,

6.3. Análisis KAPPA

En este caso se utilizara la prueba coeficiente de Kappa, así de esta forma poder evaluar la concordancia entre los resultados de los cuestionarios SAD PERSONS y C-SSRS se utilizó

Individuos totales positivos y negativos: 45

Individuos positivos a ambas escalas: 10

Individuos totales: 35

Individuos positivos a SAD PERSONS: 12

Individuos positivos a C-SRRS: 24

Individuos positivos a SAD PERSONS y negativos a C-SSRS: 2

Individuos negativos a SAD PERSONS y positivos a C-SSRS: 14

Individuos negativos a SAD PERSONS y C-SSRS: 19

Tabla N°33: Tabla de contingencia 2x2.

Resultado de	SAD PERSONS			
	Positivo	Negativo	Total	
C-SSRS	Positivo	10	14	24
	Negativo	2	19	21
	Total	12	33	45

$$Pe = \frac{[(A + C)(A + B)]}{n^2} =$$

$$Pe = \frac{[(10 + 2)(10 + 14)]}{45^2} = 0.14$$

$$P_o = \frac{(A+D)}{n} =$$

$$P_o = \frac{(10+19)}{45} = 0.64$$

$$\text{Kappa (K)} = \frac{(P_o - P_e)}{(1 - P_e)} =$$

$$\text{Kappa (K)} = \frac{(0.64 - 0.14)}{(1 - 0.14)} = 0.58$$

La concordancia entre ambos test es moderada.

7. DISCUSIÓN

Respecto a este estudio, los resultados muestran que un 22.2% de los Médicos veterinarios de Chile que ejercen en la Región de Valparaíso son sugerentes a ser positivos a tener tendencias suicidas. A diferencia de estudios realizados en otros países, tales como E.E.U.U, donde se encuestaron a 11.627 médicos veterinarios, se descubrió que el 17 % había experimentado ideas suicidas desde que terminó la escuela de medicina veterinaria (Tomasi *et al.*, 2019).

Sobre esta comparación, es un poco complejo comparar ambos estudios, debido a la naturaleza de su diseño muestral, pudiendo ser que en el caso de que aumentara la cantidad de individuos en la presente investigación, podría incluso aumentar más la cantidad de Médicos Veterinarios positivos a tendencias suicidas. Sin embargo, independiente de la limitación muestral es un dato importante de conocer, ya que no existía ningún antecedente a nivel local. Cabe destacar que en estudios internacionales, por ejemplo E.E.U.U, desde 1979 hasta 2015, los MV tenían una probabilidad de morir entre 3.4 y 5.0 veces más que la población general (Tomasi *et al.*, 2019), e incluso, en el estudio mencionado recientemente, respecto a la población de EE.UU, los médicos veterinarios hombres tienen 2.1 veces más propensos a morir de suicidio y las mujeres 3.5 veces más que la población general, siendo calificada en muchos países y por muchos autores como una profesión de alto riesgo, también en otro estudio durante el 2010 en Reino Unido, se hace relación a que la profesión de medicina veterinaria tiene de 3 a 4 veces más la tasa de suicidio que se esperaría en una población en general e incluso el doble de lo esperado para otros profesionales del área de la salud, tales como médicos, odontólogos, farmacéuticos, etc (Acero, n.d.), aun así, ante la evaluación entre los 22.2% de individuos positivos y 77.8% de individuos negativos, el valor entregado al realizar la prueba de Fisher es $p=0.0027$, siendo considerada estadísticamente significativa.

De la totalidad de los individuos positivos, el 50% eran individuos que están en un rango etario entre los 30 y 45 años, luego lo siguen quienes son menores de 30 años con un 40%, respecto a estudios sobre los rangos etarios de suicidio en médicos veterinarios en otros países, se realizó un estudio de casos en Inglaterra y Gales entre

1990 y 1992, a lo cual se encontró un aumento de casos de suicidios en médicos veterinarios mujeres entre el rango de 16 a 64 años, mientras que en hombres el rango etario fue de 16 a 44 años y de 45 a 64 años (Platt *et al.*, 2010).

Estos valores pueden ser un poco lejanos a la realidad de este estudio, ya que los márgenes etarios realizados en cada pregunta son más estrechos y en este estudio se habla de tendencia suicida, no de suicidio propiamente tal.

En cuanto a estudios realizados en Santiago de Chile, durante el periodo del 2011 al 2017, el grupo etario con mayor número de suicidios fue entre 25 a 44 años, luego lo siguen quienes tienen entre 45 a 64 años (Nahuelpan & Varas, 2018), pero aun así, hasta cierto punto puede que no sea representativo, ya que este dato es hasta el 2017 y era lo que ocurría en la Región Metropolitana y tampoco especifica si este rango etario esta entrelazado con la ocupación de los individuos, por ejemplo, rango etario en médicos veterinarios. El grupo etario también está considerado ser un factor de riesgo, ya que se describe que el riesgo de suicidio aumenta con la edad, situándose en edades superiores a los 40 años, el 25% de los suicidios se dan en personas mayores a 65 años y en varones mayores a 75 años (Ministerio de Salud, 2013), sin embargo, existen estudios del servicio médico legal entre el periodo del 2011 al 2017 para Santiago - Chile, el cual hace hincapié a que la mayor cantidad de individuos que se suicidan según rango etario son quienes están entre los 25 – 44 años y luego le siguen quienes tienen entre 45 – 64 años (Nahuelpan & Varas, 2018), esto igual puede estar entrelazado a esta investigación realizada, ya que en este estudio se describe que el 40% de las personas positivas a tendencias suicidas están dentro del rango de edad menor a 30 años, y en los estudios previos mencionados, esta edad está dentro de los rangos de personas con mayor número de suicidios independiente del tipo de ocupación que tengan.

En cuanto al género, el 70% de los individuos salieron sugerentes a ser positivos a tendencias suicidas son mujeres, en cambio solo el 30% de los individuos son hombres, esto se puede deber a que esta carrera con el transcurso de los años está más asociada y estudiada por mujeres, de igual manera, en un estudio publicado durante el 2014 en EE.UU, se describe que las mujeres que ejercen en medicina

veterinaria han considerado con mayor frecuencia la idea de suicidio a comparación de los hombres, se describe incluso que sobre del 60% de los médicos veterinarios en EE.UU son mujeres e incluso que esto podría ir en crecimiento y que el 80% de los estudiantes de medicina veterinaria son mujeres (este valor fue hasta el 2016) (Tomasi *et al.*, 2019), aun así, por lo menos en Chile, durante el periodo de 1998 y 2010 la tasa de suicidio en hombres era de un 76,5%, incluso se considera que por lo menos en Chile, los hombres se suicidan más que las mujeres (Otzen *et al.*, 2014), pero esto se puede ver alterado según carrera u ocupación, ya que se estima que en la medicina veterinaria la mayoría de quienes la estudian y ejercen son mujeres. Respecto a la ideación suicida, en un estudio realizado en una población adulta entre Santiago, Concepción, Iquique y Cautín, entre 1992 y 1999, revelo que la ideación suicida en mujeres incluso llega a doblar a los hombres, siendo por lo menos en un 20.7% de los casos (Silva *et al.*, 2013), pese a que este estudio no especifique la ocupación u estudios de los individuos y que no haya sido en la Región de Valparaíso, de igual manera deja ver que las mujeres presentan una mayor tasa de ideación suicida a comparación de los hombres, de igual manera a lo concluido en la investigación de este estudio, siendo del total de individuos positivos, el 70% son mujeres. A esto se le suma que en estudios realizado sobre hechos consumados, las Regiones con mayor cantidad de números de casos son la Región Metropolitana (Santiago), Región de Valparaíso y Región del Biobío, siendo en este caso Concepción (Nahuelpan & Varas, 2018), sin embargo, este mismo estudio se contradice con otros, ya que, en este estudio se llega a la conclusión de que el suicidio es mayoritariamente masculino, pero sin tomar en cuenta la ocupación de las personas.

En el estudio de S. Tomasi menciona que la matrícula en medicina veterinaria en cuanto a mujeres, ha ido aumentando en las últimas décadas, al igual que el número de mujeres que ejercen esta profesión, lo cual puede ser un indicio de que en Chile pasa exactamente lo mismo, pero el problema de acá es que no se encontraron bases de datos que demuestren que la inscripción de mujeres para estudiar esta carrera sea más alta a comparación de los hombres, tampoco existe una base de datos que indique la totalidad de médicos veterinarios titulados en Chile que ejercen y cuántos de estos son mujeres, aun así, la cantidad maestral que se obtuvo en el presente estudio deja

indicios de que puede que en esta carrera pase lo mismo que en otros países mencionados, siendo una carrera mayoritariamente seleccionada por mujeres. Como ya se mencionó anteriormente, no existen bases de datos de la totalidad de M.V titulados, por lo tanto puede que la cantidad de individuos mujeres aumente y que en los hombres aumente de igual manera. Sin embargo, los datos prevalencia en la actual investigación concuerdan con los datos entregados por la literatura internacional en medicina veterinaria.

A los mismos individuos se les pregunto sobre su estado de convivencia, a lo cual por lo menos el 60% de los individuos aseguro vivir sin convivencia, es decir, separados, divorciados, viudos o solteros, este factor es importante, ya que se describe que las personas divorciadas presentan mayores tasas de suicidios que las personas viudas, y estas personas, a su vez, presentan mayores tasas de suicidio que las personas solteras y en cambio, las personas casadas son las que tienen una menor tasa (Ministerio de Salud, 2013), esto sería un factor importante, pero aun así, sería necesario realizar más estudios para determinar si efectivamente es más probable que estos individuos realicen este acto. Asimismo, sería recomendable realizar estudios retrospectivos en individuos que se hayan suicidado y saber su estado de convivencia, o si tenían alguna compañía, esporádica o total, de algún tipo, como por ejemplo mascotas, ya que de cierta forma igual podría influir en cada individuo el tipo y cantidad de compañía.

Al momento de evaluar los datos de la presente investigación, a nivel de intragrupo, quienes viven en convivencia arrojaron valores estadísticamente significativos ($p=0.0006$), en cambio, cuando se analizó el valor intergrupo de individuos positivos entre quienes viven en convivencia y sin convivencia, el valor entregado se considera estadísticamente significativo ($p=0.0053$).

Se les consultó también cuál era su área laboral, siendo el 90% de los casos clínica menor y solo 10% en producción animal, esto se asemeja a estudios realizados en EE.UU en el cual, indica que por lo menos el 75% de los individuos que se han suicidado siendo médicos veterinarios, trabajan exclusivamente en clínica menor, y el 70% de las mujeres fallecidas trabajan también en esta área (Tomasi *et al.*, 2019). Esto

se puede ver entrelazado a que la mayoría de los M.V ejercen en clínica menor, incluso en este estudio realizado en Chile, los individuos negativos se ve que por lo menos el 77.1% ejerce en esta área y en cuanto a los positivos a tendencias suicidas, el 90% ejerce en el área de clínica menor, y al analizar los resultados se obtuvieron valores estadísticamente significativos, de igual manera, la mayoría de los médicos veterinarios trabajan mayoritariamente en clínica menor, esto se evidencia en varias investigaciones en diferentes zonas del mundo.

En este caso, sería interesante averiguar y profundizar sobre que especialidad realiza cada individuo, ya que este factor quizás puede ser más marcado al momento de medir la tendencia suicida, puede que no sea lo mismo quienes ejercen como especialidad oncología a quienes ejercen en etología u otra área, ya que en el caso de este ejemplo, quienes trabajan con pacientes oncológicos tienen que lidiar en mayor cantidad con las eutanasias y muertes, a diferencia de quienes trabajan en conducta animal, siendo las eutanasias un gran factor de estrés en la medicina veterinaria, un ejemplo claro es un estudio realizado en Inglaterra y Gales entre 1979 y 2000, en el cual indica que los médicos veterinarios cirujanos hombres y mujeres tienen incluso un riesgo más alto de suicidio comparado a las demás especialidades (Platt *et al.*, 2010).

Un dato sumamente interesante es el horario trabajo de los individuos positivos, ya que por lo menos el 50% de ellos trabajan durante el día, fines de semana y festivos, y luego lo sigue con un 20% quienes trabajan de día, durante la noche, fines de semana y festivos, y con otro 20% quienes trabajan durante el día y fines de semana, esto se suma a que este factor (largas horas de trabajo y/o sobrecarga laboral) son características específicas de la profesión que probablemente contribuya a un mayor número de muertes por suicidios entre médicos veterinarios, de esta manera, una alta cantidad de horas laborales pueden hacer una incompatibilidad entre la vida y el área laboral (Tomasi *et al.*, 2019). Aun así, sería interesante realizar otro estudio e integrar preguntas sobre cuantos trabajos tienen o si cumplen este horario laboral en un solo lugar de trabajo, ya que esto es un factor de estrés inmenso que pudiera estar asociado a tendencia suicida.

A los datos anteriores se le suma las horas laborales semanales que tienen los individuos positivos, el 40% de los individuos trabajan entre 22.5 y 34 horas, y otro 40% de individuos trabaja sobre las 40 horas semanales, estos datos son sumamente relevantes y se entrelazan, ya que una alta carga laboral (días de trabajos más horas de trabajos), pueden hacer que se desarrolle un alto estrés laboral, lo cual, específicamente en quienes trabajan en clínica menor están expuestos a estos altos niveles de estrés producto de varios factores, y uno de los que se comentan son las largas horas de trabajos y equilibrio deficiente entre la vida laboral y personal, en conjunto a esto las altas cargas de trabajo (Tomasi *et al.*, 2019), lo cual puede desencadenar, estas tendencias suicidas.

A esto se le suma el tipo de trabajo que tienen, siendo el 80% de los individuos quienes trabajan de manera independiente, esto puede ser un factor de estrés ya que la incertidumbre asociada a no tener un trabajo fijo y estable puede ser un gran factor de estrés y este pudiese ser asociado a tendencias suicidas, respecto a la situación ocupacional de un individuo, las personas con trabajo estable se suicidan menos que las desempleadas (Ministerio de Salud, 2013). De la misma manera en que se abordaron las temáticas pasadas, sería muy relevante e importante profundizar más esta área.

A los mismos 10 individuos se les pregunto si conocían a algún M.V que se haya intentado suicidar, a lo cual el 80% si conocía, la mayoría conoció a algún individuo durante el periodo de pregrado o pregrado y trabajo activo como M.V y también se les pregunto si conocían a algún médico veterinario que se haya suicidado, y el 80% de los individuos si conocen, por lo menos el 30% de los encuestados aseguraron conocer a alguno durante trabajo activo de M.V, también durante pregrado y finalmente durante pregrado y trabajo activo como M.V, lo cual indicaría que si existen individuos que se han suicidado en lo que es medicina veterinaria, pero no existen estudios publicados en Chile, y sería importante investigar y visibilizar esto, ya que en otros países existen incluso estudios hechos por más de 5 años, también profundizar en cuantas personas conocieron que se hayan intentado suicidar o se hayan suicidado, son datos que pueden ayudar a acercarse más a la realidad de la carrera respecto al suicidio.

Sobre los ingresos, en la presente investigación en donde no hubo diferencias estadísticamente significativas, el 40% de los individuos ganan entre \$300.001 - \$500.000, y el 20% gana sobre \$1.200.001, el costo de vida en Chile está con un valor elevado, lo cual podría desencadenar un factor de estrés el ganar entre \$300.000 y \$500.000, de cierta manera está casi por sobre del sueldo mínimo, pero aun así, lo que es gastos de vida, no alcanza, a esto hay que sumarle si es que los individuos encuestados son los que tienen el labor de proveedores en un núcleo familiar. Que solo el 20% de los individuos ganen sobre \$1.200.000, puede darse por que quizás tengan más de 1 trabajo y jornadas laborales extensas, aumentando aun así el nivel de estrés, si bien no se encontraron estudios en otros países respecto a lo que es sueldos y tendencias suicidas, sería importante generar las instancias para poder realizarlos, cabe destacar que estudios realizados para la prevención del suicidio, unos de los factores que pueden desencadenar esto son las dificultades económicas, la pérdida de trabajo y los reveses financieros importantes (que frecuentemente conducen al endeudamiento), se asocian fuertemente al suicidio, en poblaciones jóvenes, lo altos niveles de desempleo se han asociado a tasas de suicidio más altas (Ministerio de Salud, 2013), cabe mencionar que se describe que quienes tengan ingresos más bajos, presentan más riesgos para las conductas suicidas menos severas (Silva *et al.*, 2013).

Sobre la realización de eutanasias, el 90% de los individuos la realizan, a nivel de intragrupo, quienes realizan este procedimiento obtuvieron un valor considerado estadísticamente significativo, quienes si realizan este procedimiento explicaron que los motivos que consideran como factor estresante, mayoritariamente describe la empatía tanto por los animales como por los tutores o dueños y un 37.5% hace énfasis a la carga emocional y afectiva del acto propiamente tal, en cuanto a estudios realizados sobre la eutanasia en médicos veterinarios, Tomasi *et al.* describe que uno de los factores que contribuyen al mayor número de suicidios en veterinarios son los procedimientos de eutanasia, las actitudes sobre la muerte, ya que la eutanasia es uno de los factores que afectan (Acero, n.d.), además a esto se le suma que los médicos veterinarios están entrenados para ver la eutanasia como un método aceptable para aliviar el sufrimiento en los animales, y de cierta forma se describe que puede afectar

la forma en que los médicos veterinarios ven la vida humana, incluyendo que puede reducir el miedo a la muerte, especialmente en aquellos individuos que experimentan ideas suicidas (Tomasi *et al.*, 2019), en cuanto a este estudio realizado se puede extrapolar a los resultados obtenidos ya de la totalidad de los individuos que realizan este procedimiento, el 88.9% lo considera estresante.

Entre los motivos más mencionados por los individuos en la presente investigación, que no presentaron diferencias estadísticamente significativas en grupos creados, indican que la empatía hacia los propietarios y hacia el dolor del paciente, también hay quienes describen que este proceso agota emocionalmente a tal punto que incluso se pueden llegar a involucrar y terminan afectados por días y un factor importante también se describe el papel que toma el dueño al momento de realizar dicho procedimiento, ya que este puede afectar, aumentando el estrés del médico durante el procedimiento. En cuanto a cómo afectan en sí las eutanasias a los médicos veterinarios, es complejo explicar e indagar en el mecanismo, ya que de cierta manera este procedimiento es enseñado para posteriormente ser aplicado en beneficio de los animales tratados, pero aun así se ha descrito que este procedimiento es un gran factor para desencadenar ideación suicida y posteriormente el suicidio, si bien, está explicado y estudiado que las eutanasias son un factor de estrés importante a la hora de ejercer la profesión, sería importante indagar y buscar, a nivel emocional los impactos que esta praxis genera a nivel mental y emocional en los médicos veterinarios.

En cuanto al estrés en sí de los individuos, el 60% lo atribuyó estar estresado por motivos personales y laborales, mientras que un 20% atribuye su estrés a factores laborales. La cantidad de individuos que acusan tener estrés por factores laborales y/o personales es sumamente esperable e incluso podría estar subestimado por el tamaño muestral de esta investigación. Al momento de describir factores de estrés laboral, el 20% lo atribuye a la baja remuneración, 20% también mencionan a los propietarios (irresponsabilidad, no pago de servicios recibidos, etc.), el 30% de los individuos hacen alusión a la dificultad del entorno laboral (sobreexplotación, horario de trabajo, incertidumbre laboral y otros) y finalmente 30% de los individuos seleccionaron otras razones tales como falta de equipamiento, agresividad de los pacientes animales, la

mala condición del paciente, las relaciones personales y la falta de experiencia. En cuanto a estudios internacionales, como de EE.UU sobre médicos veterinarios y el estrés, se menciona que la exposición a estresores ocupacionales contribuyen al potencial suicidio, los médicos veterinarios que trabajan específicamente en el área clínica, particularmente en animales de compañía, están más expuestos a niveles de estrés laboral, relacionados con las largas horas de trabajo, expectativas de clientes, resultados inesperados, comunicar mala noticias, deficiencia entre el equilibrio laboral y personal, alta carga de trabajo, aumentos de costos de atención veterinaria, aislamiento profesional, deuda estudiantil y falta de apoyo de alto nivel (Tomasi *et al.*, 2019). En otro estudio sobre el suicidio en médicos veterinarios mencionan como factores de estrés, los efectos negativos o frustración durante la formación de pregrado, aislamiento social y profesional, competencia entre médicos veterinarios y médicos veterinarios especializados, bajos ingresos, adicionalmente está el internet y las redes sociales, ya que es un método que genera intimidación y cualquier profesional puede perder su reputación en cosa de minutos (Acero, n.d.), coincidiendo con los datos descritos en la presente investigación.

El 70% de los individuos indicó que si vive con su núcleo familiar dentro de la misma región en que trabaja, el 30% tiene hijos, mientras que el 70% no, y quienes si tienen hijos, la totalidad aseguro vivir con ellos. En cuanto a la relación de quienes tienen hijos y la cantidad de individuos que viven con ellos puede ser un factor desencadenante para el suicidio, ya que se describe que con respecto a las mujeres, quienes tienen una menor tasa de suicidio la presentan aquellas que tengan hijos menores de 2 años (Ministerio de Salud, 2013).

Sobre la red de apoyo, esta es considerada como factor de suicidio, la falta de apoyo social y sensación de aislamientos, la desintegración de la unión o de una relación significativa, los conflictos interpersonales, la falta de relaciones significativas y la carencia del apoyo de grupos de ayuda, conducen a menudo a un sentido de aislamiento verdadero, que se asocia a un riesgo más alto de suicidio (Ministerio de Salud, 2013), en cuanto a la investigación realizada, el 80% de los individuos marcó que si tienen una buena red de apoyo, obteniendo valores estadísticamente

significativos, en cambio solo el 20% indico no tenerla, lo cual no deja de ser menor, pensando en que el tamaño muestral fue pequeño, por lo que podría ser un dato que este subestimado.

En cuanto a la red de apoyo, el 60% se junta por lo menos 1 vez a la semana, el 30% de los individuos se juntan entre 1 a 3 veces, y el resto más de 3 veces. En este caso sería interesante poder profundizar de qué forma afecta a los médicos veterinarios, ya que igual un gran porcentaje de los individuos positivos describe tener una red de apoyo, puede que juntarse una vez por semana con la red de apoyo no sea suficiente.

Y finalmente sobre los pasatiempos de los individuos, el 50% de ellos indicó tener pasatiempos, el 60% de ellos realizan actividad física, ya sea deporte, caminatas, gimnasio y el otro 40% aseguro jugar videojuego, de los estudios realizados a nivel internacional, no se relacionan el hecho de tener alguna actividad extra programática a la tendencia suicida veterinaria, sin embargo, es sumamente primordial realizar alguna actividad en tiempos libres, ya que son parte del autocuidado de la salud mental de cada individuo, sería interesante poder evaluar este dato a una gran población de médicos veterinarios y de esa forma, ver si esto ayuda a disminuir la tendencia suicida o el suicidio en sí.

Respecto al análisis Kappa, el resultado fue 0.58, lo cual indica que la concordancia entre ambos cuestionarios son moderados, esto podría estar dado a que el tamaño muestral fue menor por conveniencia, dado a que durante el proceso de investigación a nivel nacional empezaron las movilizaciones sociales en Chile y también a que la escala SAD PERSONS tiende a sobreestimar los resultados, podría ser más representativo quizás realizar más test y aumentar el tamaño muestral.

8. CONCLUSIONES

Se acepta la hipótesis ya que la prevalencia de Médicos Veterinarios que ejercen en la Región de Valparaíso positivos sugerentes a tendencias suicidas fue de un 22.2%.

Se puede concluir que el 70% de los individuos sugerentes a ser positivos son mujeres, por lo tanto existe una mayor prevalencia en mujeres, al igual que en muchos estudios realizados en otros países. Sobre el rango etario más afectado se encuentran los individuos entre 30 y 45 años, lo cual, en estos ambos casos sería muy oportuno, poder visibilizar que están dentro del grupo de riesgo y visibilizarlo, también existe una gran cantidad de individuos que conoció a algún individuo que se haya suicidado o haya tratado de hacerlo, por lo tanto esto demuestra que si sucede en la profesión, por lo tanto es importante generar estudios a futuro, realizar autocuidado y preocuparse de la salud mental.

Varios estudios dan énfasis en quienes ejercen en el área clínica menor, y en este caso, el 90% de los individuos positivos ejercen en clínica menor y del total de los individuos, el 50% cuenta con extensos horarios y jornadas laborales, pudiendo esto generar problemas a futuros como stress, burnout, depresión, etc. Por lo tanto es fundamental poder llevar un equilibrio entre lo que es la vida laboral y la vida propia de cada individuo, sin sobreexigirse y contemplando un tiempo adecuado de descanso.

En cuanto a la realización de eutanasias, la mayoría las considera estresantes, sumada a una gran carga emocional que conlleva dicho procedimiento, y de igual manera se describe en estudios internacionales que es un factor de suicidio, sería interesante poder generar más estudios sobre lo que pasa con los médicos veterinarios que realizan este procedimiento y de qué forma los afecta, ya que en Chile, la medicina veterinaria es la única profesión a la cual se les permite realizar eutanasia.

Existe una gran cantidad de cuestionarios para la detección de la conducta suicida, pero ninguno va a reemplazar al especialista, ya que el ve in situ al individuo afectado y puede pesquisar de manera temprana cualquier signología sugerente a esta patología. Una de las formas de poder cuidar la salud mental en MV puede ser empezando desde épocas universitarias, ya que el nivel de estrés que se ejerce tanto

en terminar la carrera y poder ser un buen profesional de cierto modo podría influir a futuro a la tendencia suicida.

Una de las limitaciones de este estudio fue el tamaño muestral, ya que al ser valores tan pequeños por motivos de conveniencia, puede subestimar e incluso sobreestimar algunos resultados, tales como la tendencia suicida en sí, la cantidad de individuos por especialidad, etc. Otro factor es que en Chile no existen estudios publicados sobre la tendencia suicida o el suicidio propiamente tal en MV, ya que la mayoría de la información y estudios son enfocados a nivel poblacional y principalmente en individuos en etapas escolarizadas, que hablan mayoritariamente del suicidio, por lo tanto la mayoría de la información se sacó de otros estudios de otros países, lo cual no es un aspecto negativo, pero al comparar realidades distintas, puede alterar el resultado, es por eso que este estudio es más exploratorio y busca dar un inicio a futuras investigaciones y de esta forma poder lograr visibilizar lo importante de la salud mental en médicos veterinarios.

Otro factor limitante es que no existe un registro total de médicos veterinarios titulados y de médicos veterinarios que ejercen, tampoco se cuenta con la cantidad exacta de individuos médicos veterinarios que se suicidan y a esto se le suman los cuestionarios, ya que SAD PERSONS mide factores de riesgos suicida pudiendo sobrestimar a los individuos que realicen dicho test, cabe recalcar que siempre la mejor forma de poder tratar y pesquisar a tiempo alguna patología es bajo la visita con el especialista.

9. BIBLIOGRAFIA

- Abarca, C., Gheza, C., Coda, C., & Elicer, B. (2018). Literature review to identify standardized scales of assessment of suicidal risk in adults seen in primary health care. *Medwave*, 18(05), e7246–e7246. <https://doi.org/10.5867/medwave.2018.05.7246>
- Acero, V., A. (n.d.). *El suicidio en profesionales de las ciencias veterinarias: un problema de salud pública*. Retrieved from http://amevec.co/uploads/3/5/5/3/35538613/articulo_suicidio_en_medicina_veterinaria_final.pdf
- Araya, M. P., Vargas, B., & Programa Nacional De Prevención Del Suicidio, M. de S. (2019). *RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES Desarrollo de estrategias preventivas para Comunidades Escolares*. 69. Retrieved from <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCION-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf>
- Asociación Médica Mundial. (2019). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos – WMA – The World Medical Association. Retrieved May 3, 2019, from <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Catalina Alamo, P., Tomas Baader, M., Zayra Antúnez, S., Verónica Bagladi, L., & Texia Bejer, T. (2019). Beck hopelessness scale as a suicide risk screening tool among chilean university students. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 57(2), 167–175. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272019000200167>
- Cerda Lorca, J., & Villarroel Del P., L. (2008). Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(1), 54–58. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062008000100008>
- Columbia University. (2016). *Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*

Objectives. <https://doi.org/10.1176/appi.aip.2011.10111704>

Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas. (2003). *Ección Editorial*. 2–3.

Gutierrez, J., & Ibáñez, R. (2019). Factores Asociados a Intento De Suicidio En Pacientes Con Depresión De Consultorio Externo Del Servicio De Psiquiatría En El Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, En El Mes De Febrero Del 2019. *Repositorio Institucional*. Retrieved from <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8233/MDgurojl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hernández, P., & Villarreal, E. (2015). BIBLIOGRAFÍA COMENTADA Algunas especificidades en torno a la conducta suicida Some specificities regarding the suicidal behavior Dr. Pedro Antonio Hernández Soto. *Medisan*, 19(8), 1051–1058. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san14198.pdf>

López, I., & Fernández, S. (2001). Medidas de concordancia : el índice de Kappa. *Cad Aten Primaria*, 2–6.

Martínez, H. (n.d.). Evaluacion del Riesgo de Suicidio. *Hojas Clínicas de Salud Mental*. 35–48.

Ministerio de Salud, Departamento de Salud Mental. (2013). *Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Orientaciones para su implementación. Norma General Administrativa N°027*. 1–72.

Nahuelpan, E., & Varas, J. (2018). EL SUICIDIO EN CHILE : Análisis del fenómeno desde los datos médico legales. *Revista Chilena de Salud Pública*, 8, 1–61.

Nett, R. J., Witte, T. K., Holzbauer, S. M., Elchos, B. L., Campagnolo, E. R., Musgrave, K. J., Carter, K. K., Kurkjian, K. M., Vanicek, C., O'Leary, D. R., Pride, K. R., & Funk, R. H. (2015). *Morbidity and Mortality Weekly Report Prevalence of Risk Factors for Suicide Among Veterinarians-United States, 2014*. 64(5), 2014–2015. Retrieved from <https://www.avma.org/kb/resources/>

- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas*. 1–19. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf
- Otzen, T., Sanhueza, A., Manterola, C., & Escamilla-Cejudo, J. (2014). Mortalidad por suicidio en Chile: Tendencias en los años 1998-2011. *Revista Medica de Chile*, *142*(3), 305–313. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000300004>
- Platt, B., Hawton, K., Simkin, S., & Mellanby, R. J. (2010). Systematic review of the prevalence of suicide in veterinary surgeons. *Occupational Medicine*, *60*(6), 436–446. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq044>
- Rangel, C., Suárez, M., & Escobar, F. (2015). *Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria*. *63*(4), 707–716.
- Roberts, S. E., Jaremin, B., & Lloyd, K. (2013). High-risk occupations for suicide. *Psychological Medicine*, *43*(6), 1231–1240. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002024>
- Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S., & Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional Suicidal behavior and psychiatric disorders in Chile. A population-based study. *Artículos de Investigación Rev Med Chile*, *141*, 1275–1282.
- Tomasi, S. E., Fechter-Leggett, E. D., Edwards, N. T., Reddish, A. D., Crosby, A. E., & Nett, R. J. (2019). Suicide among veterinarians in the United States from 1979 through 2015. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, *254*(1), 104–112. <https://doi.org/10.2460/javma.254.1.104>

10. ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar, -o no-, en una investigación en medicina veterinaria.

Tome el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento y hágale las preguntas que desee al investigador o al personal del estudio.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio será realizado por alumnas Marcela Campillay, Katherina Pineda y Camila López de la carrera de Medicina veterinaria de la Universidad Viña del Mar y será guiado por la Académico Romy Weinborn, el cual será el Investigador Responsable de esta investigación.

El Burnout es un síndrome psicoemocional asociado a un ambiente laboral deficiente (estresable) crónico que tiene como principales consecuencias en el trabajador, síntomas de agotamiento, fatiga, sentimientos de cinismo hacia las personas, sentimientos de ineffectividad laboral y carencia de logros. Se describe internacionalmente que el Síndrome de Burnout puede llegar a generar comportamientos suicidas en algunas personas, siendo esto relevante en medicina veterinaria, ya que es una de las profesiones a nivel mundial, con mayores índices de suicidio, siendo incluso 4-6 veces más prevalente que para el resto de las profesiones. Motivo por el cual la presente investigación busca conocer si existe o no asociación entre presencia de Burnout y predisposición a manifestar tendencias suicidas en Médicos Veterinarios que trabajen en Chile.

Objetivos específicos:

- Interpretar cuestionarios de Maslach, SAD y C-SSRS en Médicos Veterinarios que trabajan en Chile.
- Evaluar presencia de Burnout y predisposición a manifestar tendencias suicidas en Médicos Veterinarios que trabajan en Chile.
- Correlacionar resultados de cuestionarios aplicados en Médicos Veterinarios que trabajen en Chile, según variables sociodemográficas y laborales.

Los médicos veterinarios serán contactados por medio del Colegio Médico Veterinario de Chile (COLMEVET) y a través de redes sociales (correos electrónicos, publicaciones en foros de veterinarios chilenos). También podrán ser visitados en lugares de trabajo en la zona central, principalmente en la Región de Valparaíso. Se espera contar con un mínimo de 385 encuestas a nivel nacional. Este número mínimo de encuestados será dividido por zonas en zona norte, zona central y zona sur; por lo que cada zona tendrá como mínimo 128 encuestados.

Usted ha sido invitado/invitada a participar en este estudio debido a su profesión y es de gran importancia para el desarrollo de este estudio, ya que estará contribuyendo para generar información con base objetiva sobre el burnout (estrés laboral) y tendencias suicidas en médicos veterinarios.

El propósito de este estudio es determinar si existe o no asociación entre presencia de Burnout y predisposición a manifestar tendencias suicidas en Médicos Veterinarios que trabajen en Chile.

PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Su participación en este estudio es voluntaria y si Ud. está de acuerdo se le realizarán los siguientes procedimientos, ninguno de los cuales le implicará un gasto: encontrará una serie de preguntas y afirmaciones que no le tomará más de 20 minutos en responder. La participación en estas actividades no involucra pago o compensaciones.

BENEFICIOS

Usted no se beneficiará por participar en la investigación presente. Sin embargo, la información que se obtendrá será de utilidad para conocer más acerca del burnout (estrés laboral) y tendencias suicidas en médicos veterinarios. Eventualmente podría beneficiar a otras personas.

RIESGOS

Es importante que sepa que Ud. no sufrirá ningún riesgo, incomodidad o molestia con la realización de estos procedimientos y si algo ocurriese los autores de este estudio estarán totalmente disponibles para ayudarle o contestar cualquier inquietud.

COSTOS

Este estudio está siendo financiado por la Escuela de Ciencias Veterinarias, quien costeará todos los gastos requeridos para llevar a cabo esta investigación.

COMPENSACIONES

No existirán compensaciones por complicaciones inherentes a la condición clínica del sujeto.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Se garantiza que sus datos personales se mantendrán en completa privacidad y anonimato. Todos los datos y documentos de este estudio los mantendrá archivados durante 5 años el investigador responsable, periodo después del cual serán eliminados. Los resultados de esta investigación pueden ser publicados, sin identificar a los participantes, en medios de difusión con objetivos académicos. Para la entrega

de los resultados, se entregarán de manera general por medios de difusión académica (Facultad de Ciencias Veterinaria UVM y Facultad de Psicología UST) y no académica (Colegio Médico Veterinario, redes sociales, entre otros), pudiendo ser solicitado al Investigador Responsable los resultados de manera particular para la entrega vía email de sus resultados individuales (romy.weinborn@uvm.cl) y Usted será informado/a del curso de acción más adecuado para su condición. Asimismo, en el caso que investigadores detecten burnout o tendencias suicidas se contactarán directamente con Ud. para que sea informado/a del curso de acción más adecuado para su condición.

VOLUNTARIEDAD

Usted tiene la libertad para decidir si quiere participar del estudio y puede retirar su autorización en cualquier momento, sin necesidad de justificarse. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que le asiste como usuario de esta institución y no se verá afectada la calidad de la atención que merece.

Si usted retira su consentimiento, por motivos de seguridad puede ser necesario que analicemos sus datos obtenidos hasta ese momento. Esto lo haremos asegurando su confidencialidad.

PREGUNTAS

Si tiene preguntas acerca de esta investigación puede contactar o llamar a Dra. Weinborn, Investigador Responsable del estudio, al teléfono +56322462567 o al email romy.weinborn@uvm.cl

Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación, usted puede comunicarse con el Comité Ético Científico de la Universidad Viña del Mar, al teléfono 32 2462690, o enviar un correo electrónico a: consultascec@uvm.cl.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar (o a mi hijo/hija, familiar o representado) de ella en el momento que lo desee.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado/forzada a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Se me comunicará de toda nueva información relacionada con el estudio que surja durante el estudio y que pueda tener importancia directa para mi condición de salud.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación médica según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.

RESULTADOS

Los resultados serán entregados, vía correo certificado, a aquellas personas que presenten con mayor riesgo, por parte del equipo investigador UVM.

Independiente de esto, cada persona que quiera conocer sus resultados, podrá enviar email a investigadora responsable (romy.weinborn@uvm.cl) y serán entregados sus resultados de manera particular.

Nombre completo: _____

Correo electrónico: _____

¿Está de acuerdo y acepta el consentimiento informado? Sí ____ No ____

ANEXO 2: ENCUESTA DE CARACTERIZACION SOCIODEMOGRÁFICA.

Encuesta de Caracterización Sociodemográfica

A continuación, entrara una serie de preguntas a las cuales ustedes deberá marcar su preferencia donde corresponda.

- 1) ¿está usted colegiado en COLMEVET (Colegio Médico Veterinario de Chile)?
Sí ____ No ____

- 2) Seleccione el grupo etario al cual pertenece.
 - a) Menor de 30 años
 - b) Entre 30 y 45 años
 - c) Mayor a 45 años

- 3) Seleccione su género.
 - a) Hombre
 - b) Mujer
 - c) Otro

- 4) Seleccione su estado de convivencia.
 - a) En convivencia (casado, unión civil, en pareja)
 - b) En convivencia de otro tipo (con amigos, con familiares, otras opciones)
 - c) Sin convivencia (separado, divorciado, viudo, soltero)

- 5) Seleccione según corresponda los años de ejercicio laboral que Ud. tiene.
 - a) Menor de 10 años
 - b) Entre 10 – 25 años
 - c) Sobre 25 años

- 6) Seleccione el área en la que se desempeña principalmente (al menos el 50% de su jornada laboral).
 - a) Clínica menor
 - b) Clínica mayor

- c) Salud pública
 - d) Producción animal
 - e) Servicios públicos
 - f) Inocuidad alimentaria
 - g) Otro
- 7) Respecto al área que Ud. trabaja principalmente, ¿el horario en que se desempeña sus funciones son? Puede marcar más de una casilla.
- a) Trabaja de día
 - b) Trabaja de noche
 - c) Trabaja fines de semana
 - d) Trabaja festivos
- 8) ¿Cuántas horas a la semana trabaja (sume fuentes de trabajo si tiene más de uno)?
- a) < media jornada (22,5 horas)
 - b) $\geq 22,5$ horas ≤ 34 horas
 - c) > 34 horas ≤ 45 horas
 - d) > 45 horas
- 9) ¿Ud. trabaja de manera?
- a) Dependiente
 - b) Independiente
- 10) Si Ud. trabaja de manera dependiente ¿su contrato es?
- a) Indefinido
 - b) Definido (contrato fijo, contrata)
- 11) Señale si Ud. fue sometido a alguna terapia psicológica durante su trabajo actual
- a) Sí, terapia psicológica y/o psiquiátrica

- b) Sí, terapia medicamentosa
 - c) Sí, ambas terapias
 - d) No
- 12) Si Ud. conoció algún médico veterinario que se haya intentado suicidar ¿Cuándo fue? Puede marcar más de una casilla.
- a) Durante estudios de pregrado
 - b) Durante estudios de postgrado
 - c) Durante trabajo activo en medicina veterinaria
 - d) No conozco a ninguno que se haya intentado suicidar
- 13) Si Ud. conoció algún médico veterinario que se haya suicidado ¿durante qué momento sucedió? Puede marcar más de 1 casilla
- a) Durante estudios de pregrado
 - b) Durante estudios de postgrado/ especialización
 - c) Durante trabajo activo en medicina veterinaria
 - d) No conozco a ninguno que se haya suicidado
- 14) Seleccione sus ingresos líquidos mensuales asociados a su labor como médico veterinario.
- a) \leq \$100.000
 - b) Entre \$100.001 – 300.000
 - c) Entre \$300.001 – 500.000
 - d) Entre \$500.001 – 900 000
 - e) Entre \$900.001 – 1.200.000
 - f) \geq 1.200.001
- 15) Seleccione a la región a la que usted pertenece.
- a) Antofagasta
 - b) Arica y Parinacota
 - c) Atacama

- d) Aysén
- e) Biobío
- f) Coquimbo
- g) La Araucanía
- h) Los Lagos
- i) Los Ríos
- j) Magallanes y Antártica
- k) Maule
- l) Nuble
- m) Región Metropolitana
- n) Tarapacá
- o) Valparaíso

16) Realiza eutanasias

Sí _____ No _____

17) En el caso de realizar eutanasias ¿Cuántas al mes tiene que implementar?

- a) Menos de 5
- b) Entre 5 – 15
- c) Sobre 15

18) En el caso de realizar eutanasias ¿en qué porcentaje de ella se encuentra totalmente de acuerdo?

- a) < 25%
- b) $\geq 25\%$ - < 50%
- c) $\geq 50\%$ - < 75%
- d) $\geq 75\%$ - < 100%

19) En el caso de realizar eutanasias ¿lo considera estresante?

Sí _____ No _____

20) En el caso de respuesta afirmativa en la pregunta anterior, identificar el motivo (Mencione 3 motivos como máximo y de mayor a menor importancia).

- _____
- _____
- _____

21) De considerar estar estresado ¿Ud. Lo asocia a?

- a) Factores personales
- b) Factores laborales

22) Mencione los motivos que Ud. Considera estresantes en su ambiente laboral (Mencione 3 motivos como máximo de mayor a menor importancia)

- _____
- _____
- _____

23) ¿Su familia nuclear vive en la misma Región en la que trabaja?

Sí ____ No ____

24) ¿Tiene hijos?

Sí ____ No ____

25) En caso de tener ¿vive con ellos?

Sí ____ No ____

26) ¿Considera tener una buena red de apoyo?

Sí ____ No ____

27) ¿Cuántas veces a la semana se junta con su red de apoyo?

- a) 1 vez
- b) > 1 < 3 veces

c) > 3 veces

28) ¿Tiene un pasatiempo que realice de manera constante (mínimo 1 vez a la semana)?

Sí _____ No _____

29) En caso de contestar "Sí", ¿Cuál es su pasatiempo?

- _____

ANEXO 3: CUESTIONARIO SAD PERSONS

RIESGO DE SUICIDIO (ESCALA SAD PERSONS)

<input type="checkbox"/>	Sexo Varón
<input type="checkbox"/>	Edad: Si es menor de 19 o mayor de 45 años
<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	Intentos de suicidio previos
<input type="checkbox"/>	Abuso de alcohol
<input type="checkbox"/>	Trastornos cognitivos
<input type="checkbox"/>	Sin apoyo social
<input type="checkbox"/>	Plan organizado de suicidio
<input type="checkbox"/>	Sin pareja estable
<input type="checkbox"/>	Enfermedad somática

Fuente: <http://www.urgentools.com/2015/08/30/valoracion-del-riesgo-de-suicidio-la-escala-sad-persons/>

ANEXO 4: CUESTIONARIO COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS) Versión exploratoria - Desde la última visita

	Pasado Mes	
	Sí	No
<p> <input type="checkbox"/> Low Risk <input type="checkbox"/> Moderate Risk <input type="checkbox"/> High Risk </p> <p>..... preguntas que están en negrilla.</p>		
Formule las preguntas 1 y 2		
1) <i>¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormirse y no despertar?</i>		
2) <i>¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?</i>		
Si la respuesta es "Sí" a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6. Si la respuesta es "No" continúe a la pregunta 6.		
3) <i>¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo?</i> Esto incluye a un(a) participante que diría: "He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca hice un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente... y nunca lo haría".		
4) <i>¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?</i> a diferencia de "Tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto".		
5) <i>¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?</i>		
6) <i>¿Alguna vez ha hecho algo usted, comenzado a hacer algo o se has preparado para hacer algo para terminar su vida?</i> Ejemplos: Colectar píldoras, obtener una arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacado píldoras de la botella pero no las tragado, agarrar una arma pero ha cambiado de mente de usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha subido al techo pero no ha saltado al vacío; o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc. <i>Si la respuesta es "Sí", formule: ¿Fue esto en los últimos 3 meses?</i>		



Formulario Autorización para Publicación de Trabajos de Titulación Pre y Postgrado en Centro de Recursos para la Enseñanza y el Aprendizaje Universidad Viña de Mar.

1. Identificación del Autor/res

FECHA: 3-11-2023

Nombre completo: Marcela Paz Campillay Méndez	
Dirección: Madrid 602, Villa Alemana	
E-mail: marcelapaz.campillaym@gmail.com	Teléfono: +56 9 5044 8459
Escuela: Escuela de Cs Agrícolas y Veterinarias	
Carrera: Medicina Veterinaria	
Título al que opta: Médico Veterinario	
Profesor(a) guía: Romy Weinborn	
Título tesis: Tendencia suicida en médicos veterinarios en la región de Valparaíso	

2. Autorización de Publicación de Tesis.

A través del presente documento, autorizo al Centro de Recursos para la Enseñanza y el Aprendizaje, CREA, para publicar la versión digital de esta tesis en el catálogo electrónico, siempre y cuando se respete su autoría y sea citada correctamente, según las siguientes condiciones de acceso: **(Marque con una X)**

PÚBLICO	Autorizo publicar mi tesis para acceso público.	<input checked="" type="checkbox"/>
RESTRINGIDO	Autorizo publicar mi tesis luego de	6 meses <input type="checkbox"/>
		1 año <input type="checkbox"/>
CONFIDENCIAL	No autorizo publicar mi tesis. (Solo se publicará resumen y metadatos)	<input type="checkbox"/>

Marcela 18 298 460 -4
FIRMA Y RUT ESTUDIANTE.