

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESCUELA DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**Factores asociados a la conducta suicida en
estudiantes de Medicina de la Universidad Estatal
Médica de Samara, Rusia, 2017-I**

Tesis para obtener el Grado Académico de Maestro en Medicina con
mención en Formación Médica

Autor: Sindeev, Andrey

Asesor: Dra. Ramos Cevallos, Norma Julia

Chimbote – Perú

2018

Líneas de Investigación:

Línea de investigación	Objetivo	Área	Sub área	Disciplina
Enfermedades crónicas y degenerativas	Crear estrategias de Prevención y control de enfermedades crónicas.	3. Ciencias Médicas y de Salud	3.2. Medicina Clínica	Otros temas de Medicina Clínica

Palabras Claves:

Conducta autodestructiva, suicidio, estudiantes de medicina

**Factores Asociados a la Conducta Suicida en Estudiantes de
Medicina de la Universidad Estatal Médica de Samara,
Rusia, 2017-I**

**Factors associated with suicidal behavior in medical
students of the Medical State University of Samara, Russia,
2017-I**

Resumen

El objetivo del presente estudio fue determinar los factores asociados a la conducta suicida en estudiantes de medicina del primer año de estudios de la Universidad Estatal Médica de Samara (Rusia) en el semestre 2017-I. La investigación se planteó con el enfoque cuantitativo, diseño observacional, tipo analítico y de corte transversal. Muestra fue de tipo no probabilístico (296 alumnos, correspondiente al 62.98% de la población). Se utilizó el instrumento validado que incluía escalas de Ansiedad y Depresión de Zung, cuestionarios sobre conducta suicida, indicadores de conducta antisocial, pensamiento homicida y CAGE. Para la búsqueda de asociaciones se realizó el análisis bivariado ($p < 0,05$). El promedio de edad fue 17.47 ± 0.76 años. La mayoría de los participantes eran de sexo femenino (72.64%), solteros(as) (98.31%), sin hijos (99.32%), se dedicaban a los estudios (94.26%) y vivían con la familia nuclear (86.82%). La prevalencia de vida de la conducta suicida global e intento suicida en la muestra estudiada fue de 46.62% y 8.78% respectivamente. Entre los encuestados, el 18.58% presentaban indicadores de la conducta antisocial y el 13.85% tenían riesgo de alcoholismo. El análisis bivariado demostró la asociación estadísticamente significativa de la conducta suicida global con la depresión (OR=9.44, IC95% (4.07-21.86), $p < 0.001$); ansiedad (OR=4.20, IC95% (2.17-8.13), $p < 0.001$); y la necesidad de estudiar y trabajar (OR=2.91, IC95% (1.00-8.49), $p = 0.041$). Mientras que el intento suicida se relacionó con altos niveles de depresión (OR=4.48, IC95% (1.91-10.48), $p < 0.001$); de ansiedad (OR=4.65, IC95% (2.01-10.76), $p < 0.001$); y a probables problemas con el alcohol (OR= 4.82, IC95% (2.01-11.55), $p < 0.001$).

Abstract

The objective of the present study was to determine the factors associated with suicidal behavior in medical students of the first year of studies of the State Medical University of Samara (Russia) in the semester 2017-I. The research was proposed with the quantitative approach, observational design, and analytical type and cross-sectional. Sample was non-probabilistic type (296 students, corresponding to 62.98% of the population). We used the validated instrument that included questionnaires on suicidal behavior and homicidal thinking, Anxiety and Depression scales of Zung, indicators of antisocial behavior and CAGE. For the search of associations, the bivariate analysis was performed ($p < 0.05$). The average age was 17.47 ± 0.76 years. The majority of the participants were female (72.64%), single (98.31%), without children (99.32%), engaged in studies (94.26%) and lived with the nuclear family (86.82%). The life prevalence of the global suicidal behavior and suicide attempt in the studied sample was 46.62% and 8.78% respectively. Among the respondents, 18.58% had indicators of antisocial behavior and 13.85% had alcoholism risk. The bivariate analysis demonstrated the statistically significant association of global suicidal behavior with depression (OR = 9.44, 95% CI (4.07-21.86), $p < 0.001$); anxiety (OR = 4.20, 95% CI (2.17-8.13), $p < 0.001$); and the need to study and work (OR = 2.91, 95% CI (1.00-8.49), $p = 0.041$). While the suicide attempt was related to high levels of depression (OR = 4.48, 95% CI (1.91-10.48), $p < 0.001$); of anxiety (OR = 4.65, 95% CI (2.01-10.76), $p < 0.001$); and to suspicion of problems with alcohol (OR = 4.82, 95% CI (2.01-11.55), $p < 0.001$).

Índice

Nº	Denominación	Pag.
I.	INTRODUCCIÓN	6
1.1	Antecedentes y fundamentación científica	6
1.2	Justificación científica	19
1.3	Problema	22
1.4	Conceptuación y operacionalización de las variables (Marco teórico)	24
1.5	Hipótesis	30
1.6	Objetivos	30
II	METODOLOGÍA	31
2.1	Tipo y Diseño de investigación	31
2.2	Población - Muestra	33
2.3	Técnicas e instrumentos de investigación	34
2.4	Consideraciones éticas	36
2.5	Procesamiento y análisis de la información	36
III	RESULTADOS	37
3.1	Características socio-demográficas	37
3.2	Características de la conducta suicida	39
IV	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	42
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
5.1	Conclusiones	49
5.2	Recomendaciones	50
VI	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
	ANEXOS	56
	Anexo 1. Matriz de consistencia lógica y de operacionalización	57
	Anexo 2. Instrumento aplicado	58
	Anexo 3. Carta autorización	72
	Anexo 4. Tabla comparativa con los estudios realizados por A. Perales (2003-2013)	73

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes y fundamentación científica

Consideramos pertinente regresar a uno de los primeros estudios nacionales en la materia realizados por Perales, Sogi y Morales en el año 2003, *Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas*. El objetivo de esta investigación fue describir y comparar el estado de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. Se incluyeron los 1,115 matriculados en 1997 en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y los 508 matriculados en 1998 en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo. Se aplicó la encuesta autoadministrada de Salud Mental Abreviada. Se encontraron los problemas de salud mental en ambas poblaciones, como altos niveles de estrés, prevalencia de vida de uso y abuso de cigarrillos y alcohol; conductas disociales y violentas. Asimismo, se detectaron los hábitos de vida influenciados negativamente por las exigencias académicas reflejadas en disminuidas oportunidades de disfrute de entretenimiento social.

Perales, et al. (2012) en la investigación denominada *Conducta suicida en estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, hacen referencia a los hallazgos en el 2010 por Perales y col. de una prevalencia de vida de intento suicida de 4% en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. En este sentido se propone el estudio con el objetivo de estimar la prevalencia de este problema en alumnos de la Escuela de Trabajo Social de la misma universidad. Estudio fue analítico de corte transversal en el universo de estudiantes de la Escuela de Trabajo Social en el 2011. Se aplicaron los instrumentos, como escalas de auto-medición de depresión y de ansiedad de Zung, cuestionario de conducta suicida, pensamiento homicida e indicadores de conducta antisocial y CAGE, previo consentimiento informado. Entre los resultados la prevalencia de la conducta suicida en general (incluyendo el deseo de morir, pensamiento suicida, plan suicida e intento suicida) fue de 57.7%, mientras la prevalencia anual del intento suicida fue de 4.3%. El análisis multivariado se realizó con relación al intento suicida como variable independiente encontrando asociación

significativa con el nivel alto de ansiedad: OR=3,56, IC 95% (1,09-11,65) p=0,035; pensamiento homicida: OR=3,57, IC 95% (1,37-9,27) p=0,009; e indicadores de conducta antisocial: OR=3,96, IC 95% (1,65-9,48) p=0,002.

Valle, Sánchez y Perales (2013) publicaron el estudio denominado *Sintomatología depresiva y problemas relacionados al consumo de alcohol durante la formación académica de estudiantes de medicina* realizada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Su propósito fue determinar la prevalencia de la depresión, así como de los problemas asociados al consumo de alcohol. El estudio transversal se llevó a cabo en los estudiantes del primero a sexto año aplicando la escala de depresión de Zung y el cuestionario CAGE. Se determinó que el 23,3% de los evaluados presentaron la sintomatología depresiva y el 7,3% tenían problemas relacionados al consumo de alcohol. Además, la frecuencia de ambos fue mayor en los estudiantes de los primeros años de estudios. Los autores concluyeron sobre la importancia de prevenir y detectar las entidades mencionadas desde los primeros años de la formación médica.

Perales, et al. (2013a) estudiaron la *Conducta suicida en estudiantes de las escuelas de Educación y Educación Física de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. El objetivo fue identificar alumnos que presentaron la conducta suicida, determinar la prevalencia de vida de la misma e identificar sus variables asociadas, considerando los estudios previos en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos con el 30.7% de prevalencia de vida de conducta suicida global y el 4% de intento suicida. El estudio fue analítico, transversal en estudiantes del año 2011 aplicando instrumentos, como escalas de Depresión y Ansiedad de Zung, cuestionario de Conducta suicida, CAGE y escala de Indicadores de Conducta Antisocial. Se encontró que en la Escuela de Educación de los 1027 alumnos matriculados en el 2011-I, participó 490 (48%) previo Consentimiento Informado. La prevalencia de vida de la conducta suicida global fue el 52.7%; deseos de morir el 48.1%; ideación suicida el 28.3%; plan suicida el 12.7%; intento suicida el 16.3%. El intento suicida se relacionó de manera significativa a altos niveles de depresión OR=6,05, IC 95% (3,14-11,64), p= 0,001; y de ansiedad OR=7,12, IC 95% (3,31-15,32), p= 0,001. Además, con el pensamiento homicida OR=3,15, IC 95%

(1,71-5,83), $p= 0,001$; indicadores de conducta antisocial $OR=1,93$, IC 95% (1,10-3,38) $p=0,02$; y riesgo de problemas con el alcohol (CAGE positivo) $OR= 3,11$, IC 95% (1,31-7,37), $p=0,007$. En la Escuela de Educación Física de 426 alumnos matriculados participó el 74% (315). La prevalencia de vida de la conducta suicida global fue el 31.7%; deseos de morir el 28%; ideación suicida el 17.5%; plan suicida el 8.1%; intento suicida el 11.2%. El intento suicida se relacionó significativamente a niveles altos de depresión $OR=11,52$, IC 95% (3,86-34,31) ($p=0,001$); niveles altos de ansiedad $OR=6,99$, IC 95% (2,26-21,59), ($p=0,001$); sexo femenino $OR=2,43$, IC 95% (1,18-5,01)($p=0,013$); pensamiento homicida $OR=3,57$, IC 95% (1,52-8,37), ($p=0,002$); sospecha de problemas con el alcohol (CAGE positivo) $OR=2,64$, IC 95% (1,07-6,48), ($p=0,029$) e indicadores de conducta antisocial $OR=3,62$, IC 95% (1,71-7,67), ($p=0,001$).

Perales, Sánchez, Parhuana, Carrera y Torres (2013b) publicaron el trabajo *Conducta suicida en estudiantes de la escuela de nutrición de una universidad pública peruana*. Con el diseño descriptivo, analítico, de corte transversal se pretendió evaluar la prevalencia de vida de la conducta suicida y los factores asociadas en estudiantes de nutrición de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. De los 269 estudiantes de 1° a 4° año el 131 (49 %) aceptaron el cuestionario (escalas de Ansiedad y Depresión de Zung, conducta suicida, indicadores de conducta antisocial, pensamiento homicida y CAGE) voluntariamente. Se encontró que la prevalencia de vida de la conducta suicida global fue de 39,5%, mientras los deseos de morir correspondían al 35,2%; pensamiento suicida al 20%; plan suicida al 8,1% e intento suicida al 9,4%; de ideación homicida al 13,9% y de indicadores de conducta antisocial al 27,5%. La prevalencia de depresión fue de 4,6%; de ansiedad fue de 3,1%; y CAGE positivo se detectó en el 5,2% de los casos. A través del análisis bivariado de se asoció en forma significativa la conducta suicida global a ideación homicida, $OR 9,07$, (IC 95% 2,41-34,10) $p<0,001$, mientras que vivir con familia nuclear constituyó un factor protector: $OR 0,38$, (IC 95% 0,15-0,97) $p<0,039$. El intento suicida se relacionó solo con los indicadores de conducta antisocial, $OR: 4,93$, (IC 95% 2,09-11,65) $p<0,001$.

Perales, et al. (2013c) en un resumen *Conducta suicida en estudiantes de las escuelas de obstetricia, tecnología médica y nutrición de la Facultad de Medicina de la UNMSM*, presentan la prevalencia de vida de la conducta suicida en estudiantes de las tres escuelas señaladas. El diseño fue descriptivo, transversal y analítico; se estudió el universo de estudiantes de las tres escuelas, previo consentimiento informado; mediante una encuesta con cuestionario validado. Los resultados fueron los siguientes: en la escuela de obstetricia (n=301) la prevalencia de vida de la conducta suicida general fue de 39.6% asociada significativamente con depresión, indicadores antisociales y abuso de alcohol; la intención suicida fue de 8.3% asociada significativamente con el vivir con familia nuclear, depresión, ansiedad, ideación homicida, indicadores antisociales. En la escuela de tecnología médica (n=549) la prevalencia de vida de la conducta suicida general fue de 31.8% asociada significativamente con el vivir con familia nuclear, depresión, ansiedad, ideación homicida; la intención suicida fue de 7.6% asociada significativamente con el vivir con familia nuclear, depresión, ansiedad, ideación homicida. En la escuela de nutrición (n=131) la prevalencia de vida de la conducta suicida general fue de 39.5% asociada significativamente con el vivir con familia nuclear, ideación homicida; la intención suicida fue de 9.4% asociada significativamente con el vivir con familia nuclear, depresión, indicadores antisociales. Los autores concluyen que las prevalencias de vida de conducta suicida general e intento suicida encontradas fueron mayores a las identificadas en la Escuela de Medicina (30.7% y 4% respectivamente) y en población general adulta (30.3% y 5.2% respectivamente).

Antúnez y Vinet (2013) realizaron la investigación *Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena*, con el objetivo de determinar la frecuencia de problemas de salud mental entre los estudiantes de la Universidad Austral de Chile (Valdivia, Chile) y su asociación con otras variables. La muestra fue compuesta por 484 estudiantes de 18 a 28 años (45% de sexo masculino) que fueron evaluados utilizando los instrumentos como Derogates SCL-90-R, Inventario Beck de Ansiedad (BAI), Inventario de depresión de Beck (BDI-II), Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) y un cuestionario sociodemográfico. Como resultados, el 15% de la muestra presentó altos niveles de sintomatología mental según los

inventarios de Beck. Este grupo, que también mostraba altos niveles de estrés, estaba compuesto por los estudiantes de primer año y por las mujeres. Hubo una asociación significativa entre los síntomas y variables sociodemográficas como vivir en áreas rurales, etnicidad y estatus socioeconómico; una mayor necesidad de atención psicológica y psiquiátrica y un menor número de actividades extracurriculares. Los autores concluyen que el conocimiento de los problemas de salud mental entre los estudiantes universitarios permitirá generar estrategias para la prevención de la salud mental, promoción y tratamiento.

Pinzón-Amado, Guerrero, Moreno, Landínez y Pinzón (2013) evaluaron la *Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados*. El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia de vida y aspectos asociados a la ideación suicida e intento suicida en una muestra de 963 estudiantes (el 57% mujeres) de medicina de Bucaramanga, Colombia. Se realizó un estudio observacional analítico, transversal, en una muestra no probabilística de estudiantes de medicina de las tres facultades de medicina de Bucaramanga. Se utilizaron las escalas CES-D y CAGE para síntomas depresivos y uso problemático de alcohol, respectivamente. El 15,7% de los estudiantes refirió haber tenido por lo menos un episodio de ideación suicida serio a lo largo de la vida. El 5% (n= 47) aceptó haber realizado por lo menos un intento suicida. El 13,9% (n= 131) de los estudiantes informó haber ingerido antidepresivos durante su entrenamiento médico. Las variables asociadas con la ideación suicida fueron: síntomas depresivos clínicamente significativos (OR: 6,9; IC 95%: 4,54-10,4), historia de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas (OR: 2,8; IC 95%: 1,6-4,8) y percepción del regular o mal rendimiento académico durante el último año (OR: 2,2; IC 95%: 1,38-3,63).

Gold, Sen y Schwenk (2013) presentaron el reporte *Detalles sobre el suicidio entre los médicos estadounidenses: los datos del Sistema Nacional de Información sobre Muertes Violentas (Details on suicide among U.S. physicians: Data from the National Violent Death Reporting System)*. El objetivo fue evaluar las comorbilidades de la salud mental y los factores de estrés psicosocial que contribuyen a los suicidios entre médicos en comparación con las víctimas no médicos. Se utilizaron los datos del Sistema Nacional de Información sobre Muertes

Violentas para evaluar las variables demográficas, de salud mental, factores de estrés recientes y los métodos de suicidio entre médicos en comparación con las víctimas del suicidio no médicos en 17 estados. La base de datos incluyó 31,636 víctimas de suicidio, de las cuales los 203 fueron médicos. Mediante la regresión logística multivariable se encontró que tener un trastorno de salud mental conocido o un problema laboral que contribuyó al suicidio, se relacionó de una manera significativa con el hecho de ser médico. Los médicos fueron significativamente más propensos que los no médicos a arrojar en las pruebas toxicológicas los benzodiazepinas y barbitúricos, pero no los antidepresivos o antipsicóticos.

Kavalidou (2013) en su estudio observacional *Pensamientos suicidas y actitudes hacia el suicidio entre médicos y estudiantes de psicología en Grecia (Suicidal thoughts and attitudes towards suicide among medical and psychology students in Greece)*, investigó el comportamiento suicida auto-reportado y las actitudes hacia el suicidio entre los estudiantes universitarios griegos mediante la aplicación de The Suicide Opinion Questionnaire. La prevalencia de pensamientos suicidas fue del 20% entre los estudiantes de psicología y el 8,6% en la escuela de medicina. Los intentos de suicidio anteriores fueron el 8% en estudiantes de psicología y el 3.8% en estudiantes de medicina. La enfermedad mental se correlacionó con la conducta suicida en estudiantes de medicina, mientras el derecho a morir fue fuertemente apoyado por los estudiantes de psicología. También se diferenciaron las actitudes hacia el aspecto moral del suicidio entre ambos grupos de estudiantes.

Vianchá, Bahamón y Alarcón (2013) presentaron una revisión sobre *Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes*, cuyo objetivo fue reflexionar sobre la relación entre ideación suicida, acto suicida y suicidio en jóvenes y las variables psicosociales, consideradas como factores de riesgo. Se consultaron las bases de datos Dialnet, Redalyc, Scielo y Proquest. Se establecieron como predictores el suicidio, la ideación suicida, el intento suicida y los factores de riesgo. Se enfocó la caracterización del fenómeno en los jóvenes latinoamericanos identificando variables psicosociales asociadas como los problemas interpersonales en el contexto escolar, variables psicológicas, la exposición a situaciones de violencia intrafamiliar y abuso sexual, y finalmente los estilos y

estrategias de afrontamiento desarrollados por los jóvenes. Se concluye que el suicidio es un fenómeno multicausal que va en aumento con la aparición de problemáticas propias de la sociedad actual, tales como el acoso escolar, los trastornos alimentarios, el abuso sexual y el maltrato.

Córdova, Estrada y Velázquez (2013) realizaron el estudio *Detección de riesgo suicida en una muestra de adolescentes estudiantes de escuelas secundarias*. El objetivo fue detectar el riesgo suicida en adolescentes y determinar si el instrumento utilizado clasifica de manera adecuada a los sujetos en cuanto a los niveles de percepción de riesgo suicida (leve, moderado y severo). Estudio fue transversal, correlacional, ex-post-facto con una muestra no probabilística de 1,169 personas. Se aplicó la escala de probabilidad de riesgo suicida (SPS) identificando la información de cuatro áreas: hostilidad, actitud autonegativa, ideación suicida y desesperanza. Se detectaron correlaciones significativas entre los componentes de la escala. El 34.7% de la población fue clasificada con riesgo suicida leve; el 46.1%, con moderado y el 19.2% con severo; catalogando en una forma apropiada a 90.0% de los entrevistados. Los autores concluyeron sobre la importancia de difundir la información objetiva acerca del riesgo suicida como problema psicosocial y de salud pública, orientando a los adolescentes e informando a los familiares con fines de prevención de estas conductas.

Osama, et. al. (2014) publicaron los resultados de la investigación *Ideación suicida entre los estudiantes de medicina de Pakistán: estudio trasversal (Suicidal ideation among medical students of Pakistan: A crosssectional study)*. Mediante la encuesta sobre la ideación suicida aplicada en julio de 2013, se evaluaron los 331 estudiantes de la Universidad Dow de Ciencias de la Salud, Karachi, Pakistán. Se encontró que, en el último año, la ideación suicida fue presente en 118 (35,6%) estudiantes. Los 46 (13,9%) estudiantes por los menos una vez en su vida habían hecho planes para suicidarse, mientras que los 16 (4,8%) de los 331 estudiantes intentaron suicidarse en algún momento de su vida. Más frecuente la conducta suicida era en mujeres que en hombres mientras los estudiantes de medicina del primer año formaron la mayoría de los casos con la ideación suicida. El factor de

riesgo más importante que predisponía a la ideación suicida fue el abuso de sustancias, seguido por disfunciones familiares y trastornos psiquiátricos previos.

De La Cruz (2014), mediante *Riesgo Suicida, Depresión y Personalidad en estudiantes de Psicología con y sin Dificultad Vocacional de una Universidad de Lima*, estudió la población de 724 estudiantes (512 mujeres y 212 varones), ingresantes en los años 2007-2009 en la Universidad Nacional Federico Villarreal, de 16 a 26 años de edad, procedentes de Lima y provincias, y la muestra de tipo probabilístico aleatorio simple, conformada por 46 sujetos de estudio con dificultad vocacional y 46 sujetos de contraste sin dificultad vocacional. La investigación tuvo un diseño no experimental descriptivo-comparativo. Dos grupos de estudiantes fueron evaluados aplicando el Psicodiagnóstico de Rorschach (Sistema Comprensivo de Exner). Entre los resultados se reveló que las características generales de personalidad incluían una mayor distorsión del pensamiento (de tipo intelectualización), asimismo, actitudes de dominio, autoafirmación e infantilismo psíquico en este caso en el grupo con dificultades vocacionales ($p < 0,05$). Además, el grupo con dificultad vocacional tenía pensamientos destructivos y predominantes características disfóricas. Se encontró en DEPI y en niveles de depresión la de depresión leve (28,3%), rasgos depresivos (13%) y trastorno significativo (6,6%) sin diferencias importantes, sin embargo, con una autocrítica negativa en el grupo con dificultad vocacional asociada principalmente con contenidos mórbidos ($MOR > 3$), inadecuación interpersonal y sentido crítico negativo. Existen, concluye el autor, mayores interferencias emocionales e inmadurez psicológica para el ejercicio profesional en el futuro.

Baader, et al. (2014) publicaron el artículo *Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados*, realizado en la Universidad Austral de Chile. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de los principales trastornos mentales no psicóticos en la población de estudiantes durante el año 2008. La muestra fue conformada por 804 estudiantes de pregrado, que respondieron de manera individual al Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), la Escala de desesperanza de Beck (HBS), el Cuestionario de Trastorno del Humor (MDS), el Cuestionario de detección

del consumo problemático de alcohol y drogas en adolescentes (DEP-ADO), el cuestionario AUDIT, la escala de diagnóstico de trastornos alimentarios (EDDS) y la Escala de restricción (RE). Los resultados fueron que el 27% de los estudiantes cumplió con los criterios para una depresión, el 10,4% tenía tratamiento para el trastorno bipolar, el 5,3% tenía un riesgo moderado a grave de cometer suicidio, el 24,2% de los estudiantes presentaba un consumo problemático de alcohol y un 15,3% tenía algún tipo de desorden alimenticio. Los investigadores concluyeron que la depresión estuvo significativamente asociada a una mayor tendencia a tener un comportamiento alimentario anormal, consumo de alcohol dañino y un comportamiento autodestructivo.

Carmona, Gaviria y Layne (2014) publicaron la investigación *Suicidio, vínculos en estudiantes universitarias colombianas*, cuyo objetivo fue determinar y comparar la ideación e intento suicida y la no aparición de conducta suicida en estudiantes universitarias, considerando los vínculos afectivos que ellas establecían. El estudio se basó en el enfoque psicosocial, diseño descriptivo. El estudio se desarrolló en 17 universidades de Colombia, con una muestra de 1055 estudiantes universitarias entre los 18 y 25 años. Se aplicó el cuestionario de elaboración propia. Se reveló que los alumnos sin conducta suicida aceptaron sus vínculos como muy buenos; y los estudiantes con ideación suicida, intentos suicidas, omisiones en el autocuidado y conductas autodestructivas tenían vínculos más débiles con la figura paterna, que con la figura materna. Los autores concluyen que la calidad de los vínculos es un factor protector contra los comportamientos autodestructivos.

Sánchez, Muela y García (2014) en la investigación *Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes*, estudiaron las variables psicológicas asociadas a una alta ideación suicida (BDI >10) en estudiantes universitarios (n= 40, 70% mujeres, edad media de 23,9 años y DT= 3,003) de Psicopedagogía. Se identificó la existencia de ideación suicida asociada al control de impulsos, la depresión y la desesperanza.

Ceballos, Pérez, Rosado y Rodríguez (2014) con el estudio *Religiosidad y comportamientos de riesgos para la salud: Un estudio transversal con estudiantes de*

una universidad pública de Santa Marta (Colombia), pretendieron analizar la asociación entre religiosidad y comportamientos de riesgo para la salud. En el estudio participaron 1,349 estudiantes, con edades comprendidas entre 18 y 30 años ($M=20,6$; $SD=2,4$), y el 50,7% fueron varones. Los instrumentos utilizados fueron: AUDIT ($\alpha=0,79$) para el consumo problemático de alcohol, CDC para el consumo diario de cigarrillo, Escala Breve Juego Problemático para el consumo de sustancias ilegales durante el último año y juego problemático ($\alpha=0,76$). La religiosidad se cuantificó con cinco ítems Francis Escala de Actitud hacia el cristianismo ($\alpha=0,96$). Las regresiones logísticas se calcularon para ajustar por sexo las asociaciones entre religiosidad y comportamientos de riesgo para la salud. El consumo problemático de alcohol tenía el 31,2%; CDC el 5,2%; consumo de drogas ilegales durante el último año, el 4,5%; juego problemático, el 9,0%; mientras la alta religiosidad el 56,0%. Las asociaciones entre alta religiosidad y comportamiento de riesgo fueron determinadas para consumo problemático de alcohol $OR=0,66$ (IC95% 0,52-0,83); CDC, $OR=0,37$ (IC95% 0,22-0,62); consumo de drogas ilegales el último año, $OR=0,39$ (IC95% 0,22-0,65); y el juego problemático, $OR=0,84$ (IC95% 0,57-1,24). Los autores concluyeron que la alta religiosidad actuó como un factor protector para ciertas conductas de riesgo para la salud entre los estudiantes universitarios de Colombia debiendo considerarla en los programas de prevención educativos.

Jha, Mazumder y Garg (2014) realizaron una revisión *Suicidio entre los estudiantes de medicina - una tendencia inquietante (Suicide by medical students – a disturbing trend)*, llamando la atención a un alarmante aumento de los suicidios entre los estudiantes en general, y de medicina, en particular. Asimismo, se estimó que, del total de suicidios reportados en la India, el 5% fueron cometidos por los estudiantes, y la razón principal fue “fracaso en el examen” (1,6%) y “problema profesional o de carrera” (1%). No obstante, los autores reconocen que los datos sobre la ideación suicida y el pensamiento suicida entre los estudiantes de medicina en la India son escasos.

Blandón, Carmona, Mendoza y Medina (2015) realizaron el estudio descriptivo transversal denominado *Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín*, Colombia, con el objetivo de identificar los

factores de riesgo asociados a la ideación suicida en jóvenes universitarios. Como el instrumento se aplicó un cuestionario de diseño propio que indagaba por aspectos sociodemográficos, familiares, relaciones significativas, conducta suicida y actos que ponen en riesgo la vida. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia incluyendo a 100 estudiantes de distintos programas académicos. Se encontró que el 16% había presentado la ideación suicida en el último año y el 12% había realizado al menos un intento de suicidio en su vida. Además se detectó la asociación estadísticamente significativa entre tener ideación suicida en el último año con los factores como: no tener trabajo, tener una mala relación con el padre y/o una mala relación consigo mismo, haber realizado un intento de suicidio alguna vez en la vida, tener un estudiante cercano que hubiese cometido suicidio, conocer a un estudiante cercano que haya realizado un intento de suicidio, realizar actos que pongan en riesgo la vida y omitir conductas que protejan la vida.

Bushmeleva, Opaleva y Sokolova (2015) presentaron el trabajo *Evaluación de las tendencias suicidas en estudiantes universitarios de la Republica de Udmurtia (Test of the tendency students of the High schools Udmurt Republic to suicide)*, en Rusia. El objetivo del estudio fue determinar las tendencias suicidas en estudiantes universitarios de la Republica de Udmurtia y estimar el nivel más alto de las conductas suicidas en diferentes universidades. Se aplicó el cuestionario “CP-45” mediante el Internet. En total participó 248 estudiantes (74% mujeres y 26% varones). El 48,8% de estudiantes (72% mujeres y 22 % varones) representaron la Academia Estatal de Medicina de Ízhevsk (Ижевская государственная медицинская академия). El 24,6% de estudiantes (69% mujeres y 31% varones) provenían de la Universidad Estatal Tecnológica de Ízhevsk (Ижевский государственный технический университет имени М.Т. Калашникова). El 26,6% de participantes (83% mujeres y 17% varones) estudiaron en la Universidad Estatal de Udmurtia (Удмуртский государственный университет). Entre los resultados se encontró la siguiente distribución de las conductas suicidas según el nivel: en la Academia Estatal de Medicina de Ízhevsk (7,4% medio-superior, 9,9% medio, 28,9% medio-inferior, 53,7% bajo); en la Universidad Estatal Tecnológica de Ízhevsk (4,9% medio-superior, 16,4% medio, 37,7% medio-inferior, 41% bajo) y en

la Universidad Estatal de Udmurtia (1,5% medio-superior, 3% medio, 21,2% medio-inferior, 74,2% bajo).

Vasileva y Shchepetkova (2015) realizaron la investigación denominada *Sobre el riesgo de suicidio en estudiantes de medicina (About Suicidal Risks Of Medical Students)*, con el objetivo de esclarecer el nivel del riesgo suicida en estudiantes de medicina de diferentes años. Participaron los 202 estudiantes de la Universidad Estatal Médica de Yaroslavl (43 varones y 159 mujeres) de 18 a 26 años de edad, incluyendo los 92 estudiantes del primer año, 60 estudiantes del quinto año y 50 estudiantes del sexto año. Se aplicó el Cuestionario del riesgo suicida. Se obtuvieron las diferencias estadísticamente significativas en el nivel del indicador global del riesgo suicida en estudiantes menores de 20 años ($m=16,98$) en comparación con los de 20 años a más ($m=14,51$) ($U=3651,5$ $p=0,001$); en estudiantes del primer año ($m=16,98$) y estudiantes del quinto año ($m=13,65$) ($U=1687,5$ $p=0,001$). Sin embargo, no se encontró la diferencia significativa en el nivel del indicador global del riesgo suicida en estudiantes del primer año ($m=16,98$) y estudiantes del sexto año ($m=15,34$) ($U=1703,5$ $p=0,054$).

Rosiek, Rosiek-Kryszewska, Leksowski y Leksowski (2016) presentaron la investigación *El estrés crónico y el pensamiento suicida entre estudiantes de medicina (Chronic Stress and Suicidal Thinking Among Medical Students)*, con el objetivo de analizar la influencia del estrés y de la ansiedad en el pensamiento suicida entre los estudiantes de medicina de la Medical University—Nicolaus Copernicus University, Collegium Medicum. Los autores concluyeron que el estrés crónico tiene un fuerte impacto en la salud mental y el pensamiento suicida entre los estudiantes.

Kholmogorova (2016) realiza una revisión *Conducta suicida: modelo teórico y atención práctica en el marco de la terapia cognitivo-conductual (Suicidal Behavior: Theoretical Model And Practical Implications In Cognitive-Behavioral Therapy)*, presentando, entre otros datos, los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en estudiantes universitarios, como el alto nivel de perfeccionismo, hostilidad, disfunciones familiares y el bajo nivel del soporte social. Así, entre estudiantes con

alto nivel de hostilidad, el 34% expresaban las ideas y los deseos suicidas según el Inventario de depresión de Beck, en comparación con el 10% en el grupo de estudiantes con el bajo nivel de hostilidad. Las ideas y los deseos suicidas en estudiantes con el bajo nivel del soporte social son casi dos veces más frecuentes en comparación con los estudiantes con alto nivel de soporte social (27% y 15% respectivamente). El 40% de los estudiantes con el alto nivel de disfunción familiar manifestaban las ideas y los deseos suicidas en comparación con el 13% de los alumnos con el bajo nivel de la disfunción social.

Kosik, Nguyen, Ko y Fan (2017) en su comunicación corta *Ideación suicida en estudiantes de medicina (Suicidal ideation in medical students)*, presentan datos encontrados en investigaciones anteriores que demuestran una prevalencia muy alta de la ideación suicida en estudiantes de medicina, entre el 9,1% y el 48,2%. Entre los factores que probablemente contribuyen al desarrollo de la conducta suicidas en esta población específica, incluyen ciertas conductas y rasgos de personalidad, problemas de salud mental coexistentes, problemas personales o presión académica. Asimismo, se ha comprobado que las mujeres estudiantes de medicina tienen tasas de ideación suicida significativamente más altas que la población en general.

Fundamentación científica

La formación del futuro médico es un reto no solo científico-académico, sino también el socio-familiar y psico-espiritual. El profesional que egresa de la facultad de medicina debe no solamente tener un bagaje teórico-práctico actualizado, pero también una formación integral y humanística sólida para afrontar los retos que plantea el ejercicio de su profesión en la época post-moderna.

En la actualidad la sociedad atraviesa una grave crisis socio-política y económica expresada, entre otros, en la creciente inequidad e inaccesibilidad para muchas poblaciones a los servicios básicos, incluyendo el acceso a los servicios de salud de calidad. La ciencia médica no es ajena a estas transformaciones globales, presentando serias distorsiones entre el espectacular avance tecnológico producido en los últimos años en el campo de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y su

aplicación práctica orientada a la comercialización, excesiva especialización, descuido de las políticas preventivo-promocionales, servicios fragmentados, cosificación de la persona y escasa relación médico-paciente.

En respuesta a estas limitaciones con el apoyo de la Asociación Médica Mundial, la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Internacional de Enfermeras, y la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes, surge un movimiento internacional que busca rescatar el papel central de la persona en la atención médico-sanitaria (Wagner y col., 2015).

Se presenta, entonces, el concepto de la Medicina Centrada en la Persona (MCP) a través de las Conferencias de Ginebra realizadas desde 2008 organizándose posteriormente en la Red Internacional, actualmente denominada como el Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona (ICPCM en sus siglas en inglés) (Mezzich, Snaedal, van Weel y Heath, 2009 en Wagner y col., 2015).

Bajo esta perspectiva, la atención de salud centrada en la persona comprende una medicina *de la persona* (comprendida de una manera integral), *para la persona* (para ayudarlo a lograr su máxima realización), *por la persona* (es decir, profesionales íntegros, altamente competentes y humanos), y *con la persona* (relación médico-paciente basada en el respeto, tolerancia y justicia social) (Wagner y col., 2015).

En la misma dirección, existe un amplio consenso de que la atención de la salud en la actualidad debe reorientarse desde hacía los objetivos fundamentalmente preventivos, con una activa participación y responsabilidad plena de la comunidad. En este caso las determinantes de la salud, como los estilos de vida saludables, en particular, pueden ejercer un papel protector contra las condiciones de estrés continuo. Si esto es cierto para la población en general, lo es, aún más, a los propios estudiantes de medicina.

Como podemos ver, uno de los pilares importantes de este nuevo enfoque representa la figura del médico, como profesional y como persona humana en su contexto bio-psico-social.

La etapa del ciclo vital que atraviesan los estudiantes implica a asumir una mayor autonomía y responsabilidades, responder a las expectativas personales y familiares,

desarrollar las relaciones interpersonales de otro tipo como las relaciones de pareja, todo lo cual requiere de un mayor autocontrol y autorregulación (Baader y col, 2014).

Por otro lado, las investigaciones confirman que los estudiantes de medicina se enfrentan a múltiples estresores que afectan su salud mental, lo que se manifiesta mediante una alta frecuencia de síntomas depresivos clínicamente significativos, y a su vez la influencia negativa en el rendimiento académico, sobre todo en los primeros ciclos de la carrera (González-Olaya, Delgado-Rico, Escobar-Sánchez y Cárdenas-Angelone, 2014; Antúnez y Vinet, 2013).

Los jóvenes, en general, y los estudiantes universitarios, en particular, representan un valioso recurso para cualquier nación. La muerte de los jóvenes, con mayor razón intencional, puede y debe evitarse. Así como deben prevenirse las causas de la conducta suicida global que influyen negativamente en el desarrollo personal y social del futuro profesional.

El complejo patológico de la conducta suicida iniciado en la etapa estudiantil puede culminarse en la edad adulta, en pleno ejercicio profesional aportando a la elevada tasa de suicidios entre los médicos en comparación con la población en general (de 2.27 (95% CI=1.90-2.73) vs 1.41 con un 95% de intervalo de confianza (1.21-1.65)), como lo reportan algunos estudios (Schernhammer y Colditz, 2005, citado en Perales y col., 2012).

Pinzón-Amado y col. (2013) basándose en estudios previos afirman, que el riesgo suicida empieza a incrementarse a partir del inicio de la formación de pregrado en medicina.

Al mencionar lo anterior, debemos resaltar la importancia de un adecuado soporte social para contrarrestar la influencia nociva de estresores. Además del ambiente familiar, el rol del profesor tutor universitario se presenta como vital en la tarea de detección y corrección temprana de las conductas de riesgo (Arenas, Montaña y Sotelo, 2014).

En este sentido, urgen las investigaciones multidisciplinarias para evaluar las características personales de los médicos y, principalmente, de los estudiantes de

medicina, con la finalidad de profundizar en el conocimiento de sus rasgos de personalidad, formación ética, actitud de servicio y deferentes aspectos relacionados con la salud física y mental. Los hallazgos podrían aportar a la formulación de estrategias adecuadas para la educación médica centrada en la persona.

1.2. Justificación científica

Justificación científica (teórica): aportar al conocimiento sobre la prevalencia, características y factores asociadas a la conducta suicida en estudiantes de medicina.

Justificación social (práctica): el conocimiento sobre las características de la conducta suicida y los factores asociados en estudiantes de medicina puede ser un punto de partida para formular las estrategias adecuadas de prevención mediante el diagnóstico y tratamiento oportuno de los aspectos de salud mental intervinientes, así como proponer las modificaciones respectivas en las actividades académico-tutoriales de las facultades de medicina. De este modo, contribuimos a cumplir con la responsabilidad moral del docente universitario de preocuparse no solo de instruir a sus estudiantes sino de velar por su desarrollo integral profesional y personal.

1.3. Problema

Según Organización Mundial de la Salud (2014), en el año 2012 a nivel mundial se registraron unas 804,000 muertes por suicidio (tasa anual mundial de suicidio de 11,4 por 100 000 habitantes; 15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). De esta manera el suicidio se encuentra entre las tres primeras causas de muerte representando un grave problema de salud pública a nivel mundial, aún más, se pronostica un incremento del mismo, esperando a un millón de muertes en el 2020. Sin embargo, se advierte un probable sub-registro debido a diferentes factores médicos, legales, religiosos y sociales. En los países de mayores ingresos la prevalencia de suicidio entre varones es tres veces más que en mujeres, pero en los países de ingresos bajos y medianos esta proporción es de 1,5 hombres por cada mujer. Por otro lado, los suicidios representan la mitad de todas las muertes violentas

entre varones y más de $\frac{2}{3}$ entre mujeres. Lo preocupante, que a nivel mundial el suicidio es la segunda causa de muerte en jóvenes (de 15 a 29 años de edad). Los principales medios de suicidio son: la ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego.

En Rusia en el 2014 se han registrado las 26,600 muertes por suicidio en comparación con el año 2001 (alrededor de 57,000 casos), es decir, la reducción es de 57% (OMS, 2014 en Aminov, 2016).

En el Perú existen datos de suicidio con una tasa anual menor al 5,0 por 100,000 habitantes, resaltando, sin embargo, que el Perú tiene una baja cobertura del registro, registro desactualizado y una alta proporción de muertes no determinadas (OMS, 2014 en Saravia, 2014).

Organización Panamericana de Salud (2012) revela los resultados de la Encuesta Global de Salud Escolar realizada por MINSAs-CDC-OPS/OMS en el 2010, indicando que, en el Perú, el 19.5% de estudiantes pensó en suicidarse los últimos 12 meses.

El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” en el 2002 sobre una muestra probabilística de 991 adolescentes de 12-17 años identificó la prevalencia de vida de consideraciones o pensamientos de índole suicida de 29.1%, mientras la prevalencia de vida de conductas suicidas en el mismo grupo fue de 3.6% (IESM, 2002).

En el 2012 se realizó una replicación del estudio en Lima Metropolitana y Callao. La muestra comprendió un total de 1490 adolescentes y 4445 adultos. La prevalencia de vida de los deseos de morir y de los intentos suicidas en adolescentes (12-17 años) fue el 25.9% y 3.6%; y en adultos (18-60 años) el 23,4% y 2,8% respectivamente (INSM, 2013).

Según lo indicado por el Ministerio de Salud del Perú (2016), dos de cada tres casos de suicidio, se asocian a la depresión. Otros factores son: violencia familiar, abuso de alcohol, esquizofrenia, además “problemas propios de la vida”. Las

poblaciones más vulnerables son los jóvenes, adolescentes y adultos mayores, así como las mujeres víctimas de maltrato.

En este sentido, está claro que el suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial, que afecta a todos los países. Asimismo, la población más vulnerable lo respecto a la edad son los adolescentes y jóvenes.

Por otro lado, los estudios universitarios en general, y de medicina en particular, se caracterizan por altos niveles de estrés debido a las exigencias académicas, necesidades económicas u otros factores que acompañan la larga y sacrificada carrera.

Por lo tanto, no es sorprendente encontrar en los estudiantes universitarios, incluyendo a los futuros médicos, altas tasas de prevalencia de vida de la conducta suicida. Es importante conocer más al respecto de los factores asociados a estas conductas en diferentes países y regiones.

Asimismo, planteamos el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de vida y los factores asociados a la conducta suicida en estudiantes de medicina del primer año de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, semestre 2017-I?

Problemas específicos:

- ✓ *¿Cuáles son las características socio-demográficas de los estudiantes de medicina del primer año de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, semestre 2017-I?*
- ✓ *¿Cuál es la prevalencia de vida de la conducta suicida global e intento suicida en estudiantes de medicina del primer año de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, en el semestre 2017-I?*
- ✓ *¿Cuáles son los factores asociados a la conducta suicida global e intento suicida en estudiantes de medicina del primer año de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, en el semestre 2017-I?*

1.4. Conceptuación y operacionalización de las variables (Marco Teórico)

Suicidio

El suicidio es un fenómeno social que ha acompañado a la humanidad durante toda su historia. Todas las culturas y religiones han elaborado su percepción e interpretación del mismo, sin embargo, en objeto del estudio científico, este fenómeno se ha convertido relativamente recién. Asimismo, como el problema demográfico, el suicidio se empezó a estudiar mucho más tarde que se habían identificado sus aspectos culturales, religiosas, éticos, morales y psicológicos (Aminov, 2016).

En comparación con las clasificaciones anteriores, la Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (OMS, 1999; Ministerio de Salud del Perú, 2016) no contiene el término “suicidio”, reemplazándolo por “lesiones autoinfligidas intencionalmente” (códigos X60-X83).

El suicidio es un fenómeno comportamental complejo y de origen multifactorial. Podemos definirlo como el conjunto de actos mentales y conductuales que llevan a la muerte autoinfligida o al suicidio consumado.

Cifuentes (2013 en Carmona, Gaviria y Layne, 2014, p. 106) define el suicidio como “una forma de violencia autoinfligida, puede variar desde la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado”.

Blandón, Carmona, Mendoza y Medina (2015) lo conciben como:

Todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, y del que se esperaba el mismo resultado; lo que da a entender por positivo un acto realizado por el sujeto, y por negativo una acción que al dejar de ejecutarse conduce a la muerte. (pp. 470-471)

Debido a esto, el problemática requiere percepciones múltiples para revelar las verdaderas raíces en que se funda y se propaga dicho fenómeno (Ringel, 1976 en Córdova, Estrada y Velázquez, 2013).

Conducta suicida

En 1976 Beck propuso que “las ideas suicidas, los intentos suicidas y el suicidio consumado formaban parte de un continuo de suicidalidad de creciente severidad” (Gomez, 2012, p.607).

Perales y col. (2013a), definen la conducta suicida global como “un continuo comportamental de creciente nivel de gravedad” (p.187).

Asimismo, esta se divide en las siguientes categorías (Perales y col., 2013a):

- ✓ *Deseos de morir*: Sin que necesariamente se señale razón específica para ello.
- ✓ *Ideación suicida*: Pensamientos de autoeliminación, que pueden o no acompañarse del deseo específico de traducirlo en acción.
- ✓ *Plan suicida*: Organizado de manera tal que elimine el riesgo de fracaso en el propósito letal.
- ✓ *Intento de suicidio*: Conducta con propósito de autoeliminación que fracasa por diversos motivos, y que tiende a repetirse.
- ✓ *Suicidio consumado*: Éxito letal en el propósito de autoeliminación. (p. 187-188)

Vargas y Saavedra (2012) consideran la conducta suicida como “una continuidad que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio” (p.1).

A su vez, para Carmona, Gaviria y Layne (2014, p. 106) la conducta suicida, es entendida como “aquel comportamiento que realiza la persona para hacerse daño así mismo, muchas veces con la intencionalidad de causarse la muerte”.

Adicionalmente a los descritos anteriormente, Gómez (2012) agrega el concepto de la crisis suicida, definiéndolo como un corto período de tiempo con rápido aumento del riesgo de suicidio, generalmente asociado a la severidad clínica.

Asimismo, entre los deseos de morir y el suicidio consumado pueden trascurrir desde horas hasta años. La autoeliminación puede suceder tanto durante los estudios, como en la etapa del ejercicio profesional. Por otro lado, no necesariamente una

categoría evoluciona a la otra, quedándose solo como una experiencia vital (Perales y col., 2013a).

Como el intento suicida se consideran las acciones u omisiones que no terminaron con la muerte pero que fueron realizados por el propio sujeto para causar su deceso. La ideación suicida es entendida como el pensamiento y deseo de quitarse la vida sin pasar a acción. Estos pensamientos pueden fluctuar desde “el deseo de morir, la representación suicida, la idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción, la idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún, y la idea suicida con una adecuada planificación” (Perez, 1999; Perez, 2006 en Blandón y col., 2015, p. 471).

Factores asociados a la conducta suicida

Perales, Sánchez, Parhuana, Carrera y Torres (2013) afirman que la conducta suicida es multifactorial, tiene una dinámica compleja y generalmente se desencadena por estresores externos, interviniendo en su desarrollo los factores biológicos, psicológicos y socio-culturales.

El riesgo suicida se define como “la predicción, con base en la experiencia previa y actual del sujeto, de su potencial autodestructivo” (González-Forteza y Andrade-Palos, 1995 en Córdova, Estrada y Velázquez, 2013, p.9).

Gomez (2012) refiere que cualquier manifestación de suicidalidad, es decir, conducta suicida, eleva significativamente el riesgo de suicidio. Existen amplias evidencias de que altas tasas de suicidio se asocian con trastornos mentales y de comportamiento principalmente del ánimo, abuso de sustancias psicoactivas, psicosis crónicas, como esquizofrenia, y las diferentes comorbilidades. Tasas de mortalidad por suicidio pueden superar hasta 40 veces las mismas de la población en general.

Los patrones conductuales asociados al riesgo suicida son múltiples. Entre los más frecuentes, los diferentes autores (Carmona y col., 2014; Baader y col., 2014; Antúnez y Vinet, 2013; Pinzón-Amado y col., 2013; Córdova y col., 2013; Gómez, 2012) destacan:

1. los factores externos:
 - las exigencias académicas y presión excesiva por el logro,

- conducta suicida en la familia,
 - la exposición a otros suicidios ("modelos" suicidas),
 - el alejamiento de la familia,
 - hogares disfuncionales,
 - violencia intrafamiliar,
 - trauma psicosocial de la infancia,
 - experiencias de separación o rechazo,
 - la interacción deficiente entre los progenitores y estudiante universitario,
 - crisis sociales,
 - problemas económicos, etc.
2. los factores internos:
- enfermedades médicas, incluyendo el SIDA, epilepsia, enfermedades de la médula espinal, daño cerebral, Corea de Huntington, y diversos tipos de cáncer, especialmente los que afectan al Sistema Nervioso Central,
 - los trastornos de la personalidad, sobre todo, inestable y antisocial,
 - rasgos de personalidad, principalmente con tendencia a la introversión y el psicoticismo, rigidez cognitiva, déficits en la capacidad para resolver problemas, pensamiento dicotómico,
 - la necesidad de adaptación a un nuevo contexto vital,
 - intentos de suicidio previos,
 - expectativas negativas respecto del futuro,
 - trastorno mental grave o no tratado, etc.
3. las reacciones psicológicas y comportamentales:
- preocupación por el futuro y diversas reacciones emocionales,
 - manifestaciones ansiosas y depresivas,
 - trastornos de sueño,
 - el descontento con el medio,
 - consumo o la dependencia de sustancias psicoactivas,
 - las conductas "antisociales, trastornos alimenticios, etc.

Por otro lado, la alta religiosidad, diferentes actividades distractoras, asistir a algún proceso psicoterapéutico, representan un factor protector antes los comportamientos de riesgo (Ceballos, Pérez, Rosado, y Rodríguez, 2014; Rage, Tena y Vírveda, 2000 en De La Cruz, 2014; Vianchá, Bahamón y Alarcón, 2013).

Operacionalización de las variables

Variables	Dimensión operacional	Tipo	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Categoría	Valores de la categoría
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	Cuantitativa continua	Años cumplidos	Cantidad de años	Razón	Cantidad de años	Cantidad de años
Sexo	Características genotípicas y fenotípicas relacionados con el género	Cualitativa nominal	Tipo de género	Tipo de género	Nominal	Masculino Femenino	1 2
Estado Civil	Estatus de la persona determinada por sus relaciones de familia	Cualitativa nominal	Situación al respecto de matrimonio	Situación al respecto de matrimonio	Nominal	Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Conviviente	1 2 3 4 5
Trabajo	Conjunto de actividades realizadas por el estudiante fuera de las obligaciones propias de la carrera	Cualitativa nominal	Relación entre estudio y trabajo	Relación entre estudio y trabajo	Nominal	Estudia y trabaja Solo estudia	1 2
Vive con familia nuclear	Vive en su mismo núcleo familiar	Cualitativa nominal	Vive con sus padres	Personas con quienes vive	Nominal	Familia nuclear (padres) Parientes Solo Otro	1 2 3 4
Conducta Suicida Global	Un continuo comportamental de creciente nivel de gravedad que puede concluir o no con el suicidio consumado	Cualitativa nominal	Deseos de morir	Última vez cuando presenté deseos de morir	Nominal	En el último mes Hace más de un mes pero menos de 6 meses Hace más de 6 meses pero menos de un año Hace más de un año	1 2 3 4
			Ideación suicida	Última vez cuando presenté pensamientos de quitarse la vida	Nominal	En el último mes Hace más de un mes pero menos de 6 meses Hace más de 6 meses pero menos de un año Hace más de un año	1 2 3 4
			Plan suicida	Última vez cuando planeé quitarse la vida	Nominal	En el último mes Hace más de un mes pero menos de 6 meses Hace más de 6 meses pero menos de un año Hace más de un año	1 2 3 4
			Intento de suicidio	Última vez cuando intenté suicidarse	Nominal	En el último mes Hace más de un mes pero menos de 6 meses Hace más de 6 meses pero menos de un año Hace más de un año	1 2 3 4
Trastorno de ansiedad	Complejo sintomático relacionados con una sensación desagradable de temor, preocupación, nerviosismo, desesperación acompañada por	Cualitativa nominal	Presencia de los síntomas de ansiedad durante el último mes	El punto de corte, 50 o más puntos	Nominal	Si No	≥50 <50

	síntomas vegetativos intensos						
Depresión	Trastorno afectivo caracterizado por el decaimiento del ánimo, reducción de energía, disminución de la actividad, deterioro de la capacidad de disfrutar, del interés y de la concentración	Cualitativa nominal	Presencia de los síntomas de depresión durante el último mes	El punto de corte, 50 o más puntos	Nominal	Si No	≥50 <50
Conducta antisocial	Conducta caracterizada por descuido o transgresión de las obligaciones, normas y leyes sociales y endurecimiento de los sentimientos hacia los demás.	Cualitativa nominal	Presencia de las conductas antisociales durante la vida	El punto de corte 4 respuestas positivas de 12 conductas antisociales	Nominal	Si No	≥4 <4
Pensamiento homicida	Ideas de matar a otra persona	Cualitativa nominal	Presencia de las ideas homicidas durante la vida	Presencia de ideas homicidas	Nominal	No Sí, en el último mes Sí, hace más de un mes pero menos de 6 meses Sí, hace más de 6 meses pero menos de un año Sí, hace más de un año	0 1 2 3 4
Problemas relacionados con el consumo de alcohol	Conflictos intra- e inter personales relacionados con el consumo de alcohol	Cualitativa nominal	Conflictos intra personales relacionados con el consumo de alcohol Conflictos inter personales relacionados con el consumo de alcohol	El punto de corte 2 respuestas positivas de 4 preguntas CAGE	Nominal	Si No	≥2 <2

1.5. Hipótesis

Hi: Los factores asociados a la conducta suicida en estudiantes de medicina de primer año de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, semestre 2017-I, son: el sexo femenino, altos niveles de depresión y/o ansiedad, pensamiento homicida, indicadores de conducta antisocial y riesgo de problemas con el alcohol.

H0: No existen factores asociados a la conducta suicida en estudiantes de medicina de primer año de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, semestre 2017-I.

Ha: Los factores asociados a la conducta suicida en estudiantes de medicina de primer año de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, semestre 2017-I, son

diferentes a los siguientes: el sexo femenino, altos niveles de depresión y/o ansiedad, pensamiento homicida, indicadores de conducta antisocial y riesgo de problemas con el alcohol.

1.6. Objetivos

Objetivo General

Determinar la prevalencia de vida y los factores asociados a la conducta suicida en estudiantes de medicina del primer año de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, semestre 2017-I.

Objetivos específicos

- Determinar las características socio-demográficas de los estudiantes de medicina del primer año de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, semestre 2017-I
- Determina la prevalencia de vida de la conducta suicida global e intento suicida en estudiantes de medicina del primer año de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, en el semestre 2017-I
- Determinar los factores asociados a la conducta suicida global e intento suicida en estudiantes de medicina del primer año de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, en el semestre 2017-I

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y Diseño de investigación

El presente estudio se concibió de la siguiente manera:

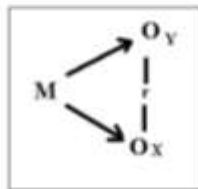
Enfoque: cuantitativo

Diseño: observacional (no experimental)

Nivel (alcance): descriptivo-correlacional, analítico

Tipo: transversal

El diagrama simbólico sería:



Dónde:

M = Muestra

O_y = Medición de variable dependiente

O_x = Medición de variable independiente

r = Coeficiente de correlación entre las dos variables. Es la medida de la correlación

Existen diferentes clasificaciones de los diseños de investigación (Hernández, Fernández, Baptista, 2014; Castilla-Peóna, Ramírez-Sandoval, Reyes-Morales y Reyes-López, 2015). En el campo de medicina y ciencias de la salud ampliamente se utilizan diseños epidemiológicos (Hernández-Avila, Garrido-Latorre, y López-Moreno, 2000; Veiga, De La Fuente y Zimmermann, 2008; Donis, 2013; Álvarez-Hernández y Delgado-DelaMora, 2015, Romero, Hernández, Garay, Hernández, 2016).

Hernández, y col., (2014) define el enfoque cuantitativo como aquel que “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p.4), lo que perfectamente coincide con la metodología de nuestra investigación.

El diseño de nuestra investigación es observacional (no experimental), debido a lo que los sujetos de estudio no son sometidos a ninguna intervención por parte del

investigador (Hernández, y col., 2014; Castilla-Peóna, y col., 2015, Romero, y col., 2016).

El presente estudio tiene características del descriptivo, es decir, describe las variables de un solo grupo, pero además correlacional, pretendiendo encontrar la asociación entre variables y probar la hipótesis (Hernández, y Velasco-Mondragón, 2000; Veiga, y col., 2008; Hernández, y col., 2014; Castilla-Peóna, y col., 2015; Ramírez-Sandoval, y col., 2015; Romero, y col., 2016).

A pesar de que la mayoría de los autores (Hernández-Avila, y col., 2000; Veiga, y col., 2008; Donis, 2013; Álvarez-Hernández y Delgado-De la Mora, 2015, Romero, y col., 2016) reconocen solo dos principales tipos de los estudios analíticos (cohortes y caso-control), dentro de los estudios descriptivos existe la subdivisión de los estudios transversales analíticos cuando se puede explorar y generar hipótesis de investigación y determinar la relación o asociación entre variables de exposición y de resultado (Hernández, y Velasco-Mondragón, 2000; Castilla-Peóna, y col., 2015).

Mientras algunos autores (Veiga, y col., 2008) consideran que los estudios analíticos se caracterizan porque “pretenden “descubrir” una hipotética relación entre algún factor de riesgo y un determinado efecto, es decir, pretenden establecer una relación causal entre dos fenómenos naturales”(p. 84), otros afirman que solo se puede establecer “la relación entre dos o más variables en un mismo grupo de sujetos sin considerar a una de ellas como dependiente de la otra, es decir, sin asumir ninguna secuencia temporal, ni relación causa-efecto entre ellas” (Hennekens y Buring, 1987 en Donis, 2013, p. 80). A su vez, Hernández, y Velasco-Mondragón (2000), indican que “cuando el fin es explorar hipótesis de investigación [...] es que la variable de resultado (enfermedad o condición de salud) y las variables de exposición (características de los sujetos) se miden en un mismo momento” (p. 447).

En fin, y considerando la realidad estudiada y los objetivos de nuestra investigación, hemos optado por el diseño y alcance antes mencionados a pesar de las limitaciones de los mismos.

El estudio presentado es de tipo trasversal, debido a lo que en nuestro caso en una población se miden diversas variables en todos los sujetos una sola vez (Hernández, y col., 2014; Castilla-Peón, y col., 2015).

Hernández, y Velasco-Mondragón (2000) concluyen que “los estudios transversales son comunes y útiles, ya que su costo es relativamente inferior al de otros diseños epidemiológicos, como los estudios de cohorte, y proporcionan información importante para la planificación y administración de los servicios de salud” (p. 448).

2.2. Población - Muestra

La población estuvo constituida por la totalidad (470) de estudiantes de primer año la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, matriculados en el periodo lectivo de 2017-I.

Universidad Estatal Médica de Samara, ubicada en la ciudad de Samara de Rusia, es el Centro Estatal de Educación Superior Profesional del Ministerio de Salud, siendo una institución estatal de dependencia federal.

La Universidad Estatal Médica de Samara (UEMS) fue fundada el 1 de enero del 1919 y actualmente es una de cinco universidades médicas más grandes de Rusia.

Anualmente en la Universidad estudian 6,200 estudiantes. La estructura de la Universidad incluye 10 Facultades, 79 Cátedras, un Hospital universitario propio con 1260 camas, 3 Institutos de Educación, 7 Institutos de Investigación Científica, 1 Laboratorio Central de Investigación Científica (UEMS, 2017).

Debido a lo que uno de los objetivos de la presente investigación era identificar a los estudiantes afectados, la participación en el estudio fue estrictamente voluntaria y previa firma del consentimiento informado.

Muestra fue de tipo no probabilístico incluyendo a todos los estudiantes que cumplan los criterios de inclusión (296 alumnos, lo que representó el 62.98% de la población).

Criterios de inclusión:

- ✓ Aceptar a participar voluntariamente en el estudio y firmar el consentimiento informado.
- ✓ Completar adecuadamente el cuestionario proporcionado identificándose correctamente.

Criterios de exclusión:

- ✓ Cuestionarios sin la firma del consentimiento informado o identificación del estudiante.
- ✓ Cuestionarios no completados, adulterados, viciados o con marcaciones confusas.

2.3. Técnicas e instrumentos de investigación

Considerando los objetivos del estudio, así como la metodología a utilizar, se optó por la recolección de datos mediante encuesta a manera de censo, utilizando el cuestionario como el instrumento.

Se utilizó el instrumento aplicado y validado en las investigaciones realizadas por A. Perales y sus colaboradores en las diferentes facultades y escuelas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y de la Universidad Nacional de Trujillo (Perales, Sogi y Morales, 2003; Perales, Alarcón, Sánchez, Arcaya, Cortez, Parhuana, et al., 2011 en Valle, Sánchez, y Perales, 2013; Perales y col., 2012; Perales y col., 2013a; Perales y col., 2013b; Perales y col., 2013c, Perales, Sánchez, Parhuana, Carrera y Torres, 2013).

El instrumento (Anexo 2) es un cuestionario (de autoadministración) que incluye una serie de instrumentos previamente validados, como:

- Ficha demográfica y preguntas sobre conducta suicida y pensamiento homicida que se utilizaron en la Encuesta Nacional de Salud Mental en el Perú (Instituto Especializado de Salud Mental, 2002).
- Escala de evaluación de Depresión de Zung, consta de 20 preguntas y recoge información de manera cuantitativa (de 20 a 80 puntos), considerando como el punto

de corte, 50 o más puntos (Zung, 1965 en Perales, 2012; Novara, Sotillo, Warthon, 1985 en Perales y col, 2013b).

- Escala de evaluación de Ansiedad de Zung, de 20 preguntas, considerando como el punto de corte, 50 o más puntos de un total de 80 posibles (Zung, 1971 en Perales, 2012; Perales, Chue, Padilla, Barahona, 2011).
- Las 21 preguntas sobre conducta suicida (Perales y col., 2013a; Perales y col., 2013b; Perales y col., 2013c).
- Preguntas sobre indicadores de conducta antisocial, considerando como el punto de corte, 4 o más respuestas positivas de un total de 12 preguntas (Perales, Sogi, Sanchez y Salas, 1995 en Perales y col., 2013c).
- El cuestionario CAGE, para determinación del uso problemático de alcohol, el cual es una escala de cero a cuatro puntos, considerando como el punto de corte, 2 o más respuestas positivas (Ewing, 1984 en Perales y col, 2013b).

La captación de datos se realizó en sesiones grupales (5 grupos de 94 estudiantes), antes de las clases magistrales a las que debían haber asistido la totalidad de los estudiantes. El instrumento estuvo completado de manera autoadministrada durante aproximadamente 30 min, bajo la supervisión de los colaboradores del estudio (docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Estatal Médica de Samara (UEMS), en el primer semestre lectivo de 2017.

Previo a la toma de la encuesta, se les explicó a los estudiantes la finalidad del estudio, el carácter voluntario de su participación, la confidencialidad de los datos y se solicitó la firma del consentimiento informado garantizando la confidencialidad del manejo de los datos exclusivamente para los fines del estudio.

2.4. Consideraciones éticas

Se solicitaron los permisos respectivos a las autoridades de la Universidad Estatal Médica de Samara (Rusia) para aplicación del cuestionario. Asimismo, se cuenta con la autorización escrita (Anexo 3) de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor San Marcos y del autor del instrumento, Dr. Alberto Perales Cabrera, para su utilización. La participación de los estudiantes en el estudio era voluntaria y se realizó previo Consentimiento Informado individual.

2.5. Procesamiento y análisis de la información

Los cuestionarios fueron revisados manualmente para determinar el nivel de información lograda. Los cuestionarios incompletos, viciados o inconsistentes fueron descartados.

Luego de verificar la calidad de la información se procedió a su codificación y elaboración de la base de datos. En el procesamiento y análisis de la información se incluyó la estadística descriptiva con el apoyo del programa estadístico SPSS, versión 23.0 para Windows y Excel.

Se calcularon los promedios y desviación estándar (DE) de las variables continuas y frecuencias de las variables nominales. Para el análisis bivariado de las variables nominales, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado. Se consideró estadísticamente significativo un $p < 0,05$.

III. RESULTADOS

3.1. Características socio-demográficas

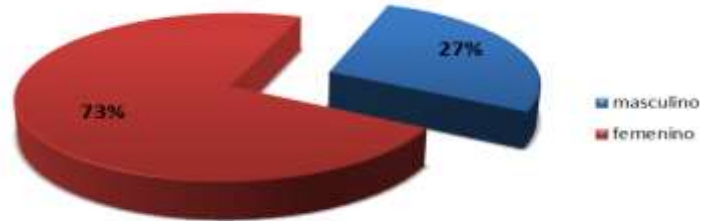


Gráfico 1. Distribución según el Sexo

El 27.36% de los encuestados (n=81) era de sexo masculino y el 72.64% (n=215) era de sexo femenino.

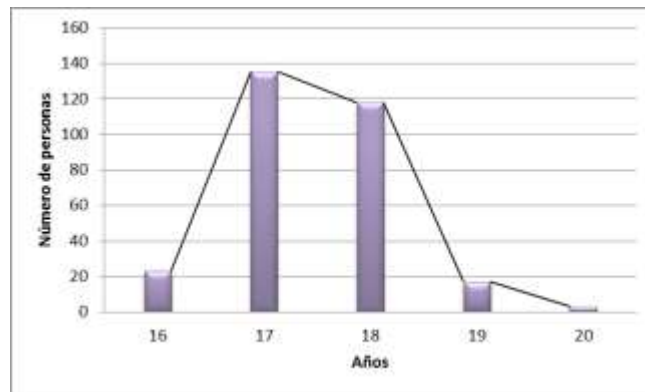


Gráfico 2. Distribución según la Edad

El promedio de la edad de los participantes fue 17.47 ± 0.76 años.

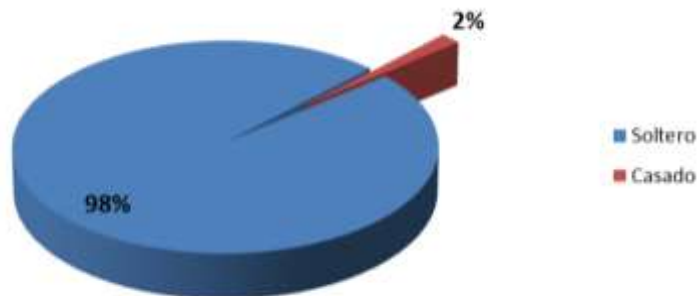


Gráfico 3. Distribución según el Estado Civil

El 98.31% de los encuestados (n=291) declararon ser solteros(as) y el 1.69% (n=5) eran casados(as).

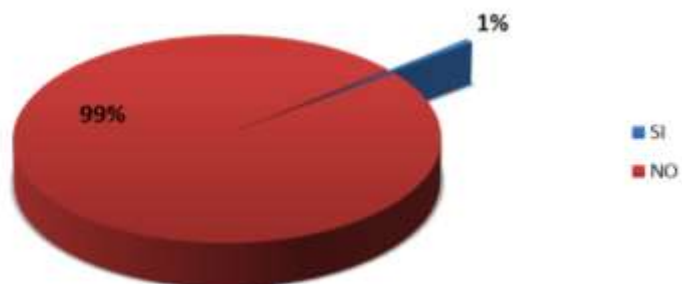


Gráfico 4. Distribución según la variable Hijos

La gran mayoría de los estudiantes no tenían hijos (n=294, 99.32%), y solo las dos personas (0.68%) informaron ser padres.

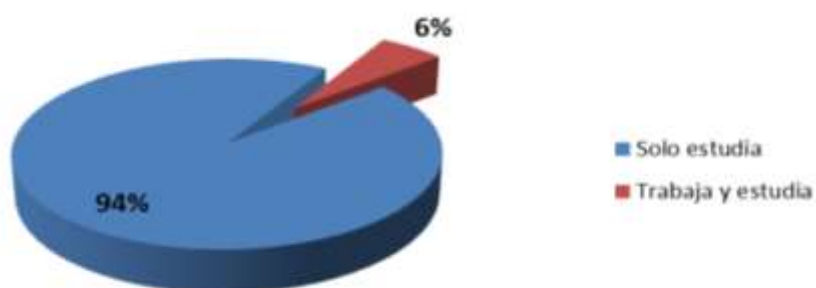


Gráfico 5. Distribución según la variable Trabajo

En su mayoría, los estudiantes declararon la exclusiva dedicación a los estudios (n=279, 94.26%), mientras que el 5.74% (n=17) combinaban el estudio con algún trabajo.

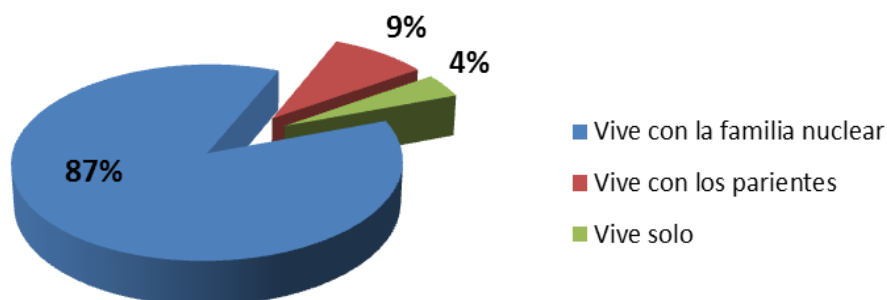


Gráfico 6. Distribución según las personas con quienes vive

El 86.82% de los encuestados (n=257) refirieron vivir con la familia nuclear, el 9.12% (n=27) vivían con otros parientes, el 4.05% (n=12) vivían solos(as).

3.2. Características de la conducta suicida

Tabla 1. Prevalencia de la Conducta Suicida en estudiantes encuestados (n=296)

Característica	n	%
Conducta suicida en general (incluye deseo de morir, pensamiento suicida, plan suicida e intento suicida)	138	46.62%
Deseos de morir	131	44.26%
En el último mes	16	5.41%
En los últimos 6 meses	34	11.49%
En el último año	50	16.89%
Hace más de un año	31	10.47%
Pensamiento suicida	79	26.69%
En el último mes	6	2.03%
En los últimos 6 meses	17	5.74%
En el último año	39	13.18%
Hace más de un año	17	5.74%
Plan suicida	34	11.49%
En el último mes	4	1.35%
En los últimos 6 meses	7	2.36%
En el último año	18	6.08%
Hace más de un año	5	1.69%
Intento suicida	26	8.78%
En el último mes	1	0.34%
En los últimos 6 meses	5	1.69%
En el último año	14	4.73%
Hace más de un año	6	2.03%

Como podemos observar, la prevalencia de vida de la conducta suicida global en la muestra estudiada fue de 46.62%; mientras la prevalencia de vida de deseos de morir, pensamiento suicida, plan suicida e intento suicida fue de 44.26%, 26.69%, 11.49%, 8.78% respectivamente. Prevalencia anual de deseos de morir, pensamiento suicida, plan suicida e intento suicida fue de 16.89%, 13.18%, 6.08%, 4.73% respectivamente. Asimismo, la prevalencia mensual de deseos de morir, pensamiento suicida, plan suicida e intento suicida encontrada correspondía al 5.41%, 2.03%, 1.35% y 0.34%.

Tabla 2. Prevalencia de factores asociados a Conducta Suicida en estudiantes encuestados (n=296)

Característica	n	%
Depresión (50 puntos o más)	49	16.55
Ansiedad (50 puntos o más)	54	18.24
Riesgo de Alcoholismo CAGE(2+)	41	13.85
Indicadores de Conducta Antisocial (4 o más respuestas positivas)	55	18.58
Pensamiento homicida	44	14.86
En el último mes	5	1.69
Hace más de un mes pero menos de 6 meses	7	2.36
Hace más de 6 meses pero menos de un año	14	4.73
Hace más de un año	18	6.08

La prevalencia mensual de la depresión, ansiedad y pensamiento homicida fue de 16.55%, 18.24% y 1.69% respectivamente, mientras la prevalencia de vida del pensamiento homicida fue el 14.86%. Entre los encuestados, el 18.58% presentaban los indicadores de la conducta antisocial y el 13.85% tenían riesgo de alcoholismo.

Tabla 3. Análisis bivariado con relación a la conducta suicida global (n=296)

Característica	Total n	Conducta Suicida Global		Análisis Bivariado		
		n	%	OR	IC 95%	p
Sexo				0.17	0.09 - 0.32	<0.001
masculino	81	15	18.52%			
femenino	215	123	57.21%			
Trabajo				2.91	1.00 - 8.49	0.041
Trabaja y estudia	17	12	70.59%			
Solo estudia	279	126	45.16%			
Vive:				1.47	0.74 - 2.93	0.273
con familia nuclear	257	123	47.86%			
sin familia nuclear	39	15	38.46%			
Depresión (50 puntos o más)				9.44	4.07 - 21.86	<0.001
con depresión	49	42	85.71%			
sin depresión	247	96	38.87%			
Ansiedad (50 puntos o más)				4.20	2.17 - 8.13	<0.001
con ansiedad	54	40	74.07%			
sin ansiedad	242	98	40.50%			
Riesgo de Alcoholismo CAGE (2+)				1.24	0.64 - 2.40	0.525
CAGE positivo	41	21	51.22%			
CAGE negativo	255	117	45.88%			

Indicadores de Conducta						
Antisocial (4 o más respuestas positivas)				1.24	0.69 - 2.22	0.480
4 o más respuestas +	55	28	50.91%			
3 o menos +	241	110	45.64%			
Pensamiento homicida				2.02	1.05 - 3.89	0.034
Ha presentado	44	27	61.36%			
Nunca presentó	252	111	44.05%			

Tabla 4. Análisis bivariado con relación al intento suicida (n=296)

Característica	Total n	Intento Suicida		Análisis Bivariado		
		n	%	OR	IC 95%	p
Sexo				1.46	0.62 - 3.41	0.385
masculino	81	9	11.11%			
femenino	215	17	7.91%			
Trabajo				1.42	0.31 - 6.57	0.655
Trabaja y estudia	17	2	11.76%			
Solo estudia	279	24	8.60%			
Vive:				0.24	0.10 - 0.58	0.001
con familia nuclear	257	17	6.61%			
sin familia nuclear	39	9	23.08%			
Depresión (50 puntos o más)				4.48	1.91 - 10.48	<0.001
con depresión	49	11	22.45%			
sin depresión	247	15	6.07%			
Ansiedad (50 puntos o más)				4.65	2.01 - 10.76	<0.001
con ansiedad	54	12	22.22%			
sin ansiedad	242	14	5.79%			
Riesgo de Alcoholismo CAGE (2+)				4.82	2.01 - 11.55	<0.001
CAGE positivo	41	10	24.39%			
CAGE negativo	255	16	6.27%			
Indicadores de Conducta Antisocial (4 o más respuestas positivas)				2.11	0.87 - 5.14	0.094
4 o más respuestas +	55	8	14.55%			
3 o menos +	241	18	7.47%			
Pensamiento homicida				1.83	0.69 - 4.85	0.218
Ha presentado	44	6	13.64%			
Nunca presentó	252	20	7.94%			

El análisis bivariado con relación a la conducta suicida global como variable independiente, se demostró su asociación estadísticamente significativa con la

depresión: OR=9.44, IC95% (4.07-21.86), $p<0.001$; ansiedad: OR=4.20, IC95% (2.17-8.13), $p<0.001$; y la necesidad de estudiar y trabajar: OR=2.91, IC95% (1.00-8.49), $p=0.041$.

Mientras que el intento suicida se relacionaba significativamente a niveles altos de depresión: OR=4.48, IC95% (1.91-10.48), $p<0.001$; de ansiedad: OR=4.65, IC95% (2.01-10.76), $p<0.001$; y a sospecha de problemas con el alcohol (CAGE positivo): OR= 4.82, IC95% (2.01-11.55), $p<0.001$.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los estudios nacionales e internacionales de diferentes latitudes coinciden en considerar el suicidio como grave problema de la salud pública y reconocen su origen multifactorial (Aminov, 2016; Saravia, 2014). De ahí proviene la diversidad de enfoques en los intentos de abarcar esta problemática y proponer soluciones en diferentes contextos. La situación es más grave aún por ser el suicidio la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años de edad a nivel mundial (OMS, 2014).

Cada ser humano tiene un valor único y cualquier pérdida de la vida es un acontecimiento lamentable, más aún cuando es el producto de la acción autodestructiva, en particular en la población estudiantil. Los estudiantes de medicina deberían gozar de perfecta salud física y mental, sin embargo, la sobrecarga académica conjuntamente con diferentes factores bio-psico-sociales negativos e ineficaces mecanismos de afrontamiento, frecuentemente condicionan en ellos una conducta desadaptativa (González-Olaya, Delgado-Rico, Escobar-Sánchez y Cárdenas-Angelone, 2014; Antúnez y Vinet, 2013; Pinzón-Amado y col., 2013). En este sentido, el actual enfoque de la Medicina Centrada en la Persona (MCP) pretende construir la salud del paciente considerando, entre otras variables, la salud del médico (Mezzich, Snaedal, van Weel y Heath, 2009 en Wagner y col., 2015). Es lógico, que un profesional de salud en su esfuerzo de promover, proteger y restaurar la salud de las personas, debe él mismo tener plena capacidad física, mental y social. Por lo tanto, son preocupantes las estadísticas internacionales sobre la conducta suicida y los suicidios entre médicos y estudiantes de medicina (Valle, Sánchez y Perales, 2013; Gold, Sen y Schwenk, 2013; Schernhammer y Colditz, 2005, citado en Perales y col., 2012; Perales, Sogi y Morales, 2003).

Aunque la mayoría de los casos de suicidio están asociadas a la depresión (MINSAs, 2016), se debe considerar otros factores y determinantes, como ansiedad, trastornos de personalidad, otras enfermedades mentales, violencia familiar, abuso de alcohol, entre otros.

Es importante enfatizar que el término “conducta suicida”, materia del presente estudio, no es el sinónimo del intento suicida o suicidio consumado. Asimismo, la

conducta suicida global, incluye un conjunto comportamental no necesariamente secuencial, que engloba deseos de morir, pensamiento suicida, plan suicida, intento suicida y la consumación del acto (Perales y col. (2013a). La probabilidad de llegar al desenlace fatal dependería de múltiples factores externos e internos. Tampoco se puede afirmar que los deseos de morir, que pueden presentarse en un ser humano de manera transitoria, necesariamente significan un paso inicial de la conducta suicida global (Perales y col, 2012). Por ende, debemos evitar las interpretaciones incorrectas de la prevalencia de vida de la conducta suicida global encontrada en nuestro estudio (46.62%) como si la mitad de los estudiantes estuviera planeando o intentando suicidarse.

De la misma manera, aclaramos que indicadores de conducta antisocial encontrados en el 18.58% de la muestra estudiada no significan el diagnóstico definitivo del Trastorno Disocial de Personalidad, sino unos posibles rasgos o patrones conductuales.

Entre limitaciones del estudio debemos advertir que, por tener entre los propósitos de la investigación la identificación de los estudiantes con problemas de salud mental para ofrecerles posteriormente la atención y ayuda, la identificación fue obligatoria. Esto, entre otros factores, redujo la cantidad de los participantes al 63% de la población dejando una importante proporción de estudiantes fuera del estudio. Sin embargo, esto no significa que todos ellos rechazaron el estudio, sino la gran mayoría no participó por faltar en las clases el día de encuesta. De esta manera los resultados son representativos solo para los alumnos que aceptaron voluntariamente a participar. Sin embargo, en los que participaron de todas maneras existe una posibilidad de no responder con total honestidad algunas preguntas sobre todo relacionadas con conductas antisociales o problemas con el alcohol por la necesidad de revelar su nombre.

Al respecto de los resultados obtenidos, el mayor interés para nosotros representaría la comparación con los datos obtenidos en el Perú utilizando el mismo instrumento. Así, hemos encontrado que la prevalencia de vida de la conducta suicida global en nuestra muestra fue de 46.62%; la prevalencia de vida de los deseos

de morir fue de 44.26%, la prevalencia de vida del pensamiento suicida fue de 26.69%, la prevalencia de vida del plan suicida fue de 11.49%, la prevalencia de vida del intento suicida fue de 8.78%. En caso de los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y de la Universidad Nacional de Trujillo (Perales, Sogi y Morales, 2003), la prevalencia de vida de la “idea de no seguir viviendo”/intento suicida fue mucho menor: 22.9%/4.0% (UNMSM) y 19.5%/2.6% (UNT) correspondientemente. Referente a la depresión, su prevalencia mensual en nuestro caso (16.55%) fue menor en comparación con el 29.6% (UNMSM) y el 18.7% (UNT). Mientras que la ansiedad (18.24%), la prevalencia de vida del pensamiento homicida (14.86%) y el riesgo de alcoholismo (13.85%) fueron similares: 17.7%/14.6%/14.0% (UNMSM) y 14.8%/9.3%/12.4% (UNT). Vale precisar las diferencias importantes en las poblaciones estudiadas. En nuestro caso la población (n=470) y la muestra (n=296) estuvo constituida por los estudiantes del primer año, en cambio los 1115 estudiantes de medicina de la UNMSM y los 508 de la UNT representaban la totalidad de matriculados. En las universidades peruanas predominaron los varones (UNMSM con 70,9% y UNT con 73,2%) con edad media de $23,8\pm 4,0$ (UNMSM) y $23,9\pm 2,7$ (UNT), mientras que en la UEMS la mayoría (72.64%) fueron de sexo femenino, con el promedio de la edad de 17.47 ± 0.76 años.

Ante estos hallazgos resulta importante de comparar nuestros resultados con los otros, obtenidos aplicando el mismo instrumento en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aunque no en estudiantes de medicina, sino en los de otras disciplinas afines, como: educación y educación física (Perales y col., 2013a), nutrición (Perales, y col., 2013b), obstetricia y tecnología médica (Perales, y col., 2013c), trabajo social (Perales, y col., 2012). Así, la prevalencia de vida de la conducta suicida global en estudiantes de trabajo social (57.7%) y educación (52.7%) fue mayor que en nuestro caso (46.62%), y menor en estudiantes de la obstetricia (39,6%), nutrición (39,5%), tecnología médica (31,8%) y educación física (31.7%). Por otro lado, la prevalencia de vida del intento suicida en la muestra estudiada (8.78%) fue menor que en estudiantes de educación (16.3%), trabajo social (14,8%), educación física (11.2%) y nutrición (9.4%); mayor que en estudiantes de tecnología médica (7,6%); y similar a la de estudiantes de obstetricia (8.3%). Al respecto de la

población estudiada, la principal diferencia entre nuestro estudio y las muestras estudiantiles de la UNMSM está en que en nuestra investigación se encuestaron los alumnos del primer año de estudio, mientras que en los estudios dirigidos por A. Perales se abarcaron los matriculados en su totalidad. Referente a otras características, más se asemejó a nuestro estudio el grupo de los estudiantes de la escuela de nutrición: promedio de edad $20,9 \pm 2,2$ años; sexo femenino 73,3%; soltero 99%, sin hijos 98%; estudiaba y trabajaba 18%; vivía con su familia nuclear 82%.

Al respecto de otras variables estudiadas, nuestra investigación reveló mayor prevalencia de depresión (16.55%) que en las escuelas de educación (10.3%), trabajo social (9.8%), educación física (5.2%) y nutrición (4.6%). De la misma manera, los niveles de ansiedad (18.24%) resultaron claramente superiores: trabajo social, 7.8%; educación, 6.8%; educación física, 4.8%; nutrición, 3.1%. Creemos que dicho fenómeno parcialmente puede ser explicado por el tipo de la medición. Como hemos visto, el instrumento propuesto por A. Perales y colaboradores determina, entre otras variables, la prevalencia de vida de la conducta suicida global, intento suicida, pensamiento homicida e indicadores de la conducta antisocial, mientras que la depresión y ansiedad (escalas de Zung) se expresan en prevalencia mensual (puntual). El riesgo de alcoholismo (cuestionario CAGE) se estima para la actualidad, pero en base de los datos amnésicos. Como sigue, la prevalencia de vida de la conducta suicida podría ser similar en grupos etarios y sociales semejantes, sin embargo, es explicable que los estudiantes del primer año presentan mayores prevalencias puntuales de ansiedad y depresión que los estudiantes de diferentes años de estudios en su conjunto. Similares resultados presentan Valle, Sánchez y Perales (2013), indicando que en los estudiantes de los primeros años de estudios la sintomatología depresiva y los problemas relacionados al consumo de alcohol fueron mayores; y Antúnez y Vinet (2013) demostrando los mayores niveles de estrés en estudiantes de primer año y en mujeres. Osama et. al. (2014) afirman la mayor frecuencia de la conducta suicida en mujeres y la mayoría de los casos con la ideación suicida los estudiantes de medicina del primer año.

La prevalencia de vida del pensamiento homicida en nuestro estudio fue el 14.86%, siendo similar a la de la escuela de nutrición (13.9%), trabajo social

(15.2%), escuela de educación (15.5%), escuela de educación física (15.8%). El 18.58% de nuestros encuestados presentaban los indicadores de la conducta antisocial comparando con el 17.0% de la escuela de trabajo social y el 19.6% de la escuela de educación. Sin embargo, los datos de la escuela de educación física (28.3%) y nutrición (27.5%) sorprendentemente resultaron ser significativamente superiores. Problemas con el consumo de alcohol en los estudiantes de la UEMS se detectaron en el 13.85% de los probandos, superando las escuelas de nutrición (5.2%), trabajo social (6.2%) y educación (6.2%) de la UNMSM. Solo en la escuela de educación física de la UNMSM la situación fue similar (14.8%), a pesar que en ella predominaban varones (67%) en comparación con nuestra muestra (27%). Probablemente estos resultados se los puede atribuir al alto nivel de ansiedad.

La tabla comparativa de nuestros hallazgos con los datos reportados por A. Perales y colaboradores se encuentra en el Anexo 4.

Comparación de nuestra investigación con otros estudios nacionales e internacionales permite encontrar similitudes y diferencias en función de las estrategias metodológicas aplicadas en ellos. Así, Valle, Sánchez y Perales (2013) en estudiantes de medicina de la UNMSM (Lima) encontraron mayor prevalencia de depresión (23.3%), pero menor riesgo de alcoholismo (7.3%). Mayores niveles de depresión que en nuestro caso, también reporta De La Cruz (2014) en la UNFV, Lima (28.3%) y Baader y col. (2014) en Chile (27%). Prevalencia anual de ideación suicida (16%), reportadas por Blandón y col. (2015) y por Osama et. al. (2014) con el 35,6% fue mayor a la nuestra (13.18%). A su vez, la prevalencia de vida de intento suicida del 12%, según Blandón y col. (2015) fue mayor que la nuestra (8.78%), mientras la de Osama et. al. (2014) fue menor (4.8%). Por otro lado, la prevalencia de vida de ideación suicida/de intento suicida presentada por Pinzón-Amado y col. (2013): 15.7%/5%, y por Kavalidou (2013): 8.6%/3.8%, fueron significativamente menor: el 26.69% y 8.78% respectivamente.

Entre factores asociadas a la conducta suicida global tenemos: ideación homicida, vivir sin familia nuclear (Perales y col., 2013b); depresión, indicadores antisociales, abuso de alcohol, ansiedad, ideación homicida (Perales y col., 2013c);

vínculos más débiles con la figura paterna, que con la figura materna (Carmona, Gaviria y Layne, 2014); acoso escolar, trastornos alimentarios, abuso sexual y maltrato (Vianchá, Bahamón y Alarcón, 2013); ciertas conductas y rasgos de personalidad, problemas de salud mental coexistentes, problemas personales o presión académica (Kosik y col., 2017); hostilidad, actitud autonegativa, ideación suicida y desesperanza (Córdova, Estrada y Velázquez, 2013); edad menor de 20 años, primer año de estudio (Vasileva y Shchepetkova, 2015). En nuestra población se demostró su asociación estadísticamente significativa con la depresión, ansiedad y la necesidad de estudiar y trabajar, lo que corresponde a los factores de riesgo identificados por otros autores.

En estudios previos se demostró estadísticamente la asociación de la ideación suicida con falta de trabajo, malas relaciones intra- e interpersonales, antecedentes suicidas personales y/o entre personas cercanas, conductas riesgosas (Blandón y col., 2015); síntomas depresivos clínicamente significativos, historia de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas y percepción del regular o mal rendimiento académico durante el último año (Pinzón-Amado y col., 2013); al control de impulsos, la depresión y la desesperanza (Sánchez, Muela y García, 2014); abuso de sustancias, disfunciones familiares y trastornos psiquiátricos previos (Osama et. al., 2014); estrés crónico (Rosiek y col., 2016); bajo nivel del soporte social (Kholmogorova, 2016).

Con el intento suicida se asociaron significativamente el sexo femenino, depresión, ansiedad, pensamiento homicida, indicadores de conducta antisocial y sospecha de problemas con el alcohol (Perales y col., 2013a); indicadores de conducta antisocial (Perales y col., 2013b); depresión, ansiedad, indicadores antisociales, ideación homicida (Perales y col., 2013c); ansiedad, pensamiento homicida, e indicadores de conducta antisocial (Perales y col., 2012). Mientras que en nuestro estudio el intento suicida se relacionaba significativamente a niveles altos de depresión, ansiedad y a sospecha de problemas con el alcohol.

La problemática descrita no se limita a las conductas autodestructivos y debe ser profundizada para esclarecer las consecuencias de los problemas de salud mental para el futuro desempeño profesional, incidencia de los trastornos psiquiátricos

específicos (depresivos, ansiosos, alcoholismo, etc.) en la población de riesgo, su interferencia en el rendimiento académico, entre otros.

Como se ha visto, la conducta suicida, como cualquier conjunto comportamental humano, es sumamente compleja y multifactorial. Diferentes factores recobran mayor importancia en diferentes poblaciones, en diversas etapas de la vida; y el balance entre los factores protectores y los de riesgo será determinante para desencadenar las manifestaciones conductuales. Jiménez y González-Forteza (2003, en Perales y col., 2012), indican que el suicidio “...es imperioso dar el salto de la investigación descriptiva a la evaluativa, que permita pasar al campo de la prevención primaria (con la identificación de factores protectores) y secundaria (a través de la identificación de factores de riesgo” (p. 104). En este sentido, además de profundizar los conocimientos teóricos sobre determinantes de las conductas autodestructivas, se debe implementar los programas de identificación de las poblaciones en riesgo e intervenir con las medidas preventivas correspondientes. La labor de tutor universitario es sumamente importante para el desarrollo de esta tarea y debe ser institucionalizado como parte de la misión de la institución educativa. La formación integral de los futuros médicos empezando por su propia salud mental es imprescindible para su eficaz ejercicio profesional futuro. El programa preventivo de salud mental estudiantil debería enfatizar la detección y tratamiento precoz del abuso y dependencia de alcohol, de la depresión y la ansiedad, técnicas de manejo del estrés (Perales, Sogi y Morales, 2003).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- ✓ Los estudiantes de primer año, matriculados en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, en el semestre 2017-I, tenían las siguientes características socio-demográficas: el promedio de edad de 17.47 ± 0.76 años; sexo femenino (72.64%), solteros(as) (98.31%), sin hijos (99.32%), se dedicaban a los estudios (94.26%) y vivían con la familia nuclear (86.82%).
- ✓ La prevalencia de vida de la conducta suicida global e intento suicida en estudiantes de primer año, matriculados en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, en el semestre 2017-I fue de 46.62% y 8.78% respectivamente.
- ✓ La conducta suicida global en estudiantes de primer año, matriculados en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, en el semestre 2017-I se asoció significativamente con la depresión (OR=9.44, IC95% (4.07-21.86), $p < 0.001$); ansiedad (OR=4.20, IC95% (2.17-8.13), $p < 0.001$); y la necesidad de estudiar y trabajar (OR=2.91, IC95% (1.00-8.49), $p = 0.041$). Mientras que el intento suicida se relacionó con niveles altos de depresión (OR=4.48, IC95% (1.91-10.48), $p < 0.001$); de ansiedad (OR=4.65, IC95% (2.01-10.76), $p < 0.001$); y a sospecha de problemas con el alcohol (OR=4.82, IC95% (2.01-11.55), $p < 0.001$).

5.2. Recomendaciones

- ✓ Realizar otras investigaciones para conocer más sobre las características socio-demográficas de los estudiantes de diferentes años de estudio y de diferentes facultades la Universidad Estatal Médica de Samara (Rusia).
- ✓ Desarrollar programas en salud mental de los estudiantes para prevenir la conducta suicida global e intento suicida en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Estatal Médica de Samara (Rusia).
- ✓ Ofrecer la ayuda y orientación terapéutica a los estudiantes de primer año, matriculados en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Estatal Médica de Samara (Rusia) con síntomas de la depresión, ansiedad, problemas socio-familiares, y consumo problemático de alcohol.
- ✓ Los resultados del presente estudio deben ser tomados en cuenta por las autoridades para organizar intervenciones necesarias para mejorar la salud mental de los estudiantes. De este modo, la UEMS cumpliría con su responsabilidad moral y científica de la formación integral de los profesionales y personas.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez-Hernández, G., y Delgado-De La Mora, J. (2015). Diseño de estudios epidemiológicos. I. El estudio transversal: tomando una fotografía de la salud y la enfermedad. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, 32(1): 26-34.
- Aminiov, I. (2016). Suicidio en Rusia. *Demoskop Weekly*, 705-706.
- Antúnez, Z., y Vinet, E. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *RevMedChile*, 141, 209-216.
- Arenas, N., Montañó, E., y Sotelo, A. (2014). La relación del profesor tutor universitario y estudiantes - los estilos de vida y conductas de riesgo. *Revista internacional administración & finanzas*, 7(3), 81-90.
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, y otros. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 52(3), 167-176.
- Blandón, O., Carmona, J., Mendoza, M, y Medina, O. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Rev Arch Med Camagüey*, 19(5), 469-478.
- Bushmeleva, N., Opaleva, A., y Sokolova, E. (2015). Test of the tendency students of the High schools Udmurt Republic to suicide. *Problems of Modern Science and Education*, 12(42), 222-224.
- Carmona, J., Gaviria, J., y Layne, B. (2014). Suicidio, vínculos en estudiantes universitarias colombianas. *Tesis psicología*, 9(1), 102-111.
- Castilla-Peóna, M., Ramírez-Sandoval, J., Reyes-Morales, H., y Reyes-López, A. (2015). Diseño de estudios clínicos y causalidad: ¿la vacuna oral contra rotavirus causa invaginación intestinal? *Bol Med Hosp Infant Mex*, 72(5), 346-352.
- Ceballos, G., Pérez, K., Rosado, A., y Rodríguez, R. (2014). Religiosidad y comportamientos de riesgos para la salud: un estudio transversal con estudiantes de una universidad pública de Santa Marta (Colombia). *Escenarios*, 12(2), 53-63.
- Córdova, A., Estrada, A., y Velázquez, M. (2013). Detección de riesgo suicida en una muestra de adolescentes estudiantes de escuelas secundarias. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, (15)1, 7-21.
- De La Cruz, C. (2014). Riesgo Suicida, Depresión y personalidad en estudiantes de psicología con y sin dificultad vocacional de una universidad de Lima. *Cátedra Villllarreal*, 2(1), 29 – 53.

- Donis, J. Tipos de diseños de los estudios clínicos y epidemiológicos. *Avances en Biomedicina*, 2(2), 76-99.
- Gold, K., Sen, A., y Schwenk, T. (2013). Details on suicide among U.S. physicians: Data from the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry*, 35(1), 45–49.
- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Rev. Med. Clin. Condes*, 23(5), 607-615.
- González-Olaya, H., Delgado-Rico, H., Escobar-Sánchez, M., y Cárdenas-Angelone, M. (2014). Asociación entre el estrés, el riesgo de depresión y el rendimiento académico en estudiantes de los primeros semestres de un programa colombiano de medicina. *FEM*, 17(1), 47-54.
- Hernández-Avila, M., Garrido-Latorre, F., y López-Moreno, S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud pública de México*, 42(2), 2000, 144-154.
- Hernández, B., y Velasco-Mondragón, H. (2000). Encuestas transversales. *Salud pública de México*, 42(5), 447-455.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta ed. México: McGraw-Hill Interamericana, S. A. de C. V.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. (2002). Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002: Informe general. *Anales de Salud Mental*, XVIII(1-2).
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. (2013). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe general. *Anales de Salud Mental*, XXIX(S1).
- Jha, M., Mazumder, A. y Garg, A. (2014). Suicide by medical students – a disturbing trend. *JPunjab Acad Forensic Med Toxicol*, 14(1) 40-42
- Kavalidou, K. (2013). Suicidal thoughts and attitudes towards suicide among medical and psychology students in Greece. *Suicidology Online*, 4, 4-11.
- Kholmogorova, A. (2016). Suicidal behavior: theoretical model and practical implications in cognitive-behavioral therapy. *Counseling psychology and psychotherapy*, 24(3), 144-163.
- Kosik, R., Nguyen, T., Ko, I., y Fan, A. (2017). Suicidal ideation in medical students. *Neuropsychiatry (London)*, 7(1), 09–11.

- Ministerio de Salud. (2016). MINSA: Cerca de 1000 muertes por suicidio pueden evitarse por año si se detecta oportunamente. Sala de Prensa del 11 de septiembre del 2016.
- Ministerio de Salud del Perú (2016). *Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. Registro y codificación de la atención en la consulta externa*. Lima: MINSA.
- OMS/OPS. (2012). Avanzan validación de documento sobre "Algoritmos de diagnóstico y tratamiento de depresión y suicidio". Lima, 10 de setiembre de 2012.
- Organización Mundial de la Salud. (1999). *Decima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10)*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global. Resumen ejecutivo. WHO/MSD/MER/14.2.
- Osama, M., Yousuf, M., Ather, S., Zia, S., Usman, M., Atif, M., y otros. (2014). Suicidal ideation among medical students of Pakistan: a cross-sectional study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 27, 65-68.
- Perales, A., Sogi, C., y Morales, R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 64(4), 239 – 246.
- Perales, A., Chue, H., Padilla, A., y Barahona, L. (2011). Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima, Perú. *RevPeruMedExpSaludPublica*, 28(4), 581- 588.
- Perales, A., Oblitas, B., León, P., Sánchez, E., Acevedo, L., Gutiérrez, W., y otros. (2012). Conducta suicida en estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Investigaciones sociales*, 16(29), 103-108.
- Perales, A., Acevedo, L., Gutiérrez, W., Sánchez, E., Oblitas, B., León, P., y otros. (2013). Conducta suicida en estudiantes de las escuelas de educación y educación física de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *InvestEduc*, 17(2), 185-194.
- Perales, A., Sánchez, E., Parhuana, A., Carrera, R., Torres, H. (2013). Conducta suicida en estudiantes de la escuela de nutrición de una universidad pública peruana. *Rev Neuropsiquiatr*, 76(4), 231-235.
- Perales, A., Sánchez, E., Arcaya, M., Rosas, M., Cortez, E., Parhuana, A., y otros. (2013). Conducta suicida en estudiantes de las escuelas de obstetricia,

- tecnología médica y nutrición de la Facultad de Medicina de la UNMSM. *AnFacMed*, 74(1), S41.
- Pinzón-Amado, A., Guerrero, S., Moreno, K., Landínez, C. y Pinzón, J. (2013). Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados. *RevColombPpsiquiat*, 43(S1), 47-55.
- Romero, M., Hernanez, R., Garay, I., y Hernandez, R. (2016). *Manual de Investigación Epidemiológica*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana, S. A. de C. V.
- Rosiek, A., Rosiek-Kryszewska, A., Leksowski, L., y Leksowski, K. (2016). Chronic stress and suicidal thinking among medical students. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 13(212), 1-16.
- Sánchez, D., Muela, J., y García, A. (2014). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 277-290.
- Sarabia, S. (2014). Suicidio: un problema de salud pública. *RevNeuropsiquiatr*, 77(4), 199-200.
- Universidad Estatal Médica de Samara. (2017). Recuperado de <http://www.samsmu.ru/esp/>.
- Vasil`Eva, L., y Shchepetkova, S. (2015). About suicidal risks of medical students. *Historical and social educational ideas*, 7(3), 179-183.
- Valle, R., Sánchez, E., y Perales, A. (2013). Sintomatología depresiva y problemas relacionados al consumo de alcohol durante la formación académica de estudiantes de medicina. *RevPeruMedExpSaludPublica*, 30(1), 54-57.
- Vargas, H., y Saavedra, J. (2012). Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Revista Peruana de Epidemiología*, 16(3), 01-11.
- Veiga, J., de la Fuente, E., y Zimmermann, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *MedSegurTrab*, LIV(210), 81-88.
- Vianchá, M., Bahamón, M., y Alarcón, L. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Revista Tesis Psicológica*, 8(1), 112-123.
- Wagner, P., Perales, A., Armas, R., Codas, O., de los Santos, R., Elio-Calvo, D., y otros. (2015). Bases y perspectivas latinoamericanas sobre Medicina y Salud Centradas en la Persona. *AnFacMed*, 76(1), 63-70.

Webgrafia:

<http://demoscope.ru/weekly/2016/0705/demoscope705.pdf>.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3549025/pdf/nihms403999.pdf>.

<http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=18754>.

http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1891:avanzan-validacion-documento-sobre-algoritmos-diagnostico-tratamiento-depresion-suicidio&Itemid=900

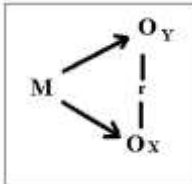
http://www.who.int/mental_health/suicide-revention/world_report_2014/es/

www.mdpi.com/1660-4601/13/2/212/pdf

Anexos

Anexo 1

Matriz de Consistencia Lógica y de Operacionalización

TÍTULO: Factores asociados a la conducta suicida en estudiantes de medicina de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, 2017-I.							
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO	
Problema General ¿Cuál es la prevalencia de vida y los factores asociados a la conducta suicida en estudiantes de medicina del primer año de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, semestre 2017-I?	Objetivo General Determinar la prevalencia de vida y los factores asociados a la conducta suicida en estudiantes de medicina del primer año de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, semestre 2017-I.	Hipótesis General Los factores asociados a la conducta suicida en estudiantes de medicina de primer año de la Universidad Estatal Médica de Samara, Rusia, semestre 2017-I, son: el sexo femenino, altos niveles de depresión y/o ansiedad, pensamiento homicida, indicadores de conducta antisocial y riesgo de problemas con el alcohol.	Edad	Cantidad de años	Cantidad de años	Cuestionario elaborado por Perales A.	Tipo y Diseño de Investigación Enfoque: cuantitativo Diseño: observacional (no experimental) Nivel (alcance): descriptivo-correlacional, analítico Tipo: trasversal 
			Sexo	Masculino Femenino	1 2		
			Estado Civil	Soltero(a)	1		
				Casado(a)	2		
				Viudo(a)	3		
				Divorciado(a)	4		
				Conviviente	5		
			Trabajo	Estudia y trabaja	1		
				Solo estudia	2		
			Vive con familia nuclear	Familia nuclear (padres)	1		
Parientes	2						
Solo	3						
Otro	4						
Conducta Suicida Global	En el último mes	1					
	Hace más de un mes pero menos de 6 meses	2					
	Hace más de 6 meses pero menos de un año	3					
	Hace más de un año	4					
Trastorno de ansiedad	Si	≥50					
	No	<50					
Depresión	Si	≥50					
	No	<50					
Conducta antisocial	Si	≥4					
	No	<4					
Pensamiento homicida	No	0					
	Sí, en el último mes	1					
	Sí, hace más de un mes pero menos de 6 meses	2					
	Sí, hace más de 6 meses pero menos de un año	3					
Problemas relacionados con el consumo de alcohol	Sí, hace más de un año	4					
	Sí, hace más de un año	4					
Problemas relacionados con el consumo de alcohol	Si	≥2					
	No	<2					

Anexo 2
Instrumento aplicado

**PROYECTO CONDUCTA SUICIDA EN ESTUDIANTES
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

2010

Estimado alumno (a):

La población juvenil que ingresa a las aulas sanfernandinas, constituye potencial intelectual selecto de la juventud peruana que es necesario cuidar para que su desarrollo personal y profesional se de en las mejores condiciones.

En las carreras de Salud, además de los beneficios asociados a su logro, existen también riesgos vinculados a la exigencia de sus estudios y a la intensa carga académica que pueden afectar la salud o conducta del estudiante.

En 1999, Perales et al. encontraron en estudiantes de enfermería de la Facultad de San Fernando una prevalencia de vida de 28% de pensamientos de “no seguir viviendo” y 6% de intentos de suicidio. Y en el año 2000, en estudiantes de Medicina, 23% de ideación suicida y 4% de intentos de suicidio.

La preocupación que generan estos datos obliga a las autoridades y a los profesores a estar atentos y prontos a ofrecer ayuda oportuna al estudiante que la requiera, en virtud de lo cual, el presente estudio epidemiológico se propone verificar el estado actual del problema.

El cuestionario que te solicitamos contestar es de fácil llenado. La confidencialidad de los datos que ofrezcas estará absolutamente garantizada pues los resultados de la encuesta, con aceptación de nuestras autoridades y por medio de un código que se te asignará, serán analizados sólo por el grupo de investigadores y exclusivamente para los fines señalados.

El propósito final es conocer los riesgos que para tu salud implican la tensión que genera el estudio y las responsabilidades que enfrenta el estudiante sanfernandino, con la finalidad de organizar los correspondientes programas de intervención preventiva para protegerte de sus efectos nocivos sobre tu rendimiento estudiantil y salud integral.

Tu participación es sumamente valiosa pero libre y voluntaria. De aceptar colaborar, agradeceré firmes tu consentimiento en esta hoja. De no estar de acuerdo, respetaremos tu decisión sin que ello signifique ningún problema para ti.

Agradeciendo tu comprensión y apoyo por anticipado, te reitero los sentimientos de mi mayor deferencia.

Acepto participar _____
(Firma del/de la estudiante)

Dr. Alberto Perales Cabrera
Director del estudio

CUESTIONARIO DE CONDUCTA SUICIDA

SECCIÓN 1 INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE: _____ FECHA _____

E-MAIL: _____

SECCION I

Marque con X la respuesta pertinente

100. Edad (años cumplidos). _____

101. Sexo:

Masculino...1()

Femenino... 2().

102. Estado Civil:

Soltero(a)... 1 ()

Casado(a)... 2 ()

Viudo(a)..... 3()

Divorciado(a).. 4 ()

Conviviente... 5 ()

103. N° de Hijos: _____

104. Escuela:

Medicina... 1 ()

Enfermería... 2 ()

Obstetricia 3 ()

Nutrición 4 ()

Tecnología. Médica... 5 ()

105. Año de Estudios: 1° () 2° () 3° () 4° () 5° () 6° () 7° ()

106. Intentos de ingreso a la universidad: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 o más 6 ().

107. Trabaja.

Si 1 ()

No 2 ()

108. Vive con:

Familia nuclear 1 () (padres, hermanos)

Parientes... 2 ()

Solo..... 3 ()

Otro..... 4 ()

Especifique: _____.

109. Distrito de Residencia: _____

110. Lugar de nacimiento:

- a) Departamento _____
b) Provincia _____
c) Distrito _____

111. Años de residencia en Lima _____ (Si es menos de un año, anote 0)

SECCIÓN 2

Instrucciones: Indique, para cada una de las preguntas que sigue, con qué frecuencia ha experimentado, durante el último mes, el síntoma señalado. Marque con un aspa su respuesta en la casilla que corresponda:

201. En los últimos treinta días, me he sentido abatido y melancólico.

- 1 Nunca o casi nunca
 2 A veces
 3 Con bastante frecuencia
 4 Siempre o casi siempre

202. En los últimos treinta días, por las mañanas es cuando me he sentido mejor.

- 4 Nunca o casi nunca
 3 A veces
 2 Con bastante frecuencia
 1 Siempre o casi siempre

203. En los últimos treinta días, he tenido accesos de llanto o ganas de llorar

- 1 Nunca o casi nunca
 2 A veces
 3 Con bastante frecuencia
 4 Siempre o casi siempre

204. En los últimos treinta días, he dormido mal.

- 1 Nunca o casi nunca
 2 A veces
 3 Con bastante frecuencia
 4 Siempre o casi siempre

205. En los últimos treinta días, he tenido tanto apetito como antes.

- 4 Nunca o casi nunca
 3 A veces
 2 Con bastante frecuencia
 1 Siempre o casi siempre

206. En los últimos treinta días, he sentido que aún me atraen las personas del sexo opuesto.

4 Nunca o casi nunca

3 A veces

2 Con bastante frecuencia

1 Siempre o casi siempre

207. En los últimos treinta días, he notado que estoy perdiendo peso.

1 Nunca o casi nunca

2 A veces

3 Con bastante frecuencia

4 Siempre o casi siempre

208. En los últimos treinta días, he tenido trastornos intestinales y estreñimiento.

1 Nunca o casi nunca

2 A veces

3 Con bastante frecuencia

4 Siempre o casi siempre

209. En los últimos treinta días, me ha latido el corazón más aprisa que de costumbre.

1 Nunca o casi nunca

2 A veces

3 Con bastante frecuencia

4 Siempre o casi siempre

210. En los últimos treinta días, me he cansado sin motivo.

1 Nunca o casi nunca

2 A veces

3 Con bastante frecuencia

4 Siempre o casi siempre

211. En los últimos treinta días, he tenido la mente tan clara como antes.

4 Nunca o casi nunca

3 A veces

2 Con bastante frecuencia

1 Siempre o casi siempre

212. En los últimos treinta días, he hecho las cosas con la misma facilidad que antes.

4 Nunca o casi nunca

3 A veces

2 Con bastante frecuencia

1 Siempre o casi siempre

213. En los últimos treinta días, me he sentido nervioso y no he podido estar quieto.
- 1 Nunca o casi nunca
 - 2 A veces
 - 3 Con bastante frecuencia
 - 4 Siempre o casi siempre
214. En los últimos treinta días he tenido esperanzas en el futuro.
- 4 Nunca o casi nunca
 - 3 A veces
 - 2 Con bastante frecuencia
 - 1 Siempre o casi siempre
215. En los últimos treinta días, he estado más irritable que antes.
- 1 Nunca o casi nunca
 - 2 A veces
 - 3 Con bastante frecuencia
 - 4 Siempre o casi siempre
216. En los últimos treinta días, me ha sido fácil tomar decisiones.
- 1 Nunca o casi nunca
 - 2 A veces
 - 3 Con bastante frecuencia
 - 4 Siempre o casi siempre
217. En los últimos treinta días, me he sentido útil y necesario.
- 4 Nunca o casi nunca
 - 3 A veces
 - 2 Con bastante frecuencia
 - 1 Siempre o casi siempre
218. En los últimos treinta días, me he sentido satisfecho con mi vida actual.
- 4 Nunca o casi nunca
 - 3 A veces
 - 2 Con bastante frecuencia
 - 1 Siempre o casi siempre
219. En los últimos treinta días, he creído que los demás estarían mejor si yo muriera.
- 1 Nunca o casi nunca
 - 2 A veces
 - 3 Con bastante frecuencia
 - 4 Siempre o casi siempre

220. En los últimos treinta días, he disfrutado de las mismas cosas que antes.

- 4 Nunca o casi nunca
- 3 A veces
- 2 Con bastante frecuencia
- 1 Siempre o casi siempre

SECCIÓN 3

Instrucciones: Indique, para cada una de las preguntas que sigue, con qué frecuencia ha experimentado, durante el último mes, el síntoma señalado. Marque con un aspa su respuesta en la casilla que corresponda:

301 En los últimos treinta días, me he sentido más ansioso y nervioso que lo normal.

- 1 Nunca o casi nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Muchas veces
- 4 Siempre

302 En los últimos treinta días, he sentido miedo sin tener razón para ello.

- 1 Nunca o casi nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Muchas veces
- 4 Siempre

303 En los últimos treinta días, me he enfadado con facilidad o he tenido momentos de mal humor.

- 1 Nunca o casi nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Muchas veces
- 4 Siempre

304 En los últimos treinta días, he sentido como si me derrumbara o me fuera a desintegrar.

- 1 Nunca o casi nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Muchas veces
- 4 Siempre

305 En los últimos treinta días, he sentido que todo me va bien y nada malo me va a suceder.

- 4 Nunca o casi nunca
- 3 Algunas veces
- 2 Muchas veces
- 1 Siempre

- 306 En los últimos treinta días, los brazos y las piernas se me han puesto trémulos y me han temblado.
- 1 Nunca o casi nunca
 - 2 Algunas veces
 - 3 Muchas veces
 - 4 Siempre
- 307 En los últimos treinta días, me he sentido molesto por los dolores de cabeza, cuello y/o espalda.
- 1 Nunca o casi nunca
 - 2 Algunas veces
 - 3 Muchas veces
 - 4 Siempre
- 308 En los últimos treinta días, me he sentido débil y me he cansado con facilidad.
- 1 Nunca o casi nunca
 - 2 Algunas veces
 - 3 Muchas veces
 - 4 Siempre
- 309 En los últimos treinta días, me he sentido tranquilo y he podido permanecer sentado fácilmente.
- 4 Nunca o casi nunca
 - 3 Algunas veces
 - 2 Muchas veces
 - 1 Siempre
- 310 En los últimos treinta días, he sentido que mi corazón late con rapidez.
- 1 Nunca o casi nunca
 - 2 Algunas veces
 - 3 Muchas veces
 - 4 Siempre
- 311 En los últimos treinta días, he estado preocupado por los momentos de mareo que siento.
- 1 Nunca o casi nunca
 - 2 Algunas veces
 - 3 Muchas veces
 - 4 Siempre
- 312 En los últimos treinta días, he tenido períodos de desmayo o algo así.
- 1 Nunca o casi nunca
 - 2 Algunas veces
 - 3 Muchas veces
 - 4 Siempre

- 313 En los últimos treinta días, he podido respirar bien, con facilidad.
- 4 Nunca o casi nunca
 - 3 Algunas veces
 - 2 Muchas veces
 - 1 Siempre
- 314 En los últimos treinta días, he sentido adormecimiento y hormigueos en los dedos de las manos y/o pies.
- 1 Nunca o casi nunca
 - 2 Algunas veces
 - 3 Muchas veces
 - 4 Siempre
- 315 En los últimos treinta días, me he sentido molesto por los dolores de estómago o indigestiones.
- 1 Nunca o casi nunca
 - 2 Algunas veces
 - 3 Muchas veces
 - 4 Siempre
- 316 En los últimos treinta días, he tenido que orinar con mucha frecuencia.
- 1 Nunca o casi nunca
 - 2 Algunas veces
 - 3 Muchas veces
 - 4 Siempre
- 317 En los últimos treinta días, he sentido mis manos secas y calientes.
- 4 Nunca o casi nunca
 - 3 Algunas veces
 - 2 Muchas veces
 - 1 Siempre
- 318 En los últimos treinta días, he sentido que mi cara enrojece y me ruborizo.
- 1 Nunca o casi nunca
 - 2 Algunas veces
 - 3 Muchas veces
 - 4 Siempre
- 319 En los últimos treinta días, he podido dormir con facilidad y descansar bien.
- 4 Nunca o casi nunca
 - 3 Algunas veces
 - 2 Muchas veces
 - 1 Siempre

320 En los últimos treinta días, he tenido pesadillas.

1 Nunca o casi nunca

2 Algunas veces

3 Muchas veces

4 Siempre

SECCIÓN 4

Ahora te voy a hacer algunas preguntas sobre tu vida personal:
Encierra en un círculo el código de la respuesta pertinente.

401. ¿Alguna vez en tu vida has deseado morir?

SI	1	Pase a P402
NO	0	Pase a P403

402. ¿Cuándo fue la última vez (que has deseado morir)?

En el último mes..... 1

Hace más de un mes pero menos de 6 meses..... 2

Hace más de 6 meses pero menos de un año..... 3

Hace más de un año..... 4

403. ¿Alguna vez en tu vida has pensado quitarte la vida?)

SI	1	Pase a P404
NO	0	Pase a P405

404. ¿Cuándo fue la última vez (que pensaste quitarte la vida)?

En el último mes..... 1

Hace más de un mes pero menos de 6 meses..... 2

Hace más de 6 meses pero menos de un año..... 3

Hace más de un año..... 4

405. ¿Alguna vez en tu vida has planeado quitarte la vida?

SI	1	Pase a P406
NO	0	Pase a P408

406. ¿Cuándo fue la última vez (que planeaste quitarte la vida)?

En el último mes..... 1

Hace más de un mes pero menos de 6 meses..... 2

Hace más de 6 meses pero menos de un año..... 3

Hace más de un año..... 4

407. ¿Esa última vez, qué motivos te llevaron a desear morir o pensar en quitarte la vida?

	SI	NO	NO APLICA
a. Problemas con tu apariencia física?	1	0	-
b. Problemas o conflictos con tus padres?	1	0	No tengo padres
c. Problemas o conflictos con tus hijos(as)?	1	0	No tengo hijos
d. Problemas o conflictos con otros parientes?	1	0	No tengo otros parientes
e. Problemas o conflictos con tu pareja o enamorado(a)?	1	0	No tengo enamorada(o)
f. Problemas o conflictos con tus amigos?	1	0	No tengo amigos
g. Problemas de trabajo o en tu trabajo?	1	0	No trabajo
h. Problemas con tus estudios?	1	0	-
h1. Problemas con tus compañeros de estudios?	1	0	-
i. Problemas económicos?	1	0	-
j. Problemas con tu salud física?	1	0	-
k. Preocupaciones con la salud de un familiar?	1	0	-
l. Separación de un familiar?	1	0	-
m. Separación de pareja o enamorado(a)?	1	0	No tengo enamorada (o)
n. Muerte de un hijo(a)?	1	0	No tengo hijos
o. Muerte de alguno de tus padres?	1	0	No tengo padres
p. Experiencia violenta, inesperada o traumática? (especificar)	1	0	-
q. Sin motivo aparente?	1	0	-
r. Otro? (especificar)	1	0	-
s. <u>Detalla los motivos que te llevaron a desear o pensar morir la última vez</u>			

408. ¿Alguna vez has intentado hacerte daño o quitarte la vida?

SI	1	Pase a P409
NO	0	Pase a P419

409. ¿Cuántas veces en tu vida lo has intentado?

410. ¿Cuándo fue el último (intento)?

- En el último mes..... 1
 Hace más de un mes pero menos de 6 meses..... 2
 Hace más de 6 meses pero menos de un año..... 3
 Hace más de un año..... 4

411. ¿Cómo lo intentaste en esa oportunidad? (marca lo primero que hiciste)

- Tomaste pastillas..... 1
 Tomaste lejía o ácidos..... 2
 Tomaste kerosene..... 3
 Te cortaste las venas..... 4
 Te arrojaste de un piso alto..... 5
 Te aventaste hacia un automóvil (o carro)..... 6
 Tomaste raticida o "campeón"..... 7
 Tomaste insecticida o folidol (DDT u otros)..... 8

- Tomaste pesticida (remedio para plantas)..... 9
- Intentaste ahorcarte..... 10
- Utilizaste un arma de fuego..... 11
- Te arrojaste desde una altura (puente, cerro)..... 12

Otro

(Especifique)

412. ¿La última vez qué motivos te llevaron a intentar hacerte daño o quitarte la vida?

	SI	NO	NO APLICA
a. Problemas con tu apariencia física?	1	0	-
b. Problemas o conflictos con tus padres?	1	0	No tengo padres
c. Problemas o conflictos con tus hijos(as)?	1	0	No tengo hijos
d. Problemas o conflictos con otros parientes?	1	0	No tengo otros parientes
e. Problemas o conflictos con tu pareja o enamorado(a)?	1	0	No tengo enamorada(o)
f. Problemas o conflictos con tus amigos?	1	0	No tengo amigos
g. Problemas de trabajo o en tu trabajo?	1	0	No trabajo
h. Problemas con tus estudios?	1	0	-
h1. Problemas con tus compañeros de estudios?	1	0	-
i. Problemas económicos?	1	0	-
j. Problemas con tu salud física?	1	0	-
k. Preocupaciones con la salud de un familiar?	1	0	-
l. Separación de un familiar?	1	0	-
m. Separación de pareja o enamorado(a)?	1	0	No tengo enamorada (o)
n. Muerte de un hijo(a)?	1	0	No tengo hijos
o. Muerte de alguno de tus padres?	1	0	No tengo padres
p. Experiencia violenta, inesperada o traumática? (especificar)	1	0	-
q. Sin motivo aparente?	1	0	-
r. Otro? (especificar)	1	0	-
s. <u>Detalla los motivos que te llevaron a desear o pensar morir la última vez</u>			

413. ¿Cuál era tu estado de ánimo en ese momento?

	SI	NO
a. Triste, deprimido(a)?	1	0
b. Ansioso(a) o nervioso(a)?	1	0
c. Apático, indiferente?	1	0
d. Desesperado(a)?	1	0
e. Impotente?	1	0
f. Preocupado(a)?	1	0
g. Con cólera o, malhumorado (a),?	1	0
h. Otros? (especificar)	1	0

414. ¿De quién recibiste atención o consulta por el intento? (puedes dar más de una respuesta)

Psiquiatra..... 1

Psicólogo.....	2
Médico general.....	3
Neurólogo.....	4
Trabajadora social.....	5
Enfermera.....	6
Técnico de enfermería.....	7
Sanitario.....	8
Promotor de salud.....	9
Familiar/amigo (no médico).....	10
No consultaste.....	11
No sabe.....	98
Otro (Religioso, especifique)?	88

415. **En los últimos 12 meses, ¿cuánto estimas haber gastado (o tus padres) en la atención de este problema, incluyendo honorarios profesionales, medicinas, hierbas, hospitalizaciones u otras?**

SI.

NO SE: _____

416. **¿Crees haber solucionado el problema que te llevó al intento?**

SI	1
NO	0

417. **¿Has considerado la posibilidad de volver a repetir esa conducta o volver a intentar hacerte daño?**

SI	1
NO	0

418. **(Preguntar sólo si es mujer) Durante los tres meses previos al intento, ¿habías dado a luz o tenido alguna pérdida (o aborto)?**

SI	1
NO	0

419. **¿Alguna vez en tu vida has pensado o deseado matar a alguien?**

SI	1	Pase a P420
NO	0	Pase a Sección 5

420. **¿A qué edad fue la primera vez que pensaste o deseaste matar a alguien?**

A los _____ años

421. **¿Cuándo fue la última vez que tuviste ese pensamiento o deseo?**

En el último mes.....	1
Hace más de un mes pero menos de 6 meses.....	2
Hace más de 6 meses pero menos de un año.....	3
Hace más de un año.....	4

SECCIÓN 5

Ahora te haré algunas preguntas sobre tu comportamiento.

501. Claro que nadie dice siempre la verdad pero ¿cuando eras más pequeño(a) decías muchas mentiras? Si 1. No 0
502. ¿Te parece que mientes mucho actualmente? Si 1. No 0
503. ¿De niño(a), tenías “muchas pataletas”?.....Si 1. No 0
504. ¿De niño(a) eras muy desobediente? Si 1. No 0
505. ¿Has robado alguna vez? Si 1. No 0
506. ¿Alguna vez le has pegado a un niño o niña menor que tú tan fuerte como para hacerle moretones? Si 1. No 0
507. ¿Has estado en una pelea que haya acabado a golpes? Si 1. No 0
508. ¿Alguna vez has usado un arma como una piedra, un palo, un cuchillo (navaja), una botella o una pistola en una pelea? Si 1. No 0
509. ¿Alguna vez te “hiciste la vaca” en el colegio por lo menos 2 veces en un año? Si 1. No 0
510. ¿Alguna vez has ganado dinero ilegalmente comprando o vendiendo cosas robadas o drogas? Si 1. No 0
511. ¿Alguna vez te has visto en problemas por no pagar una deuda? Si 1. No 0
512. ¿Alguna vez has hecho sufrir o matado a un animal para divertirte? Si 1. No 0

SECCIÓN 6

AHORA TE VOY A HACER PREGUNTAS SOBRE EL CONSUMO DE LICOR:

601. ¿Bebes licor?

SI	1	Pase a P602
NO	0	Gracias, no más preguntas

602. ¿Has pensado en que deberías disminuir tu consumo de alcohol? Si 1.
No 0
603. ¿Alguna vez te han molestado las críticas de tu familia, amigos u otras personas por tu hábito o forma de beber? Si 1.
No 0
604. ¿Alguna vez te has sentido disgustado contigo mismo(a) o culpable por tu hábito o forma de beber? Si
1. No 0
605. ¿Alguna vez has tenido que beber a primera hora de la mañana, para sentirte bien, calmar los nervios o quitarte la resaca? Si
1. No 0

GRACIAS POR TU VALIOSA COLABORACIÓN,

***Dr. Alberto Perales Cabrera.
Director del Proyecto***

Anexo 3

Carta autorización



Anexo 4
Tabla comparativa con los estudios realizados por A. Perales (2003-2013)

Referencia	Perales y col., 2003		Perales y col., 2012	Perales y col., 2013	Perales y col., 2013		Perales y col., 2013		UEMS, 2017
Universidad	UNMSM	UNT	UNMSM	UNMSM	UNMSM		UNMSM		UEMS
Carrera	Medicina	Medicina	Trabajo Social	Nutrición	Educación	Educación Física	Obstetricia	Tecnología médica	Medicina
Años Población	Todos	Todos	Todos	1°-4°	Todos	Todos	Todos	Todos	1°
Muestra	1115	508	262	131	490	315	301	549	296
Sexo									
masculino	70.90%	73.20%	8%	26.70%	26%	67%			27.36%
femenino	29.10%	26.80%	92%	73.30%	74%	33%			72.64%
Edad media	23.8+4.0	23.9+2.7	20.6	20.9+2.2	21.1+4.24	21.5+4.7			17.47±0.76
Estado civil									
soltero			97%	99.00%	98.00%	95.00%			98.31%
casado									1.69%
Hijos									
Si	3.30%	3.80%			1.60%	7.40%			0.68%
No				98.00%					99.32%
Trabajo									
Solo estudia			58.70%	82.00%	68.00%	53.00%			94.26%
Trabaja y estudia			41.30%	18.00%	32.00%	47.00%			5.74%
Vive con:									
familia nuclear			71.80%	82.00%	79.00%	72.00%			86.82%
parientes						12.00%			9.12%
solo				5.00%		5.00%			4.05%

Conducta suicida en general	30.70%		57.70%	39.50%	52.70%	31.70%	39.60%	31.80%	46.62%
Deseos de morir	28.50%	19.50%	56.00%	35.20%	48.10%	28.00%			44.26%
En el último mes			5.20%						5.41%
En los últimos 6 meses			12.9%						11.49%
En el último año			17.30%						16.89%
Hace más de un año			20.60%						10.47%
Pensamiento suicida	12.80%		32.60%	20.00%	28.30%	17.50%			26.69%
En el último mes			0.80%						2.03%
En los últimos 6 meses			5.40%						5.74%
En el último año			9.10%						13.18%
Hace más de un año			17.30%						5.74%
Plan suicida	3.00%		16.20%	8.10%	12.70%	8.10%			11.49%
En el último mes			0.80%						1.35%
En los últimos 6 meses			4.30%						2.36%
En el último año			4.30%						6.08%
Hace más de un año			6.80%						1.69%
Intento suicida	4.00%	2.60%	14.80%	9.40%	16.30%	11.20%	8.30%	7.60%	8.78%
En el último mes			0.40%						0.34%
En los últimos 6 meses			2.00%						1.69%
En el último año			4.30%						4.73%

Hace más de un año			8.10%				2.03%
Depresión (50 puntos o más)	29.60%	18.70%	9.80%	4.60%	10.30%	5.20%	16.55%
Ansiedad (50 puntos o más)	17.70%	14.80%	7.80%	3.10%	6.80%	4.80%	18.24%
Riesgo de Alcoholismo CAGE (2+)	14.00%	12.40%	6.20%	5.20%	6.20%	14.80%	13.85%
Indicadores de Conducta Antisocial (4 o más respuestas positivas)							
Pensamiento homicida	14.60%	9.30%	15.20%	13.90%	15.50%	15.80%	14.86%
En el último mes			2.20%				1.69%
Hace más de un mes pero menos de 6 meses			4.90%				2.36%
Hace más de 6 meses pero menos de un año			4.90%				4.73%
Hace más de un año			3.20%				6.08%

Anexo 5

Plan de intervención científica

- La formación del futuro médico es un reto no solo científico-académico, sino también el socio-familiar y psico-espiritual. El profesional que egresa de la facultad de medicina debe no solamente tener un bagaje teórico-práctico actualizado, pero también una formación integral y humanística sólida para afrontar los retos que plantea el ejercicio de su profesión en la época post-moderna.
- Se debe considerar que la sociedad atraviesa una grave crisis socio-política y económica expresada, entre otros, en la creciente inequidad e inaccesibilidad para muchas poblaciones a los servicios básicos, incluyendo el acceso a los servicios de salud de calidad. La ciencia médica no es ajena a estas transformaciones globales, presentando serias distorsiones entre el espectacular avance tecnológico producido en los últimos años en el campo de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y su aplicación práctica orientada a la comercialización, excesiva especialización, descuido de las políticas preventivo-promocionales, servicios fragmentados, cosificación de la persona y escasa relación médico-paciente.
- Se debe reforzar la iniciativa de la Asociación Médica Mundial, la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Internacional de Enfermeras, y la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes, surge un movimiento internacional que busca rescatar el papel central de la persona en la atención médico-sanitaria (Wagner y col., 2015).
- Es necesario evaluar las características personales de los médicos y, principalmente, de los estudiantes de medicina, con la finalidad de profundizar en el conocimiento de sus rasgos de personalidad, formación ética, actitud de servicio y deferentes aspectos relacionados con la salud física y mental y formular las estrategias adecuadas para la educación médica centrada en la persona.