

Universidad del sureste
Campus Comitán

**Factores desencadenantes del suicidio en los estudiantes
de medicina de la universidad del sureste, campus
Comitán. Un estudio cuantitativo.**

Licenciatura en Medicina Humana

Presentado por:
Iván Alonso López López

Asesor:
Lic. María Verónica Román Campos

**FACTORES DESENCADENANTES DEL SUICIDIO EN LOS ESTUDIANTES DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL SURESTE, CAMPUS COMITÁN. UN
ESTUDIO CUANTITATIVO.**

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| FACTORES DESENCADENANTES DEL SUICIDIO EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL SURESTE, CAMPUS COMITÁN. UN ESTUDIO CUANTITATIVO..... | 2 |
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| OBJETIVOS | 6 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 7 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 13 |
| HIPOTESIS..... | 15 |
| PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN | 16 |
| MARCO TEORICO | 17 |
| RESULTADOS | 30 |
| CONCLUSIÓN | 31 |
| BIBLIOGRAFÍAS | 32 |

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe un problema importante en las personas que integran los grupos sociales, consiste en la alteración de la salud mental, considerada como un factor de riesgo de suicidio debido a que hay un vínculo estrecho con diversos trastornos mentales como estrés, consumo de drogas y enfermedades. Se ha registrado en el mundo que en el lapso de un año 703, 000 personas se suicidan, además la tasa de mortalidad aproximada es de 11.4 defunciones por cada 100 mil habitantes y en el 2016 se reportó que 79% de los suicidios se llevaron a cabo en países de ingresos bajos. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Por lo tanto, entendiendo el suicidio como una problemática de salud mental, a nivel mundial se reportan estadísticas variables entre países y regiones, así como en hombres y mujeres, en otros estudios se ha comprobado que hay estadísticas de suicidio más altas en países de economía baja que en los de economía alta, esta se cataloga como la segunda causa de muerte más frecuente en los jóvenes.

Así mismo, estadísticas señalan entre esta población, algunos factores que condicionan la ideación suicida, entre las principales se ha descrito al sufrimiento mental y desesperanza, sentimientos negativos, menor autopercepción de competencia profesional, consumo de sustancias y estrés académico (INEGI, 2016).

En los últimos años en la carrera de medicina humana han incrementado el número de suicidios, así como también la sintomatología propia del trastorno de ánimo, ya que en el ambiente escolar universitario existen diferentes situaciones generadoras de estrés académico entre los jóvenes, principalmente en los estudiantes del área de la salud, sin embargo, esto ha provocado que los estudiantes de medicina disminuyan su rendimiento académico al igual que pueden llegar a algún tipo de comportamiento que los haga desertar de la carrera, debido al estrés que se generan durante su proceso como estudiantes, aún existen debates en que en ocasiones no se trata solamente por la carrera si no en otros factores externos los cuales puedan llegar a influir en el estudiante, estudios como lo menciona la Revista colombiana de psiquiatría [ELSEVIER], han confirmado que la mayoría de los estudiantes de medicina durante su progreso en la carrera han tomado antidepresivos para poder llevar a cabo sus actividades de una manera satisfactoria, este estudio busca contribuir a la prevención del suicidio en los alumnos de medicina humana.

Por lo anteriormente mencionado se decidió realizar este estudio dentro de la universidad del sureste campus Comitán en la carrera de medicina humana para observar la sintomatología e ideación suicida que se presenta en los alumnos de la carrera de 5° semestre debido al estrés o competitividad que existe dentro de la misma y así como también en los factores que desarrollan la sintomatología al igual que ver los comportamientos que toman y revisar los planes de tratamiento que existen.

OBJETIVOS

Objetivo general:

1. Analizar la sintomatología de suicidio en estudiantes de medicina pertenecientes a universidad del sureste campus Comitán.

Objetivos específicos:

1. Identificar los factores que desarrollan sintomatología clave del suicidio en estudiantes de medicina.
2. Describir el comportamiento clave que se relaciona con el suicidio en estudiantes de medicina humana.
3. Describir el modelo de tratamiento para la sintomatología clave del suicidio en estudiantes de medicina humana.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cómo bien sabemos los estudiantes de medicina presentan un nivel de estrés muy alto debido a la competitividad que se presenta en la carrera, sino que también a la presión de que en ocasiones estos puedan darles la idea de que sean perfectos y tienen que hacer todo correcto, ya que igualmente tienen la presión de ver por la salud de seres humanos, debemos tener en cuenta que esté tipo de conductas pueden repercutir en un futuro a la salud mental del estudiante de medicina, se han realizado estudios en los cuales se obtienen un aproximado de la tasa de estudiantes de médica que por lo menos alguna vez en la carrera han tenido ideación suicida, se realizó el estudio con una muestra de 963 estudiantes en los cuales el 57% (n= 549) de los participantes fueron mujeres, el promedio de edad fue de 20-23 años en relación con la prevalencia de ideación suicida, el 15,7% (n=149) de los estudiantes informó haber tenido por lo menos un episodio de ideación suicida serio a lo largo de la vida, el 5% (n=47) señaló haber realizado por lo menos un intento suicida, el 13,9% (n=131) de los estudiantes informó haber ingerido antidepresivos durante su entrenamiento médico mencionado por la Revista colombiana de psiquiatría [ELSEVIER 2015].

El suicidio, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se ha convertido en una importante causa de muerte en el mundo, siendo ya la segunda causa de muerte en individuos entre los 15 y los 29 años de edad, y siendo responsable de la muerte de más de 800 000 personas cada año (OMS, 2017), Sin embargo, aunque las estadísticas de suicidios consumados son alarmantes, es de mayor preocupación que la ideación suicida se encuentra en franco aumento en todo el mundo así como también en diferentes países regiones, en los cuales sabemos que influyen algunos trastornos como por ejemplo la depresión, ansiedad, los problemas familiares, las limitaciones socioeconómicas y el abuso de sustancias, entre otros factores, debemos de diferenciar por un lado la ideación suicida, la cual consiste en el pensamiento y la planeación recurrente que realiza un individuo para cometer un suicidio, pero que no llega a realizarlo en ningún momento, por otro lado tenemos el intento suicida, en el que consiste aquel acto que realiza un individuo ya sea de manera voluntaria y planeada con el objetivo de finalizar su vida, en el caso de no lograrlo queda como intento suicida fallido, pero en caso de lograr su cometido entonces hablamos de suicidio consumado como lo menciona (Pérez, 1999).

A partir del año 2010 se ha incrementado la tasa de ideación suicida en el mundo en los cuales se incluyeron un total de 22 041 estudiantes de medicina (media 1836.75, 115-10297); el porcentaje medio de ideación suicida fue 18.25 % (7.5 – 35.6 %) y el porcentaje medio de intento suicida fue 4.27 % (1.47 – 6.9 %). [REVISTA IBEROAMERICANA 2017].

En los últimos años ha surgido un interés por saber el porcentaje de prevalencia de ideaciones suicidas y suicidios en los estudiantes de medicina en Latinoamérica, lo cual ha llevado a que se realicen estudios en los cuales se obtenga un porcentaje, ya que a partir de los estudios realizados desde comienzos de siglo en países europeos y norteamericanos, surgió el interés por conocer la prevalencia de la ideación suicida, el intento suicida y el suicidio consumado en estudiantes de medicina en el resto del mundo.

De acuerdo a las estadísticas aportadas por la OPS (Organización Panamericana de la Salud) para América Latina, las tasas de suicidio consumados son menores a las reportadas en otras latitudes, la tasa ajustada para Latinoamérica y el Caribe es 5.2 por 100 000 habitantes, aunque en algunos países esta tasa es superior (Cuba, Guyana, Surinam y Uruguay, especialmente en hombres en quienes la tasa de suicidio es superior a la de las mujeres 11.5 vs 3.0 por 100 000 habitantes) (OPS, 2014). Los estudios realizados en jóvenes universitarios en Latinoamérica se enfocan principalmente en la ideación suicida, los instrumentos o escalas utilizadas para medirla, así como los factores sociodemográficos que la rodean. Como sucede en los estudios realizados en otras partes del mundo, algunos de ellos estudian la relación entre ideación suicida y factores como la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias y otros factores de menor relevancia (Franco, 2017).

En Latinoamérica se ha tratado de buscar la prevalencia de factores suicidas que aparezcan en los estudiantes de la salud ya que en los últimos años han aumentado la prevalencia de diversas enfermedades psiquiátricas especialmente en medicina en Chile se ha encontrado mediante un estudio realizado por medio del *cuestionario de Goldberg* y *el inventario de depresión de Beck* en el cual se encontró tasa del 21 % de 569 estudiantes incluidos, en el mismo país se realizó un estudio para valorar la prevalencia del trastorno de ansiedad en estudiantes de medicina, encontrando una tasa del 38.7 % en 326 estudiantes, sin embargo, en ninguno de ellos se analizó la frecuencia de ideación suicida, pero es evidente que los trastornos depresivos y de ansiedad se han vinculado con la ideación suicida.

En Venezuela se realizó un estudio para determinar la frecuencia de depresión en estudiantes de medicina por medio del Inventario de Depresión de Beck, encontrando una tasa de 23.31 % en 223 estudiantes, observaron que el hecho de vivir solos o haber perdido a algún padre pueden ser factores predisponentes a la depresión en la muestra estudiada, como tal no estudia la frecuencia de la ideación suicida pero estos son factores los cuales pueden conllevar a los estudiantes de medicina a tener alguna ideación suicida.

Así como también despertó el interés en Paraguay donde se realizó un estudio en el que se buscó valorar la frecuencia de los trastornos neuropsiquiátricos en 91 estudiantes de medicina, por medio de diversas escalas, se encontraron que 58.2 % de la muestra presentaba algún trastorno mental, entre ellos los episodios hipomaniacos (21 %), los trastornos de ansiedad generalizada (16.5 %) y los trastornos depresivos (23.1 %), aunque no fue la finalidad de su estudio, analizan que una tercera parte de los pacientes con trastornos depresivos presentaron riesgo suicida, sin especificar la forma de manifestación o el criterio de medición (Barrios, 2017).

Igualmente en Ecuador se realizó un estudio en el que analizaron la ideación suicida en 89 estudiantes de Medicina y Psicología, dos carreras que frecuentemente han sido vinculadas con altas tasas de ideación suicida en el mundo, usaron el ISO-30 (Inventory of Suicide Orientations), encontrando riesgo de suicidio severo en 4.5 %, moderado en 19.1 % y leve en 76.4 %, similar en ambas carreras, observaron que el trastorno de ansiedad, el trastorno depresivo actual y el sexo masculino fueron factores de riesgo de ideación suicida grave en la muestra estudiada (Cordero, 2009).

Otro país en el cual también despertó un interés por estos estudios fue Colombia un total de cinco estudios se analizó en forma específica la ideación suicida, pero la muestra usada fueron estudiantes de medicina, en uno de ellos se determinó que el riesgo suicida, determinado por la escala de riesgo suicida de Plutchik fue 6.7 % y por el Inventario de Ideación suicida fue 19.7 %, en una población de 255 estudiantes (Alzate, 2015). En un estudio similar, usando el inventario de depresión de Beck, se encontró una tasa de ideación suicida del 41 % en 625 estudiantes. Siabato et al. valoraron el riesgo de ideación suicida en 258 estudiantes usando el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI), especialmente relacionado a vivir en unión libre, eventos de vida estresantes, dependencia emocional, impulsividad y depresión, los mismos autores encontraron una tasa de ideación suicida del 30% en 289 adolescentes entre los 18 y 25 años,

usando la misma escala métrica (Siabato 2017). Por último, encontraron una tasa de ideación suicida de 7.5 % en una muestra de 186 estudiantes universitarios no médicos, usando el Inventario de ideación Suicida de Beck.

La ideación suicida en México no ha sido estudiada a profundidad por lo cual no hay muchos valores los cuales indiquen como tal un valor exacto sobre la ideación suicida que existe en los estudiantes de medicina en el cual se clasifican en estudios que analizan la presencia de trastornos psicológicos y psiquiátricos en estudiantes de medicina, pero sin abordar la ideación suicida, al igual que estudios sobre la prevalencia de la ideación suicida, pero en muestras distintas a estudiantes de medicina y estudios sobre ideación suicida en estudiantes de medicina. (Osorio, 2009).

Dentro de la primera categoría, recientemente se realizó un estudio en 163 estudiantes de medicina, en los que se buscaba determinar los factores de personalidad más frecuentes, usando para ello la Escala de Personalidad de Catell, se observaron que los patrones de personalidad más frecuente fueron sensibilidad, impetuosidad y tensión que se presenta dentro de los estudiantes de medicina.

Se realizó una encuesta de 107 preguntas en un grupo de 143 residentes de un hospital de la Ciudad de México, con el objetivo de detectar maltrato y burnout, hechos previamente evidenciados en otras partes del mundo, encontraron que 84 % de los residentes reportaron algún tipo de maltrato durante su labor profesional, sobresaliendo las humillaciones (78 %), las guardias de castigo (50 %), la negación de la enseñanza (40 %), maltrato físico (16 %) y privación de alimentos (35 %). Aunque no habla de ideación suicida, los residentes encuestados manifestaron ansiedad y disminución de la calidad de la atención brindada a sus pacientes.

Lo cual puede llegar a afectar no solamente con una mala calidad de atención a los pacientes, sino que también estas pueden llegar al extremo en las cuales puedan producirse iatrogenias o simplemente un mal procedimiento debido al estrés o cansancio que se puede llegar a producir, el estudio previamente mencionado se habla de los residentes de medicina, pero podríamos englobar que este tipo de factores también pueden llegar a afectar a los estudiantes de medicina tomando en cuenta algunos de los factores determinantes previamente mencionados.

En otro estudio se aplicó el instrumento CES-D para detectar depresión y el instrumento STAI para medir ansiedad en un grupo de 4 545 estudiantes de medicina, hallando depresión en 39.3 %

y ansiedad en 36.8 %, mas no hablan de ideación suicida, en un estudio realizado en 192 residentes médicos, con edades comprendidas entre los 24 y 36 años, 41.2 % manifestó consumir alcohol con frecuencia, 23.2 % dijo haber usado drogas al menos una vez y en relación con ello la tasa de ansiedad fue de 14 % y en depresión de 47.5 %.

Heinze et al. (2008) realizo un estudio en 370 estudiantes de medicina de la UNAM (220 de alto rendimiento, grupo NUCE y 150 de bajo rendimiento, repetidores de materias), observando que los alumnos de bajo rendimiento tenían una mayor sintomatología psiquiátrica en comparación con los de alto rendimiento, con diferencia estadísticamente significativa en las variables: fobia, sensibilidad interpersonal, somatización, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y psicoticismo.

Se realizaron otros estudios exclusivamente en estudiantes de medicina y que fueron diseñados para determinar la prevalencia de ideación suicida, intento suicida y/o suicidio consumado, observando que la tasa de deserción de los estudiantes de medicina en la Universidad Autónoma de México (UNAM) es cercana al 50 %, estudiaron las variable sociodemográficas y psicológicas que pudieran explicarlo; encontraron que la prevalencia de depresión, ansiedad e ideación suicida era superior en los desertores, aun cuando no realizaron un análisis estadístico adecuado (López, 2009).

Otro lugar en el cual se despertó interés por obtener un porcentaje de ideación suicida fue en Puebla, donde se realizaron estudios y posteriormente se analizaron diversas variables psicológicas en 63 estudiantes del quinto año de medicina, encontrando depresión mayor en 31.27 %, cansancio crónico en 88.8 %, alteraciones del sueño en 63.4 % e ideación suicida en 12.69 %, el internado de pregrado es una etapa de la carrera de medicina que resulta complicada para muchos de los estudiantes, motivo por el cual recientemente se realizó un estudio para determinar ciertas variables psicológicas en estudiantes que estaban a punto de entrar al internado (n=479), encontrando ansiedad en 27.55 %, depresión en 4.17 % e ideación suicida en 5.6 % con intento suicida en 0.2 % (Reyes, 2017).

Debido a la deficiencia de recolección de datos e instituciones las cuales se preocupen por la salud mental de los estudiantes de medicina en Chiapas, no se han encontrado estudios en los cuales se haya llevado a cabo para estadificar sintomatología o ideaciones suicidas en estudiantes de Chiapas, finalmente debido a la escasez de instituciones de investigación en Comitán de

Domínguez Chiapas tampoco se han encontrado estudios los cuales se hayan realizado con anterioridad para tener un estudio epidemiológico o estadístico en el cual se estudie sintomatología o ideaciones suicidas en estudiantes de medicina humana, con lo cual se llevara a cabo la investigación en la Universidad del Sureste (UDS) campus Comitán.

JUSTIFICACIÓN

1.- ¿Cuál es el problema de la investigación?

Este estudio tiene el fin de calcular la prevalencia de sintomatología e ideaciones suicidas en estudiantes de medicina humana de la Universidad del Sureste campus Comitán, Chiapas, la cual puede estar relacionada con una combinación de factores estresores específicos para los estudiantes de medicina, como por ejemplo la carga académica, la presión por rendir bien en los exámenes, el hecho de estar lejos de casa y estar solo, y la exposición a situaciones emocionalmente difíciles en entornos clínicos como pueden ser en las practicas clínicas que se llevan a cabo en los hospitales.

2.- ¿Cuál es la emergencia del problema del estudio?

Al igual que factores como el aislamiento social, la falta de apoyo o recursos para la salud mental, y la percepción de estigma asociado a buscar ayuda psicológica también podrían contribuir a esta problemática, es importante abordar este problema desde una perspectiva multidimensional, incluyendo la implementación de programas de apoyo y prevención del suicidio en las escuelas de medicina, el fomento de un entorno estudiantil que promueva el bienestar mental, el acceso a recursos de salud mental y la reducción del estigma en buscar ayuda.

3.- ¿Qué tan viable es la realización del estudio?

La viabilidad de este estudio no estará al 100% garantizada ya que no se cuenta con apoyo de otras instituciones las cuales nos ayuden a poder realizar un estudio a profundidad y a evaluar a un número grande de personas e igualmente debemos de saber que la institución en la que se llevara a cabo el estudio es pequeña pero los datos obtenidos nos serán de utilidad para analizar el porcentaje de ideación suicida o sintomatología que se presente en los estudiantes de medicina humana.

4.- ¿A que segmento de la población beneficia el estudio?

Principalmente a los estudiantes de medicina de la universidad del sureste, ya que este estudio se hará con el fin de disminuir la sintomatología suicida que lleguen a presentarse en los estudiantes con la finalidad de prevenir alguna tragedia en el futuro y tomar conciencia sobre no tomar a la ligera este tipo de comportamiento y sobre todo que la universidad haga algo para mantener una buena salud mental en sus alumnos.

5.- ¿Qué beneficio metodológico aporta este estudio?

Este estudio principalmente aportara un enfoque integral en los cuales utilizaremos métodos cualitativos para obtener un resultado que nos permita analizar el comportamiento o la sintomatología de ideación suicida que se presente en los estudiantes de medicina humana, datos los cuales podrían ayudarnos más adelante para futuras investigaciones a mas profundidad o actualizar y comparar los datos obtenidos de esta investigación.

6.- ¿Qué beneficio personal, profesional o disciplinario se obtendrá al realizar este estudio?

Primordialmente este estudio a nivel personal y profesional permitirá demostrar la importancia que se le deben de tomar a los alumnos con el fin de cuidar su salud mental y evitar o disminuir la sintomatología suicida que pueda llegar a presentarse en los alumnos de medicina humana, con lo cual también ayudara a desarrollar estrategias con las cuales se pueda diagnosticar y ayudar a los alumnos que lleguen a presentar sintomatología con el fin de cuidar su salud mental y así mismo su integridad.

HIPOTESIS

¿Se podría prevenir o disminuir la sintomatología suicida en los estudiantes de medicina humana de la universidad del sureste campus Comitán?

Hipótesis alternativa

La ideación suicida se ha comprobado en los estudiantes de medicina, con lo cual se buscará disminuir la ideación suicida mediante el desarrollo de estrategias para mantener en ellos una buena salud mental.

Hipótesis nula

No se ha encontrado ideación suicida en los estudiantes de medicina humana con lo cual la investigación no ha recabado los datos adecuados, pero se buscará prevenir sintomatología suicida, aunque no se hayan encontrado datos de ideación suicida.

PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN

MARCO TEORICO

1. Definición

“La ideación suicida se define como el comportamiento de querer quitarse la vida o pensar en el suicidio, sin embargo, existen dos tipos de ideación suicida en las cuales se encuentra la pasiva y la activa” (*Asociación INSPIRA: Salud Mental*).

“La ideación suicida pasiva ocurre cuando se desea estar muerto, pero no se tienen planes de querer suicidarse, mientras que la ideación suicida activa es aquella en la que no es solamente pensar en suicidarse, sino que tener la intención de suicidarse en la cual se incluye la planificación de cómo hacerlo” (*Asociación INSPIRA: Salud Mental*).

2. Factores de riesgo.

La conducta suicida se debe a las interrelaciones con factores psicopatológicos en los cuales entra la depresión, psicosis y drogas, así como también lo menciona (Scielo México) se debe igualmente al aislamiento prolongado de las personas al no tener algún tipo de interacción social, al igual en un 50% hereditaria y por hipofunción serotoninérgica.

Por eso se deben de realizar un diagnóstico temprano en estos pacientes en los cuales debemos de cuidar su salud mental para poder evitar tanto una edición suicida pasiva y una ideación suicida activa que al final termine en un suicidio concreto.

3. Grupos vulnerables.

Es importante para la investigación tener en cuenta estudios los cuales ya se hayan hecho anteriormente para obtener datos concisos, en un estudio realizado por la (*Asociación Scielo México*) El modelo clasificó correctamente el 80% de los pacientes, en un grupo de los más vulnerables son los adolescentes en un grupo de 19 a 25 años, en el cual el riesgo de suicidio fue mayor en pacientes con depresión (OR=3.4; IC 95%=1.8-4.8) y con comorbilidad ansiedad-depresión (OR=4.3; IC 95%=2.4-7.8) a diferencia de los pacientes no diagnosticados con éstos. Los pacientes que no tenían hijos presentaron un riesgo de intentos de suicidio mayor respecto a quienes sí los tenían (OR=3.8; IC 95%=2.3-6.2). La edad del paciente menor de 35 años y la historia familiar de conducta suicida incrementó el riesgo de intento de suicidio (OR=2.2; IC 95%=1.1-4.5).

4. Ideación suicida en estudiantes de medicina

Los alumnos de medicina a lo largo de la carrera se mantienen en un constante estrés y competitividad con los demás alumnos, a partir de esto se identificaron sucesos de suicidio, es por

eso que, desde hace más de 15 años (*Tyssen et.al., 2001*) comenzó a hacerse notorio entre el personal médico y los estudiantes de medicina de cualquier nivel que se presentaban tasas elevadas de depresión y ansiedad, por encima de lo observado en la población en general (*Mavor et al., 2014*). Uno de los aspectos que mayor preocupación generó en su momento era la posibilidad de que la tendencia a la ideación suicida, los intentos suicidas y los suicidios consumados fuesen mayores en ese sector académico (*López et al., 2009*).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 1990, la depresión ocupó la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial, se estima que para el año 2020 sea la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo, la cual a través de los años esta ha ido incrementando y un factor de riesgo importante es que los estudiantes de medicina padezcan de depresión y ansiedad, las cuales son patologías importantes para el desarrollo de ideación suicida.

Trayendo consigo los actos suicidas propios de esta última, siendo reportado por la OMS como una de las primeras diez causas de muerte a nivel mundial, de los cuales el 30% está dado por estudiantes universitarios (*Arias, 2004*)

Razones por las cuales reviste de alta importancia actual, el estudio de la salud mental en jóvenes cursantes de estudios universitarios con especial observación en trastorno depresivos, como población susceptible a dicha afección, con relación al pregrado de Medicina en los cuales se llegan a observar más probabilidad de que puedan cometer un acto suicida o ideación suicida, que son la población que más nos importa estudiar en este documento ya que aunque no lo parezca muchos de los estudiantes de medicina tienen a padecer depresión o ansiedad los cuales son factores para tener una ideación suicida y que esta pueda evolucionar a un suicidio provocado.

1.- Definición de la depresión

Principalmente la depresión es un trastorno del estado de ánimo el cual es muy común y esta puede llegar a interferir en la vida cotidiana y en las interacciones sociales y así poder disfrutar de la vida y de las cosas que antes les gustaba, la depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos, según lo menciona (*Organización Panamericana de la Salud*).

“La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida del interés en las actividades cotidianas, al igual que la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas durante por lo menos dos semanas” (*Pan American Health Organization PAHO*).

2.- Depresión mayor

Para comenzar debemos de saber como se presenta los diferentes tipos de depresión la cual es importante para este estudio, según *Kaplan & Sadock* “el trastorno de depresión mayor aparece sin antecedentes de un episodio de manía, mixto o hipomanía”.

El trastorno depresivo mayor debe durar por lo menos 2 semanas en las cuales el individuo presentara por lo menos cuatro síntomas de una lista en la que se incluye el cambio del apetito, cambios en el peso corporal, sueño y vigilia disminuidos, falta de energía, sentimientos de culpa, problemas para pensar y tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (*Kaplan & Sadock*).

Es de gran importancia tener en cuenta los criterios diagnósticos para poder identificar a los individuos en los cuales se les presentan y así poder cuidar su salud mental.

Los criterios diagnósticos según *Kaplan & Sadock* son los siguientes:

- 1.- Estado de animo deprimido la mayor parte del día, así todos los días en los cuales siente tristeza, vacío y sin esperanza.
- 2.- Disminución importante del interés o placer por casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
- 3.- Perdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso de mas del 5% o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- 4.- Insomnio o hipersomnia casi todos los días
- 5.- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días la cual es observable por otros no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento.
- 6.- Fatiga o perdida de energía casi todos los días.

7.- Sentimiento de inutilidad o sentimiento de culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.

8.- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, al igual que para la toma de decisiones la cual estará presente casi todos los días.

9.- Pensamientos de muerte recurrentes no solamente miedo a morir, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Debemos de tomar en cuenta e identificar estos signos y síntomas que presenten las personas, ya que esto nos ayudaría a orientarnos a que puedan llegar a tener ideaciones suicidas o que puedan llegar a presentarlos, lo que para nosotros es muy importante en este estudio ya que lo que se espera es encontrar un porcentaje de estudiantes de medicina que presenten algún signo o síntoma para así poder dar un diagnóstico temprano y poder evitarlo, así mismo, como también cuidar más que nada la salud mental de los estudiantes de medicina humana de la universidad del suertes campus Comitán.

Algo muy importante que se debe de tomar en cuenta y que ayudara a este estudio es la epidemiología, ya que igualmente esta nos puede brindar una idea del porcentaje de personas que puedan presentar este trastorno, en la cual *Kaplan & Sadock* menciona que la tasa de prevalencia a lo largo de la vida de la depresión mayor es del 5-17%, una observación casi universal, independiente del país o la cultura, es que la prevalencia del trastorno de depresión mayor es el doble en las mujeres que en los varones, en la cual para explicar esta diferencia se han propuesto una serie de razones, como las diferentes hormonas implicadas, los efectos del parto, los diferentes factores estresantes psicosociales en mujeres y varones el inicio del trastorno de depresión mayor cercana a los 40 años, en el 50% de todos los casos el trastorno aparece entre los 20 y los 50 años, aunque también no se descarta que el trastorno de depresión mayor también puede comenzar en la infancia o a una edad avanzada.

“El trastorno de depresión mayor es más frecuente en personas que no mantienen relaciones interpersonales estrechas o que están divorciadas o separadas” (*Kaplan & Sadock*).

“Los varones acuden con mayor frecuencia con trastornos de abuso de sustancias, mientras que las mujeres acuden con ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria” (*Kaplan & Sadock*).

Existen factores genéticos los cuales pueden estar implicados en la depresión mayor en los cuales *Kaplan & Sadock* nos dice que, según los estudios familiares, si uno de los padres tiene un trastorno del estado de ánimo, su hijo tiene un riesgo de entre el 10% y el 25% de tener uno, si ambos padres están afectados, el riesgo aumenta al doble, y es mayor cuantos más miembros de la familia estén afectados.

Al igual que los factores genéticos también se pueden encontrar los factores psicosociales en los cuales entra el estrés ambiental y situaciones vitales según *Kaplan & Sadock* una de las teorías propuestas para explicar esta observación es que el estrés que acompaña el primer episodio da lugar a cambios de larga duración en la biología del cerebro, y que estos cambios de larga duración podrían alterar los estados funcionales de varios neurotransmisores y sistemas de señalización intraneuronal, cambios que incluso podrían incluir la pérdida de neuronas y una reducción excesiva de los contactos sinápticos, en consecuencia, la persona tendrá un elevado riesgo de presentar episodios subsecuentes de un trastorno del estado de ánimo, incluso sin que existan factores estresantes externos.

“Se cree que las situaciones vitales tienen un papel primario o principal en la depresión, mientras que, para otros, tienen exclusivamente una función limitada en el inicio y desarrollo de la depresión” (*Kaplan & Sadock*).

Algunos de los datos recopilados de los cuales están relacionados a los factores anteriores en los cuales *Kaplan & Sadock* nos menciona que los datos más convincentes indican que el suceso vital que se asocia más a menudo con el desarrollo de la depresión es la pérdida de uno de los padres antes de los 11 años de edad, y el factor estresante del entorno que se asocia más a menudo con el inicio de un episodio de depresión es la pérdida del cónyuge, otro factor de riesgo es el desempleo, las personas que pierden su puesto de trabajo tienen tres veces más probabilidades de describir síntomas de un episodio de depresión mayor que los que tienen trabajo.

El conocimiento psicodinámico de la depresión, definido por *Sigmund Freud* y ampliado por *Karl Abraham*, ha trascendido como la visión clásica de la depresión, en esa teoría están implicados cuatro puntos los cuales son:

Clave: 1) Trastornos de la relación madre-hijo durante la fase oral (los primeros 10-18 meses de vida), que predisponen a la vulnerabilidad ante la depresión en el futuro.

Clave: 2) La depresión puede estar vinculada a la pérdida real o imaginaria de objetos.

Clave: 3) La introyección de los objetos perdidos es un mecanismo de defensa que se invoca para luchar contra el malestar relacionado con la propia pérdida del objeto.

Clave: 4) como el objeto perdido se contempla con una mezcla de amor y odio, los sentimientos de enfado se dirigen hacia el interior, hacia el yo.

Algo también muy importante que debe de mencionarse en este estudio es que la depresión puede presentarse con síntomas melancólicos en los cuales *Kaplan & Sadock* lo denomina como el estado de ánimo oscuro de la depresión, y se refiere a la depresión caracterizada por anhedonia grave, despertar matutino más precoz, pérdida de peso y profundos sentimientos de culpa (a menudo, en referencia a situaciones triviales). No es infrecuente que los pacientes melancólicos tengan ideación suicida.

“La melancolía se asocia a cambios en el SNC y en las funciones endocrinas, por lo cual suele denominarse «depresión endógena» o depresión que surge en ausencia de factores estresantes o precipitantes vitales externos” (*Kaplan & Sadock*).

“La depresión con síntomas atípicos consta de síntomas atípicos los cuales tienen unas características específicas predecibles: sobrealimentación e hipersomnía” (*Kaplan & Sadock*).

En la depresión con síntomas atípicos según *Kaplan & Sadock* mencionan que son aquellos pacientes que tienen un trastorno de depresión mayor con síntomas atípicos se comparan con los que tienen síntomas típicos con depresión, los primeros muestran una edad de inicio más temprana, un entecimiento psicomotor más intenso y diagnósticos comórbidos de trastorno de pánico, abuso o dependencia de sustancias y trastorno de somatización con mayor frecuencia.

Los pacientes que tienen un patrón estacional de sus trastornos del estado de ánimo tienden a experimentar episodios depresivos durante una estación en particular, con mayor frecuencia en invierno. El patrón ha llegado a conocerse como trastorno afectivo estacional, aunque este término no se usa en el *DSM-5*.

Dos tercios de todos los pacientes con depresión contemplan el suicidio, y entre el 10% y el 15% cometen suicidio (*Kaplan & Sadock*).

Los casos hospitalizados por un intento de suicidio o una ideación suicida tienen un riesgo mayor a lo largo de la vida de tener éxito que los que nunca han sido hospitalizados por una ideación suicida (*Kaplan & Sadock*).

Es de mucha importancia tener en cuenta los diferentes pronósticos que puedan llevar a cabo a una persona a padecer de depresión el cual nos centraremos mas en los antecedentes y en los criterios diagnósticos antes mencionados para poder determinar y dar un diagnóstico temprano ya que como lo menciona *Kaplan & Sadock* algunos pacientes con depresión no parecen ser conscientes de su depresión y no refieren tener un trastorno del estado de ánimo, aunque se muestren retraídos de la familia, amigos y actividades que antes les interesaban, prácticamente todos los pacientes con depresión (97%) se quejan de una menor energía, tienen problemas para terminar los trabajos, presentan problemas escolares y laborales, y una motivación menor para llevar a cabo nuevos proyectos. El 80% de los casos aquejan problemas de sueño, especialmente con despertares matutinos más precoces (insomnio terminal) y muchos despertares a lo largo de la noche, durante los cuales cavilan sobre sus problemas, muchos pacientes notan que disminuye su apetito y pierden peso, pero en otros el apetito aumenta y engordan y duermen más de lo normal. Esos pacientes se clasifican como portadores de síntomas atípicos.

3.- Relación de la depresión mayor y el suicidio.

Para este estudio debemos de tomar en cuenta las relaciones que existen entre la depresión y el suicidio para así tener en cuenta que en cualquier momento una persona la cual no este diagnosticada puede llevar a cabo la ideación suicida y por ultimo llegar al suicidio, en la cual la *Asociación CuidatePlus* menciona que la relación entre depresión mayor y el suicidio es estrecha, ya que cada día cometen un acto suicida por lo menos 10 personas y unas 20 lo intentan, prevenir y tratar precozmente la depresión permitiría conseguir también reducir las tasas de suicidio, la solución para ello pasa necesariamente por realizar campañas de divulgación y concienciación a toda la sociedad.

“El problema es que muchas veces ese problema de salud mental no está diagnosticado, se estima que una persona con depresión tiene un riesgo de suicidio 21 veces superior al de la población general” (*Asociación CuidatePlus*).

“Pese a que es la mujer la que padece con más frecuencia la depresión, son los hombres mayores los que consuman el suicidio en mayor medida y ellas las que realizan más intentos” (*Asociación CuidatePlus*).

María José Abad enfermera y coordinadora de la Unidad de Salud Mental Pere Bonfill, recuerda que “muere más gente a consecuencia del suicidio que por accidentes de tráfico” y *Vicente Gasull*, coordinador del grupo de trabajo de Salud Mental de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) apunta que el suicidio es la primera causa de muerte en los adolescentes.

Estos mismos autores proponen también diferentes herramientas las cuales se pueden utilizar para evitar que mas personas padezcan de depresión y así poder evitar o disminuir mas la tasa de suicidio, en la cual la *Asociación CuidatePlus* menciona que no sólo las consecuencias de un tratamiento tardío sino también el gran impacto en la mortalidad hace aún más importante la necesidad de poder prevenir y tratar tempranamente la depresión como una vía de evitar el suicidio, además, es necesario formar al médico de familia que sea gran conocedor de sus pacientes, y primera puerta de entrada al sistema sanitario, para adelantar el diagnóstico, así como el tiempo del que disponen atención primaria y los especialistas para poder realizar la entrevista clínica con los pacientes, esto también sin dejar de lado la formación de las familias para que sean parte del tratamiento y sepan reconocer los síntomas que pueden alertar del inicio de una depresión.

No hay que olvidar que el hecho de que un paciente llegue tarde a la consulta conlleva que los tratamientos respondan peor, “Esto tendrá mayores consecuencias a nivel social, y supondrá un menor apoyo de la familia y de la sociedad, lo que conlleva un mayor riesgo de suicidio”, dice *la psiquiatra del Instituto de Investigación Sanitaria La Fe*.

Algo importante que se debe de tomar en cuenta es que debe de divulgarse buena información y la cual ayude a las personas a que estas puedan llegar a comprender la aparición de sus síntomas y estas puedan acudir por ayuda y cuidar su salud mental en la cual *Sierra* recalca que es esencial divulgar, promover campañas de sensibilización acerca del adecuado diagnóstico y tratamiento de la depresión, “Si somos capaces de diagnosticar a tiempo seremos capaces de disminuir esas cifras de suicidio tan alarmantes”, quizá para ello sea necesario visibilizar el suicidio tanto en campañas a la población como en los medios de comunicación y para ello *Pages*

dice que es importante hablar de ello, pero sin caer en el sensacionalismo, “Hay que normalizar, difundir y realizar campañas”.

Gasull añade que el estigma social se debe de eliminar aumentando la educación de la población, “explicando qué es la depresión, por qué aparece y qué consecuencias tiene, realizar una normalización de la depresión, una enfermedad como cualquier otra, con un diagnóstico, un pronóstico, un tratamiento y no es ningún signo de debilidad”.

Según los cuatro expertos la clave para abordar la depresión y, por consiguiente, el suicidio, está en normalizar este trastorno de salud mental, considerarlo una enfermedad médica más, acudir al médico de familia, a los especialistas y, por encima de todo, que los pacientes sean capaces de transmitir ese sentimiento de desesperanza que muchas veces sienten, ya que en ocasiones estos pacientes prefieren afrontar sus problemas solos, a partir de ahí, el siguiente paso es instaurar un tratamiento eficaz y esperar a los resultados como en cualquier otra enfermedad médica.

4.- Relación de la depresión y ansiedad

Como ya lo hablamos antes, sabemos que la ansiedad tiene una relación con la depresión, pero esta puede detonar a que se presente la depresión, según la *Policlínica Metropolitana* la depresión y la ansiedad son trastornos diferentes, pero a menudo aparecen juntos, los tratamientos para ambas son también similares, la diferencia puede estar en que un trastorno de ansiedad se define por el tiempo que dura, mientras que el estrés puede aparecer brevemente y repetirse a lo largo de la vida.

Así como también la *Policlínica Metropolitana* menciona que, por regla general, la ansiedad suele ir asociada a la depresión, la ansiedad es uno de los fenómenos más comunes que conducen hacia la depresión. A menudo, sufrir ansiedad puede ser un síntoma de depresión mayor o de trastorno de pánico, también es frecuente que ambos trastornos se den a la vez, por ejemplo, cuando hay niños con trastorno de ansiedad por separación que a menudo tienen un progenitor que padece trastorno de ansiedad generalizada o depresión clínica.

Algo muy importante que nos ayudara en este estudio es a saber como diferenciar a ansiedad de la depresión en la cual la *Policlínica Metropolitana* menciona que la depresión y la ansiedad son dos trastornos mentales frecuentes. Ambas afecciones hacen que las personas se sientan tristes, ansiosas o irritables gran parte del tiempo. Pero los síntomas pueden diferir en cada enfermedad.

Por ejemplo, la depresión es un desequilibrio químico que afecta a la forma de pensar y sentir, pero la ansiedad no provoca cambios en los niveles químicos (por eso suelen utilizarse medicamentos como los antidepresivos para tratar la depresión). La ansiedad puede ser más difícil de identificar porque afecta a los sentimientos más que a los pensamientos (como la depresión) y suele afectar al comportamiento, como evitar a personas o situaciones que temes que puedan hacerte daño.

Se debe de tomar en cuenta que la ansiedad se puede interpretar también como un mecanismo de defensa en la cual la *Psicóloga Patricia Nafría Vicente* nos menciona que la ansiedad es un sistema de nuestro organismo que nos alerta cuando prevé la existencia de una amenaza o peligro futuro, cuando este mecanismo se activa se ponen en marcha ciertas conductas como la evitación, el enfrentamiento a aquello que nos supone una amenaza o el escape, al tratarse de una respuesta de nuestro cuerpo ante un peligro pueden existir varios estímulos o situaciones a los que se le pueda asociar fácilmente, como por ejemplo un incendio, un robo, un animal peligroso, etc., sin embargo, cuando una persona reacciona de forma exagerada ante una situación que objetivamente no es peligrosa, de forma repetida y prolongada en el tiempo, probablemente puede estar sufriendo un trastorno de ansiedad.

Esta debemos de tener en cuenta los distintos tipos de características en los cuales se podría identificar a una persona con ansiedad ya que esto también es de mucha importancia para tener en cuenta que la ansiedad como ya antes se ha mencionado es un factor para padecer depresión y así también poder diagnosticar precozmente a la ansiedad y la depresión, así como nos menciona la *Psicóloga Patricia Nafría* podremos identificar a personas con depresión mediante criterios diagnósticos los cuales son:

- 1.- Tensión, nerviosismo y/o agitación.
- 2.- Hiperventilación.
- 3.- Sensación constante de peligro inminente.
- 4.- Sensación de pánico.
- 5.- Cansancio o debilitamiento.
- 6.- Sudoración.

- 7.- Temblores.
- 8.- Problemas gastrointestinales.
- 9.- Problemas de concentración.
- 10.- Dificultad para conciliar el sueño.
- 11.- Evitar situaciones que puedan generarle ansiedad.
- 12.- Rumiar pensamientos.

Es de suma importancia tener en cuenta a la ansiedad para poder igualmente identificar precozmente a una depresión en la cual es el centro de esta investigación, ya que es prevenir la depresión y por ende evitar las ideaciones suicidas pero mas que nada en los estudiantes de medicina de la universidad del sureste campus Comitán, ya que como se ha venido hablando desde un principio los estudiantes de medicina tienden a estar en un constante estrés y ansiedad debido a la competitividad que genera esta carrera y por el hecho de que deben estar en constante estudio ya que es una carrera en la cual deben de cuidar por la salud y la vida de muchas personas en las cuales es una responsabilidad muy grande en la cual cometer un error puede ser catastrófico no solamente para el paciente sino que también para el doctor que atiende a ese paciente.

METODOLOGÍA

1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo cuantitativo, ya que busca medir el impacto de la ideación suicida en los estudiantes de medicina de la universidad del sureste campus Comitán. La investigación es de alcance correlacional, ya que pretende analizar la relación entre la variable independiente (Salud mental de los estudiantes de medicina) y la variable dependiente (Ideación suicida).

2.- ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación utiliza un enfoque cuantitativo, dado que se enfoca en la recopilación de datos numéricos y en el análisis estadístico para determinar la relación entre las variables.

3.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es no experimental y transversal, ya que los datos se recolectarán en un solo momento y no se manipularán las variables. El objetivo es analizar el rendimiento académico en función de la modalidad de estudio (en línea) sin intervenir en el contexto de los participantes.

4.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio está compuesta por estudiantes universitarios inscritos en la universidad del sureste campus Comitán, la muestra se seleccionará mediante un muestreo probabilístico estratificado, con el fin de garantizar la representatividad de estudiantes de diferentes regiones. Se estima una muestra de 60 estudiantes para asegurar resultados estadísticamente significativos.

5.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, se aplicará un cuestionario de 21 afirmaciones diseñado para medir la depresión. El cuestionario incluye preguntas cerradas mediante el inventario de depresión de Beck. El cuestionario fue previamente validado en un estudio piloto con 30 estudiantes para asegurar su confiabilidad y validez.

6.- PROCEDIMIENTO

Los datos se recopilarán mediante cuestionarios en línea enviados a los estudiantes a través de Google Forms. Se les informará detalladamente a los pacientes sobre el objetivo del cuestionario y de la investigación. La recolección de datos durará un día, y se monitorizará por dos semanas a los pacientes para asegurar la mayor participación posible y cambios que puedan presentarse.

7.- TECNICAS DE ANALISIS DE DATOS

Los datos cuantitativos se analizarán mediante los resultados obtenidos mediante Google Forms, utilizando pruebas de correlación para determinar la ideación suicida en los estudiantes de medicina de la universidad del sureste campus Comitán. Adicionalmente, se realizarán análisis de regresión para evaluar los cambios que puedan presentarse en un determinado periodo de tiempo.

RESULTADOS

CONCLUSIÓN

BIBLIOGRAFÍAS