Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

Autores:
María Fernanda Monjaraz Sosa.

Tema de investigación:
Suicidio

Asesor del proyecto:
Dr. Erick José Villatoro Verdugo

Fecha:
27/06/2025

Lugar:
Comitán de Domínguez, Chiapas.

María Fernanda

Febrero 2025.

Universidad del sureste, campus Comitán.
Medicina Humana.

Copyright © 2025 por, María Fernanda. Todos los derechos reservados.

Dedicatoria

Queremos dedicar este protocolo en primer lugar a Dios y a mi familia, a nuestros amigos por su apoyo y por forjarnos como la persona que somos actualmente, a nuestro docente por la paciencia que nos tiene.

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer al docente por la paciencia que nos brinda y, por último, pero no menos importante, queremos agradecer a nuestro asesor el doctor Erick José Villatoro Verdugo por enseñarnos y sobre todo brindarnos de sus grandes conocimientos para poder concluir satisfactoriamente este proyecto de investigación.

RESUMEN:

Llegamos a la conclusión que muchos alumnos de los últimos semestres de la carrera de medicina humana sufren o sufrieron de algún problema de salud mental lo que los llevó a considerar terminar con su vida. Se vieron involucrados factores, pero los más destacados fueron estrés académico, sentimientos de no ser suficiente y el estar alejados de sus familias.

También notamos que muchos de los estudiantes encuestados tienen miedo de ser juzgados al momento de hablar acerca de su salud mental, por lo cual nunca hablan acerca de ellos lo que trae como consecuencia que un porcentaje significativo de ellos se hayan autolesionado múltiples veces o, en ocasiones algunos de ellos llegaron a tener intentos de suicidio.

Consideramos que es importante contar con un lugar seguro donde los estudiantes pueden hablar de sus preocupaciones sin ser juzgados y así mismo contar con un psicólogo en las facultades de medicina para comenzar a brindar apoyo desde los semestres iniciales de la carrera.

ABSTRACT:

We concluded that many students in their final semesters of the Human Medicine program suffer or have suffered from a mental health issue that led them to consider ending their lives. Factors were implicated, but the most notable were academic stress, feelings of not being enough, and being away from their families. We also noticed that many of the students surveyed are afraid of being judged when talking about their mental health, so they never talk about it. As a result, a significant percentage of them have self-harmed multiple times or, in some cases, even attempted suicide. We believe it is important to have a safe place where students can discuss their concerns without being judged, and also to have a psychologist at medical schools to begin providing support from the initial semesters of their programs.

Prefacio

Tabla de Contenidos viii

Planteamiento del problema. 2
Pregunta de investigación. 3
Variables. 4
1. Objetivo general 9
2. Objetivos específicos 9
Fundamentación de la investigación. 11
1. Antecedentes. 11
2. Marco Teórico. 12
2.1. Suicidio 12
2.1.1. Definición de suicidio. 12
2.1.1.1. OMS: 12
2.1.2.2. SS: 12
2.1.2. Epidemiología 12
2.1.2.1 Nacional 12
2.1.2.2 México 12
2.1.2.3 Chiapas 13
2.1.3 Factores de riesgo 13
2.1.3.1. Personales 13
2.1.3.2. Relaciones 13
2.1.3.3. Comunidad 13
2.1.4 Fases 13
2.1.4.1 La idealidad del suicidio 13
2.1.4.2 La amenaza suicida 13
2.1.4.3 Plan suicida 14
2.1.4.4 Acto liberado al morir 14
2.1.4.5 Suicidio consumado 14
2.1.5. Fisiopatología. 14
2.1.5.1: Molecular: 14
2.1.5.2 Estrés Infamación y sistemas neuroendocrinos 15
2.1.5.3 Sufrimiento emocional 16
2.1.5.4 Neurológico 16
2.1.6. Cuadro Clínico: 17
2.1.6.1: Síntomas emocionales 17
2.1.6.2: Síntomas relacionados con la actividad sicomotriz 17
2.1.6.3: Síntomas relacionados con la cognición: 17
2.1.6.4: Síntomas que afectan a la función vegetativa: 18
2.1.6.5 Métodos de suicidio más frecuentes 18
2.1.7 Tipos de suicidio 18
2.1.7.1. Suicido llamando la atención o grito de ayuda. 18
2.1.7.2 Con finalidad de muerte 18
2.1.7.3 Como huida 18
2.1.7.4 Finalista 18

2.1.7.5 Por venganza 19
2.1.7.6. De balance 19
2.1.8 Tipos de suicidio según la modalidad o método. 19
2.1.8.1 Blandas 19
2.1.8.2. Duras 19
2.1.8.3. Extrañas 19
2.1.8.4 Enmascaradas 20
2.1.9 Según el nivel de regulación e integración social 20
2.1.9.1 Suicidio egoísta 20
2.1.9.2 Altruista 20
2.1.9.3. Anómico 20
2.1.9.4. Fatalista 20
3.1. Según la presencia de planificación previa 20
3.1.1 Suicidio accidental 20
3.1.2Reflexivo, intencional o premeditado 21
3.1.3. Suicidio impulsivo 21
3.1.2.1 Diagnostico 21
3.1.2.1Trastornó de la salud mental 21
3.1.2.2Trastornos de salud física 21
3.1.2.4 Medicamentos 22
3.1.2.5Dsm-5 22
3.2.1 Tratamiento 22
3.2.2Emergencias 22
3.2.3 Psicoterapia 22
3.2.4. Medicamentos 22
3.2.5 Tratamiento para las adicciones 22
3.2.6 Respaldo y educación familia 23
3.2.7 Mas comunes 23
3.2.7 Apoyo psicosocial 23
Pérdida de un ser querido 23
3.2.8 Intervención de crisis 23
2.8.9 Prevención a largo plazo 24
3.3.1 Prevención 24
3.3.2 Problemas 24
3.3.3 Conflictos 24
3.3.4 Ayuda 24
3.3.5 Servicios de salud 25
3.4.1 Causa de suicidios en los estudiantes de medicina 25
3.4.1.1 Altos niveles de estrés académico 25
3.4.1.2 Aislamiento social 25
3.4.1.3 Depresión y enfermedades mentales 25
3.4.1.4 Acceso a medios letales 25
3.5.1 Informar sobre el suicidio 25
3.5.1.1 Usar fuentes autenticas y confiables 25

3.5.1.2 No informar del suicidio 26x
3.5.1.3 Mensajes 26
3.5.1.4 Que no hacer desde los medios de comunicación 26
3.5.1.5 Suicidio 26
Marco normativo. 27
Población. 28
Muestra. 29
Técnicas e instrumentos de recolección de datos. 30
Cronograma. 31
Bibliografías: 32
Apéndice 33
CROQUIS: 33
CUESTIONARIO: 34
Tabuladores de datos obtenidos: 36
Conclusión 46
Vita: 48

Lista de tablas

Lista de figuras

Título de investigación.

El porcentaje de alumnos de la carrera de medicina humana de la Universidad del Sureste que presentan pensamientos suicidas.

Planteamiento del problema.

El suicidio en adolescentes se ha convertido en una de las principales preocupaciones de salud pública en varias partes del mundo. Este fenómeno indica una crisis emocional y psicológica grave que afecta a una gran parte de la juventud, siendo una de las principales causas de muerte en este grupo de edad. A pesar de los esfuerzos por concienciar sobre la salud mental, el suicidio en adolescentes sigue siendo un tema tabú y poco entendido, lo que dificulta la aplicación efectiva de estrategias de prevención. Factores como la presión escolar, problemas familiares, el acoso escolar y el acceso a redes sociales, contribuyen al sufrimiento emocional de los jóvenes, aumentando el riesgo de conductas suicidas. Este problema afecta no solo a los individuos que lo sufren, sino también a sus familias, amigos y comunidades. Es importante entender las causas subyacentes del suicidio adolescente y fortalecer los sistemas de apoyo, así como las intervenciones tempranas, para prevenir que más jóvenes tomen esta trágica decisión.

Cada año, un número considerable de jóvenes entre 12 y 18 años pierden la vida por esta razón, lo que muestra una crisis emocional y psicológica de gran tamaño. Las principales razones que contribuyen al suicidio en este grupo de edad son variadas, incluyendo trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, el acoso escolar, las presiones sociales y académicas, así como la falta de apoyo emocional adecuado. A pesar de la creciente atención a la salud mental en las últimas décadas, el suicidio adolescente sigue siendo un tema lleno de estigmas, lo que dificulta su detección temprana y la intervención oportuna. Además, el acceso a redes sociales y el aumento de la violencia en varios entornos contribuyen a crear un ambiente emocionalmente dañino para muchos jóvenes, aumentando el riesgo de comportamientos suicidas. Ante este escenario, es esencial desarrollar estrategias de prevención eficaces, crear espacios de apoyo psicológico y fomentar un cambio cultural que permita a los adolescentes hablar libremente sobre sus emociones, disminuyendo así la incidencia de esta tragedia.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el porcentaje de alumnos de la carrera de medicina humana de la Universidad del Sureste que presentan pensamientos suicidas?

- La **importancia** del suicidio en adolescente no solo impacta al joven que lo experimenta, sino que también resulta en consecuencias duraderas para las comunidades, como el dolor emocional en las familias y el estigma social que puede perpetuar la falta de comprensión sobre las enfermedades mentales. Además, este

fenómeno indica la presencia de problemas psicológicos no tratados en los jóvenes, como la depresión, la ansiedad y otros trastornos emocionales, que a menudo no son identificados a tiempo. Con el aumento de las presiones sociales, académicas y familiares, el riesgo de que los adolescentes busquen el suicidio como una salida para su sufrimiento también incrementa.

- La **justificación** del estudio sobre el suicidio en adolescentes se fundamenta en la creciente inquietud por la salud mental de los jóvenes y su efecto en la sociedad. El suicidio adolescente es una de las principales causas de muerte en este grupo de edad, lo que lo convierte en un problema urgente que necesita atención y acción inmediata. La adolescencia es una fase crítica en el desarrollo emocional y psicológico, marcada por varios cambios físicos, sociales y emocionales. En este contexto, muchos jóvenes enfrentan problemas como el acoso escolar, las expectativas académicas y familiares, la presión social, el rechazo y la confusión sobre su identidad, factores que pueden provocar trastornos mentales y elevar el riesgo de suicidio.

- **La viabilidad** de esta investigación es factible ya que los recursos que necesitamos son muy pocos, únicamente necesitamos que a los alumnos a encuestar que puedan hablar con nosotros a cerca de su experiencia, por lo tanto, son todos los recursos que necesitamos para poder llevar a cabo esta investigación

Variables.

1. Identificación.

Variables:	Tipo de variable:	Definición conceptual:	Definición operacional:
Sexo.	Dependiente	Condición orgánica, masculina o femenina.	Se incluirá aquellos que declaren pertenecer a otra definición sexual; para la obtención de información se utilizará el cuestionario preestablecido: a.-Hombre b.-Mujer
Estudiantes	Dependiente	Persona que cursa estudios en un establecimiento de enseñanza.	Se incluirá a todas las personas que cursen los últimos semestres de la carrea
Edad.	Dependiente	Es el tiempo que ha vivido una persona.	Se incluirá a todas las personas que brinden cuantos años de edad tienen y se excluirán a todos aquellos que no brinden información certera y concreta.
Pensamientos suicidas por la carrera de medicina	Dependiente	Pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método.	Se incluirá a todos los estudiantes que describan haber tenido estos pensamientos debido a su carrera y se excluirá a todos los estudiantes que describan que jamás han tenido esta ideología.
Depresión	Dependiente	Estado mental caracterizado por sentimientos permanentes de desesperación, tristeza y dificultad para afrontar la vida.	Se incluirá a todos aquellos estudiantes que mencionen una tristeza constante o desesperación.

Ansiedad	Independiente	Emoción que se caracteriza por sentimiento de miedo, temor e inquietud	Todas aquellas personas que presenten inquietud o sentimiento de preocupación constante.
Diabetes	Independiente	Enfermedad crónica caracterizada por niveles altos de glucosa en la sangre	Se excluirá a aquellas personas que sufran de diabetes.
Hipertensión	Independiente	Enfermedad crónica que se produce cuando la presión de la sangre es demasiado alta	Se excluirá a aquellas personas que tengan una presión elevada.
Personas que trabajan	Independiente	Aquella que realiza una actividad a cambio de un salario, suelo o remuneración.	Se excluirán a aquellas personas que no sean estudiantes
Cáncer	Independiente	Enfermedad que se caracteriza por el crecimiento descontrolado de células anormales.	Se excluirá a aquellas personas que tengan cualquier tipo de CA.

2. Definición conceptual y definición operacional.

Sexo: Se definirá como la condición que nos distingue entre hombres y mujeres, y se incluirá a todos aquellos que señalen pertenecer a una de estas dos categorías hombre o mujer y se excluirá aquellos que declaren pertenecer a otra definición sexual; para la obtención de información se utilizara el cuestionario preestablecido, y se medirá en los criterios ya establecidos como: a.-Hombre b.-Mujer.
Estudiantes: Persona que cursa estudios en un establecimiento de enseñanza.,

Edad: Se definirá como el tiempo que ha vivido una persona, se incluirá a todas las personas que brinden cuantos años de edad tienen y se excluirán a todos aquellos que no brinden información certera y concreta. Se incluirá a todas las personas que cursen los últimos semestres de la carrea

Edad: Es el tiempo que ha vivido una persona. Se incluirá a todas las personas que brinden cuantos años de edad tienen y se excluirán a todos aquellos que no brinden información certera y concreta
Pensamientos suicidas por la carrera de medicina: Pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método. Se incluirá a todos los estudiantes que describan haber tenido estos pensamientos debido a su carrera y se excluirá a todos los estudiantes que describan que jamás han tenido esta ideología
Depresivos: Estado mental caracterizado por sentimientos permanentes de desesperación, tristeza y dificultad para afrontar la vida. Se incluirá a todos aquellos estudiantes que mencionen una tristeza constante o desesperación.
Ansiedad: Emoción que se caracteriza por sentimiento de miedo, temor e inquietud. Todas aquellas personas que presenten inquietud o sentimiento de preocupación constante.
Diabetes: Enfermedad crónica caracterizada por niveles altos de glucosa en la sangre. Se excluirá a aquellas personas que sufran de diabetes
Hipertensión: Enfermedad crónica que se produce cuando la presión de la sangre es demasiado alta. Se excluirá a aquellas personas que tengan una presión elevada
Personas que trabajan: Aquella que realiza una actividad a cambio de un salario, suelo o remuneración. Se excluirán a aquellas personas que no sean estudiantes

Cáncer: Enfermedad que se caracteriza por el crecimiento descontrolado de células anormales. Se excluirá a aquellas personas que tengan cualquier tipo de CA

Hipótesis principal:

Creemos que el 50% de los alumnos han pensado en cometer esta acción con un 50% que no ha pensado en hacerlo.

Hipótesis secundarias:

1. Se espera encontrar una mayor prevalencia de pensamientos suicidas entre los estudiantes de medicina en comparación con otras carreras debido al estrés académico y la presión competitiva.
2. Los estudiantes con una mayor carga de estudios y prácticas clínicas presentarían niveles más altos de síntomas depresivos y riesgo suicida.
3. Los estudiantes de semestres más avanzados (internado, servicio social) reportarían mayores niveles de ansiedad, depresión e ideación suicida en comparación con los primeros semestres.
4. Un gran porcentaje de estudiantes con síntomas de depresión y pensamientos acerca del suicidio evitarían la asistencia profesional provocada por el miedo al prejuicio o las consecuencias en su carrera.
5. Las mujeres podrían presentar una mayor prevalencia de ideación suicida y síntomas depresivos.
6. Los estudiantes con problemas financieros o situaciones familiares desfavorables podrían mostrar un mayor riesgo de suicidio.
7. Los estudiantes en etapas tempranas podrían mostrar tasas más altas de pensamientos suicidas y síntomas depresivos en comparación con la población general, debido a la alta carga académica y emocional.
8. La presión constante para alcanzar la excelencia, la competitividad y la exposición a situaciones de alto estrés pueden estar asociadas con un aumento del agotamiento, que a su vez podría incrementar la ideación suicida.
9. Es posible que la mayoría de los encuestados mencionan la falta de apoyo emocional completo o acceso a los recursos de salud mental como una de las principales barreras en el choque de estrés y miedo en el juego.
10. Podría haber una falta de enfoque en el bienestar emocional de los estudiantes, lo que lleva a que no se les enseñen herramientas adecuadas para lidiar con el estrés y la presión, lo que aumenta el riesgo de enfermedades mentales.

Objetivos

1. Objetivo general

Conocer cómo perjudica el estrés académico en los alumnos de 6to, 7mo y 8tavo semestre de la carrera de medicina humana, de la universidad del Sureste en el periodo de marzo-abril del 2025.

2. Objetivos específicos

1. Conocer de qué manera afecta el estrés académico a la salud mental.
2. Analizar los factores de riesgo asociados al suicido en estudiantes de medicina.
3. Identificar la prevalencia de pensamientos suicidas en los estudiantes de medicina.
4. Evaluar todos los factores de riesgo, con el propósito de conocer los principales motivos por los cuales viven con estos pensamientos.
5. Conocer las principales características y diferencias que pueden llegar a existir entre ambos sexos
6. Evaluar el impacto del agotamiento emocional en la salud mental de los estudiantes de medicina.
7. Identificar a que sexo (masculino o femenino) afecta más este trastorno.
8. Identificar las posibles causas por las cuales los alumnos de últimos semestres tienen esta ideología.
9. Identificar si el constante estrés académico está relacionado con dicho trastorno.
10. Determinar si los factores sociales incrementan estos trastornos.

Tipo de investigación.

1. Orientación.

Científica.

2. Enfoque.

Cuantitativo.

3. Alcance.

Explorativo.

4. Diseño.

Cuantitativo no experimental.

5. Temporalidad.

Longitudinal.

Fundamentación de la investigación.

1. Antecedentes.

Según el artículo de la Organización mundial de la salud, Cada año más de 720, 000 personas fallecen por suicidio, por lo cual el suicidio es la tercera causa de defunciones entre las personas de 15 a 29 años. El 73% de lo suicidios ocurren en países de ingresos bajos y medios. Las causas del suicidio son múltiples, ya que incluyen factores sociales, culturales, biológicos, psicólogos y ambientales presentes a lo largo de la vida. Los estudiantes de la licenciatura en medicina enfrentan riesgos debido a las demandas académicas y factores externos (problemas familiares, económicos, sociales). Diversos estudios han revelado datos preocupantes de trastornos psiquiátricos en estudiantes de medicina: el estrés, la falta de suelo y otras presiones aumentan el riesgo de autolesiones y suicidio y factores como la pandemia de covid-19 agravan el problema. La muestra de estudios estuvo formada por 963 estudiantes. El 57% de los participan mujeres. El promedio de edad fue de 20.3 años. En relación con la prevención de ideación suicida el 15.7% de los estudiantes informo haber tenido por lo menos un episodio de ideación suicida serio a lo largo de la vida. El 5% señalo haber realizado por lo menos un intento suicida. El 13.9% de los estudiantes informo haber ingerido antidepresivos durante su entrenamiento médico.

2. Marco Teórico.

2.1. Suicidio

2.1.1. Definición de suicidio.

2.1.1.1. OMS:

“El acto de deliberado de atacar con la propia vida.”

2.1.2.2. SS:

“Es definido como el acto deliberado por el que un sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal”

2.1.2. Epidemiología

“Cada año, más de 720,000 personas fallecen por suicidio, el suicidio es la tercera causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años. El 73% de los suicidios ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Las causas del suicidio son múltiples, ya que incluyen factores sociales, culturales, biológicos y ambientales presentes a lo largo de la vida”.

2.1.2.1 Nacional

“A nivel nacional, Chiapas ocupa el lugar número 13 en suicidios, estado detrás de entidades como el Estado de México, Jalisco, Chihuahua, Guanajuato y Puebla, que encabezan la lista. Estos datos proporcionan a Chiapas en una situación mental en México. El problema, lejos de ser aislado, es un reflejo de una realidad más amplia que afecta tanto a comunidades rurales como urbanas.” (INEGI 2023)

2.1.2.2 México

“En México del 2023 se registró 8837 suicidios, que representaron el 1.1% del total de muertes registrados. La tasa de suicidio por cada 100 mil personas fue de 6.8; 2.5 en el caso de mujeres y 11.4 en hombres”. (INEGI 2023)

2.1.2.3 Chiapas

“En los últimos cuatro años, los casos de suicidio en Chiapas han mostrado una tendencia alarmante. Según el instituto Nacional de Estadística Y geografía (INEGI), en 2020 se registraron 203 suicidios en el estado, cifra que aumento a 245 en 2021 y alcanzo los 265 en 2022, aunque en 2023 hubo una ligera de disminución con 243 casos.” (INEGI 2023)

2.1.3 Factores de riesgo

2.1.3.1. Personales

Son aquellos que hacen referencia a la actividad de la o el estudiante, por ejemplo, pensamientos suicidas o ideación suicida, trastornos del estado de ánimo, trastornos del estado de ánimo, creer que vale poco como persona, etc.

2.1.3.2. Relaciones

Es cuanto, a las relaciones, hace referencia a aquellos factores que la o el joven pueden encontrar en sus relaciones sociales próximas, como la relación con su padre, madre y hermanos, amigos y el contexto escolar.

2.1.3.3. Comunidad

Hace referencia a los elementos que encuentran las y los jóvenes en los espacios que van más allá de la familia y el entorno escolar, por ejemplo, la colonia donde viven, las redes sociales y los medios de comunicación”.

2.1.4 Fases

2.1.4.1 La idealidad del suicidio

“Es más importante indicador de suicidio pues se refiere a la existencia misma de la idea.

Manifestaciones consientes sobre pensar o desear morir que puede ser o no manifestada”.

2.1.4.2 La amenaza suicida

“Presencia de manifestaciones o exclamaciones acerca del deseo de morir”.

2.1.4.3 Plan suicida

“Estructuración del cómo, cuándo y dónde sin pasar al acto con el propósito mas o menos consiente de obtener beneficios, como protesta, venganza u oposición, imaginando o esperando provocar una respuesta de los demás”.

2.1.4.4 Acto liberado al morir

“Manifestaciones de la conducta voluntaria de quitarse la vida, esta es de modo consiente y la persona sabe de los resultados que se obtendrán”.

2.1.4.5 Suicidio consumado

“Acto de autodestrucción en donde el individuo termine con su vida”.

2.1.5. Fisiopatología.

2.1.5.1: Molecular:

“La depresión es un trastorno multifactorial, ya que su desarrollo depende de diferentes causas que interaccionan. Aproximadamente un tercio del riesgo de desarrollar depresión es heredado y dos tercios ambiental. El mecanismo por el cual estas experiencias tempranas aumentan el riesgo de depresión incluye no solo procesos psiquiátricos, sino también constructores psicosociales que convierten una experiencia traumática transitoria en una vulnerabilidad a lo largo plazo. Por ejemplo, la pérdida de un progenitor o la baja calidad de los ciudadanos parentales provocan bajo autoestima e inestabilidad emocional y puede disminuir la capacidad del apoyo social y su disponibilidad en etapas posteriores en la vida. Estos factores podrían estar influidos por experiencias tempranas de la vida (principalmente por abuso durante unas etapas), así como por factores de la personalidad y conductuales, además de condiciones somáticas. Se propone que las interacciones entre estos factores provocan disfunción en las redes neuronales y en sistemas de neurotransmisores como el serotoninérgico, la noradrenalina y el dopaminérgico ya que se ha demostrado que en pacientes deprimidos están disminuidos las concentraciones de noradrenalina (NA) serotonina (5HT) y dopamina, (DA), así como de sus metabolismos, además de los transportadores y precursores en el caso de la serotonina. Se ha propuesto que estas disfunciones están mediadas principalmente por la hiperactividad del eje hipotálamo- hipófisis- adrenal (HHA), que en algunos sujetos esta alterado. El eje HHA, al liberar la hormona liberadora de corticotropina (CRH) del núcleo paraventricular del hipotálamo, proporciona una mayor respuesta fisiológica al estrés para estimar la liberación de la hormona adrenocorticótropa (ACTH) de la hipófisis, la cual estimula la liberación de glucocorticoides (GC) desde la corteza adrenal a la circulación sanguínea. Los GC ejercen efectos de retroalimentación negativa hacia el hipotálamo y la hipófisis que limita el grado

de activación de las amígdalas, que a su vez ejerce un control excitador sobre el hipotálamo. En cambio, el hipocampo ejerce un control inhibidor sobre el eje; lo cual es crucial para limitar su activación. En muchos pacientes deprimidos no se suprime la secreción de cortisol después de la administración de dexametasona, lo cual sugiere alteraciones en la regulación de retroalimentación e hiperactividad del eje HHA. Tras la administración de CRH disminuye la liberación de ACTH en los pacientes deprimidos, pero no se modifican las concentraciones de cortisol; las alteraciones pueden ser resultado de hipersecreción de CRH, ya que se ha encontrado un aumento de las concentraciones en diversas áreas del cerebro de suicidas. Estos efectos del estrés tienen consecuencias morfológicas. Se ha demostrado una disminución del volumen del hipocampo en pacientes con depresión mayor; los efectos varían en gravedad en diferentes regiones del hipocampo e incrementa a través de los episodios de depresión. En pacientes con un inicio tardío de depresión, la disminución del volumen del hipocampo se correlacionó con la pérdida de memoria. Se cree que el mayor factor en estos cambios volumétricos se debe a cambios en la morfología y a pérdida de dendritas más que pérdida celular. Sin embargo, dado el número y rango de procesos moleculares que contribuyen a estos efectos y la información que la pérdida proporcional de sinapsis es mucho mayor que los cambios en el volumen del hipocampo, es probable que el funcionamiento del hipocampo esté comprometido a niveles de daño que no están reflejados en cambios morfológicos visibles. La experiencia de la depresión aumenta la susceptibilidad del hipocampo y, después de recuperarse de la depresión, los pacientes continúan con un volumen del hipocampo disminuido".

2.1.5.2 Estrés Infamación y sistemas neuroendocrinos

"Se ha estudiado la relación entre síntomas depresivos y condiciones sonaticas tales como enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer y trastornos neurodegenerativos; la inflamación es la condición común subyacente en estas enfermedades crónicas. Tres hallazgos importantes demuestran que la depresión es un transgredo inflamatorio: citocinas inflamatorias aumentadas consistentemente en sangre de pacientes deprimidos; la depresión se acompaña por un aumento de proteínas de la fase aguda (haptoglobina, alfa-anti tripsina, alfal-ácido glucoproteína, ceruloplasmina y fracciones de globulina alfa1 y alfa 2) y disminución de las proteínas de respuesta aguda negativas como albumina y transferrina; concentraciones elevadas de C3 y/o C4. La activación inmunológica con inflamación crónica altera de manera significativa la modulación del sistema neuroendocrino provocado cambios que típicamente se observan en depresión. Existe un gran número de vías mediante las cuales el estrés crónico induce activación crónico del sistema inmune y subyacente desarrollo de depresión: la sobre activación del eje HHA, en conjunto con la activación de la amígdala, lleva a un aumento en el tono simpático que promueve la liberación de citocinas proinflamatorias (como las interleucinas (IL) IL-beta y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) que activa el NFkB (factor nuclear potenciador de las cadenas ligeras kappa de las células B), el cual aumenta la producción de Il-6 e IL-8, induce la producción de interferón gamma (INF-gamma) por las células T y

se incrementa la producción de proteínas de fase aguda. El aumento de citocinas proinflamatorias circulantes se ha asociado con la desensibilización de los receptores a CG, con la disminución de la acción de factores neurotróficos y la disponibilidad de neurotróficos y la disponibilidad de neurotransmisores monoaminérgicos; además, los GC puede estimular la liberación de CRH por parte del hipotálamo: lo que a su vez perpetuaría la sobre activación del eje HHA". (Amalia Hernández 2024)

2.1.5.3 Sufrimiento emocional

En la mayoría de las situaciones, el suicidio no sucede de forma inesperada. Generalmente, es el resultado de un extenso proceso de dolor emocional, causado por trastornos mentales como la depresión, el trastorno bipolar, la ansiedad, o incluso traumas que no se han superado. Sin embargo, no todas las personas que consideran el suicidio tienen un diagnóstico de trastorno: muchas enfrentan niveles extremos de estrés, pérdidas, abusos, discriminación, pobreza o aislamiento social.

La comunidad juega un papel clave en cómo se enfrenta este asunto. En muchos lugares, sigue siendo un tema delicado, lo que dificulta hablar de él abiertamente o buscar ayuda a tiempo. Además, hay una gran escasez de acceso a servicios de salud mental, especialmente en áreas rurales o en naciones en desarrollo. Esto aumenta el sufrimiento de quienes necesitan apoyo profesional pero no tienen acceso a él.

La prevención del suicidio implica no solo intervenir cuando alguien ya está en peligro, sino también fomentar una cultura de cuidado, apoyo y respeto por la vida. Educar emocionalmente desde la infancia, ofrecer espacios seguros para expresar lo que se siente y crear redes de apoyo puede tener un impacto significativo. También es fundamental que los medios de comunicación traten el tema del suicidio de manera responsable, evitando el sensacionalismo y promoviendo la empatía y la prevención.

2.1.5.4 Neurológico

Desequilibrios neuroquímicos
Serotonina (5-HT):
Los niveles bajos de serotonina están fuertemente asociados con la depresión y el comportamiento suicida. La serotonina regula el estado de ánimo, el sueño y el control de impulsos.
Dopamina y noradrenalina:
Alteraciones en estos neurotransmisores pueden afectar la motivación, la toma de decisiones y la sensación de placer o recompensa.
2. Ejes hormonales alterados (estrés crónico)
El **eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA)** regula la respuesta al estrés.

Las personas con tendencias suicidas a menudo presentan un **aumento del cortisol**, la llamada "hormona del estrés", lo que indica una **sobrecarga del sistema de respuesta al estrés**.

3. Inflamación cerebral

Estudios recientes sugieren que hay un aumento de **citoquinas proinflamatorias** (como la IL-6 o TNF-α) en personas con trastornos depresivos graves y riesgo suicida.

Esto implica que el **sistema inmunológico también puede estar involucrado** en los procesos que afectan el estado de ánimo y el comportamiento.

4. Cambios estructurales y funcionales en el cerebro

Imágenes cerebrales (fMRI) han mostrado **alteraciones en áreas como:**

La **corteza prefrontal** (relacionada con la toma de decisiones y el autocontrol)

La **amígdala** (centro de las emociones)

Estos cambios pueden explicar la **impulsividad**, la **desesperanza** y la **dificultad para manejar el dolor emocional** en personas con riesgo suicida.

5. Factores genéticos y epigenéticos

Existe evidencia de que hay una **predisposición genética** al suicidio, especialmente en personas con antecedentes familiares.

La **epigenética** también juega un papel importante: el ambiente (como abuso, trauma o negligencia en la infancia) puede modificar la expresión de ciertos genes, aumentando la vulnerabilidad.

2.1.6. Cuadro Clínico:

2.1.6.1: Síntomas emocionales

Se características principales de la depresión afectan al humor, y son la tristeza patológica, apatía, desgana, perdida de interés y la incapacidad de disfrutar, entre otros. Se experimentan sentimientos de inutilidad, culpa o incluso desesperanza"

2.1.6.2: Síntomas relacionados con la actividad sicomotriz

"La depresión también puede expresar a nivel psicomotor que se expresan como realineación del discurso, de movimientos, perdida del habla, postura en curvada, cansancio, fatiga entre otros. Así mismo puede aparecer una agitación psicomotriz".

2.1.6.3: Síntomas relacionados con la cognición:

"A nivel cognitivo como se aprecia una incapacidad para concentrarse, pensar o decidir pequeñas cuestiones. A veces, aparecen pensamientos de muerte o intento de autolesión".

2.1.6.4: Síntomas que afectan a la función vegetativa:

"En ocasiones, la depresión se manifestaciones a través de molestias física e inespecíficas, también llamadas equivalentes depresivos. Dentro de este grupo de encuentra las cefaleas, pitido en los oídos, sequedad de boca, molestias digestivas, mareos, u otros síntomas neurológicos. También se altera la libido y el sueño, con forma de insomnio o despertar precoz"

2.1.6.5 Métodos de suicidio más frecuentes

Hay suficiente evidencia acerca de la disponibilidad de métodos tales como armas de fuego, medicamentos, drogas, fuentes de monóxido de carbono y vías férreas. (Pla Vidal 2024)

2.1.7 Tipos de suicidio

2.1.7.1. Suicido llamando la atención o grito de ayuda.

"Algunas personas recurren al intento de suicidio como mecanismo para llamar la atención hacia un hecho concreto o pedir ayuda ante hechos que no son capaces de controlar. Puede tener fines manipulativos y no suele quedarse el deceso en si a menos que la situación problema no cambie".

2.1.7.2 Con finalidad de muerte

"El objetivo de este tipo de suicidio es lograr la propia muerte. Suele ser planificada cuidadosa y meticulosamente".

2.1.7.3 Como huida

"La mayor parte del suicidio tiene como objetivo real el cese del sufrimiento y no la muerte en sí. El deceso es visto como la única alternativa al sufrimiento que causa un elemento concreto de la realidad (por ejemplo, en caso de deudas), motivos por el cual el subjetivo decide disponer de su propia vida. Generalmente se da de forme impulsiva y sin grandes planificaciones previas."

2.1.7.4 Finalista

"Este tipo de suicidio suele estar dirigido a conseguir un objetivo determinante diferente a la muerte o la huida. Tiene a no buscarse la propia muerte sino fingir o aparentar dicha búsqueda con el fin de conseguir algún tipo de beneficio".

2.1.7.5 Por venganza

“El suicidio por venganza o de tipo paranoide es un tipo de suicidio el cual se realiza con el propósito de provocar daños a otras personas, con el fin de hacer sentir culpabilidad y/o sufrimiento a alguien concreto”.

2.1.7.6. De balance

“Se considera como tal el suicidio llevado a cabo por personas que, en ausencia de psicopatología y tras un prolongado periodo de tiempo intentando hacer frente a una situación conflictiva y dolorosa, deciden tras hacer un balance que continuar viviendo ni supone ningún tipo de ganancia ni para ellos mismos ni para el entorno. Suele observarse en casos de ancianos y personas con limitaciones serias”.

2.1.8 Tipos de suicidio según la modalidad o método.

2.1.8.1 Blandas

“Se trata de formas de suicidio que en principio no causa traumas evidentes y que tiende a causar adormecimiento y poco dolor. Una de las principales formas de suicidio con métodos blandos es la ingesta de cantidades de fármacos, como los barbitúricos. Las personas suelen tener un papel mas pasivo en su propia muerte, esperando los efectos de su acción”.

2.1.8.2. Duras

“Métodos que implican una mayor brutalidad, tales como el suicidio mediante el uso de armas (sean blancas o de fuego), electrocutarse, arrojarse al vacío o el ahorcamiento. Tiende a suponer una mayor probabilidad de muerte que las blandas y revestir cierta brutalidad”.

2.1.8.3. Extrañas

“Suele provocar un elevado nivel de sufrimiento antes de producir la muerte, revestimiento cierta crueldad hacia uno mismo. Suele ser llevadas a cabo en situaciones de psicopatología, especialmente psicótica”.

2.1.8.4 Enmascaradas

“Se trata de muertes que son provocadas por la propia persona de una manera tal que pueden confundirse con muertes naturales o con homicidios. Suele perseguir una intencionalidad concreta, como el cobro de seguros de vida por parte de allegados o inculpar a alguien de la propia muerte”.

2.1.9 Según el nivel de regulación e integración social

2.1.9.1 Suicidio egoísta

“Se entiende como tal al tipo de suicidio que se realiza cuando las vinculaciones sociales del individuo son débiles y el individuo no se siente integrado en la sociedad. No es capaz de sentir satisfecho debido a la falta de realización como ser social. Se siente desbordado. Incapaz y solo”.

2.1.9.2 Altruista

“Se trata de la muerte autoinfligida que se produce por un exceso de integración grupal, viendo de la propia muerte como un sacrificio realizado en beneficio al grupo. Se valora mas al grupo que al propio individuo”.

2.1.9.3. Anómico

“El suicidio anómico es el suicidio que llevan a cabo aquellas personas que tiene una regulación social insuficiente. La sociedad cambiante e inestable hace que no se tenga referentes, modificando los valores del individuo y pudiendo provocar una perdida de la identidad”.

2.1.9.4. Fatalista

“El suicidio fatalista es visto como aquel llevado a cabo por individuos sometidos a un control y regulación social excesivo, sintiéndose opresión e impotencia que pueden llevar a buscar la muerte como huida de tal suicidio”.

3.1. Según la presencia de planificación previa

3.1.1 Suicidio accidental

“Se trata del tipo de suicidio que se produce por accidente. El sujeto no quería realmente morir, pero se actuación genera una situación que acaba con su vida”.

3.1.2Reflexivo, intencional o premeditado

“Es aquel en el que la persona que lo lleva a cabo ha planificado de antemano tanto la manera como el momento y lugar de su muerte. En algunos casos en que el motivo es la vivencia de hechos traumáticos o en que el sujeto manifestaba una gran ansiedad puede observarse un repentino estado de calma y serenidad previamente al acto, resultado de haber tomado la decisión”.

3.1.3. Suicidio impulsivo

“Es aquel que se lleva a cabo sin premeditaciones previa. El sujeto puede haber pensado en quitarse la vida anteriormente, pero no lleva a cabo esta acción hasta un momento en que se siente altamente activado y desesperado. Puede ocurrir en situaciones generadoras de alta ansiedad, durante un brote psicótico o durante un episodio maniaco.

3.1.2.1 Diagnostico

3.1.2.1Trastornó de la salud mental

“En la mayoría de los casos, los pensamientos suicidas se relacionan con un problema de salud mental no diagnosticado que puede tratarse. En ese caso, es posible que debas consultar con un médico especializado en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales (psiquiatra) u otro profesional de salud mental**”**.

3.1.2.2Trastornos de salud física

“Los pensamientos suicidas pueden estar relacionados con un problema de salud física no diagnosticado. Es posible que debas realizarte análisis de sangre y otras pruebas para determinar si ese es el caso”.

3.1.2.3. Abuso de drogas y alcohol

“Para muchas personas, el alcohol o las drogas influyen en los pensamientos suicidas y en la consumación del suicidio. El médico querrá saber si tienes problemas con el consumo de drogas o de alcohol, como el consumo excesivo o la incapacidad de disminuir o abandonar el consumo de drogas o alcohol por cuenta propia. Muchas personas con ideas suicidas necesitan tratamiento para lograr dejar de consumir drogas o alcohol, a fin de reducir los pensamientos suicidas”.

3.1.2.4 Medicamentos

“En algunas personas, determinados medicamentos recetados o de venta libre pueden ocasionar pensamientos suicidas. Cuéntale al médico acerca de cualquier medicamento que tomes para saber si podría estar relacionado con los pensamientos suicidas”.

3.1.2.5Dsm-5

“Los profesionales de salud mental pueden utilizar los criterios que se describen en el Diagnostic and Statistical Manual of Menthal Disorders (DSM-5) publicado por la American Psychiatric Association”. (Health letter 2022)

3.2.1 Tratamiento

3.2.2Emergencias

“Llama al 911 o al número de emergencia local.

Si no estás solo, pídele a otra persona que llame”

3.2.3 Psicoterapia

“En la psicoterapia, también llamada consejería psicológica o terapia de conversación, explorarás los problemas que te hacen sentir suicida y aprenderás habilidades para ayudarte a controlar las emociones de forma más efectiva. Tú y el terapeuta trabajarán juntos para elaborar el plan y los objetivos del tratamiento”.

3.2.4. Medicamentos

“Los medicamentos antidepresivos, antipsicóticos y anti ansiedad, junto con otros medicamentos para tratar enfermedades mentales, pueden ayudar a reducir los síntomas y hacerte sentir menos suicida”.

3.2.5 Tratamiento para las adicciones

“El tratamiento para la adicción a las drogas o al alcohol puede incluir la desintoxicación, programas de tratamiento para las adicciones y reuniones de grupos de autoayuda”

3.2.6 Respaldo y educación familia

"Los seres queridos pueden ser fuente de apoyo, pero también de conflicto. Si los incluyes en el tratamiento puedes ayudarlos a entender la situación que atraviesas, a brindarles capacidades para enfrentar desafíos y a mejorar la comunicación y las relaciones familiares". (Health letter, 2022)

3.2.7 Mas comunes

Terapia **psicológica (psicoterapia)**: como la terapia cognitivo-conductual (TCC), que ayuda a cambiar pensamientos negativos y patrones dañinos.

Medicamentos: como antidepresivos, estabilizadores del ánimo o ansiolíticos, recetados por un psiquiatra.

Hospitalización (en casos graves): cuando existe un riesgo alto e inminente de suicidio, se puede requerir hospitalización para asegurar la estabilidad de la persona.

3.2.7 Apoyo psicosocial

A veces el suicidio no tiene raíz en un trastorno clínico, sino en **situaciones de vida extremas**, como:
Pérdida de un ser querido

Problemas económicos graves
Acoso escolar o laboral
Discriminación
Rupturas emocionales
En estos casos es clave:
Apoyo emocional (familia, amigos)
Acompañamiento profesional (trabajadores sociales, terapeutas)
Grupos de apoyo para personas en crisis o con ideas suicidas.

3.2.8 Intervención de crisis

Si alguien está en riesgo inmediato, lo más importante es actuar rápido:
No dejar sola a la persona.
Escuchar sin juzgar.
Llamar a servicios de emergencia o líneas de prevención del suicidio.
Retirar objetos peligrosos si hay acceso a medios letales.
En muchos países existen líneas de ayuda gratuitas y confidenciales disponibles 24/7.

2.8.9 Prevención a largo plazo

Una vez que la crisis ha pasado, el seguimiento es vital.
La persona necesita:
Continuar con su tratamiento médico y psicológico.
Mantener redes de apoyo social.
Trabajar en la recuperación emocional y el fortalecimiento de su autoestima y sentido de vida.

3.3.1 Prevención

“Es importante la detección temprana de factores de riesgo y seguimiento de casos; limitar el acceso de métodos suicidas; fomentar programas de salud mental y difundir de manera responsable noticias en medios de comunicación. Las políticas nacionales de salud mental deben fomentar tomas como la tolerancia y la escucha, por lo que es necesario crear estrategias que prevengan las cargas excesivas de estrés académico, así como contar con profesionales a los cuales los estudiantes puedan acudir a hablar de temas que les preocupan”. (Johnson, 2020)

3.3.2 Problemas

“En algunas ocasiones los problemas pueden hacer creer que la vida no tiene sentido o no vale la pena vivirla, no olvides que es superar este malestar y esta bien buscar apoyo en otras personas”.

3.3.3 Conflictos

“Los conflictos de pareja o las rupturas amorosas pueden ocasionar dolor intenso, desesperanza, enojo y muchas emociones negativas y hacer creer que no se puede volver a ser feliz. Busca ayuda para afrontar esta situación transitoria y se puede superar”.

3.3.4 Ayuda

“Existen diferentes fuentes potenciales de ayuda: los familiares cercanos, los amigos, profesores o adultos de confianza, lideres espirituales, las líneas de atención telefónica en salud mental, los consejos escolares o docentes orientadores de las instituciones educativas, los profesionales de salud (medicina, enfermería, psicología, trabajo social, terapeuta ocupacional y otras disciplinas), centros de escucha y zonas de orientación escolar y universitarias”.

3.3.5 Servicios de salud

“Si siente ganas de llorar frecuentemente, desesperanza, estado de animo variable, negatividad, deseo de morir, perdida del interés en las cosas que siempre disfrutaste, alteraciones en el sueño o del apetito, es necesario que consultes en el lugar que habitualmente te presentan servicios de salud”. (Chavez., 2020.)

3.4.1 Causa de suicidios en los estudiantes de medicina

3.4.1.1 Altos niveles de estrés académico

“La presión por el rendimiento y las largas horas de estudio generan un ambiente de alto estrés. Estudiantes han identificado la presión académica como un predictor significativo de la ideación suicidio”. (Torrez 2020)

3.4.1.2 Aislamiento social

“Muchos estudiantes sienten soledad debido a la carga de sus estudios, alejándose de redes de apoyo emocional. La cultura medica desalienta la búsqueda de ayuda por temor a ser percibidos como débiles”. (Watson 2020)

3.4.1.3 Depresión y enfermedades mentales

Hasta un 38% de los estudiantes de medicina padecen depresión, lo que puede llevar a pensamientos suicidas si no se trata” (Álvarez astorgan 2021)

3.4.1.4 Acceso a medios letales

“El conocimiento medico facilita el acceso a medicamentos letales, lo que contribuye a las tasas de suicidio mas altas entre médicos”. (Beautrais 2020)

3.5.1 Informar sobre el suicidio

Contextualizar, brindar información estadística que permita diseminar el fenómeno y salir del caso aislado.

3.5.1.1 Usar fuentes autenticas y confiables

No informar sobre el comportamiento suicida como una respuesta entendible a los cambios o la degradación social o cultural. Se sugiere no replicar construcciones del

discurso local, por ejemplo: el puente de la solución” para referirse a un puente del que se arrojara un/a suicida o del tipo “no le quedaron alternativas. Etc.”.

3.5.1.2 No informar del suicidio

No informar acerca del suicidio como alfo inexplicable o simplista. El suicidio nunca es el resultado de un solo factor o hecho. Usualmente lo causa una compleja interacción de muchos factores.

3.5.1.3 Mensajes

Transmitir mensajes sobre la frecuente asociación entre la depresión y el comportamiento suicidan siendo la depresión una condición tratable.

3.5.1.4 Que no hacer desde los medios de comunicación

No hay que globalizar al adolescente que se suicida como marrtir. Si se lo idealiza, puede sugerir a las personas vulnerables que la sociedad honra el comportamiento suicida. En vez de eso, deberá hacerse énfasis en lamentar la muerte de la persona.

3.5.1.5 Suicidio

No repetir muchas veces la palabra suicida. En todo caso decir muerte autoprovocada

Marco normativo.

Ley nacional 27.130 de prevención del suicidio, tiene como objetivo general, disminuir la cantidad de nuevos casos de suicidio o intento de suicidio en nuestro país, como así también, presentar asistencia y atención a pacientes con riesgo suicida y a familiares de pacientes que cometieron este acto.

Programa Nacional de Suicidio: Código 100 es un sistema de apoyo a la toma de decisiones clínicas en el comportamiento suicida en hospitales generales o centros de atención dentro de las redes integradas del sistema de salud (RISS). Permite equipar la atención de un nuevo usuario de los servicios de salud mental con un usuario de los servicios de salud pública, minimizando el estigma y el marco de los 4 ejes transversales, de equidad de género, interculturalidad, ciclo vital y derechos humanos.

Población.

La población con la cual realizare mi investigación es un conjunto de personas que estudian en la universidad del sureste campus Comitán, la cual es una universidad privada que cuenta con una amplia área de carreras profesionales de ámbito con la salud como: medicina, enfermería, veterinaria, psicología, nutrición, etc.
La carrera de medicina humana consta de un periodo de 4 años en la universidad, 1 año donde se realizarán prácticas y otro año de servicio social, dando como resultado 6 años en total para poder ser considerado médico. Los estudiantes se encuentran en rangos de edad de 18 a 25 años, por lo tanto, deduzco que han de presentar ideaciones suicidas y esto puede ser por la tensión que sufren por su carrera, como sabemos la carrera de medicina es difícil (al igual que otras carreras), pero esta carrera tiene una amplia demanda ya que se requieren conocer diversos temas, por lo que los estudiantes de medicina viven en un constante estrés.

Muestra.

Se excluirá a todos los aspectos inclusivos y exclusivos de la población
Se incluirá a todos los estudiantes que cursen la carrera de medicina humana, en campus UDS Comitán la cual es una escuela privada que cuenta con una amplia área de carreras profesionales no solo carreras con el ámbito de la salud, sino que actualmente la universidad cuenta con 24 licenciaturas, 6 maestrías y 2 doctorados.
Se incluirán a todos los que se encuentren en cualquier semestre (Desde Primero a octavo semestre).
Se excluirá a todos los estudiantes de otras carreras, estén o no relacionados con el ámbito de la salud, únicamente trabajaremos con los estudiantes de medicina humana.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La recolección de datos es un proceso de recopilación cuyo objetivo es obtener información para establecer conclusiones sobre un tema determinado.

Se utilizaron herramienta tas como encunetas directas a los alumnos pasando de salón en salón en ciertos horarios.

Cronograma.

Actividades	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio			
	Semanas																			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Título de investigación	X																			
Planteamiento del Problema		X																		
Elaboración de Variables			X																	
Elaboración de Hipótesis				x	X															
Elaboración de Objetivos						x	X													
Elaboración de Marco Teórico								x	x	x										
Entrega de cuestionarios										x										
Levantamiento de muestras										x										

Bibliografías:

Pinzon-amado, A, etc al (2015). Suicidie ideation among medical students: Prevalence and associated factors.Revista colombiana de psiquiatria,43 (suppl 19,47-55.

Torres, A,. etc (2017). Suicidial ideation among medical students. Prevalence and predictores. The journal of nervous and mental disease,206 (2),160-168

P. Värnik. Suicide in the world. Int J Environ Res Public Health, 9 (2012), pp. 760-771
http://dx.doi.org/10.3390/ijerph9030760 | Medline

Watson, C., et al. (2020). A narrative review of suicide and suicidal behavior in medical students. *Indian Journal of Psychiatry, 62*, 250-256.

Álvarez Astorga, A., et al. (2017). Anxiety, depression, and suicidal behavior among medical students from the University of Valladolid. *European Psychiatry, 41*(S290).

Beautrais, A. (2020). Stress and suicide in medical students and physicians. *New Zealand Medical Student Journal*

Rivera-Segarra, E., et al. (2018). Suicide stigma among medical students in Puerto Rico. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(7), 1366.

Nissen, N., & Feller, E. (2019). Suicide and physicians: Why don't doctors in distress seek help? *Rhode Island Medical Journal, 102*(5), 8-10.

G, V. K., G, M. J. C., & T, J. S. (2020). Prevalencia de síntomas depresivos, síntomas ansiosos y riesgo de suicidio en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatríA*, *58*(4), 314-323. https://doi.org/10.4067/s0717-92272020000400314

Nuño, J. J., Nebot, F. X. A., Goula, R. C., & Pastor, M. G. (2012). Participación de los Institutos de Medicina Legal en los programas de prevención de suicidio: la experiencia de Osona (Barcelona). *Revista Española de Medicina Legal*, *38*(4), 131-136. https://doi.org/10.1016/j.reml.2012.08.002

Apéndice

CROQUIS:

Lugar y ubicación en donde se realizará la investigación: UNIVERSIDAD DEL SURESTE, CAMPUS COMITAN.

CUESTIONARIO:

1. ¿Sabes que es el suicidio?

SI	NO

2. ¿Qué tanto sabes sobre el suicidio?

Poco	Lo necesario	Mucho

3. ¿Has tenido pensamientos suicidas?

Si	NO	Aun los tengo

4. ¿Considerarías buscar apoyo emocional?

SI	No	No, tengo miedo a ser juzgado

5. ¿Tus pensamientos suicidas están relacionados a estrés académico?

Si	No

6. ¿Conoces a alguien que se haya suicidado por estrés?

Si	No

7. ¿Consideras importante el control con un psicólogo en la facultad?

SI	NO

8. ¿Pensaste en suicidarte por mal desempeño académico?

SI	NO

9. ¿Creíste que tus problemas eran tan grandes que la única opción que tenías era acabar con tu vida?

Si	No

10. ¿Te sentiste tan solo/a o tan estresada que quieras matarte para así terminar con este sufrimiento?

SI	NO

11. Si eres foráneo, ¿Crees que el estar alejado de tu familia jugo un papel en este tipo de ideación?

SI	NO

12. ¿Cuál crees que sea la razón más común por la cual los estudiantes de medicina deciden quitarse la vida?

Relación amorosa	Estrés académico	Por familia y amigos	Sentir que no eres suficiente	Todas las anteriores

13. ¿Crees que los medios de comunicación, internet, televisión, causa la vulnerabilidad mental del joven suicida?

SI	NO

14. ¿Has pensado en quitarte la vida, aunque realmente no fue lo fuera a hacer?

SI.	NO.

15. ¿Crees que la salida correcta de la depresión es el suicidio?

Si	No

16. ¿Piensas que el suicidio se puede prevenir?

SI.	No.

17. ¿Has tenido algún intento de suicidio?

Si	No

18. ¿Crees que los estudiantes de medicina humana son más propensos a tomar este tipo de decisiones?

Si	No

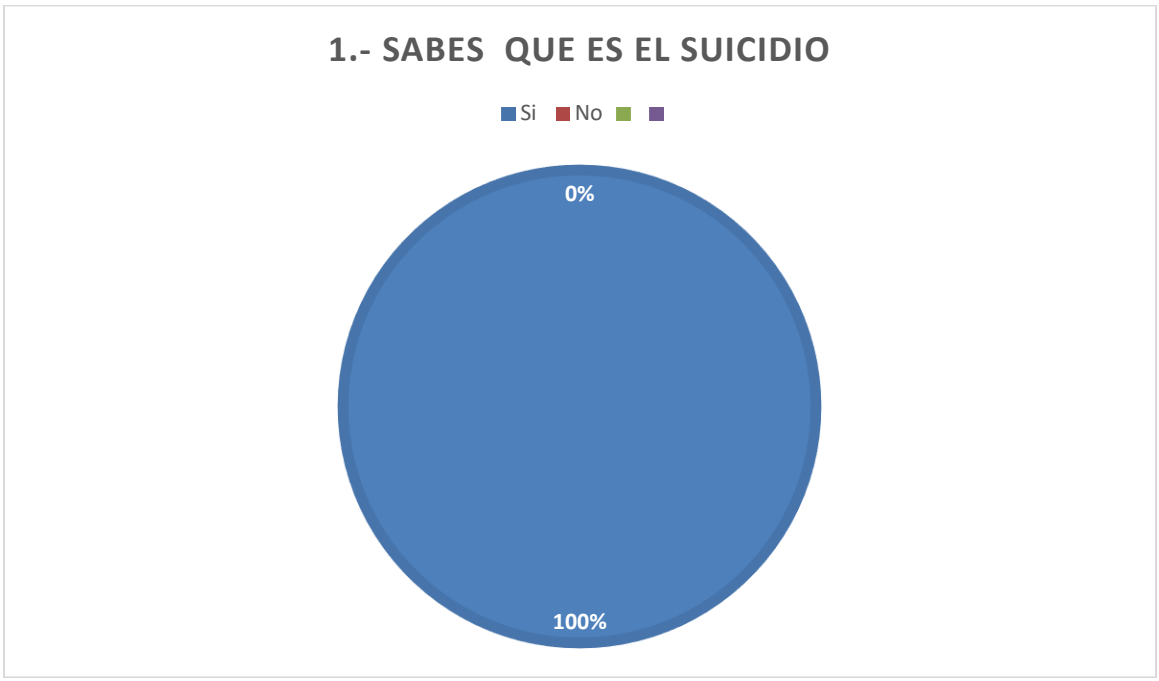
19. ¿Qué método de suicidio conoces?

Tomar pastillas	Saltar desde grandes alturas	Ahorcamiento	Cortarse las venas	Todas las anteriores

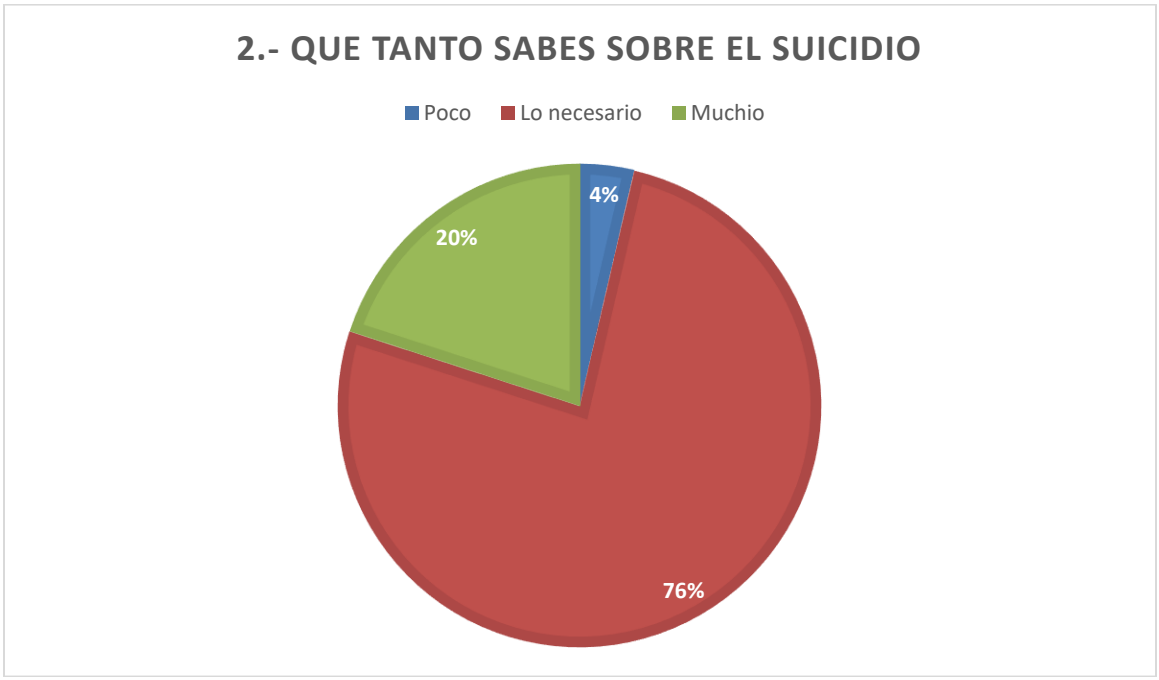
20. ¿Te has autolesionado?

Si	No	Ya no lo hago

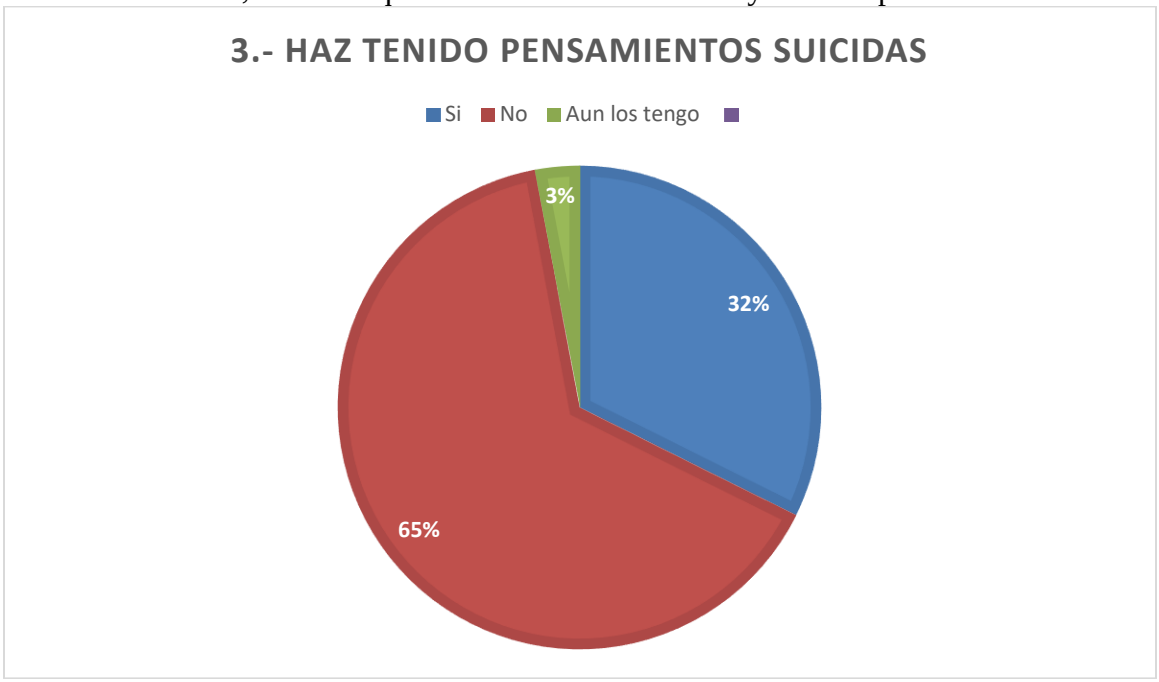
Tabuladores de datos obtenidos:



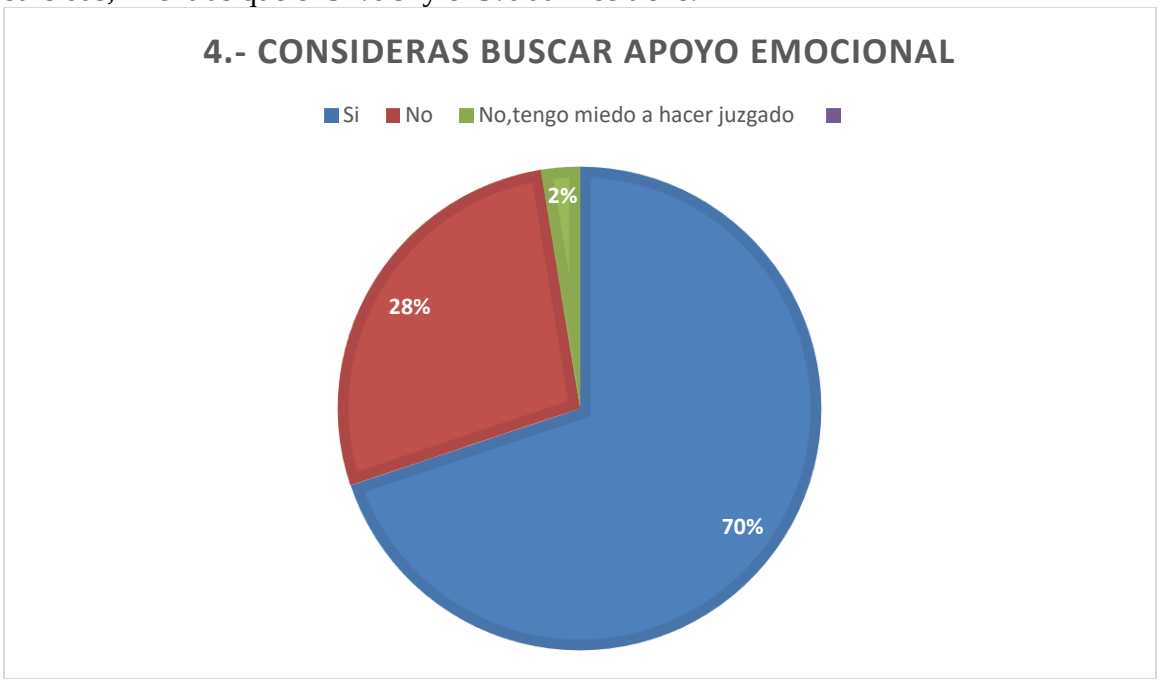
Gráficamente se llegó a la conclusión de que el 100% alumnos conocen el tema



Gráficamente se llegó a la conclusión que el 70% de la población estudiantil sabe lo necesario del tema, mientras que el otro 20% sabe mucho y el 4%lo poco.

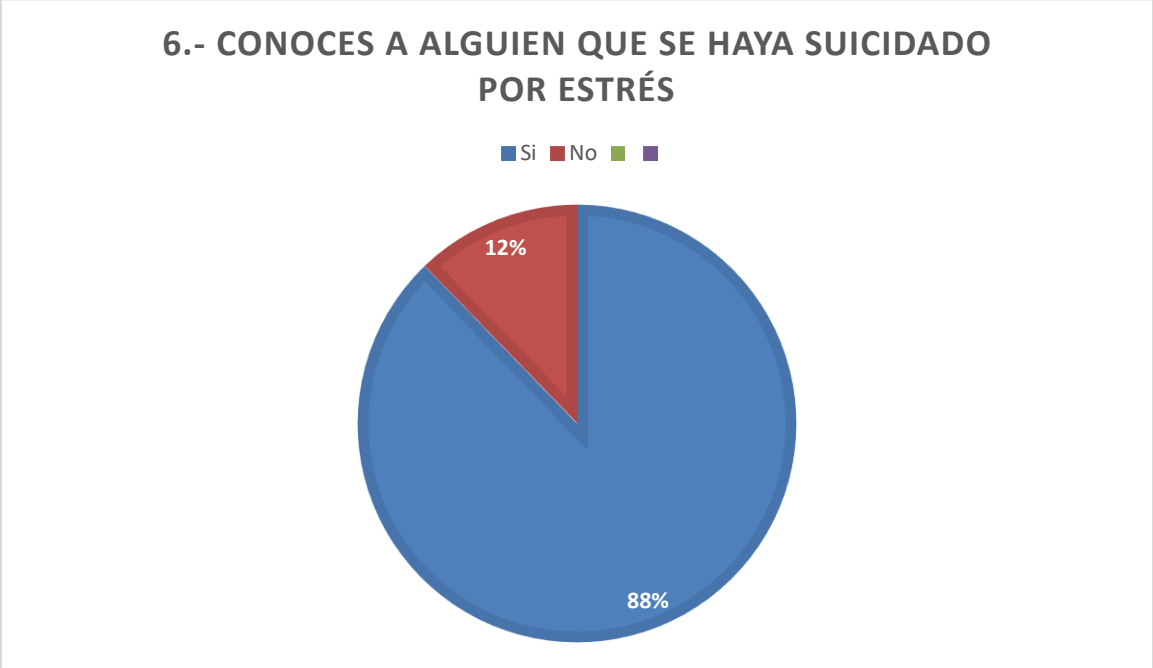


Se llego a la conclusión de que el 65% de los estudiantes no ha tenido pensamientos suicidas, mientras que el 32% si y el 3% aun los tiene.

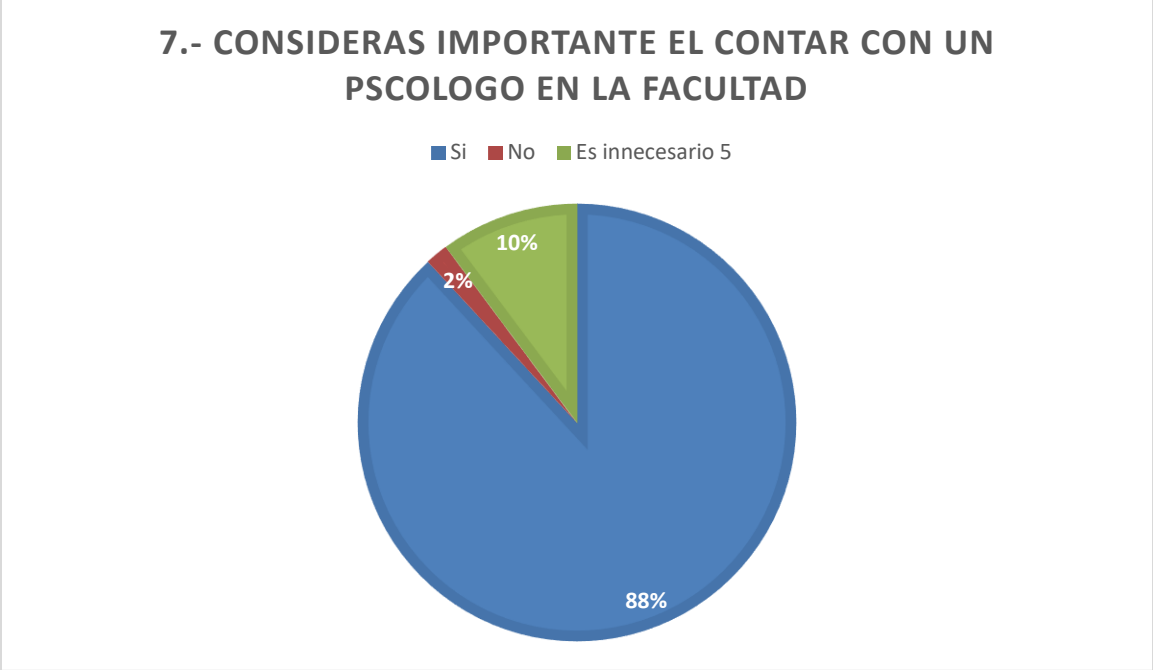


Se llego a la conclusión de que el 70% de la población necesita ayuda, mientras que el 28% no piensa en pedir ayuda, y el 2% tiene miedo a ser juzgado

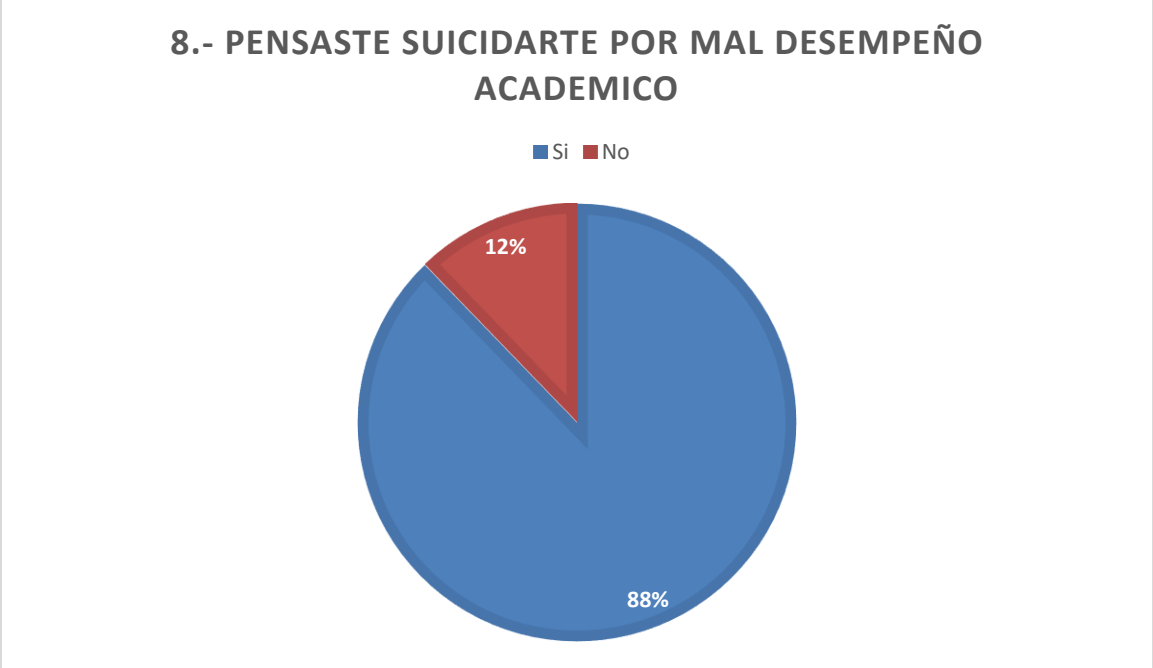
Se llego a la conclusión de que el 96% de la población no esta relacionado con el estrés académico, mientras que el 4% si está en relacionado con su estrés académico.



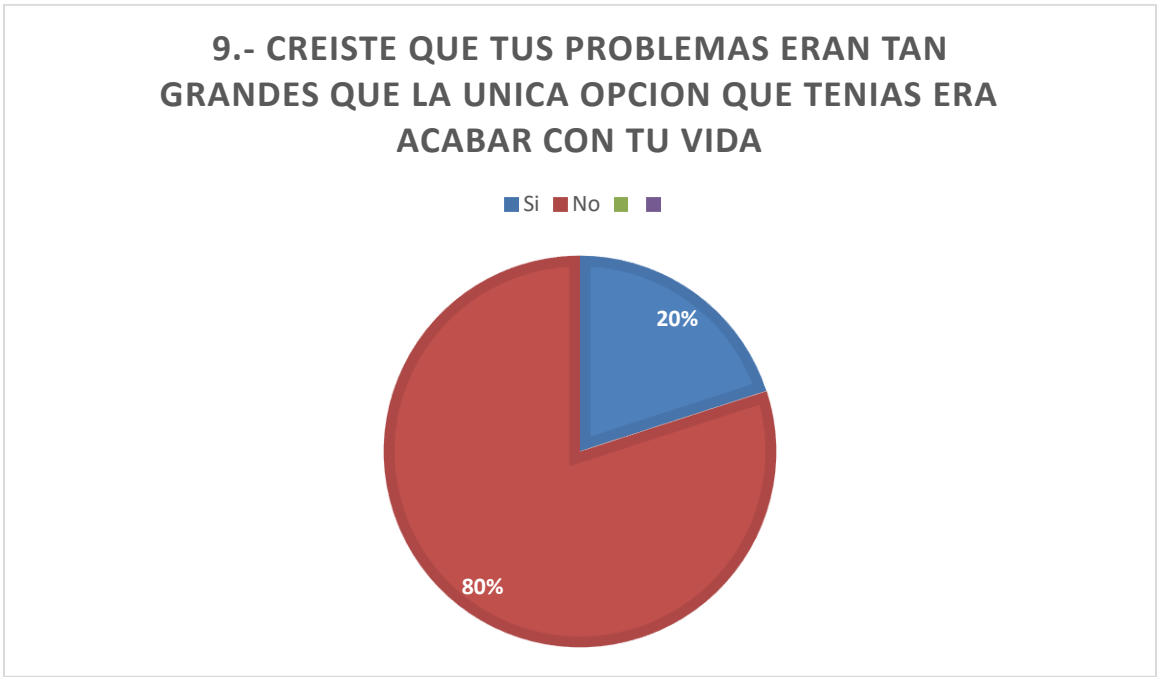
Se llego a la conclusión de que el 86% de la población si conoce a personas que se han suicidado por estrés mientras que el 12% de la población no conocen a nadie.



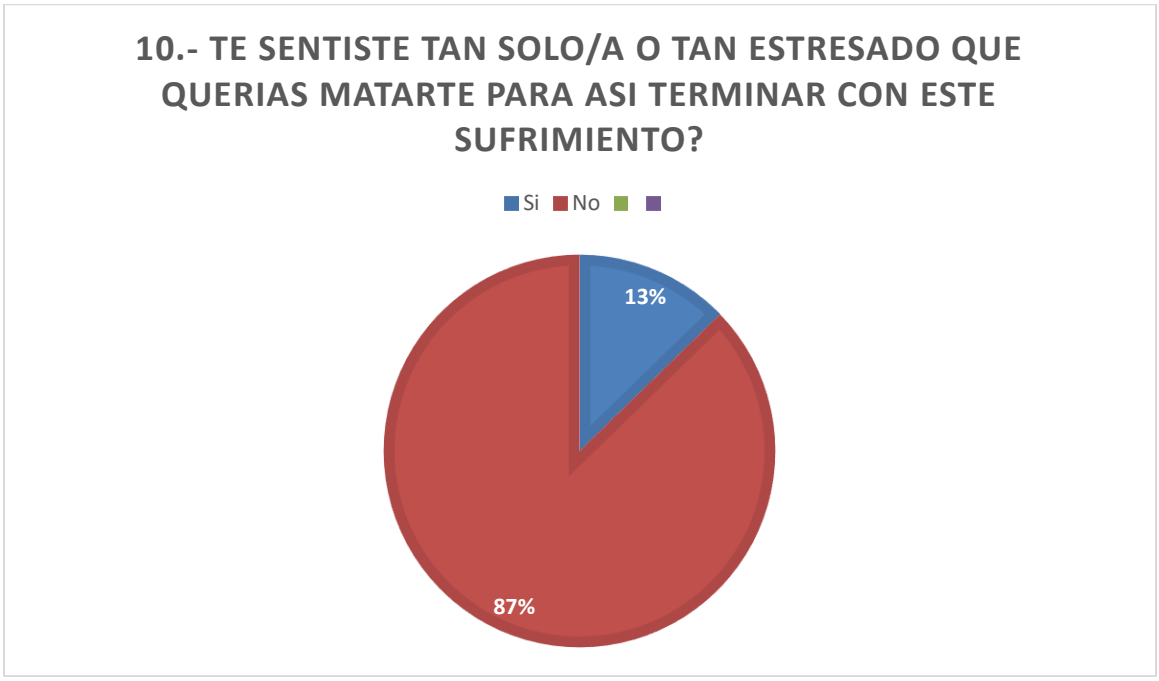
Se llego a la conclusión de que el 88% de la población estudiantil si requiere del apoyo de un psicólogo por parte de la universidad, mientras que el otro 10% dice que es innecesario y el 2% no lo amerita.



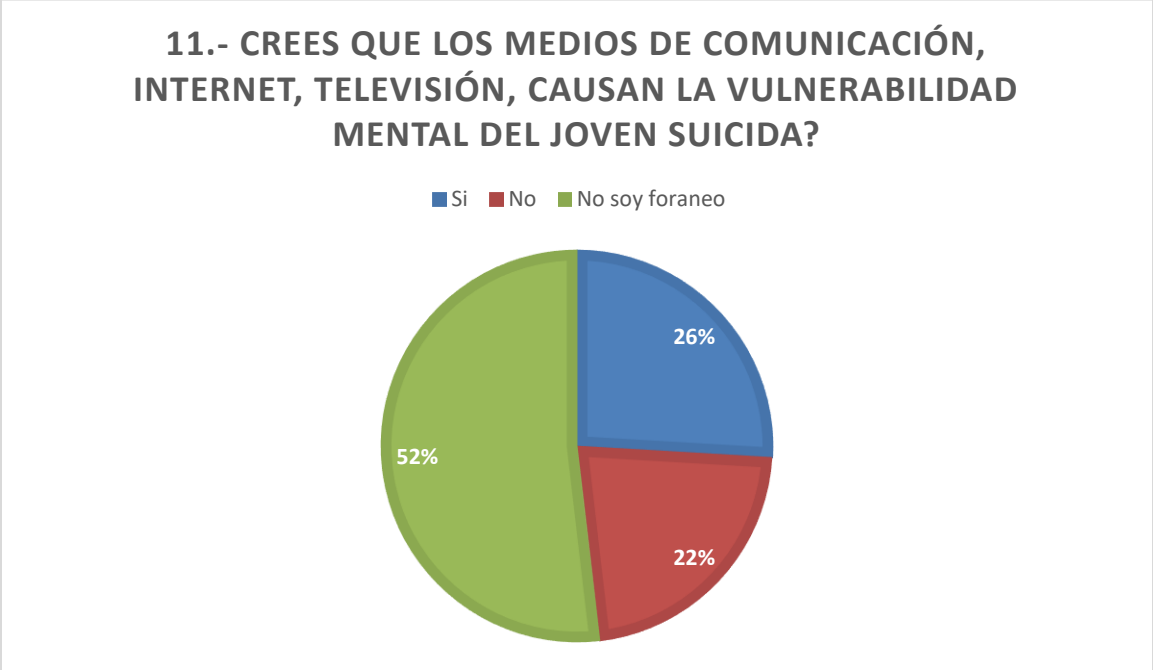
Se llevo a la conclusión de que el 88% de la población si pensó en suicidarse por un mal desempeño académico, mientras que el otro 12% dice que no.



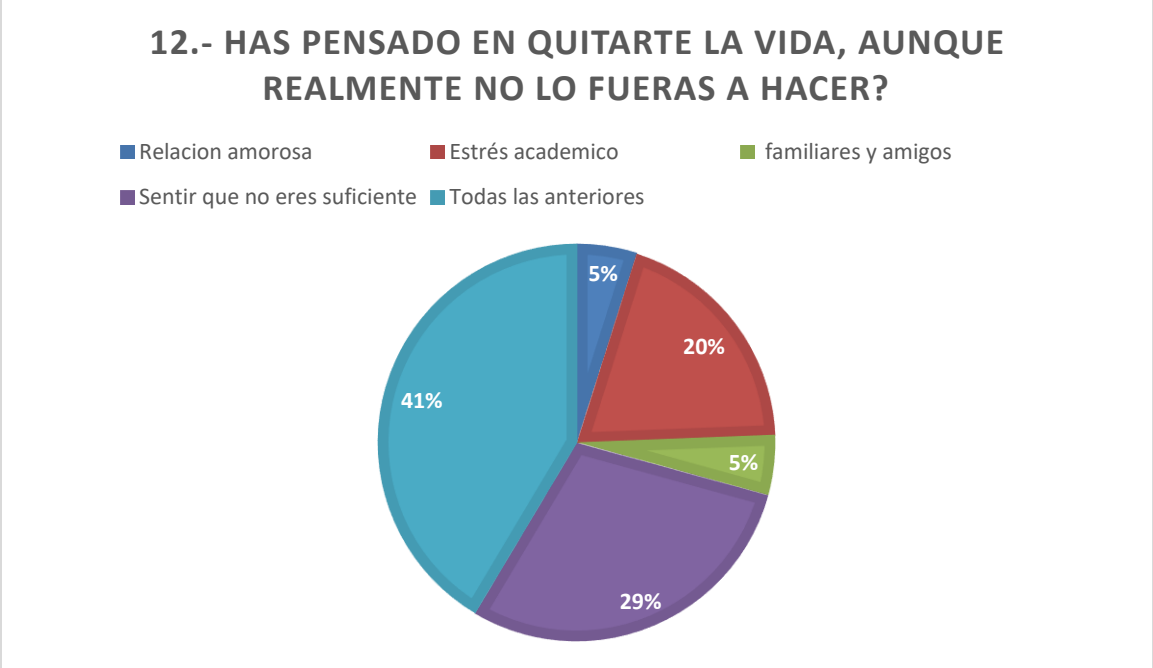
Llegamos a la conclusión de que el 80% de la población no era acabar con su vida, mientras que el 20% si.



Llegamos a la conclusión de que el 87% de la población estudiantil no se sentía tan solo que nunca llego a las ganas de matarse mientras que el 13% si

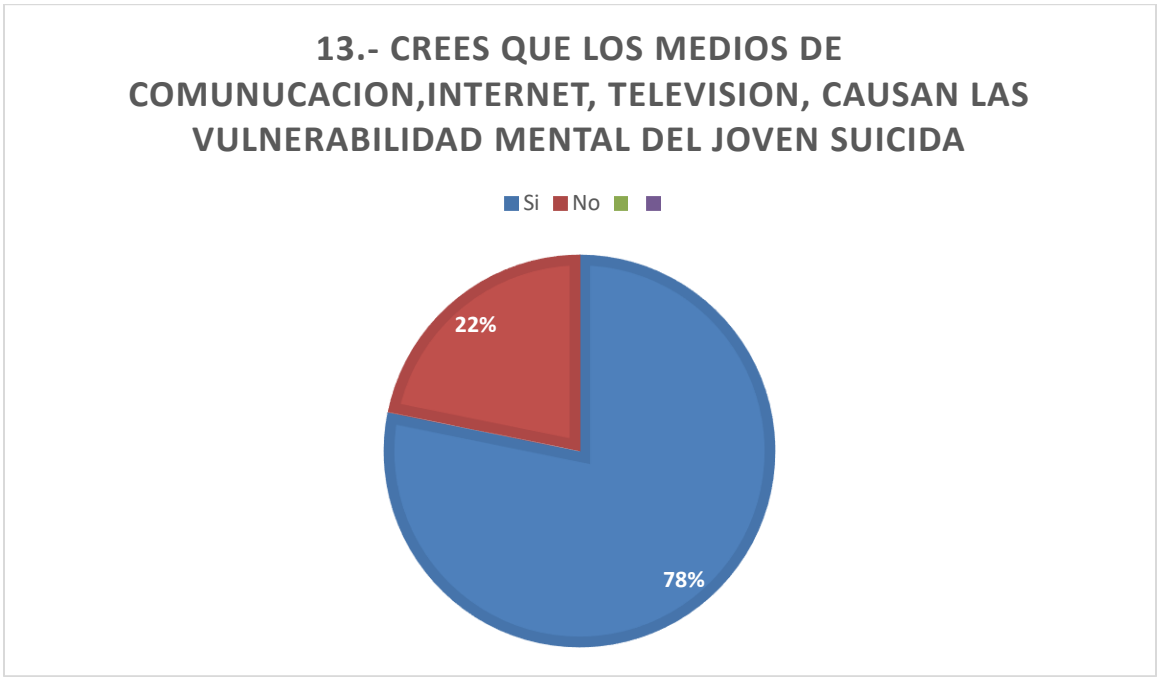


Llegamos a la conclusión de que el 52% de la población no son foráneos, el 26% si y se sentían solo mientras que el 22% no.



Llegamos a la conclusión de que el 41% de la población se quería suicidar por todas las respuestas anteriores, mientras que el 29% solo era por sentir que no era suficiente, el

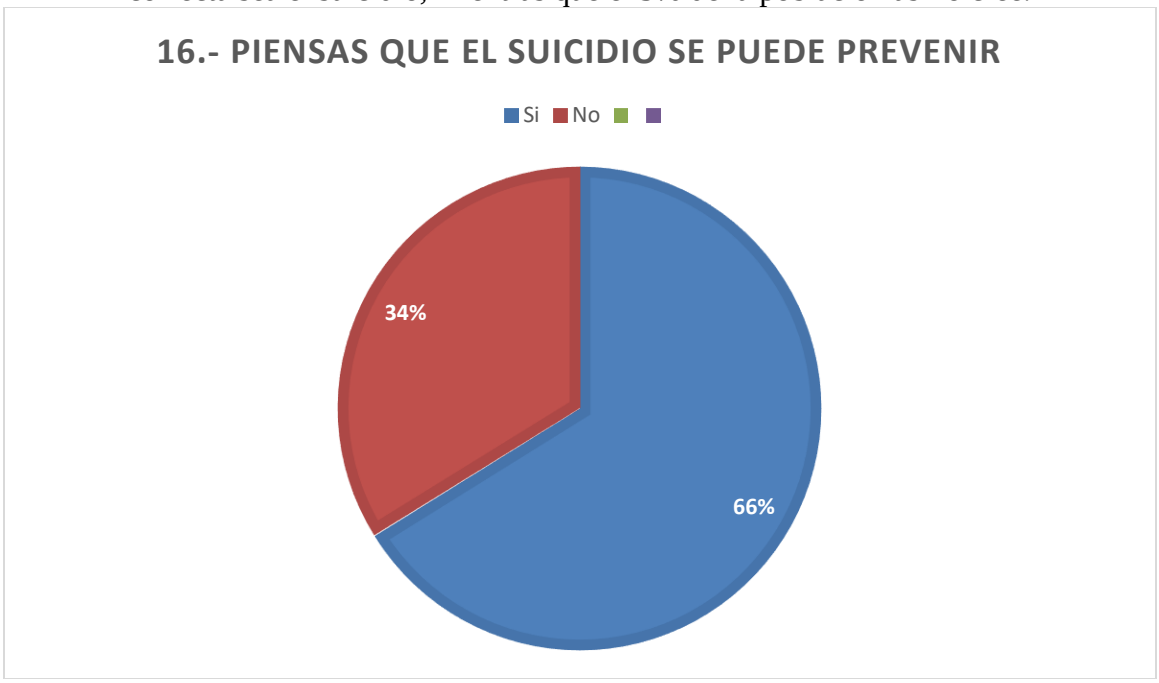
otro 20% por el estrés académico, 5% por una relación amorosa y el otro 5% por amigos o familiares.



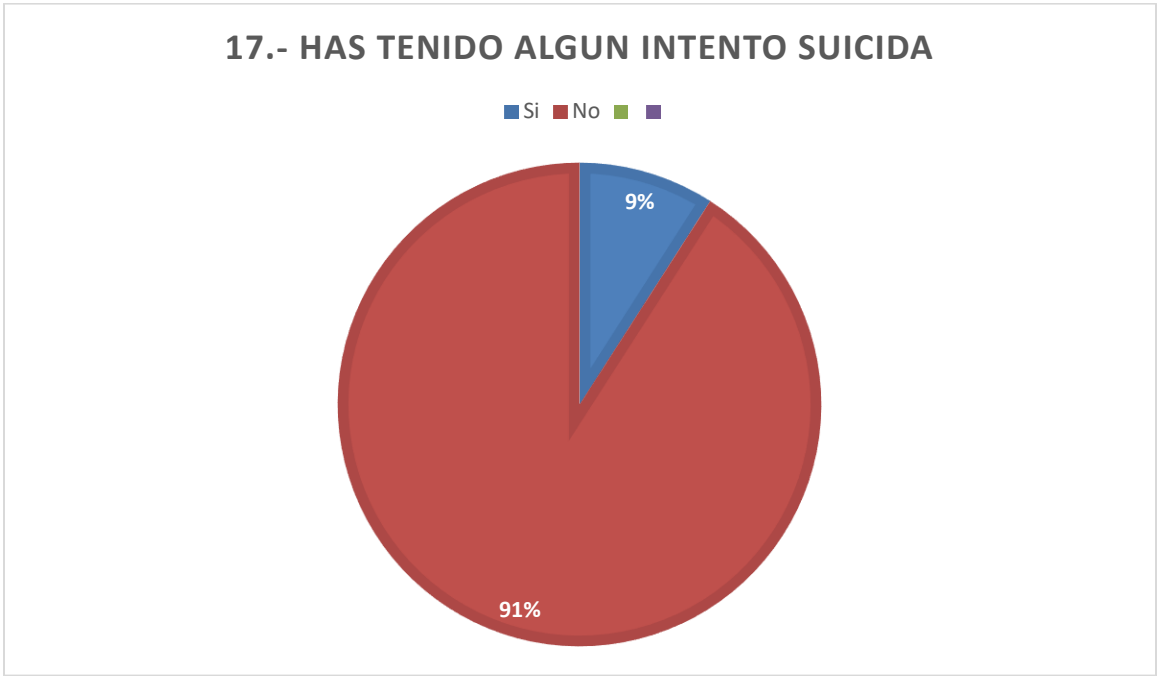
Se llego a la conclusión de que el 78% de la población si afecta los medios de comunicación, mientras que el 22% no.

Se llego a la conclusión de que el 75% de la población si ha pensado en quitarse la vida, mientras que el otro 255 no les afecta.

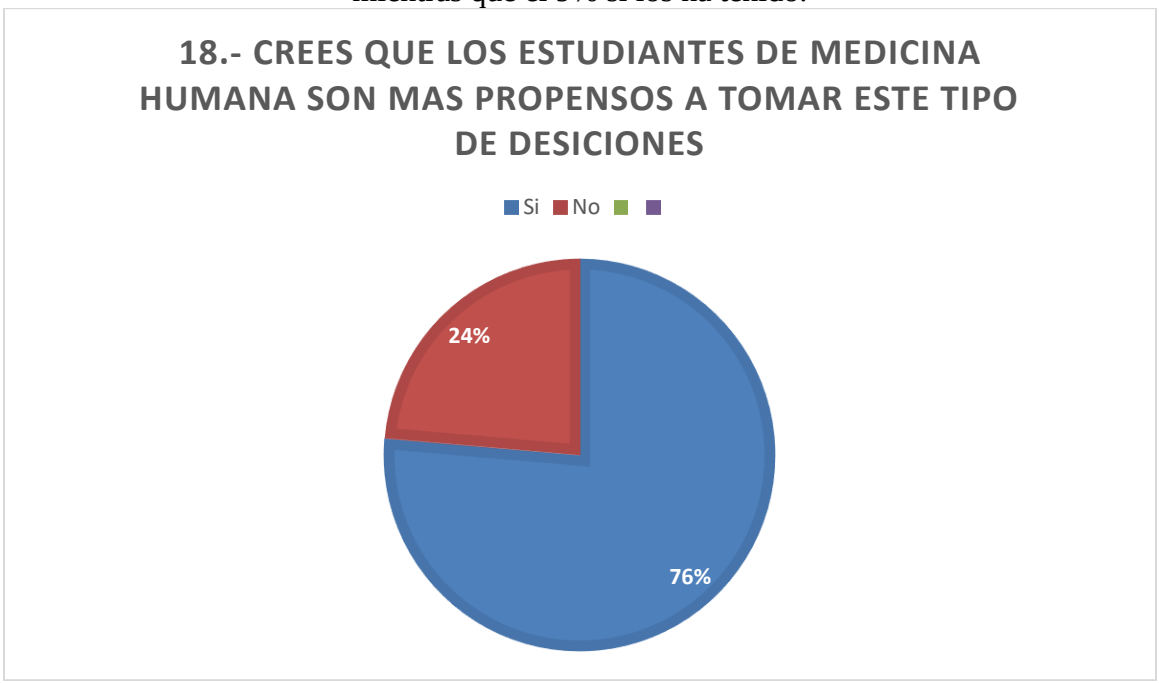
Se llego a la conclusión de que el 95% de la población estudiantil no cree que la salida correcta sea el suicidio, mientras que el 5% de la población así lo cree.



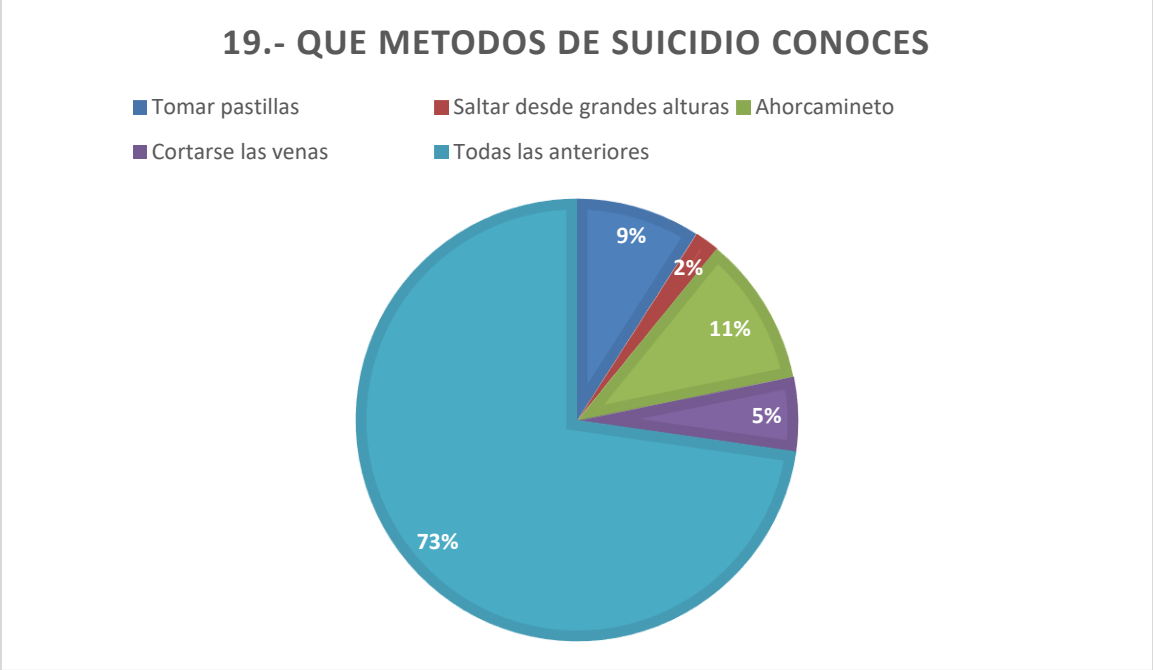
Se llego a la conclusión de que el 66% de la población cree que el suicidio si se puede prevenir, mientras que el otro 34% de la población cree lo contrario.



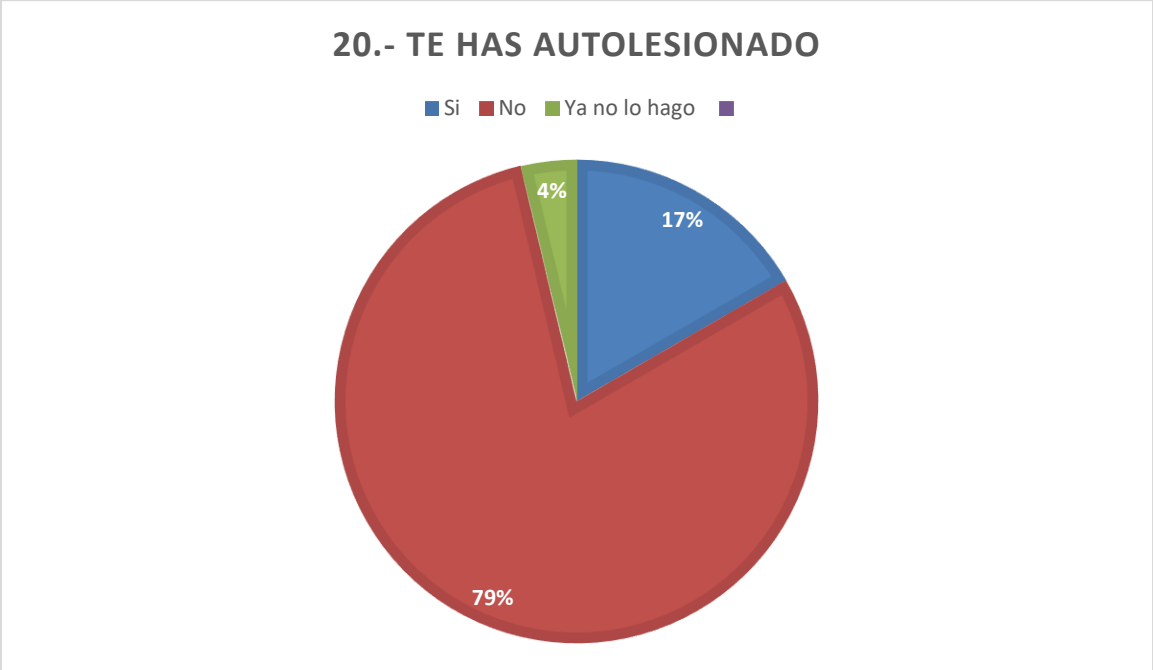
Se llego a la conclusión de que el 91% de la población no ha tenido intentos suicidas, mientras que el 9% si los ha tenido.



Se llego a la conclusión de que el 76% de la población estudiantil piensan que los estudiantes de medicina si son mas propensos a quitarse la vida, mientras que el otro 24% no cree lo mismo.



Se llego a la conclusión de que el 73% de la población conoces todos los métodos posibles de suicidio, mientras que el 11% solo conoce el ahorcamiento, el 9% tomar pastillas, el 5% en cortarse las venas y el 2% saltar desde grandes alturas.



Se llego a la conclusión de que el 79% de la población no se ha autolesionado, mientras que el 17% si y el otro 4% ya no lo hace.

Conclusión

Nuestra hipótesis no fue concluyente, debido a que pensamos que el 50% de los estudiantes de medicina humana de la Universidad del Sureste habían pensado en atentar contra su vida contra un 50% que no había pensado eso. Después de realizar las encuestas pertinentes obtuvimos un resultado de 75% de los alumnos que no han pensado atentar contra su vida y un 25% que si lo ha pensado.

Basado en las respuestas proporcionadas en las encuestas encontramos que muchos alumnos se han infligido daño a si mismos derivado a diversos factores, el principal, es el estrés causado por la carga académica. También llegamos a la conclusión que ser foráneo y estar alejado de la familia juega un papel importante en la salud mental de los estudiantes.

Se llegó a la conclusión que el 88% de la población considera que es necesario contar con un psicólogo en la facultad, mientras que el 12% restante no lo considera relevante.

Después de realizar esta investigación descubrimos que muchos alumnos de medicina humana en los últimos semestres presentan problemas emocionales causado por diversos factores, los más relevantes fueron; el sentimiento de no ser suficiente y el estrés académico. Sin embargo, muchos de ellos deciden no hablar debido al miedo de ser juzgados o excluidos.

Se llego a la conclusión en que el 76% de la población estudiantil del área de medicina son mas propensos a tener estos tipos de ideologías en quitarse la vida, por muchos factores que les llegan a afectar como el estrés académico, los foráneos al estar lejos de casa y familia, o solamente por sentirse insuficiente y no poder ser capaces de terminar la carrera, mientras que el 24% de la población no sintió nada de esto.

El suicido en adolescentes representa una gran gravedad problemática en la salud pública que requiere atención inmediata y multidisciplinaria. Factores como trastornos mentales, presión social, conflictos familiares, estrés académico constituyen significativamente al riesgo suicida en esta población vulnerable. Es esencial identificar precoz mente los signos

de alerta, promover estrategias de prevención y asegurar el acceso de servicios de salud mental eficaces y accesibles.

Numero	Concepto	Precio unitario	Número de unidades	Total
1	Luz	$250 mensual	4 meses	$1000
2	Internet	$350 mensual.	4 meses	$1400
3	Tablet	$7000	1	$7000
			TOTAL:	$9400

Numero	Cargo:	No. De personas:	Sueldo:	Total de horas:	Costo total:
1	Medico.	1	300	3	$900
1	Psicólogo/a	1	200	3	$600
TOTAL:		2	500	6	$3000

Vita:

La autora Hanna Abigail Lopez Merino nació en la ciudad de San Cristóbal de las casas, Chiapas, el 12 de abril del 2004. Concluyó sus estudios de educación básica en la escuela secundaria del estado de san Cristóbal de la casa, en donde obtuvo buenas calificaciones. Después concluyo satisfactoriamente sus estudios de nivel medio superior en el centro de bachillerato de Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (Conalep 171) en donde se graduó como técnica de enfermería general, al mismo tiempo que cursaba sus estudios de nivel medio superior. Y actualmente se encuentra cursando el 4to semestre de la carrera de medicina humana del campus UDS Comitán, Chiapas.

La autora María Fernanda Monjaraz Sosa nació en la ciudad de Comitán de Domínguez, Chiapas el 11 de julio de 2005. Concluyó sus estudios de educación secundaria del estado Comitán. Después concluyó satisfactoriamente sus estudios de nivel medio superior en la escuela preparatoria Comitán donde se egresó como química bióloga.

Actualmente se encentra cursando el 4º semestre de la carrera de medicina humana en la universidad del sureste, campus Comitán, Chiapas.