



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**
UNAN-MANAGUA

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO

**“IDEACIÓN SUICIDA EN LOS ESTUDIANTES DE I A V AÑO DE LA CARRERA
DE MEDICINA DE LA UNAN-MANAGUA, I SEMESTRE 2017”.**

Autores:

Br. Fernanda Taniuska Hernández López

Br. Bryan Javier Ruiz Hernández

Tutor Científico

Dr. Guillermo Gosebruch Icaza

Especialista en Psiquiatría

Master en Salud Pública

Tutor Metodológico

Dra. Silvia Bove

Especialista en Pediatría

Master en Epidemiología

Managua, 12 de Diciembre del 2018.

INDICE

- i. Agradecimiento**
- ii. Dedicatoria**
- iii. Opinión de los Tutores**
- iv. Resumen**

Capítulo I. Generalidades

1.1 Introducción.....	1
1.2 Antecedentes.....	2
1.3 Justificación.....	8
1.4 Problema.....	9
1.5 Objetivos.....	10
1.6 Marco Teórico.....	11

Capitulo II. Diseño Metodológico

2.1 Tipo de estudio.....	29
2.2 Universo.....	29
2.3 Muestra, con sus criterios de inclusión y exclusión.....	29
2.4 Técnicas y procedimientos.....	31
2.5 Plan de análisis.....	32
2.6 Enunciado de Variables.....	32
2.7 Operacionalizacion de variables.....	34
2.8 Plan de Tabulación.....	38
2.9 Aspectos Éticos.....	38

Capitulo III. Desarrollo

3.1 Resultados.....	39
3.2 Discusión.....	44
3.3 Conclusiones.....	51
3.4 Recomendaciones.....	52

Capítulo IV. Bibliografía

4.1 Básica.....53
4.2 De Consulta.....53

Capítulo IV. Anexos

4.1 Instrumento de Recolección de la Información.....58
4.2 Consentimiento Informado63
4.3 Cuadros y Gráficos.....64

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener unos de los anhelos más deseados.

A nuestros Padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años de la carrera de Medicina, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que hoy somos.

A nuestros Tutores, Dr. Guillermo Gosebruch Icaza y Dra. Silvia Bove por abrirnos las puertas y compartir sus conocimientos, los queremos infinito.

DEDICATORIA

A todas las personas, especialmente a estudiantes de medicina y personal de salud que presentan o presentaron conductas suicidas en algún momento de su vida. Dedicada a la prevención del suicidio en Nicaragua y a la salud mental.

OPINION DE LOS TUTORES

Cuando solicitaron ser tutores de este trabajo, nos alegramos ¿no siempre hay interés en los temas de salud mental! y cuando plantearon el tema: ***“IDEACIÓN SUICIDA EN LOS ESTUDIANTES DE I A V AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNAN-MANAGUA, I SEMESTRE 2017”***. Nos pareció mucho más interesante.

Presentado por: Bra. Fernanda Taniuska Hernández López y Br. Bryan Javier Ruiz Hernández.

Cuando se revisa los temas a investigar son pocos los que abordan la situación de la salud mental de las personas y mucho menos la de los estudiantes de Medicina, es un GRAN RETO.

En el estudio de la carrera de medicina, reconocen que hay mucho trabajo, bastantes horas de estudios, nuevas situaciones como los turnos nocturnos y sobre todo estar en contacto con muchas condiciones humanas difíciles que viven los pacientes, No deja de ser factores estresantes.

Los trastornos de la salud mental, que son causante en buena parte de días de vida perdido, sean estos laborales, o en su vida de desarrollo, nos parece importante conocer cuáles son las condiciones que están presentes en nuestros estudiantes de medicina, para generar prácticas de promoción de salud mental e intervenciones temprana , si así lo fuera necesario.

Es gusto poder compartir que otros profesionales, los resultados de esta investigación que dará pie seguramente a otras nuevas, conocer cuáles son los factores que afectan el buen funcionamiento de nuestros estudiantes y las razones que puedan estarlos llevando a tener ideas autodestructivas, que podrían incidir en su bajo rendimiento y peor aún en el abandono de la carrera y aliviar el sufrimiento personal o de las familias.

Managua, 12 de Diciembre del 2018

Dr. Guillermo Gosebruch Icaza

Médico Psiquiatra

Máster en Salud Pública

Dra. Silvia Bove Urbina

Médico Pediatra

Master en Epidemiología

RESUMEN

Introducción: Los estudiantes de Medicina forman parte de uno de los grupos con más alto riesgo de suicidio. **Objetivo:** Determinar la presencia de ideación suicida en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.

Diseño Metodológico: Se seleccionaron 154 estudiantes por muestreo estratificado por año académico. Se aplicó un instrumento para valorar el nivel de riesgo mediante una encuesta estructurada. El análisis estadístico incluyó descripción de variables, estimación de prevalencia para la población total y por año académico, análisis bivariados. **Resultados:** Se determinó la Ideación suicida mediante los reactivos 4 y 5 de la Escala de Beck donde se concluyó: Nueve estudiantes que corresponden al 12.3% tenían pensamientos activos de suicidio; el cual catorce de ellos (9%) dejaría la vida/muerte a la suerte y cinco estudiantes (3.2%) evitaría los pasos necesarios para salvarse. **Conclusión:** La prevalencia de ideación suicida fue de 12.3% en los estudiantes de medicina. **Recomendaciones:** Crear campañas de sensibilización, promoción de salud y prevención de enfermedades mentales. **Discusión:** La ideación suicida es un fenómeno de frecuente ocurrencia en estudiantes de Medicina. Es necesario que las Universidades establezcan programas de detección e intervención temprana que permitan disminuir la probabilidad de ocurrencia de desenlaces negativos.

Palabras clave: Ideación suicida; Suicidio; Intento de suicidio; Estudiantes de Medicina

1.1 INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud, establece que anualmente, más de 800, 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo (OMS, 2014). Nicaragua a través del Ministerio de salud tiene estimaciones epidemiológicas que demuestran que el suicidio se ha incrementado de manera impresionante en un 30% en los últimos 10 años considerándose como un problema de salud pública ya que fue una de las principales causas de muerte en 2013, en los grupos de 15 a 20 años y de 20 a 25 respectivamente (MINSAL, 2013).

Actualmente las principales fuentes de información para los países de la subregión han sido los trabajos publicados por OPS/OMS, RESSCAD y los datos suministrados por el Ministerio de Salud a través de los puntos focales o de sus páginas web (OPS, 2014). El Instituto de Medicina legal en su Anuario del año 2016 evidencia que la peritación tanatológica por circunscripciones según manera de muerte el 8% correspondían al suicidio, siendo el rango de edades más afectados de 23-59 años (Legal, Anuario Estadístico, 2016).

Como se menciona anteriormente el suicidio es una de las principales causas de mortalidad en el mundo, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes, creciente evidencia muestra que los médicos, en comparación con la población general, presentan mayor riesgo de muerte por suicidio, la formación de estos mismos implica la exposición a variables contextuales institucionales y académicas particulares, estos presentan mayor frecuencia de síntomas depresivos y ansiosos, trastornos del sueño, abuso de sustancias psicoactivas, agotamiento y lesiones autoinflingidas. (Asociación Colombiana de Psiquiatría , 2002)

Teniendo en consideración estos datos, es prioritario y necesario que la conducta suicida sea prevenida y atendida eficazmente, para lo cual conviene conocer y detectar aquellos signos más o menos evidentes de ideación suicida que puedan aparecer en la consultoría clínica. (Martí, 2013)

1.2 ANTECEDENTES

La palabra “suicidio” proviene de las palabras latinas *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar), término acuñado en 1642 por el médico y filósofo Thomas Browne para distinguir entre el homicidio de uno mismo y el cometido hacia otra persona. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio se define como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal.

Existen escasos estudios en países en vías de desarrollo en relación al tema del suicidio. La Organización Mundial de la Salud en el año 2000, reveló una prevalencia total de 80-100% de trastornos mentales en casos de suicidio logrado. Se estimó que el riesgo de suicidio en personas con trastornos del humor (principalmente depresión) es 6-15%; con alcoholismo, 7-15%; y con esquizofrenia 4-10% y que una proporción importante de las personas que cometen suicidio, muere sin haber consultado a un profesional en salud mental (OMS, 2000).

En cuanto a la vulnerabilidad psicológica al suicidio, una revisión en estudios empíricos se encontró que los siguientes trastornos han sido asociados con el suicidio completado: impulsividad/Agresión, depresión, ansiedad, desesperanza, y desvinculación social/autoconciencia (Conner, D. C. 2001).

En una encuesta dirigida a 1,455 estudiantes de cuatro universidades en los Estados Unidos sobre sus experiencias relacionadas con suicidio entre las razones que citaron con mayor frecuencia como contribuyentes a la ideación y conducta suicida fueron: la desesperanza (49%), sentimientos de soledad (47%), impotencia (37%), problemas de pareja (27%), depresión (26%), problemas económicos (26%) y problemas con los padres (20%). Se reportó que 9% de los estudiantes pensaron en suicidarse y 1% reportó que había intentado suicidarse estando en la universidad (Furr, M. W. 2001).

En Colombia, la Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría; realizó un estudio de tipo observacional, analítico y transversal en el cual se seleccionó una muestra probabilística de la población de estudio, a la cual se aplicó un instrumento para la medición del riesgo de suicidio y de las variables asociadas. La

prevalencia de ideación suicida actual fue 3,6 % y 18 % en el último año. Tanto la ideación como el antecedente de intento de suicidio fueron más frecuentes en estudiantes de género femenino. El antecedente de violación, permanecer más de ocho horas diarias solo y el género femenino, fueron los factores más fuertemente relacionados con la ideación suicida. En esta población no se observó relación entre ideación suicida y exposición al suicidio de otros. (José M. Calvo G., 2003)

En uno de los estudios más grandes que se han realizado sobre la salud de estudiantes universitarios, el *National College Health Assessment Survey* (NCHA), con una muestra de 15,977 estudiantes en los Estados Unidos, 9.5% de los encuestados reportó haber considerado seriamente intentar suicidarse y 1.5% indicó que había intentado suicidarse en el último año (Kisch, L. S. 2005).

Se realizó un estudio analítico retrospectivo de corte transversal del tipo caso control con el objetivo de caracterizar el funcionamiento familiar diferencial de los individuos que realizaron intentos suicida en un área de salud de la Habana Vieja, durante los meses de enero a mayo de 2005. La muestra estuvo conformada por 62 individuos y sus respectivas familias, 31 del grupo estudio e igual cantidad de controles. Se les aplicó la entrevista familiar semiestructurada circular, la prueba de funcionamiento familiar FF-SIL y se observaron sus interacciones familiares. Se encontró que el funcionamiento familiar (FF) en los individuos que realizaron intento suicida es predominantemente disfuncional, que las características diferenciales del funcionamiento familiar en las suicidas fueron la poca adaptabilidad (67,7 %), la baja cohesión (70,9 %), y la desarmonía (87,1 %) y que en las familias de los suicidas predominaron significativamente todos los factores familiares de riesgo esenciales que predisponen al suicidio. (Miranda, 2005)

Un estudio publicado por Huaquín y Loaiza realizado en la Universidad Austral de Chile, evaluó las exigencias académicas de las carreras relacionadas a la Salud y sus consecuencias estresantes, en la cual encontraron que los estudiantes de la carrera de medicina presentan una escala de exigencias académicas más elevadas esto relacionado a los niveles de estrés siendo valorado como moderadamente alto a diferencia de otras carreras. (Huaquin Mora, L.H 2005).

En otro estudio realizado con una muestra de 1,865 estudiantes, 24% había pensado en intentar suicidarse, 9% había amenazado con hacerlo y 5% lo había intentado. De este estudio se desprende que aproximadamente entre 9-24% de los/las estudiantes universitarios ha tenido ideación suicida y 1-5% lo ha intentado (Westefeld. 2005).

En un estudio acerca del Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de I a X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales (Colombia, 2009) se analizaron 234 estudiantes, en donde el 39.1% hombres y 60.9% mujeres, se evidenció un 34% de Burnout, con frecuencias máximas por componente agotamiento alto 42.3%, eficacia alta 39% y cinismo bajo 35.7%. Se encontró un 60.5% de ansiedad, 30.5% de depresión, 11.8% de riesgo suicida, y un promedio de 40% de acoso laboral. Las tres componentes del síndrome mostraron relación significativa con estrés de examen, ansiedad, depresión y acoso laboral. No se encontró relación con género, estado civil, y consumo de alcohol.

En otro estudio realizado en el 2010 acerca del Síndrome de Burnout en 245 estudiantes de la facultad de medicina de UMSS Cochabamba-Bolivia tomando en cuenta la escala de Maslach Burn-out Inventory. El SB se presentó en un 27% de los casos estudiados, con más frecuencia en el sexo femenino, 33% en una edad mayor al estándar, solo 7% en estudiantes cónyuges, 23% en tercer año. 4.15% tiene más años en un curso y el agotamiento emocional se presentó en el 68% de los casos.

En el año 2012 la Organización Mundial de la Salud en su Web oficial publicó el primer informe global en cuanto a la problemática suicida que se ha venido incrementando en estos últimos años siendo los aportes destacados en dicho artículo:

- ✓ Cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad “global” de 16 por 100, 000, o una muerte cada 40 segundos.
- ✓ En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y estas cifras no incluyen los intentos suicidas.

- ✓ Se estima que a nivel mundial el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4%.

En América Latina, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) publicó que en México para el año 2014 se registraron 6,337 suicidios, 98.1% de ellos (6,215) ocurrieron en ese mismo año; estos últimos representan 1% del total de muertes ocurridas y registradas en 2014, colocándose como la décimo quinta causa de muerte a nivel nacional, con una tasa de 5.2 decesos, lo que muestra un aumento respecto a la tasa de 2013, que fue de 4.9 muertes por cada 100 mil habitantes. (Geografía, I. N. 2016).

El suicidio en México es un fenómeno que presenta significativas diferencias por sexo, las cuales se han mantenido e incluso aumentado en el transcurso del tiempo; en 2014, la tasa de mortalidad masculina por esta causa fue de 8.5 y en mujeres de 2.0 por cada 100 mil, para ambos sexos, la tasa de 2014 resulta la tasa más alta de muertes por lesiones autoinflingidas desde el año 2000. (Geografía, I. N. 2016).

En NICARAGUA un estudio sobre el suicidio en seis departamentos, revisó entre otras variables “el lugar donde se produjo” cada suicidio y se vio que el 88,4% de los registros no tenía especificado el lugar del suceso, mientras que el 5,2% habían sido cometidos en la vivienda y el 3,1% en una institución residencial (prisión). Los métodos más utilizados para suicidarse fueron: el envenenamiento (60,9%), el ahorcamiento (30,6%), seguido del 7% por arma de fuego. (González, Wesseling. 2008)

Por otra lado, un estudio hospitalario en León, Nicaragua, sobre intentos de suicidios reportó que los métodos más usados fueron: 70% no-narcóticos/otras drogas (65.2% hombres y 73.1% mujeres), pesticidas el 19.1% (23.2% de hombres y 17.3% mujeres) objeto cortante el 3.1% (2.9% hombres y 3.2% mujeres) y otros métodos el 7.1% (8.75 hombres y 6.4% mujeres) Además, este mismo estudio reportó que el 46.5% de los intentos de suicidios registrados en el hospital habían estado en el periodo de los últimos 6 meses previos al intento en contacto con las unidades de salud. (Caldera, Herrera et al. 2004).

En Nicaragua las fuentes que más datos anuales suministran son el Ministerio de Salud y la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), pero los datos son muy diferenciados, dando tasas más altas el Ministerio de Salud (OPS, 2011)

El comportamiento suicida en los jóvenes es uno de los principales problemas de salud pública en países de bajos ingresos, se estima que cada año 70.000 jóvenes se quitan la vida y tal vez se cometen 40 veces más intentos de suicidio. Nicaragua tiene la mayor tasa de suicidios entre los jóvenes de todos los países de América Latina y Central (Obando Medina, C.M. 2011)

Obando Medina, C.M. (2011) En su publicación de un estudio transversal con 368 adolescentes de las escuelas públicas en León, Nicaragua utilizando instrumentos de auto-llenado (Auto Informe de jóvenes y las actitudes hacia el suicidio) los resultados arrojaron que entre los adolescentes la ideación suicida durante el último año era de 22,6%, planes de suicidio 10,3%, intentos de suicidio un 6,5%. Las adolescentes fueron significativamente más propensas a reportar pensamientos suicidas. El análisis multivariado mostró que el síndrome de ansiedad/depresión (YSR), el síndrome de quejas somáticas (YSR) y la exposición a intentos de suicidio o suicidio consumado de otras personas cercanas se asociaron significativamente con sus propias expresiones suicidas.

En un segundo artículo compara los datos del estudio anterior con los datos correspondientes de un estudio de 316 adolescentes en Cambodia con la misma metodología, conclusiones que demuestran que no hubo diferencias significativas en las serias expresiones suicidas (planes e intentos) entre los países, leves expresiones suicidas durante el año pasado fueron más comunes entre los jóvenes nicaragüenses. En general, los problemas de salud mental fueron más frecuentes en Cambodia, donde los adolescentes puntuaron significativamente más alto en casi todos los síndromes en comparación con los adolescentes de Nicaragua, excepto para el síndrome de apatía/depresión entre los adolescentes varones. El patrón de asociación entre los problemas de salud mental y planes suicidas/intentos difirieron entre los países. En Nicaragua, los ocho YSR-síndromes se asociaron significativamente con graves expresiones suicidas de ambos sexos en comparación con sólo un síndrome entre las adolescentes mujeres y dos síndromes entre los adolescentes varones en Cambodia. (Obando Medina, C.M. 2011).

Las condiciones estructurales como la pobreza o las familias monoparentales, junto con las expectativas de conducta social en el marco de la masculinidad hegemónica. Todos estos factores estuvieron involucrados para finalmente crear una sensación de fracaso e incapacidad para enfrentar la situación. Posteriormente hubo un aumento del uso de alcohol y drogas, así como la exposición a los intentos de suicidio y suicidio consumado entre los familiares y amigos los que actuaron como desencadenantes para el intento de suicidio de estos jóvenes. (Obando Medina, C.M. 2011).

Por último un estudio cualitativo basado en entrevista con 12 profesionales de atención primaria en salud considera que carecen de los conocimientos y competencias al ser abordados por los jóvenes con problemas de salud mental. Ideas erróneas acerca del suicidio fueron comunes. Sentirse frustrados es lo que les hizo hacer caso omiso a las señales de problemas de salud mental o incluso rechazar la búsqueda de ayuda de los jóvenes. En la práctica, una respuesta común de las profesiones de la salud es remitir al paciente a otro colega (Obando Medina, C.M. 2011).

En Nicaragua desde 1995 se ve según registros del MINSA un incremento progresivo del suicidio pasando de 4.84 suicidios por 100.000 habitantes a 13.21 suicidios por 100.000 habitantes en el año 2007. (OPS. 2011)

El instituto de Medicina legal-Nicaragua, en su Anuario del año 2017 publica las investigaciones sobre Peritación Tanatologica por circunscripciones según manera de muerte; para un total de 184 suicidios equivalente al 9%, siendo el grupo etario más vulnerable de 13-38 años (Instituto de Medicina Legal , 2017).

Es posible que existan más datos sobre la ideación suicida y el suicidio como tal en Nicaragua, pero muchos de los registros que se realizan no se publican en boletines fácilmente accesibles lo cual dificulta la generalización de los datos o el tener un cuadro más completo de su presencia en esta población.

1.3 JUSTIFICACION

La ideación suicida ha sido comparada con un iceberg de la cual se conoce únicamente lo que aflora a nivel público; es decir, los intentos de suicidio y los suicidios consumados. (OPS 2011).

El suicidio se puede producir a cualquier edad y en 2012 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo, siendo el principal factor de riesgo un intento previo de suicidio planteando un problema serio que aparenta ir en aumento (OMS, 2016).

De acuerdo con la OMS, para el año 2020 la depresión pasará a ser el problema número uno del mundo y causará el 3,4% de la carga global de enfermedad. En estrecha relación con este hecho, se espera que con el incremento de la depresión durante este periodo, los suicidios aumenten significativamente, de 593.000 en 1990 a 995.000 en el año 2020. (Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2002)

Se decide realizar esta investigación para determinar la ideación suicida en los jóvenes estudiantes universitarios considerados un grupo susceptibles y en los que se descuida la salud mental, tomando en cuenta que la carrera de medicina tiene la característica de ser competitiva y sometida a estrés, evaluándose este como una amenaza para el bienestar psicosocial del estudiante.

Se considera que esta investigación podría servir como marco de referencia para sensibilizar a la población estudiantil y autoridades académicas, reconociendo que el suicidio es un problema complejo de Salud Pública, y en el que los estudiantes de medicina y médicos son un grupo susceptible del cual se necesita que la Facultad de Ciencias Médicas UNAN-Managua realice intervenciones oportunas basadas en datos confiables que demuestren que los estudiantes de la carrera de medicina están presentando ideaciones suicidas y que muchas veces pasan desapercibidas por los mismos padres, amigos y docentes. Es de suma importancia tener un equipo que trabaje de manera multisectorial para poder llegar a esos estudiantes con ideaciones y poder intervenir oportunamente realizando un manejo adecuado y reconociendo que para lograr esto se necesita de una Normativa de Salud Mental del cual carece nuestro país.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aunque la decisión relativa al suicidio incumbe tanto a médicos como a autoridades judiciales; actualmente en Nicaragua no se cuenta con registros o datos estadísticos actualizados, lo que expresa una limitación de las investigaciones en relación al tema; el Departamento de psicología “Vida Estudiantil” de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua tienen sub registros de las diferentes consultas psicológicas a las acuden los estudiantes, pero no como estadísticas específicas de los casos consultados.

Por lo anterior descrito se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de ideación suicida en los estudiantes de I a V año de la Carrera de medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017?

1.5 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de ideación suicida en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.

ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de los estudiantes de I a V año de la carrera de Medicina de la UNAN-Managua
2. Identificar situaciones de riesgos en estudiantes de I a V año de la carrera de Medicina de la UNAN-Managua
3. Valorar la presencia de ideación suicida a través de la Escala de Ideación Suicida de BECK (SSI) en los estudiantes de I a V año de la carrera de Medicina de la UNAN-Managua.

1.6 MARCO TEÓRICO

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Ideación suicida: Desde una perspectiva cognitivo-conductual, cualquier persona que se plantee el suicidio experimenta pensamientos o ideas suicidas. La ideación suicida se define como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”. Además, en esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto autolesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte.

Conductas suicidas: Las conducta suicida incluye las siguientes categorías:

- a) Suicidio consumado. Es cuando la persona se quita la vida con intento consciente.
- b) Intento de suicidio. Tiene todos los elementos del suicidio completo. Sin embargo, aquí las personas sobreviven debido a las circunstancias, buscando el intento controlado.
- c) Gesto suicida: Consiste en un acto simbólico de suicidio, pero esto no constituye amenazas serias de muerte.
- d) Amenaza de suicidio: Incluye un decir o hacer algo indicando el deseo de autodestrucción.
- e) Ideación suicida: Consiste en tener pensamientos de fantasía acerca de la propia muerte.
- f) Muerte subliminal: Se trata de un juego escondido o rol inconsciente acerca de una muerte. Es decir traer uno mismo la muerte o estar uno mismo en un lugar y en una posición extremadamente vulnerable.

Intento suicida: El intento autodestructivo, también denominado tentativa de suicidio o parasuicidio es un comportamiento que significa una intención deliberada de provocarse la muerte. La diferencia que existe entre el suicidio consumado y el intento suicida, es que el intento no tiene como consecuencia la pérdida de la vida. El intento suicida, en el que no se produce daño físico, está relacionado con los instrumentos utilizados, los cuales no son tan

efectivos para llevar a cabo el propósito autodestructivo que la persona tenía en mente. (Marti, 2013)

La complejidad de este comportamiento en sus diversos procesos y su amplitud permiten observar los siguientes aspectos:

- a. Tentativa gravísima de suicidio: por su proceso y por la gravedad de las consecuencias es similar al suicidio, pero difiere en cuanto al resultado mortal en el acto. El individuo tiene idea de muerte, un profundo estado depresivo, prepara su comportamiento suicida, pero un elemento circunstancial evita su muerte. Sin embargo, la persona presenta gravísimas heridas físicas.
- b. Tentativa grave: Las armas o medios utilizados para llevar a cabo el comportamiento suicida no pueden provocar la muerte, ni lesiones de gravedad.
- c. Tentativa leve: En estos casos las armas o los medios elegidos resultan imposibles de provocar la muerte ocasionando lesiones leves.
- d. Tentativa sin daño: Son los casos en el que el medio elegido no puede producir ningún daño físico.

Representación suicida: Está constituida por imágenes mentales del suicidio de sí mismo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcar.

Amenaza suicida: Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

Gesto suicida: Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

Suicidio: Según el Diccionario de uso del Español de Moliner (1981, citado en Sarró, 1991) el suicidio es definido como “la acción de matarse así mismo”. Por lo tanto, suicidarse se define como “matarse voluntariamente a sí mismo”, y es precisamente la

voluntad o intención lo que hace que posteriormente se torne complicada la distinción del suicidio como causa de muerte.

Por su parte Pokorny (1986, citado en Villardón, 1993), de acuerdo a la nomenclatura y clasificación del National Institute of Mental Health, propone el término suicidio consumado para hacer referencia a la muerte por suicidio y conductas suicidas para los términos relacionados. Menciona tres categorías de conductas suicidas:

- a. Suicidio consumado
- b. Intento de suicidio
- c. Ideas suicidas.

También plantea que para poder conocer y calificar un acto suicida de una manera más objetiva, es necesario tener en cuenta aspectos tales como: certeza, letalidad, intención, circunstancias atenuantes y método lesivo.

TIPOS DE SUICIDIO

El suicidio frustrado: Es aquel acto suicida que, de no medir situaciones fortuitas, no esperadas, hubiera terminado en la muerte.

El suicidio accidental: El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto. También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal que se auto agrede sin propósito de morir, pero las complicaciones derivadas del acto le previa de la vida.

Suicidio intencional: Es cualquier lesión auto infligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. De todos los componentes del comportamiento suicida los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional.

Suicidio colectivo: La conducta autodestructiva la llevan a cabo varias personas a la vez. En este tipo de suicidio lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes.

Suicidio racional: Una persona que tras una larga enfermedad por ejemplo incapacitante, llega a la conclusión de que lo mejor que puede hacer es suicidarse.

Suicidio consumado: Conducta autodestructiva y auto infringido que acaba con la muerte de la persona que lo lleva a cabo.

Suicidio por contagio: Es la imitación de la conducta suicida se puede producir cuando se informa a una persona de que alguien de su entorno (familiares, amigos, compañeros de trabajo) se suicida o al menos lo intenta. Si esta persona se encuentra en una situación inestable o difícil, ese suceso puede facilitar, por imitación, que también se intente suicidar. Por otro lado, la manera en que los medios de comunicación tratan el suicidio puede favorecer un “efecto contagio”. Así la información sobre el suicidio con muchos detalles, dar la noticia de forma sensacionalista o cuando el suicidio se aborda con admiración puede favorecer la aparición de conductas de imitación. (Gabriel Vargas Cuadro, Claudia Fernanda Vásquez Arango, Gloria María Soto Marín, Liliana María Ramírez Jaramillo, 2015).

FUNCIONAMIENTO DE LA IDEACION SUICIDA

Las causas de la ideación suicida son múltiples y dependen de la perspectiva de análisis de que se parta (cultural, social, psicológico y biológico, entre otros). Todas estas perspectivas merecen especial consideración por separado a la hora de analizar los factores que influyen en el proceso de generación de ideación suicida. No obstante, no existe ninguna teoría que explique el suicidio o la ideación suicida de una forma completa y probablemente no existan unas mismas causas en todos los individuos sino que son particulares a la historia de cada persona.

La ideación persistente supone un factor de riesgo en cuanto que facilita el llevar a cabo comportamientos finalmente lesivos y en algunos casos la propia muerte. En este sentido,

determinadas creencias y pensamientos automáticos se activan cuando el individuo se expone a un evento estresante, influenciados por la combinación de predisponentes biológicos y de aprendizaje, así como historia de la persona. Estas creencias y pensamientos cuando son disfuncionales pueden provocar emociones y comportamientos en algunos casos relacionados con el riesgo de suicidio. (Marti, 2013)

TEORÍAS PSIQUIÁTRICAS

Desde la perspectiva psiquiátrica, el suicidio se ha considerado desde dos orientaciones:

- a) **Orientación Psiquiátrica Clásica:** Esta orientación se ha basado en la idea de suicidio como consecuencia de una enfermedad mental, es decir que el individuo se suicida porque está enfermo.
- b) **Orientación Epidemiológica:** Esta perspectiva, trata de unir aspectos individuales con aspectos sociales. Los estudios epidemiológicos del suicidio, se han convertido en un enfoque de investigación de suicidio bastante común. Este tipo de estudios se centra en la identificación de grupos de riesgo y de las características del mismo. La probabilidad de que se manifieste una conducta suicida está determinada por el factor o el conjunto de factores de riesgo. Entre los factores considerados para la identificación de los grupos de riesgo, se distinguen las variables sociodemográficas, psicopatológicas y sociales. (Ramirez, 2006)

TEORÍA SOCIOLÓGICA

La concepción paradigmática de las teorías sociológicas parte de la obra del sociólogo francés Emile Durkheim (1858-1917), que desde la publicación de su libro “El Suicidio” en 1897 se ha colocado como punto de referencia de las investigaciones sociológicas del suicidio.

Dentro de sus teorías acerca de la integración social, Durkheim (1897) se apoya principalmente en la cuestión de las necesidades emocionales y mentales. Plantea que el hombre como ser esencialmente social, tiene la necesidad de pertenecer a algo fuera de sí

mismo, es decir a una comunidad, por lo que debe asumir las reglas y normas de ésta y sentirse parte de un grupo integrado.

TEORÍAS PSICOANALÍTICAS

Para **Freud**, en sus obras *Duelo y Melancolía* (1917) y *Más allá del principio del placer* (1920) la actividad autodestructiva emerge cuando el funcionamiento del elemento neutralizante del amor es complejo o ineficaz. En una persona que se suicida, el impulso destructivo de repente desborda sus límites, asalta el poder y pone fin inmediato a la existencia del individuo.

Al observar a los pacientes deprimidos; a Freud, le llamó la atención el hecho de que la depresión incluye un sentimiento de ira contra alguna otra persona que se vuelve en contra del propio paciente, y así, llegó a la conclusión de que el suicidio debe ser la última forma de este fenómeno y que no hay suicidio sin el deseo implícito de matar a otra persona.

Asimismo enfatizó que la melancolía y el suicidio subsecuentes son a menudo el resultado de la agresión dirigida, por lo menos parcialmente hacia el objeto amado introyectado, que es con el que se había identificado el sujeto en las primeras etapas. Posteriormente estableció al suicidio, como una manifestación extrema del componente activo del instinto de muerte dirigido contra sí mismo.

Por su parte, **Menninger** en su obra “*El hombre contra sí mismo*” (1938) menciona que el impulso hostil en la idea de suicidio está integrada por tres aspectos: 1) el deseo de muerte, que implica la idea de Freud de agresividad y destructividad dirigida hacia el interior, realizando un asesinato, esto significa más que nada tranquilidad, anulación de tensiones, satisfacer el deseo de ser pasivo y dormir; 2) el deseo de estar muerto, se refiere a un deseo de ser castigado o de sufrir, que ocurre como resultado de los sentimientos de culpa y de la conciencia real o imaginaria de transgresión de varias clases. Dichas transgresiones pueden incluir la noción de Freud de deseos de muerte dirigidos hacia otros como a los padres; y 3) el deseo de morir, que explica mejor la manifestación del instinto de muerte que es más poderoso que el instinto de vida y pone fin a la existencia de la persona.

TEORÍAS PSICOLÓGICAS

La orientación psicológica ha explicado la conducta suicida por medio del enfoque fenomenológico. Shneidman (1988, citado en Villardón, 1993), quien es el principal exponente de este enfoque, sugiere dos conceptos para explicar la ocurrencia de la conducta suicida al igual que rasgos comunes de los individuos suicidas.

Dicho autor, propuso el modelo cúbico que representa 3 componentes del suicidio:

- a. Presión, se refiere a los eventos de la vida que son importantes para el individuo y que influyen en sus pensamientos, conducta y sentimientos; siendo tanto como positivas y negativas las presiones en su vida, sin embargo son solo las negativas las que predisponen al suicidio
- b. Pena, se refiere a un castigo psicológico, que es resultado de una frustración de necesidad psicológica
- c. Perturbación, que es el grado de trastorno en el que se encuentra la persona.

Otro enfoque psicológico es la Teoría Cognoscitiva, y su principal exponente es Beck (1983, citado en Ros, 1998) quien en su obra Terapia Cognitiva de la depresión expone que toda la sintomatología depresiva va surgiendo progresivamente de los patrones cognitivos negativos distorsionados a través de la Tríada Cognitiva, que está compuesta por:

- Visión negativa de sí mismo,
- Tendencia a interpretar las experiencias de una forma negativa
- Visión negativa acerca del mundo.

Asimismo, Beck plantea que la ideación suicida es como una expresión extrema de un deseo por huir de los problemas, situaciones o eventos que no se pueden soportar. También menciona, que las personas con sintomatología depresiva se ven como una carga inútil, y esto les genera la idea de que la situación se mejorará si ellos estuvieran muertos. Al respecto, plantea que las ideas suicidas surgen cuando la persona percibe su situación como intolerable.

Otro exponente de las Teorías Cognoscitivas es Sugiyama (1984, citado en Díaz del Guante, et al, 1994), quien establece tres tipos de suicidios, según las motivaciones subyacentes:

- a. Necesidad de Comunicación: de acuerdo con Sugiyama (1984), las personas recurren al suicidio para restaurar un canal de comunicación que está bloqueado
- b. Necesidad de Cohesión Social: Deitz (1988, citado en Díaz del Guante et al, 1994) describe las circunstancias de la personalidad presuicida. Las personas reaccionan a los desengaños amorosos con estados depresivos; su experiencia amorosa representa la gratificación sexual y el fortalecimiento de su yo. Sugiyama (1984) amplía la explicación, relacionando al suicidio con el valor de pertenencia, especialmente con la cohesión interpersonal basada en la lealtad, aprecio, amor eterno o amistad verdadera.
- c. Necesidad de Mantenimiento del Status: la tercera causa de suicidio es cuando éste se comete por la identificación compulsiva con el estatus o función que desempeña o aspira. También el fracaso o error anticipado puede inducir ansiedad suicida.

TEORÍA PSICOSOCIAL DEL ESTRÉS

Existe una amplia gama de diferencias individuales en lo que respecta al nivel otorgado a la vulnerabilidad de los acontecimientos. Por tal motivo, Lazarus y Folkman (1986) plantearon que aún ante acontecimientos estresantes extremos medios o ante los estresantes vitales más ordinarios, la vulnerabilidad de las respuestas es muy grande, ya que lo que puede ser estresante para una persona en un momento dado, no lo es para otro. Asimismo, consideraron que no es posible definir al estrés solo en función de las condiciones ambientales, sin tomar en cuenta las características individuales.

FACTORES DE RIESGOS

La ideación suicida como etapa inicial del suicidio es un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado en donde intervienen factores psicológicos, sociales (contextuales) y biológicos. Además, es preciso considerar que estos factores de riesgo de suicidio se influyen recíprocamente, por lo que la identificación de dichos factores y su relación con el

comportamiento suicida mortal y no mortal son elementos esenciales en la prevención del suicidio. (Juan Carlos Sánchez-Sosa, María Elena Villarreal-González, Gonzalo Musitu y Belen Martínez Ferrer, 2010)

SOCIODEMOGRAFICOS

Edad: La tasa de suicidio aumenta con las edades, lo cual señala la importancia de las crisis de la mediana edad. Entre los hombres, el pico más alto de suicidio ocurre después de los 45 años, en las mujeres, el mayor número de suicidio consumado tiene lugar después de los 55. Los intentos de suicidio son menos frecuentes en los ancianos que en los jóvenes, aunque también suelen llegar al suicidio consumado. Los suicidios de los ancianos constituyen el 25% del total, aunque ellos sólo componen 10% de la población. La tasa de suicidio en los mayores de 70 años supera más de 3 veces la de los jóvenes.

Pero la tasa de suicidio está aumentando más rápidamente entre los jóvenes sobre todo en los varones con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años. La tasa del suicidio en las mujeres del mismo grupo de edades crece en menor proporción que la de los hombres con edades 25 a 34 años, la tasa de suicidio aumento casi un 30% respecto a la década anterior

Sexo: Los hombres consuman el suicidio con una frecuencia tres veces mayor que las mujeres, valor que se mantiene constante en todas las edades. Sin embargo, las mujeres lo intentan cuatro veces más que los hombres. China es el único país en el cual los suicidios femeninos sobrepasan en número a los masculinos en áreas rurales y son aproximadamente iguales a los suicidios masculinos en áreas urbanas (OMS 2000)

Raza: Dos de cada tres suicidas son varones blanco. La tasa de suicidio entre blancos es casi el doble que la demás grupo; sin embargo, ahora estas cifras son cuestionables. La tasas de suicidio en los varones blancos (19.6 por 100.000) es 1.6 veces mayor que la de los varones negro (12.5) cuatros veces mayor que la de la mujeres blancas (4.8) y 8.2 veces mujeres negras (2.4). Entre los jóvenes que viven en "ghettos" marginales y determinados grupos autóctonos americanos e indios de Alaska, la tasa de suicidio ha superado enormemente a la nacional. Al suicidio entre inmigrantes es más elevado que la población nativa.

Lugar de residencia: Los intentos de suicidios son más frecuentes en zonas urbanas que rurales. En estas últimas la letalidad tiende a ser mayor por el menor acceso a Servicios de Salud (Harris 2011) y uso masivo (por motivos de trabajo), de armas de fuego. En definitiva, se registran menos como intentos fallidos de suicidio pues tienden a ser más letales sus procedimientos.

Religión: Históricamente, la tasa de suicidio de la población católica era menor que la de los protestante y jubilado. La persona con ideas suicidas busca según sus creencias oraciones, el consuelo y el apoyo emocional por parte de la iglesia.

Estado civil: El matrimonio, reforzado por hijos, parece disminuir el riesgo de suicidio. Entre los casados, la tasa de suicidio es del 11 por 100.000. Los que permanecen solteros (entre ellos, quienes estuvieron casados previamente) registran una tasa de casi el doble de suicidio. Sin embargo, las personas anteriormente casadas muestran una tasa claramente mayor que las de las personas que nunca sean casado: 24 por 100.000 para los viudos y 40 por 100.000 en los divorciados (con un 6 por 100.000 para los varones y un 18 por 100.000 para las mujeres divorciadas). Quienes comentan los llamadas suicidios de aniversarios que se quitan la vida el mismo día en que lo hizo un miembro de su familia.

Ocupación: Cuanta más alta es la extracción social de la persona, mayor es el riesgo de suicidio, pero el haber descendido en la escala social también aumenta el riesgo. El trabajo en general protege contra el suicidio. Entre las categorías ocupacionales, los profesionales liberales particularmente los médicos han sido considerados los de mayor riesgo de suicidio, pero en los estudios más recientes no se han encontrado una tasa de suicido mayor para los médicos varones en Estados Unidos. Su tasa anual de suicidio es aproximadamente 36 por 100.000, la misma que los hombres blancos mayores de 25 años. Por el contrario, los datos más recientes de Escandinava y el Reino Unido muestran que la tasa de suicidio para los médicos varones es de 2 a 3 veces la que se encuentra en la población masculina de la misma edad.

Los estudios coinciden en que las mujeres médicas tienen un riesgo más alto de suicidio que otras mujeres. En Estados Unidos, la tasa anual de suicidio para los médicos es de 41 por 100.000 aproximadamente, comparada con la de 12 por 100.000 en el total de las

mujeres blancas mayores de 25 años. De forma similar en Inglaterra y en Gales la tasa de suicidio para mujeres médicos solteras es de 2.5 veces mayor que la misma en población general, aunque es comparable a la de otros grupos de mujeres profesionales.

Los estudios demuestran que los médicos que se suicidan tienen un trastorno mental. Los trastornos mentales más frecuentes entre los médicos y en los médicos suicidas son los trastornos depresivos y la dependencia de sustancias. A menudo, un médico que lleva a cabo un suicidio ha experimentado recientemente dificultades profesionales, personales o familiares. Tanto los hombres como las mujeres médico cometen el suicidio por sobredosis de sustancias con más frecuencia y mucho menos con armas de fuego de lo que lo hace la población en general; la disponibilidad de los fármacos y los conocimientos acerca de la toxicidad son factores importantes en los suicidios de los médicos. Algunos indicios prueban que las mujeres médicos tienen un riesgo inusualmente alto durante su vida de sufrir trastornos del ánimo, lo cual puede ser el mayor determinante del elevado riesgo de suicidio.

Entre los médicos, se considera que los psiquiatras tienen el riesgo más alto de suicidio seguido de por oftalmólogos y anestesiólogos, pero la tendencia es la igualdad entre las especialidades. Otros grupos de población con especial riesgo son los músicos, dentistas, oficiales encargados de hacer cumplir la ley, abogados y agentes de seguros. Hay más suicidio entre los desempleados que entre los que tienen trabajo. La tasa de suicidio aumentan durante las recesiones económicas y disminuye cuando hay mucho empleo y durante las guerras.

Carga académica: El rendimiento académico es una variable que se relaciona con la aparición de ideas suicidas. La mayoría de los estudios se ha realizado con estudiantes de medicina. Uno de ellos, la encuesta realizada por DAHLIN y Colaboradores (2005) a 342 estudiantes de la facultad de medicina del Instituto Karolinska, mostró que los estudiantes de primer año tenían sobrecarga académica constituyéndose en un estresor muy importante, los estudiantes de tercer año tenían preocupaciones acerca de su futuro en términos de competencias y capacidad de afrontamiento y rendimiento académico en el corto plazo, los

estudiantes de sexto año presentan índices mayores de ansiedad comparados con los dos grupos anteriores, y se quejaron de la falta de un clima organizacional adecuado.

SITUACIONES DE RIESGOS

Hacinamiento: El hacinamiento refiere a la relación entre el número de personas en una vivienda o casa y el espacio o número de cuartos disponibles. Dado que el acceso de los pobres a los recursos es limitado, las instalaciones de vivienda que ocupan tienden a ser menos apropiadas que aquellas disponibles para las personas no pobres. En general, esto se refiere a la ubicación, la infraestructura, equipamientos y servicios colectivos y de la vivienda. La idea del hacinamiento depende de un juicio normativo acerca de los niveles apropiados de ocupación, densidad y privacidad. Las normas que se aplican varían considerablemente entre sociedades diferentes. . (Paul Spicker, Sonia Alvarez Leguizamon, David Gordon , 2005)

Familia Disfuncional: El clima emocional en el cual convive la persona con ideación suicida es importante. Un hogar roto, con discusiones y peleas frecuentes entre los padres, el maltrato físico o el psicológico en forma de rechazo manifiesto, humillaciones y vejaciones, o un hogar sin normas de conductas coherentes con el papel de cada miembro de la familia, pueden ser un caldo de cultivo para la realización de un acto suicida.

Abuso de alcohol: La dependencia del alcohol es una enfermedad del cerebro recidivante y progresivo, y con un riesgo elevado de cronificación, el alcohol es tóxico; y beber en exceso aumenta el riesgo de presentar más de 60 enfermedades distintas, esta también asociada a un coste social importante, debido a la violencia, la pérdida de productividad y los costes sanitarios. (OMS, 2004)

SINTOMATOLOGIA DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA:

Signos

- Estrés.
- Depresión.
- Cambios de estados de ánimos constantemente.

Cambios físicos

- Falta de energía.
- Desequilibrio en el sueño- dormir demasiado o demasiado poco.
- Falta de apetito.
- Aumento o pérdida repentino de peso.
- Aumento en las enfermedades sin importancia.
- Cambio en el interés sexual.
- Cambio repentino en la apariencia.

Pensamientos y emociones

- Pensamientos hacia el suicidio.
- Soledad – Falta de apoyo de la familia, amigos y doctores.
- Profunda tristeza o culpabilidad por las bajas notas.
- Incapacidad de enfocarse durante las clases, evaluaciones.
- Inasistencia a salas hospitalarias, turnos, poco comunicativo, desinteresado por el paciente.

VALORACION DEL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

La evaluación mediante instrumentos estandarizados complementan la información obtenida mediante la entrevista y son fáciles de administrar, proporcionando datos relevantes rápidamente. Algunos instrumentos útiles relacionados con suicidio son:

- La Escala de Desesperanza de Beck (BHS) (Beck y cols, 1974)
- Escala de Evaluación del Suicidio (SUAS) (Niméus, Alsén y Träskman-Bendz, 2001)
- The Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) (Montgomery y Åsberg, 1979)
- Escala de Intención Suicida (SIS) (Beck, Kovacs y Weissman, 1979)
- Sad Person Scale

- La Escala de Riesgo Suicida (Plutchik,1989)

ESCALA DE IDEACION SUICIDA DE BECK (SSI): Es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. Es una escala de 19 ítems en forma de una entrevista semiestructurada, dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a:

- Deseo de Vivir
- Deseo de Morir
- Razones para vivir/morir
- Deseo de intentar activamente el suicidio
- Deseos pasivos del suicidio
- Dimensión temporal (duración de la ideación / deseo suicida)
- Dimensión temporal (Frecuencia del suicidio)
- Actitud hacia la ideación / deseo
- Control sobre la actividad suicida / deseo de acting out
- Disuasivos para un intento activo (Familia, religión, irreversibilidad)
- Razones para el intento contemplado
- Método (especificidad/ planificación del intento contemplado)
- Método (accesibilidad/ oportunidad para el intento contemplado)
- Sentido de capacidad para llevar adelante el intento
- Expectativa/ espera del intento actual
- Preparación actual para el intento contemplado
- Nota suicida
- Actos finales en anticipación de la muerte
- Engaño / encubrimiento del intento contemplado

Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).

Los diferentes ítems se hallan distribuidos en 4 apartados:

- Actitud hacia la vida y la muerte (ítems 1 a 5).
- Características de la ideación o del deseo de muerte (ítems 6 a 11).
- Características del intento planeado (ítems 12 a 15).
- Actualización de la tentativa (ítems 16 a 19).

Proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida, la puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 38. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad. Si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de ‘intentar suicidarse’” y (5) “Intento pasivo de suicidar– se”, es “0”, se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista, codificando como: “No aplicable”. En caso contrario, se sigue aplicando (Beck y cols., 1978)

APGAR FAMILIAR: Los instrumentos de atención integral a la familia ofrecen una apreciación gráfica y esquemática de la familia y sus relaciones, permite desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico, son un elemento importante de diagnóstico para el médico familiar. Promueven el interés o expresión de sentimientos entre el informante que es el paciente y el profesional de salud, permitiendo la comprensión del entorno y el contexto de su familia para buscar el mejor modo de ayuda que se puede brindar a la persona como un todo. Permite identificar en qué medida la familia cumple con sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando la funcionalidad familiar en el proceso salud-enfermedad, por lo que representan elementos indispensables en la práctica ambulatoria del primer nivel y en la atención primaria de salud en general. Los instrumentos que el médico familiar tiene a su disposición son amplios, debiendo ser usados según la necesidad del paciente y el ambiente que el especialista detecte en la consulta cotidiana. Dentro de los instrumentos más usados tenemos al: APGAR familiar, Genograma, Ecomapa y la Ficha familiar.

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los

niños ya que es aplicable a la población infantil. El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta.

Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos. Este test fue denominado «APGAR familiar» por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación de recién nacidos propuesto por la doctora Virginia Apgar, y porque denota una evaluación rápida y de fácil aplicación. El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

COMPONENTES DEL APGAR FAMILIAR: Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia. Esto es:

ADAPTACIÓN: es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis

PARTICIPACIÓN: o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

GRADIENTE DE RECURSOS: es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

AFECTIVIDAD: es la relación de cariño-amor que existe entre los miembros de la familia.

RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA: es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 2 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos). Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente. Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción. (Dr. Miguel A. Suarez Cuba, 2014)

CUESTIONARIO CAGE: El cuestionario CAGE fue originalmente desarrollado por Ewing y Rouse en 1968 para detectar bebedores rutinarios. En 1974, Mayfield publicó el primer estudio de validación y posteriormente su fiabilidad y validez ha sido bien documentada en diferentes medios (hospital, otras áreas clínicas) y poblaciones. Representa, por tanto, un método eficaz de screening en el abuso de alcohol. Según el número de respuestas afirmativas, en general se considera que cuanto mayor es, mayor será también la dependencia. De este modo: • 0-1 Bebedor social • 2 Consumo de riesgo. Sensibilidad >85% y especificidad alrededor del 90% para el diagnóstico de abuso/dependencia • 3 Consumo perjudicial • 4 Dependencia alcohólica. (Adalberto Campo-Arias, 2009)

INTERVENCIONES

El primer objetivo si se confirma la presencia de ideación suicida y cierto nivel de riesgo es asegurar la supervivencia del paciente y prevenir que tales pensamientos se materialicen en una conducta autolesiva o intento de suicidio. Esto implica reducir la posible impulsividad en la acción suicida.

Pasos para el control del riesgo de suicidio y reducción de la ideación:

- 1) Desarrollar e implementar un plan para reducir el riesgo y/o proteger a la persona si es necesario
- 2) Empezar a tratar con el paciente problemas subyacentes a la ideación suicida cuando esté preparado.

Cabe tener en cuenta que cuanto mayor sea el riesgo, mayor es la necesidad de involucrar a otros profesionales y personas cercanas. En los casos que sea conveniente, se le ha de plantear y facilitar el contacto con otras personas y comentarles su situación (familiares, pareja, amigo, vecino), de forma controlada y asegurándole buen feedback, ya que en la medida que aumentemos la posibilidad de expresar su estado emocional puede reducirse desesperanza y aislamiento y recibir una visión más realista y ajustada de la situación, de él mismo y sus circunstancias, así como protección, cuidado y afecto. (Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Madrid, España 2013.)

DISEÑO METODOLOGICO

2.1 Tipo de Estudio

Descriptivo de corte transversal.

2.2 Universo

El universo fue conformado por 1,280 estudiantes de I a V año de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-Managua, I Semestre 2017.

2.3 Muestra, con sus criterios de inclusión y exclusión

Se seleccionó una muestra probabilística a través del programa EpiInfo versión 3.4.3, el tipo de muestreo fue estratificado por año académico, con un intervalo de confianza del 95%, un valor de p de 5%. Por cada estrato de año académico se seleccionaron los individuos a incluirse en el estudio a través de un muestreo aleatorio sistemático por cada tres estudiantes en lista oficial, con razón de proporción (n/N) de 0.1203.

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita f_{cp})(N):	1280
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	13%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/--%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo- $EDFF$):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	154
80%	71
90%	112
97%	183
99%	244
99.9%	355
99.99%	447

El tamaño de la muestra (n) resultante es de 154 estudiantes de I a V año, distribuyéndose de la siguiente manera.

AÑO ACADEMICO	UNIVERSO	MUESTRA
I	300	36
II	311	37
III	314	38
IV	196	24
V	159	19
TOTAL	1280	154

Criterios de Inclusión

- Estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-Managua.
- Estudiantes activos de I a V año.
- Aceptación libre y voluntariamente de la ficha de recolección.

Criterios de Exclusión

- Estudiantes de otras carreras del Recinto Universitario Rubén Darío de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Estudiantes inactivos de I a V año de la carrera de Medicina, del Recinto Universitario Rubén Darío de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Estudiantes que no acepten voluntariamente la realización de la ficha de recolección de información.
- Estudiantes de IV y V año de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua de las distintas Facultades Regionales Multidisciplinarias (Carazo, Matagalpa, Chontales, Estelí).

2.4 Técnicas y Procedimientos

- Se elaboró una carta de solicitud dirigida a secretaría académica de la Facultad de Ciencias Médicas para tener acceso al registro de la matrícula estudiantil del I semestre 2017 de la carrera de Medicina y de esta manera determinar la población inscrita y activa de I a V año; de igual forma la autorización para la aplicación del estudio, la cual fue aprobada, obteniendo los datos necesarios para definir el universo y la muestra por estrato de año académico y posterior proceder a la recolección de datos.
- Para el instrumento de recolección de información se elaboró una encuesta estructurada, diseñada con las variables de interés del estudio, que fueron agrupadas en 3 acápite:
 1. Características sociodemográficas.
 2. Situaciones de riesgos: Apgar familiar para funcionabilidad familiar, Escala Cage para consumo de alcohol y preguntas directas para el hacinamiento.
 3. Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)
- Se realizó la validación del instrumento al azar con 10 estudiantes de los diferentes años académicos.
- Para la aplicación del instrumento de recolección de datos se aprovechó el tiempo libre de los estudiantes al igual que el tiempo previo a sus asignaturas solicitando la autorización y apoyo de los docentes. Se utilizaron los listados oficiales aplicando muestreo aleatorio sistemático por cada 3 estudiantes.
- Previo al llenado del instrumento se explicó a los estudiantes el objetivo del estudio, acápite, forma de llenado y la importancia de la sinceridad en la información que brindaron para obtener resultados confiables.
- Al momento del llenado el equipo responsable de recolectar la información estuvo en el área de aplicación de la encuesta respondiendo cualquier duda que tuvieron los entrevistados y posterior se colocaron por ellos mismos en una caja que garantizó el anonimato en el llenado de las encuestas las cuales fueron codificadas con el fin de captar los estudiantes con ideación suicida.

- Una vez recolectados se procedió a revisar las fichas de recolección de datos y se seleccionaron aquellos que contenían toda la información completa de tal manera que facilitaron su digitación y análisis.

2.5 Plan de Análisis

- Los datos obtenidos fueron digitados en una base de datos previamente diseñada en el programa SPSS versión 24, se aplicaron los algoritmos diseñados para el obtener el puntaje de cada una de las escalas y se realizó el análisis descriptivo de cada una de las variables al igual que análisis bivariados de las variables dependientes. Los datos se expresaron como promedios y desviación estándar para las variables continuas y en porcentaje para las variables nominales.
- A partir del instrumento de recolección de datos previamente diseñado en el programa SSPS 24 se elaboraron tablas de salida y gráficos de las variables de mayor relevancia.
- Una vez procesada la información se analizó comparándose los resultados obtenidos a partir del instrumento de recolección de datos identificando coincidencias y desacuerdos según otras bibliografías. Además se utilizaron los programas Microsoft Word y Power Points para presentar el informe final.
- Se determinaron las conclusiones a partir de datos relevantes, hallazgos accidentales coincidencias y desacuerdos en base a los objetivos planteados. Las recomendaciones se establecieron de manera general a específico dentro de lo que se identificó pertinente en el estudio.

2.6 Enunciado de Variables

Para el Objetivo N° 1 Describir las características socio-demográficas de los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua.

- Edad
- Sexo
- Procedencia

- Religión
- Año académico cursando
- Estado civil
- Con quien habita

Para el Objetivo N°2 Identificar situaciones de riesgos en estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN- Managua.

- Funcionabilidad Familiar
- Consumo de alcohol
- Hacinamiento

Para el Objetivo N°3 Valorar la presencia de ideación suicida a través de la escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) en los estudiantes de I a V año de la carrera de Medicina de la UNAN-Managua.

- Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)
- Ideación suicida

2.7 Operacionalización de Variables

OBJETIVO N°1			
Identificar las características socio-demográficas de los estudiantes de I a V año de la Carrera de medicina de la UNAN-Managua.			
VARIABLE	CONCEPTO OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Edad	Es el tiempo que una persona ha vivido a partir de su nacimiento.	Años	16-20 21- 25 >25
Sexo	Son características naturales o biológicas y fisiológicas, de la división del género humano en dos grupos: hombre o mujer.	Fenotipo	Masculino Femenino
Procedencia	Lugar de donde procede una persona, alguien o algo	Área	Urbano Rural
Religión	Es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Religión	Católico Evangélico Testigo de Jehová Otros.
Año académico	Año académico cursado en la actualidad.	Nivel académico.	I año II año III año IV año V año
Estado civil	Relación en que se encuentra una persona en relación a la sociedad de acuerdo a las leyes.	Estado civil	Soltero Casado Acompañado Separado Divorciado
Con quien habita	Persona con quien vive el estudiante.	Persona	Familia Amigo Becado Interno Solo

OBJETIVO N°2				
Identificar situaciones de riesgos en estudiantes de I a V año de la carrera de medicina de la UNAN- Managua				
VARIABLE	CONCEPTO OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Funcionabilidad familiar	Conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confiere identidad propia.	APGAR FAMILIAR	Respuesta del paciente	Familia Funcional Familia moderadamente disfuncional Familia con grave disfunción
Consumo de alcohol	Persona que consume o ha consumido de manera habitual o esporádica bebidas alcohólicas.	CUESTIONARIO CAGE	Respuesta del paciente	No aplica Bebedor social Consumo de riesgo Consumo perjudicial Dependencia alcohólica
Hacinamiento	Vivienda con más de 3 personas por dormitorio	Número de personas	Respuesta del paciente	Menos de 3 Más de 3

OBJETIVO N°3				
Determinar la ideación suicida a través de la escala de Ideación Suicida de BECK (SSI) en los estudiantes de I a V año de la carrera de Medicina de la UNAN-Managua.				
VARIABLE	CONCEPTO OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)	Constructivo teórico de la ideación suicida definido por Beck 1979 como los deseos y planes para cometer suicidio sin haber realizado un intento de suicidio recientemente	Deseo de vivir	Respuesta del paciente	Moderado a fuerte Débil Ninguno
		Deseo de morir	Respuesta del paciente	Ninguno Débil Moderado o fuerte
		Razones para vivir/morir	Respuesta del paciente	Vivir vale más que morir Aproximadamente iguales Morir vale más que vivir

OBJETIVO N°3

Determinar la ideación suicida a través de la escala de Ideación Suicida de BECK (SSI) en los estudiantes de I a V año de la carrera de Medicina de la UNAN-Managua.

Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)	Constructivo teórico de la ideación suicida definido por Beck 1979 como los deseos y planes para cometer suicidio sin haber realizado un intento de suicidio recientemente	Deseo de intento activo de suicidio	Respuesta del paciente	Ninguno Débil Moderado a fuerte
		Deseo pasivo de suicidio	Respuesta del paciente	Con precauciones para salvaguardar su vida Puede dejar de vivir Puedo evitar las etapas necesarias para seguir con vida
		Duración de la ideación suicida	Respuesta del paciente	Breve Amplios periodos Continuo
		Frecuencia del suicidio	Respuesta del paciente	Raro/Ocasional Intermitente Persistente
		Deseo suicida	Respuesta del paciente	Rechazo Indiferente Aceptación
		Control de la actividad suicida	Respuesta del paciente	Tiene sentido el control Inseguro No tiene sentido de control
		Disuasivos para un intento suicida	Respuesta del paciente	Pueden no intentarlo a causa de un disuasivo Alguna preocupación Ninguna preocupación por ellos
		Razones para el intento contemplado	Respuesta del paciente	Manipular el entorno combinación 0 y 2 Escapar

OBJETIVO N°3

Determinar la ideación suicida a través de la escala de Ideación Suicida de BECK (SSI) en los estudiantes de I a V año de la carrera de Medicina de la UNAN-Managua.

Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)	Constructivo teórico de la ideación suicida definido por Beck 1979 como los deseos y planes para cometer suicidio sin haber realizado un intento de suicidio recientemente	Métodos planificado	Respuesta del paciente	No considerado Considerado pero no detallados Detallado
		Accesibilidad del método	Respuesta del paciente	No disponible Puede tomar tiempo Accesible
		Capacidad para llevar adelante el intento	Respuesta del paciente	No tiene valor Inseguridad Seguro
		Expectativas acerca de realizar el intento	Respuesta del paciente	No Incierto Si
		Preparación actual para intento actual	Respuesta del paciente	Ninguna Parcial Terminada
		Nota suicida	Respuesta del paciente	Ninguna No terminada Terminada
		Actos finales en anticipación de la muerte	Respuesta del paciente	Ninguno Algunos arreglos Planes definitivos
		Encubrimiento del intento completado	Respuesta del paciente	Reveló las ideas abiertamente Frenó lo que estaba expresando Intentó engañar, ocultar, mentir

OBJETIVO N°3				
Determinar la ideación suicida a través de la escala de Ideación Suicida de BECK (SSI) en los estudiantes de I a V año de la carrera de Medicina de la UNAN-Managua.				
Ideación suicida	Aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia valorado a través de la escala SSI		Presencia	Si No

2.8 Plan de Tabulación

Se realizaron estadísticas simples de frecuencia y porcentaje de:

Características Sociodemográficas

Situaciones de riesgos

Características Sociodemográficos /Situaciones de Riesgo

Situación de Riesgo / Escala de Ideación Suicida de Beck

Características sociodemográficas/Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)

2.9 Aspectos Éticos

Los investigadores durante cada visita a los auditorios y aulas de clase, explicaron ampliamente los propósitos y utilidad de los resultados del estudio, haciendo énfasis en la confidencialidad y anonimato de las encuestas al momento de ser llenadas; en cada encuesta no se incluyó el nombre de los participantes y una vez completados los cuestionarios fueron colocados de inmediato en una caja cerrada y abierta por una hendidura. Cabe recalcar que se respetaron los principios éticos de maleficencia, beneficencia y justicia en el tiempo que se llevó a cabo el estudio.

3.1 RESULTADOS

Edad: Estuvo conformada por 3 grupos etarios, el primero por edades de 16-20 años para un total de 121 estudiantes (78.6%), seguido por el grupo de 21-25 años con 28 estudiantes (18.2%) y en el rango >25 años con 5 estudiantes (3.2%).

Sexo: El sexo femenino tuvo mayor participación con 98 estudiantes (63.6%), y para el sexo masculino la participación fue de 56 estudiantes (36.4%).

Procedencia: Estas corresponden a 133 estudiantes procedentes del área urbana (86.4%) y 21 estudiantes (13.6%) procedentes del área rural.

Religión: Se encontró que 92 estudiantes (59.7%) tenían afiliación “Católica”, 43 estudiantes (27.9%) con afiliación “Evangélica” y 19 estudiantes (12.3%) marcaron la opción “Otra/Ninguna”.

Año académico: En cuanto a la distribución según año académico, se estableció por predominio numérico; III año con 38 estudiantes (24.7%), II año con 37 estudiantes (24%), I año con 36 estudiantes (23.4%), IV año con 24 estudiantes (15.6%) y por último V año con 19 estudiantes (12.3%); teniendo en cuenta que IV y V año solo participaron estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas-Managua excluyendo a estudiantes de Facultades Regionales Multidisciplinaria (Carazo, Matagalpa, Chontales, Estelí).

Estado civil: Estos corresponden a 149 estudiantes (96.8%) que marcaron la opción “Soltero” y 5 estudiantes (3.2%) la casilla de “Casado”.

Con quien habita: En relación al lugar donde habitan se concluye que; 105 estudiantes (68.2%) habita con familiares, 23 estudiantes (14.9%) habita solo (alquila), 22 estudiantes (14.3%) becados internos en el Recinto Universitario “Rubén Darío”, y 4 estudiantes que habitan con amigos (2.6%).

APGAR familiar: Dentro de los componentes del APGAR Familiar se encontró que de los 154 participantes de la muestra, *Con respecto de recurrir a su familia en busca de ayuda*

cuando algo le preocupa, 99 estudiantes (64.3%) marcaron la opción “Siempre”, 44 estudiantes (28.6%) “Algunas veces” y 11 estudiantes (7.1%) “Casi Nunca”. *En relación al modo de las familias para hablar o compartir problemas* 75 estudiantes (48.7%) marcaron la opción “Siempre”, 60 estudiantes (39%) “Algunas veces” y 19 estudiantes (12.3%) “Casi Nunca”. En cuanto al apoyo familiar en decisiones y actividades o seguir una nueva dirección, 104 estudiantes (67.5%) marco la opción “Siempre”, 42 estudiantes (27.3%) “Algunas veces”, y 8 estudiantes (5.2%) marco la opción “Casi Nunca”. *Según el modo que tiene la familia de expresar su afecto y como responde a las emociones* (cólera, tristeza y amor) 67 estudiantes (43.5%) marco la opción “Siempre”, 68 estudiantes (44.2%) “Algunas veces” y 19 estudiantes (12.3%) “Casi Nunca”. El último apartado *sobre la satisfacción de pasar el tiempo con familia*, 82 estudiantes (53.2%) marcaron la opción “Siempre”, 52 estudiantes (33.8%) “Algunas veces” y 20 estudiantes (13%) “Casi Nunca”.

Familia Disfuncional: Mediante el APGAR FAMILIAR se determinó la funcionabilidad familiar de los estudiantes concluyendo lo siguiente: 110 estudiantes (71.4%) tienen una “Familia funcional”, 27 estudiantes (17.5%) una “Familia moderadamente funcional” y 17 estudiantes (11%) una “Grave disfunción familiar”.

Abuso de alcohol: Los datos obtenidos mediante el Cuestionario CAGE determinaron que 113 estudiantes (73.3%) no consumían alcohol, por lo tanto; el cuestionario fue valido para 41 estudiantes (26.6%) catalogados como bebedores rutinarios de los cuales: 26 estudiantes (16.9%) está en el grupo de “Bebedores sociales”, 7 estudiantes (4.5) como “Bebedores en riesgo”, 6 estudiantes (3.9) “Bebedores perjudiciales” y 2 estudiantes (1.3%) entran en la categoría de “Dependencia alcohólica”.

Hacinamiento: Los resultados determinaron lo siguiente: 128 estudiantes (83.1%) no reportan hacinamiento en el lugar donde reside y 26 estudiantes (16.9%) si presentan. Según la relación establecida entre lugar con quien habita/hacinamiento se determinó, que los becados internos (9.1%) son los que presentan el mayor porcentaje de hacinamiento.

Variables sobre el suicidio / Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)

En relación al **deseo de vivir**; 136 estudiantes (88.3%) marcaron la opción “Moderado a fuerte”, 12 estudiantes (7.8%) la opción “Poco deseo de vivir”, y 6 estudiantes (3.9%) “Ningún deseo de vivir”. Para el ítem **deseo de morir**, 114 estudiantes (74%) marco la opción “Ningún deseo de morir”, 28 estudiantes (18.2%) “Poco deseo de morir” y 12 estudiantes (7.8%) la casilla “Moderado deseo de morir”. Según las **razones para vivir/morir** se demostró que 101 estudiantes (65.6%) las “Razones para vivir superan las de morir”, 50 estudiantes (32.5%) las “Razones para vivir/morir son iguales”, y 3 estudiantes (1.9%) las “Las razones para morir supera a las de vivir”.

Se determinó la **Ideación suicida** mediante los reactivos 4 y 5 de la Escala de Beck donde se concluyó: 19 estudiantes que corresponden al 12.3% tenían pensamientos activos de suicidio; el cual 14 de ellos (9.1%) dejaría la vida/muerte a la suerte “(por ejemplo, manipular un arma cortopunzante o de fuego)” y 5 estudiantes (3.2%) evitaría los pasos necesarios para salvarse “(por ejemplo, un paciente farmacodependiente que deja su medicación)”.

Los resultados muestran que el 12.3% de la población en estudio presento ideas suicidas en su vida y la discusión de resultados se debió centrar en este subgrupo a partir de este punto; sin embargo se consideró pertinente aplicar la escala a la muestra total (154 estudiantes) tomando en cuenta que se encontraron hallazgos incidentales para fortalecer las conclusiones del estudio.

En cuanto a la **Dimensión temporal (duración de la ideación suicida)**, 4 estudiantes (2.6%) presentaron pensamientos/conductas suicidas por periodos largos y 4 (2.6%) los presento por periodos continuos (crónicos). En relación a la **frecuencia con que contempla el suicidio**, 9 (5.8%) estudiantes lo hacen de forma “Intermitente” y 1 estudiante (0.6%) lo hace “Persistente”.

En relación a la **Actitud hacia la ideación/deseo suicida**, 23 (14.9%) estudiantes marcaron la opción “Indiferente” y 13 estudiantes (8.4%) la opción de “Aceptación. Con respecto al

Control sobre la actividad suicida, se concluyó que 13 estudiantes (8.4) sentían “Inseguridad” y que 7 estudiantes (4.5%) “No tenían sentido de control”.

Los factores **Disuasorios del intento activo (Familia, Religión o Irreversibilidad)**, 13 estudiantes (8.4%) presento “Cierta duda hacía los intereses que lo detienen”, y 11 estudiantes (7.1%) “Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen”.

Con referencia a las **Razones para el intento suicida contemplado**, 98 estudiantes (63.6%) marcaron “Manipular el ambiente, atraer atención, venganza”, 29 estudiante (18.8%) “Escapar, acabar, resolver problemas” y por último 27 estudiantes (17.5%) marco la opción “Combinación de las dos anteriores”.

En cuanto al **Método (Especificidad/Planeación)** se encontró que 18 estudiantes (11.7%) lo “Ha considerado”, y 7 estudiantes (4.5%) presento “Detalles elaborados”. En cuanto al **Método (Accesibilidad/Oportunidad)**, 22 estudiantes (14.3%) marcaron la opción “Oportunidad no disponible” y 21 estudiantes (13.6%) con “Método y oportunidad si están disponibles”.

Al preguntar a los estudiantes qué tan **capaces se sentían para llevar a cabo un intento de suicidio**, las respuestas fueron las siguientes: el 73.4% “Presenta falta de valor, debilidad o está asustado”, seguido por un 20.8% que “No está seguro por falta de valor” y, por último, un 5.8% que “Está seguro de tener valor para realizarlo”.

Con respecto a la pregunta de si era posible que intentaran suicidarse en un futuro cercano (**intento real**) la mayoría 87% respondió que no; el 11.7% respondieron que no estaban seguros, que era incierto; y una minoría conformada por un 1.3% respondió que sí. Cuando fueron preguntados sobre su **preparación real ante la idea del suicidio**, los estudiantes respondieron de la siguiente forma: 93.5% no hicieron ninguna preparación; 5.8% estudiantes tuvieron una preparación parcial (por ejemplo, empezar a recoger píldoras); y 1 estudiante (0.6%) estaba completamente preparado (por ejemplo, tienen las píldoras suficientes, tienen la navaja, tienen la pistola cargada). En cuanto a la pregunta de si

escribió o no alguna **nota acerca del suicidio**: una mayoría de 89% estudiantes respondió que no escribió ninguna nota; 4.5% estudiantes comenzaron a redactarla, pero no la finalizaron y 6.5% estudiantes completaron su carta de suicidio.

Con respecto a los **preparativos finales ante la anticipación de la muerte** (ejemplo: seguro, testamento, donaciones): 86.4% de los estudiantes respondieron que no realizaron ninguna preparación; 11% estudiantes pensaron en dejar algunos asuntos arreglados y una minoría de 2.6% estudiantes hizo planes definitivos o dejó todos los asuntos arreglados. Teniendo en cuenta el grado de encubrimiento de los estudiantes hacia las ideas suicidas, la mayoría (66.2% estudiantes) mencionó que fue revelas las ideas abiertamente; un 19.5% dijo que reveló estas ideas reservadamente. Finalmente, una minoría de 14.3% estudiantes admitió que intentó engañar, encubrir o mentir acerca de estas ideas.

Ideación suicida:

Para la subescala I de Beck relacionada a las características de las actitudes hacia la vida y la muerte que corresponden a los ítems 1-5, se encontró que: 77 estudiantes (50%) tenían actitudes hacia la vida/muerte; y 77 estudiantes (50%) no tenía actitudes.

Para la subescala II correspondiente a las características de la ideación o deseo de muerte ítems 6-11; 72 estudiantes (46.8) presentaban ideaciones y 82 estudiantes (53.2%) no presentaban en absoluto alguna de estas características.

Para la subescala III relacionada a las características del intento planeado correspondiente a los ítems 12-15; 75 estudiantes (48.7%) tenían un intento planeado y 79 estudiantes (51.3%) no tenían un intento planeado

Según la subescala IV correspondiente a la actualización de la tentativa o realización del intento representado por los ítems 16-19; se encontró que 64 estudiantes (41.6%) presentó más de algún indicio.

3.2 DISCUSIÓN

La conducta suicida en sus distintas formas representa un problema de salud pública internacional. Las estadísticas de intentos de suicidio son impresionantes, y sin embargo apenas se aproximan a la realidad, pues sólo se registra y se atiende uno de cada cuatro intentos de suicidio. Esta situación de subregistro lleva a estimaciones que afirman que por cada suicidio consumado pudieron haber existido 10, 18 o hasta 20 intentos no registrados. (Villalobos-Galvis, 2009).

La conducta suicida es un problema de salud pública cada vez más frecuente en el ámbito universitario y más aún en personal de la salud. Puede tener diversas causas y es muy importante identificar los rasgos suicidas en las personas en riesgo y, más aún, a la antesala de este suceso: la ideación suicida. Los resultados obtenidos pretenden determinar la frecuencia de ideaciones suicidas en los estudiantes de I-V año de la Facultad de medicina, lo que podría alertarnos sobre futuros intentos suicidas.

En la investigación realizada se encontró que la participación mayoritaria fue del sexo femenino (63.6%) con respecto al sexo masculino; atribuido a que en la Facultad de medicina predomina el sexo femenino. Estos datos constatan con estudios acerca de ideación suicida uno llevado a cabo en la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay cuyo promedio de edades de los participantes fue de $22,79 \pm 2$, con mayor participación en el estudio del sexo femenino (67,7%) (Amarilla J, 2018); tomando en cuenta la relación entre las variable sexo con la subescala I de Beck , los resultados confirman que el sexo predominante a tener más ideaciones suicidas es el femenino para un total de 28.6% y para el sexo masculino de 21.4%, contrastando con diversas investigaciones por ejemplo: El Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012 presentó que el 3.59% de la población informó haber pensado en la posibilidad de suicidarse. Para el sexo femenino esta proporción fue 3.94%, mientras que para el masculino fue de 3.01% (Gabriel Vargas Cuadros , 2015); el estudio citado anteriormente sobre Ideación suicida en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay donde el total de participantes que afirmó tener al menos una idea suicida a lo largo de su vida, el mayor porcentaje correspondió al sexo femenino (65%), de la misma manera el estudio realizado por Pereira

y Cardoso en estudiantes universitarios de Portugal detalla que el 74,4% de personas con ideación suicida del estudio corresponden al sexo femenino (21). El estudio realizado en Pakistán en estudiantes de Medicina describe que 64,4% de los estudiantes con ideación suicida pertenecían al sexo femenino (Amarilla J, 2018). Un estudio realizado por la Universidad Nacional de Colombia sobre Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. Se encontró una prevalencia de ideación suicida en el momento de la entrevista del 4.45% y del 13% en el último año. Tanto la ideación como el antecedente de intento de suicidio fueron más frecuentes en mujeres. (SÁNCHEZ R., 2002)

Las localidades rurales presentan prevalencias más bajas de todas las conductas suicidas. Contrastando con nuestro estudio donde la prevalencia de intencionalidad suicida fue mayor para los que procedían del área urbana. Con respecto a la distribución en seis grandes regiones del país, las zonas metropolitanas mostraron las prevalencias más elevadas para ideación suicida, la región sureste para plan suicida, y la región norte para intentos de suicidio (Guilherme Borges, 2009); En cuanto al lugar con quien habita, quienes presentaban mayor ideación fueron los que habitaban con familia con 37.7% según el estudio realizado.

En la Universidad de Zimbabwe, Vaz y col, en 109 estudiantes de 18 a 24 años de edad, de primer año de medicina, encontraron que 64,5% presentaban diversos niveles de estrés y depresión, 12% mostraba un riesgo suicida alto y alrededor de 20% se encontraba en serio riesgo de padecer depresión. (Alberto Perales, 2003). Análogo con los datos obtenidos en el estudio donde el mayor porcentaje de Intencionalidad Suicida se encontró en áreas básicas, con predominio de I año; con respecto a las áreas clínicas estos porcentajes fueron menores, representada por IV año con 7.1 % y por último V año con 3.2%; tomando en cuenta que se excluyeron las Facultades Regionales Multidisciplinaria (Carazo, Matagalpa, Estelí).

Según los condicionantes sociodemográficos de la investigación, el estar soltero predispone a mayor ideación suicida contrarrestando el estar casado; coincidiendo con los resultados obtenidos con otros estudios. Para el año 2,009 se realizó un estudio denominado: Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México, donde

el 8.79% de la muestra presentó cualquier ideación suicida; finalmente, la prevalencia de plan suicida fue de 1.22%, y 0.79% de la muestra intentó suicidarse en los últimos 12 meses. Las personas «casadas/unión libre» presentaron las prevalencias más bajas y los «separados/divorciados», las más elevadas, las personas que manifestaron «otra religión/ninguna» presentaron las prevalencias más elevadas, y los «católicos» las prevalencias más bajas de intento, pero los «protestantes /evangélicos/cristianos», las más bajas de ideación y plan suicida (Guilherme Borges, 2009). Discrepando los resultados que se obtuvieron en el estudio donde la prevalencia de intencionalidad suicida fue mayor en los estudiantes católicos; esto resulta controversial dado que la literatura internacional señala la afiliación religiosa como factor protector.

La ideación suicida es un fenómeno complejo en donde intervienen factores tanto personales, como familiares y escolares (Cheng, Tao, Riley, Kann, Ye, Tian, Tian, Hu y Che, 2009) Según los resultados obtenidos en el estudio sobre la funcionabilidad familiar que nos proporciona APGAR-Familiar, se determinó a través de este mismo que el 71.4% de los participantes en el estudio posee una familia funcional. Dentro del grupo de estudiantes que presentan una familia funcional el 31.8% son más proclives a presentar ideación suicida comparando el grupo que presenta grave disfunción familiar (9.1%); contradiciendo con la literatura consultada que lo engloba como una relación positiva. En relación al contexto familiar, Lai y Shek (2009) en una investigación de 5,557 estudiantes de secundaria de Hong Kong obtuvieron correlaciones significativas ($r=-.460$) entre funcionamiento familiar e ideación suicida. También, Van Renen y Wild (2008) constataron en una muestra de adolescentes que el grupo que mostraba mayor ideación suicida también tenía una menor comunicación y mayores conflictos con sus padres. En un estudio de prevalencia realizado en la Ciudad de México, Pérez, Rivera, Atienzo, de Castro, Leyva, y Chávez, (2010) concluyeron que los estudiantes que informaron que tenían un bajo apoyo familiar tenían un 69% más de probabilidad de presentar ideación suicida. (Sánchez-Sosa, 2010) .

El consumo de bebidas alcohólicas está muy enraizado en nuestra cultura. Prácticamente cualquier situación que sale de la rutina diaria, lo mismo un triunfo que una derrota, un

motivo de alegría o de tristeza, se vincula a su uso. Los datos obtenidos en la investigación, mediante el Cuestionario CAGE, el mayor porcentaje de estudiantes no consume alcohol siendo aplicable solamente a un 26.6% de los estudiantes; lo cual coincide con la literatura internacional, esta expresada por porcentajes, donde el grupo de “Bebedor Social” tiene mayor intencionalidad suicida correspondiente al 10.5%. No obstante, una comunicación previa de los autores (CS y AP) señala que el contacto con alcohol ocurre a una edad más temprana en las generaciones más jóvenes de estudiantes de medicina de la UNMSM, tanto en varones ($p < 0,001$) como en mujeres ($p < 0,01$). El CAGE positivo permite establecer la sospecha de problema con la bebida. El hallazgo en los estudiantes de la UNMSM, la prevalencia de vida del uso/abuso de cigarrillos fue mayor y la edad de inicio 1,3 años más temprana; asimismo, la sospecha de bebedor problema fue más frecuente, en ambas poblaciones, coinciden con las cifras de prevalencia de vida de abuso y/o dependencia del alcohol halladas en estudios epidemiológicos, tanto internacionales como nacionales. Adicionalmente, se asocia a conductas violentas, expresadas en accidentes, haber sido herido o haber herido a otros, lo cual incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad. (Alberto Perales, 2003)

Como la conducta suicida es un fenómeno multifactorial y un problema importante de salud pública, en este trabajo se abordó uno de los indicadores insertados en el proceso suicida y que, con frecuencia, preceden al suicidio consumado: la ideación suicida. Los resultados obtenidos indican que aunque la Escala de Ideación suicida de Beck no pretende predecir el intento suicida en esta muestra, la intensidad de los deseos de suicidarse de los que lo intentaron parece señalar el riesgo de suicidarse poco después, por lo que es importante considerarla para detectarlo oportunamente y establecer la manera de evitarlo con un tratamiento adecuado.

Según la Escala de Ideación Suicida de BECK, dentro de sus subescalas lo cual proporcionan una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida, partiendo como punto que las áreas básicas en este caso el grupo de I año tiene los porcentajes más alto, se considera importante plantear el grado de seriedad y/o intensidad de intencionalidad suicida el cual se hallan distribuidos en 4 apartados: 1. Actitud hacia la vida y la muerte con un

14.3%, 2. Ideación o deseo de muerte 16.9%, 3. Intento Planeado 14.3%, 4. Intento contemplado 13%. La subescala I de Beck relacionada con las características de las actitudes hacia la vida y la muerte, los resultados de la investigación determinaron que la ideación suicida estaba presente en 19 estudiantes (12.3%). Un estudio llevado a cabo en la FCM – Paraguay aplicando la Scale for Suicide Ideation (SSI), elaborada y validada por A. T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman (1979), de acuerdo con el deseo de morir o de vivir se vio que una mayoría ha respondido que su deseo de vivir es moderado a intenso (77,8%) en contraste con una minoría que ha respondido que su deseo de morir es moderado a intenso (18,4%). En la intención de morir asociada al último intento de suicidio se encontró que el 9% presentaba una alta intención de acabar con su vida. En un estudio realizado en estudiantes de colegios y universidades de Colombia, se ha encontrado que los pensamientos acerca de la vida o la muerte en el último/único intento de suicidio, la mayoría de las personas (42%; n=39) consideraban que daba igual vivir que morir, sin embargo, casi 40% de las personas sí tenían una intención clara de perder la vida, frente a 18% (n=39) que realmente no lo querían así. (Amarilla J, 2018).

Para la subescala II correspondiente a las características de la ideación/ deseo de muerte, el reactivo 6 demostró que el 2.6% de los estudiantes presentaban pensamientos/conductas suicidas continuas (crónicas) y que el 0.6% las tenía persistente; según los disuasivos del intento activo (Familia, religión o irreversibilidad) 7.1% no tenían presente ninguno para detenerlos o llevar a cabo el suicidio.

Para la subescala III relacionada a las características del intento planeado, el 51.3% no presentaban indicios de planificar algún tipo de tentativa suicida y el 48.7% presentaba más de alguno; para los reactivos 12 que demuestra que 4.5% tenía detalles bien elaborados y que 13.6% estudiantes tenían el método y la oportunidad disponible, en el estudio ya citado anteriormente, con respecto a la efectividad del método a utilizar para realizar el acto suicida, encontramos que la mayoría dudaba de tal efectividad, pues el 41,1% ha respondido que el método no estaba disponible, es decir, no había oportunidad de morir con tal acto; a diferencia de un 7% que estaba seguro de la accesibilidad y oportunidad futura del método elegido.

Y para la subescala IV correspondiente a la actualización de la tentativa o realización del intento, se evidenció que 1 estudiante (0.6%) tenía una preparación completa para llevar a cabo un intento de suicidio consumado.

Estos coinciden con países latinoamericanos donde evalúan la ideación mediante la Escala de Beck. En México para el año 2000, el estudio sobre las Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México, con una muestra integrada por 122 estudiantes de 17 a 25 años. El clínico detectó que 18.9% de los 122 participantes, tenían ideación suicida, esto es, 23 de ellos; de éstos, 22 fueron correctamente identificados por la Escala ISB. (Macip, 2000); Equiparable a los resultados que se obtuvieron en el estudio con una muestra de 154 estudiantes de medicina de I-V año, se encontró que 19 estudiantes (12.3%) presentaron ideación de suicidio siendo identificados mediante la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB), aplicada en la Facultad de Ciencias Médicas.

La Escala de Ideación Suicida de Beck (1979) demostró ser un instrumento adecuado para detectar la problemática suicida en esta población universitaria, siempre y cuando se establezca una segunda fase en la que se confirmen los casos. Por lo tanto, se necesitan estudios con modelos bietápicos: tamizaje y confirmación de casos, para enviarlos posteriormente a los servicios de salud mental. Aunque sólo uno de cada ocho intentos suicidas llega al conocimiento del médico, muchos adolescentes que intentan suicidarse solicitan ayuda profesional de uno a tres meses antes del intentarlo (Gurmendi, 1994). Por esto es recomendable que en los servicios de atención a la salud se incluya esta escala como herramienta para apoyar al clínico en las evaluaciones iniciales, lo cual lo auxiliará al tratar de descartar o confirmar el riesgo de suicidarse de los adolescentes. (Macip, 2000)

Se puede afirmar entonces que la ideación suicida es un fenómeno de frecuente ocurrencia en estudiantes universitarios. Es necesario que las Universidades establezcan programas de detección e intervención temprana que permitan disminuir la probabilidad de ocurrencia de desenlaces negativos. Es evidente que el número de estudios realizados acerca de la ideación suicida en facultades de Medicina en Nicaragua es casi nulo o limitado, motivo

por el cual sería conveniente realizar estudios en muestras grandes, especialmente comparativas con otras carreras, para determinar si los estudiantes de Medicina tienen un perfil psicológico suicida distinto a los estudiantes de otras carreras.

3.3 CONCLUSIONES

Se encontraron los siguientes hallazgos:

- ✓ La prevalencia de ideación suicida en los estudiantes de I a V año de la carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017 fue de 12.3 %, según la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI).
- ✓ El género femenino, estado civil soltero, tener afiliación religiosa-católica, y estar cursando I año de áreas básicas, son características sociodemográficas con mayor relación a la ideación suicida en estudiantes de medicina.
- ✓ Tener una familia funcional y ser bebedor social, son situaciones de riesgos en los estudiantes de medicina con ideación suicida.
- ✓ Se encontró que un estudiante según el Ítem 16 de la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) presentaba una preparación completa para el intento suicida consumado.

3.4 RECOMENDACIONES

- ✓ A nivel de la Facultad de Ciencias Médicas, crear campañas de sensibilización, promoción de salud y prevención de enfermedades mentales, mediante estrategias, para buscar formas para la detección de dichas situaciones y preparar al personal de salud que trabaja en la institución, y de esta forma abordar a los estudiantes en riesgo y referir a atención especializada.
- ✓ Establecer en la Facultad de Ciencias Médicas una Línea de Ayuda y Orientación en Salud Mental, donde el estudiante de medicina tenga acceso a llamar, enviar mensajes de texto, correos electrónicos, para recibir orientación y soporte especialmente en momento de crisis.
- ✓ Crear una base de datos de las consultas Psicológicas atendidas en los estudiantes de medicina en el Departamento de Vida Estudiantil de la UNAN-Managua y de esta manera hacer intervenciones oportunas basadas en datos estadísticos reales y fidedignos.
- ✓ A través del Ministerio de Salud, crear una Normativa de Salud Mental, que contenga elementos útiles para la evaluación y atención integral de las personas con conductas suicidas.

BIBLIOGRAFÍA

- (GEICS), G. e. (2012). Protocolo de evaluación del suicidio. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13.
- Adalberto Campo-Arias, J. A.-B.-J. (2009). Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- Aguirre, L. M. (2005). ¿Por qué se matan los nicas? *La Prensa*.
- Alberto Perales, C. S. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de. *Anales de la Facultad de Medicina*, 8.
- Alberto Perales, Cecilia Sogi, Ricardo Morales. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 8.
- Amarilla J, B. F. (2018). Ideación suicida en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Asunción. *Medicina clínica y social*, 12.
- Asociación Colombiana de Psiquiatría. (2002). Suicidio y Lesiones Autoinfligidas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 91-104.
- B, B.-A. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Scielo*, 8.
- B, B.-A. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Scielo*, 8.
- Chile, P. U. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios. *Scielo*, 12.
- Colombia, U. N. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios. *Biomédica*, 10.
- Conner, D. C. (2001). Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies. *MEDLINE/PUBMED*, 31(4).
- Dissertations, C. O. (2011). *Studies on suicidal expressions among young people in Nicaragua*. Umeå-Suecia.
- Dr. Miguel A. Suarez Cuba, D. M. (2014). Una herramienta para detectar la disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*.
- Furr, M. W. (2001). Suicide and depression among college students. *American Psychological Association*, 31(1).
- Gabriel Vargas Cuadro, Claudia Fernanda Vásquez Arango, Gloria María Soto Marín, Liliana María Ramírez Jaramillo. (2015). *Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida*. Medellín: Alcaldía de Medellín Secretaría de la salud.

- Gabriel Vargas Cuadros . (2015). *Atencion con calidad a las personas que presentan conducta suicida* . Medellin, Colombia : Alonso Escobar Espina.
- Garcia, L. H. (25 de Agosto de 2014). Muertes por suicidio en Nicaragua la mas baja de la región. *La Prensa*, pág. 1.
- Geografía, I. N. (2016). *Estadísticas a proposito del dia mundial para la prevención del suicidio*. Aguascaliente , Mexico.
- Gómez Restrepo, C., Rodríguez Malagón, N., de Romero, L. C., & Pinilla G., C. (2002). Suicidio y Lesiones Autoinfligidas . *Revista Colombiana de Psiquiatria* , 15.
- Guilherme Borges, M. E.-M. (2009). Distribucion y determinantes sociodemograficos de la conducta suicida en Mexico. *Salud Mental*, 13.
- Holguin, J. A. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes y su relación con la familia. *Red de revistas científicas de America LATina y el Caribe*, 8.
- Holguin, J. A. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes y su relación con la familia. *Red de revistas científicas de America Latina y el Caribe*, 8.
- Huaquín Mora, L. H. (2005). EXIGENCIAS ACADEMICAS Y ESTRES EN LAS CARRERAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*.(30).
- INEGI. (2016). *Estadísticas a proposito del dia mundial para la prevencion del suicidio* . Aguascaliente , Mexico .
- Instituto de Medicina Legal . (2017). *Anuario* . Managua.
- José M. Calvo G., R. S. (2003). Prevalencia y factores asociados a ideacion suicida en estudiantes universitarios . *Revista de Salud Publica* , 21.
- Juan Carlos Sanchez , Maria Elena Villarreal y Gonzalo Musitu. (s.f.). *Ideacion Suicida*.
- Juan Carlos Sánchez-Sosa, María Elena Villarreal-González, Gonzalo Musitu y Belen Martínez Ferrer. (2010). *Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial*. Madrid.
- Kisch J, L. E. (2005). Aspects of suicidal behavior, depression, and treatment in college students. *MEDLINE-PUBMED*, 35(1).
- Legal, I. d. (Diciembre de 2014). Boletin Estadistico mensual. Managua, Nicaragua.
- Legal, I. d. (2015). *Anuario Estadistico* . Managua .
- Llopis, V. M. (2000). *Psicologia Online* . Recuperado el 30 de 09 de 2016, de Psicologia Online : <http://www.psicologia-online.com/pir/la-soledad.html>

- Macip, S. G. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck ISB en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Medigraphic*, 10.
- Martí, M. d. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida . 36.
- Martí, M. d. (2013). *PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO INICIAL DE LA IDEACION SUICIDA*. Madrid, España: Centro de Psicología Aplicada.
- Miguel Suarez Cuba, M. A. (2014). APGAR Familiar. Una herramienta para detectar la disfunción familiar. *Revista Medica La Paz*, 20(1).
- Miranda, W. G. (2005). Intento Suicida y funcionamiento familiar . *Revista Medica Cubana* .
- Morales, A. (8 de Junio de 2014). Adiós a la vida. *La Prensa*, pág. 2.
- OMS. (2004). *Global status report on alcohol* . OMS.
- Paul Spicker, Sonia Alvarez Leguizamon, David Gordon . (2005). Hacinamiento . *CLACSO*, 3.
- psiquiatria, A. E. (1994). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR*. Estados Unidos: MASSON.
- Ramírez, N. G. (2006). *IDEACION E INTENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES Y SU RELACION CON EL CONSUMO DE DROGAS* n. México, D.F. .
- Salud, M. d. (2013). *Dirección General de Vigilancia Epidemiológica*. Recuperado el septiembre de 2016, de www.gob.ni
- Salud, O. M. (1976). *El suicidio y los intento de suicidio*. Ginebra.
- Salud, O. M. (2000). *Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas*. Ginebra.
- Salud, O. M. (2004). *Global status report on alcohol*. OMS.
- Salud, O. M. (2014). *Prevención del suicidio. Un imperativo global*.
- Salud, O. P. (2011). *Informe subregional de suicidio*. Centroamérica y República Dominicana.
- SÁNCHEZ R., C. H. (2002). Ideación suicida en universitarios: prevalencia y factores asociados . *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 8.
- Sánchez-Sosa, J. C. (2010). Suicidal Ideation among Adolescents: A Psychosocial Analysis. *Intervención Psicosocial*, 9.
- suicida, G. e. (2012). Protocolo de evaluación del suicidio. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 13.

Universidad Autonoma de Madrid, C. d. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Madrid, España.

Vasco, U. d. (2012). *Potencial riesgo suicida entre estudiantes de primer ciclo de la carrera de Medicina.*

Vélez, Y. D., Lorenzo-Luaces, L., & Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, auto- concepto, y estrategias de manejo en adolescentes. *Revista Puertorriqueña de Psicología.*

Villalobos-Galvis, F. H. (2009). Situación de la conducta suicida en los estudiantes de colegios y universidades de San Juan Pasto, Colombia . *Salud Mental* , 32.

Westefeld JS, H. B. (s.f.). Perceptions concerning college student suicide: data from four universities. *MEDLINE-PUBMED*, 35(6).

Wilfredo Guiber Reyes, N. T. (Octubre de 2005). Intento Suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 7.

ANEXOS

4.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN-MANAGUA

El presente instrumento tiene como objetivo. Determinar la presencia de ideación suicida en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017. Su participación será de carácter anónimo y los resultados serán utilizados para que beneficien a la salud ocupacional de la universidad, por su participación muchas gracias.

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

N° de Ficha: _____ Fecha: _____
Edad: _____ Sexo: M ___ F ___ Procedencia: Urbano ___ Rural ___
Estado Civil: _____ Año académico que cursa: I ___ II ___ III ___ IV ___ V ___
Usted habita con: Familiares ___ Amigos ___ Becado Interno ___ Solo ___
Religión: Católico ___ Evangélico ___ Testigo de Jehová ___ Otro: _____

2. SITUACIONES DE RIESGOS

A continuación, usted encontrará en los siguientes cuestionarios una serie de preguntas (abiertas y cerradas), el cual pedimos conteste con claridad y honestidad.

2.1 APGAR FAMILIAR:

<i>Marque con una "X" la casilla que mejor corresponda a su situación</i>	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			

Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos			

Fuente: APGAR Familiar Gabriel Smilkstein. Universidad de Washington.

2.2 CUESTIONARIO CAGE

<i>Si usted consume alcohol responda con sinceridad las siguientes preguntas, marque con una X su respuesta:</i>
1. ¿Ha pensado en alguna ocasión que tenía que reducir o dejar la bebida? SI ___ NO ___
2. ¿Le han molestado las observaciones; de su familia, allegados, conocidos, acerca de sus hábitos de bebida? SI ___ NO ___
3. ¿Se ha sentido alguna vez a disgusto o culpable, por su manera de beber? SI ___ NO ___
4. ¿Alguna vez ha tenido que beber a primera hora de la mañana, para sentirse bien y empezar en forma el día? SI ___ NO ___

Fuente: CAGE Ewing, Rouse

2.3 HACINAMIENTO

- Cantidad de personas que viven en la casa que habita: _____
- Número de personas por cuarto: _____

Fuente: OMS

3. IDEACION SUICIDA POR LA ESCALA SSI DE BECK

4.2 Escala de Ideación suicida de Beck

Lea cuidadosamente este cuestionario. Encierre en un círculo el número de frases de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir

1. Deseo de Vivir

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

2. Deseo de Morir

- 0. Ninguno
- 1. Poco
- 2. Moderado

3. Razones para vivir/morir

- 0. Vivir supera a morir
- 1. Equilibrado
- 2. Morir supera vivir

4. Deseo de intentar activamente el suicidio

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

5. Deseos pasivos del suicidio

- 0. Tomaría precauciones para salvar su vida
- 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte
- 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

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

- 0. Breves
- 1. Periódicos largos
- 2. Continuos

7. Dimensión temporal (Frecuencia del suicidio)

- 0. Rara
 - 1. Intermitente
 - 2. Persistente
- 8. Actitud hacia la ideación / deseo**
- 0. Rechazo
 - 1. Ambivalente, indiferente
 - 2. Aceptación
- 9. Control sobre la actividad suicida**
- 0. Tiene sentido de control
 - 1. Inseguridad de control
 - 2. No tiene sentido de control
- 10. Disuasivos para un intento activo (Familia, religión, irreversibilidad)**
- 0. No lo intentaría porque algo lo detiene
 - 1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen
 - 2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen
- 11. Razones para el intento contemplado**
- 0. Manipular el ambiente
 - 1. Combinación 0 y 2
 - 2. Escapar
- 12. Método (especificidad/ planificación del intento contemplado)**
- 0. Sin considerar
 - 1. Considerado
 - 2. Detalles elaborados
- 13. Método (accesibilidad/ oportunidad para el intento contemplado)**
- 0. Método no disponible
 - 1. Oportunidad no disponible
 - 2. Método y oportunidad disponible
- 14. Sentido de capacidad para llevar adelante el intento**
- 0. Falta de valor, debilidad, asustado
 - 1. No está seguro de tener valor
 - 2. Está seguro de tener valor

- 15. Expectativa/ espera del intento actual**
0. No
 1. Sin seguridad
 2. Si
- 16. Preparación actual para el intento contemplado**
0. Ninguna
 1. Parcial
 2. Completa
- 17. Nota suicida**
0. Ninguna
 1. Solo pensada, iniciada, sin terminar
 2. Escrita, terminada
- 18. Actos finales en anticipación de la muerte**
0. No
 1. Solo pensado, arreglos parciales
 2. Terminados
- 19. Engaño / encubrimiento del intento contemplado**
0. Revela las ideas abiertamente
 1. Revela las ideas con reserva
 2. Encubre, engaña, miente

MUCHAS GRACIAS

4.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN-MANAGUA

El presente estudio de investigación tiene como objetivo. **Determinar la presencia de ideación suicida en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.** Los resultados que arroje encaminarán al personal interesado hacia este tipo de investigación y hacia la generación de aspectos aplicados y de solución, aportando información relevante para analizar y replantear esta situación.

- **Procedimientos:** Para realizar este estudio se necesitará de su colaboración, brindando información que se utilizará para obtener los resultados que servirán para investigaciones futuras.
- **Beneficios:** No recibirá beneficio directo por el hecho de participar en el estudio, ya que los resultados tendrán un interés científico.
- **Gastos:** Los gastos serán totalmente asumidos por las partes implicadas en el estudio y, como participante del estudio, no tiene ninguna responsabilidad en este hecho.
- **Confidencialidad:** Se garantiza la confidencialidad, eso quiere decir que siempre se guardará el anonimato de los datos. Por eso los resultados del estudio, se almacenarán en archivos específicos creados especialmente para este fin y estarán protegidos con las medidas de seguridad exigidas en la investigación vigente. Los resultados obtenidos podrán ser consultados únicamente por los investigadores del estudio. Con la firma de esta hoja de consentimiento, da su permiso para participar en este estudio de investigación científica.

CONSENTIMIENTO: Después de haber leído y comprendido el objetivo del estudio y, haber resuelto las dudas que tenía, doy mi conformidad para participar en él.

NOMBRE Y APELLIDO

LUGAR:

FECHA:

FIRMA:

4.3 CUADROS Y GRAFICOS

Tabla N°1 Características socio-demográficas de los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
16-20 años	121	78.6
21-25 años	28	18.2
mayor 25	5	3.2
Total	154	100.0
Sexo		
Masculino	56	36.4
Femenino	98	63.6
Total	154	100.0
Procedencia		
Urbana	133	86.4
Rural	21	13.6
Total	154	100
Religión		
Católica	92	59.7
Evangélica	43	27.9
Otro	19	12.3
Total	154	100
Año académico que cursa		
I	36	23.4
II	37	24.0
III	38	24.7
IV	24	15.6
V	19	12.3
Total	154	100

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Frecuencia	Porcentaje
Estado Civil		
Casado	6.85	3.2%
Soltero	149	96.8%
Total	154	100%
Con quien habita		
Familiares	105	68.2%
Amigos	4	2.6%
Becado interno	22	14.3%
Alquila	23	14.9%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°2 Situaciones de riesgos en estudiantes de I a V año de la carrera de Medicina de la UNAN-Managua

SITUACIONES DE RIESGO	Frecuencia	Porcentaje
Funcionabilidad Familiar		
Funcional	110	71.4%
Moderadamente Funcional	27	17.5%
Grave disfunción familiar	17	11.0%
Total	154	100%
Consumo de alcohol		
No	113	73.3%
Bebedor social	26	16.9%
Consumo de riesgo	7	4.5%
Consumo perjudicial	6	3.9%
Dependencia alcohólica	2	1.3%
Total	154	100%
Hacinamiento		
Si	26	16.9%
No	128	83.1%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Tabla N°3 Deseo de vivir en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Deseo de Vivir	Frecuencia	Porcentaje
Moderado a fuerte	136	88.3%
Poco	12	7.8%
Ninguno	6	3.9%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°4 Deseo de morir en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Deseo de Morir	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	114	74.0%
Poco	28	18.2%
Moderado	12	7.8%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°5 Razones para vivir/morir en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Razones para Vivir / Morir	Frecuencia	Porcentaje
Vivir supera a morir	101	65.6%
Equilibrado	50	32.5%
Morir supera a vivir	3	1.9%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°6 Deseo de intentar activamente el suicidio en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Deseo de intentar activamente el suicidio	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	135	87.7%
Poco	18	11.7%
Moderado a fuerte	1	0.6%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°7 Deseo pasivos del suicidio en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.

Deseos pasivos del suicidio	Frecuencia	Porcentaje
Tomaría precauciones para salvar su vida	135	87.6%
Dejaría la vida/muerte a la suerte	14	9%
Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida	5	3.2%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°8 Deseo duración de la ideación/deseo suicida en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Dimensión temporal (duración de la ideación / deseo suicida)	Frecuencia	Porcentaje
Breves	146	94.8%
Periodos largos	4	2.6%
Continuos	4	2.6%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°9 Frecuencia de la ideación suicida en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Dimensión temporal (Frecuencia del suicidio)	Frecuencia	Porcentaje
Rara	144	93.5%
Intermitente	9	5.8%
Persistente	1	0.6%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°10 Actitud hacia la ideación en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Actitud hacia la ideación / deseo	Frecuencia	Porcentaje
Rechazo	118	76.6%
Ambivalente, indiferente	23	14.9%
Aceptación	13	8.4%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°11 Control sobre la actividad suicida en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Control sobre la actividad suicida	Frecuencia	Porcentaje
Tiene sentido de control	134	87.0%
Inseguridad de control	13	8.4%
No tiene sentido de control	7	4.5%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°12 Disuasivos para un intento activo en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)	Frecuencia	Porcentaje
No lo intentaría porque algo lo detiene	130	84.4%
Cierta duda hacia los intereses que lo detienen	13	8.4%
Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen	11	7.1%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°13 Razones para el intento contemplado en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Razones para el intento contemplado	Frecuencia	Porcentaje
Manipular el ambiente	98	63.6%
Combinación 0 y 2	27	17.5%
Escapar	29	18.8%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°14 Planeación del intento contemplado en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Método (especificidad / planeación del intento contemplado)	Frecuencia	Porcentaje
Sin considerar	129	83.8%
Considerado	18	11.7%
Detalles elaborados	7	4.5%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°15 Oportunidad para el intento contemplado en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Método (accesibilidad / oportunidad para el intento contemplado)	Frecuencia	Porcentaje
Método no disponible	111	72.1%
Oportunidad no disponible	22	14.3%
Método y oportunidad disponibles	21	13.6%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°16 Sentido de capacidad para llevar adelante el intento en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Sentido de capacidad para llevar adelante el intento	Frecuencia	Porcentaje
Falta de valor, debilidad, asustado	113	73.4%
No está seguro de tener valor	32	20.8%
Está seguro de tener valor	9	5.8%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°17 Espera del intento actual en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Expectativa / espera del intento actual	Frecuencia	Porcentaje
No	134	87.0%
Sin seguridad	18	11.7%
Si	2	1.3%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°18 Preparación actual para el intento contemplado en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Preparación actual para el intento contemplado	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	144	93.5%
Parcial	9	5.8%
Completa	1	0.6%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°19 Nota suicida en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Nota suicida	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	137	89.0%
Solo pensada, iniciada, sin terminar	7	4.5%
Escrita, terminada	10	6.5%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°20 Actos finales en anticipación de la muerte en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Actos finales en anticipación de la muerte	Frecuencia	Porcentaje
No	133	86.4%
Solo pensado, arreglos parciales	17	11.0%
Terminados	4	2.6%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°21 Encubrimiento del intento contemplado en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Engaño / encubrimiento del intento contemplado	Frecuencia	Porcentaje
Revela las ideas abiertamente	102	66.2%
Revela las ideas con reserva	30	19.5%
Encubre, engaña, miente	22	14.3%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°22 ESCALA BECK ITEMS 1 en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Actitud hacia la muerte	Frecuencia	Porcentaje
Si	77	50%
No	77	50%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°23 ESCALA BECK ITEMS 2 en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Ideación/deseo de muerte	Frecuencia	Porcentaje
Presente	72	46.8%
No presente	82	53.2%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°24 ESCALA BECK ITEMS 3 en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Intento Planeado	Frecuencia	Porcentaje
Presente	75	48.7%
No presente	79	51.3%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°25 ESCALA BECK ITEMS 4 en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Actualización tentativa	Frecuencia	Porcentaje
Presente	64	41.6%
No presente	90	58.4%
Total	154	100%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°26 Relación Sexo y Escala Beck en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

SEXO	Actitud hacia la vida y muerte		Ideación o deseo de muerte		Intento Planeado		Actualización tentativa	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Masculino	21.4%	14.9%	11.2%	20.1%	21.4%	14.9%	17.5%	18.8%
Femenino	28.6%	35.1%	30.5%	33.1%	27.3%	36.4%	24%	39.6%
Total	50%	50%	46.8	53.2	48.7	51.3	41.6	58.4

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°27 Relación Procedencia y Escala Beck en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Procedencia	Actitud hacia la vida y muerte		Ideación o deseo de muerte		Intento Planeado		Actualización tentativa	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Urbana	44.8%	41.6%	39%	47.4%	42.9%	43.5%	35.1%	51.3%
Rural	5.2%	8.4%	7.8%	5.8%	5.8%	7.8%	6.5%	7.1%
Total	50%	50%	46.8%	53.2%	48.7%	51.3%	41.6%	58.4%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°28 Relación Religión y Escala Beck en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Religión	Actitud hacia la vida y muerte		Ideación o deseo de muerte		Intento Planeado		Actualización tentativa	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Católica	29.9%	29.9%	27.3%	32.5%	27.9%	31.8%	22.7%	37%
Evangélica	12.3%	15.6%	13.6%	14.3%	13.6%	14.3%	12.3%	15.6%
Otras	7.8%	4.5%	5.8%	6.5%	7.1%	5.2%	6.5%	5.8%
Total	50%	50%	46.8%	53.2%	48.7%	51.3%	41.6%	58.4%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°29 Relación año académico y consumo de alcohol en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Año	No aplica	Bebedor social	Consumo de riesgo	Consumo perjudicial	Dependencia alcohólica	Total
I	18.3%	2.0%	1.3%	1.3%	0.7%	23.5%
II	17.0%	5.2%	0.0%	1.3%	0.0%	23.5%
III	20.3%	3.3%	1.3%	0.0%	0.0%	24.8%
IV	11.1%	2.0%	1.3%	0.7%	0.7%	15.7%
V	6.5%	4.6%	0.7%	0.7%	0.0%	12.4%
Total	73.2%	17.0%	4.6%	3.9%	1.3%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°30 Relación Año académico y Escala Beck en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

AÑO	Actitud hacia la vida y muerte		Ideación o deseo de muerte		Intento Planeado		Actualización tentativa	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
I	14.3%	9.1%	16.9%	6.5%	14.3%	9,1%	13%	10.4%
II	11.7%	12.3%	9.7%	14.3%	9.7%	14.3%	11.7%	12.3%
III	13.6%	11.0%	12.3%	12.3%	13.6%	11%	6.5%	18.2%
IV	7.1%	8.4%	3.9%	11.7%	6.5%	9.1%	4.5%	7.8%
V	3.2%	9.1%	3.7%	8.4%	4.5%	7.8%	3.9%	8.4%
Total	50%	50%	46.8%	53.2%	48.7%	51.3%	41.6%	58.4%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°31 Relación Estado civil y Escala Beck en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Estado civil	Actitud hacia la vida y muerte		Ideación o deseo de muerte		Intento Planeado		Actualización tentativa	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Casado	1.9%	1.3%	0.6%	2.6%	1.9%	1.3%	1.3%	1.9%
Soltero	48.1%	48.7%	48.1%	50.6%	46.8%	50%	40.3%	56.5%
Total	50%	50%	46.8%	53.2%	48.7%	51.3%	41.6%	58.4%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°32 Relación de con quien habitan y Escala Beck en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Habita con	Actitud hacia la vida y muerte		Ideación o deseo de muerte		Intento Planeado		Actualización tentativa	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Familiares	37.7%	30.5%	33.8%	34.4%	37.7%	30.5%	32.5%	35.7%
Amigos	0.6%	1.9%	0.6%	1.9%	0%	2.6%	0.6%	1.9%
Becado Interno	5.8%	8.4%	8.4%	5.8%	6.5%	7.8%	5.8%	8.4%
Solo (Alquila)	5.8%	9.1%	3.9%	11%	4.5%	10.4%	2.6%	12.3%
Total	50%	50%	46.8%	53.2%	48.7%	51.3%	41.6%	58.4%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°33 Relación Funcionabilidad Familiar y Escala Beck en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Funcionabilidad Familiar	Actitud hacia la vida y muerte		Ideación o deseo de muerte		Intento Planeado		Actualización tentativa	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Funcional	31.8%	39.6%	30.5%	40.9%	29.2%	42.2%	24.7%	46.8%
Moderadamente Funcional	9.1%	8.4%	9.7%	7.8%	10.4%	7.1%	9.1%	8.4%
Grave disfunción familiar	9.1%	1.9%	6.5%	4.5%	9.1%	1.9%	7.8%	3.2%
Total	50%	50%	46.8%	53.2%	48.7%	51.3%	41.6%	58.4%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°34 Relación Consumo de alcohol y Escala Beck en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Consumo de alcohol	Actitud hacia la vida y muerte		Ideación o deseo de muerte		Intento Planeado		Actualización tentativa	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
No	34%	39.2%	34.6%	38.6%	34%	39.2%	27.5%	45.8%
Bebedor social	10.5%	6.5%	8.5%	8.5%	7.2%	9.8%	7.2%	9.8%
Consumo de riesgo	2.6%	2%	1.3%	3.3%	3.3%	1.3%	2.6%	2%
Consumo perjudicial	2.6%	1.3%	2%	2%	3.3%	0.7%	3.3%	0.7%
Dependencia alcohólica	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%
Total	50%	50%	46.8%	53.2%	48.7%	51.3%	41.6%	58.4%

Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°35 Relación con quien habitan y hacinamiento en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Habita con	Hacinamiento	
	SI	NO
Familiares	6.5%	61.7%
Amigos	0.0%	2.6%
Becado interno	9.1%	5.2%
Alquila solo	1.3%	13.6%
Total	16.9%	83.1%

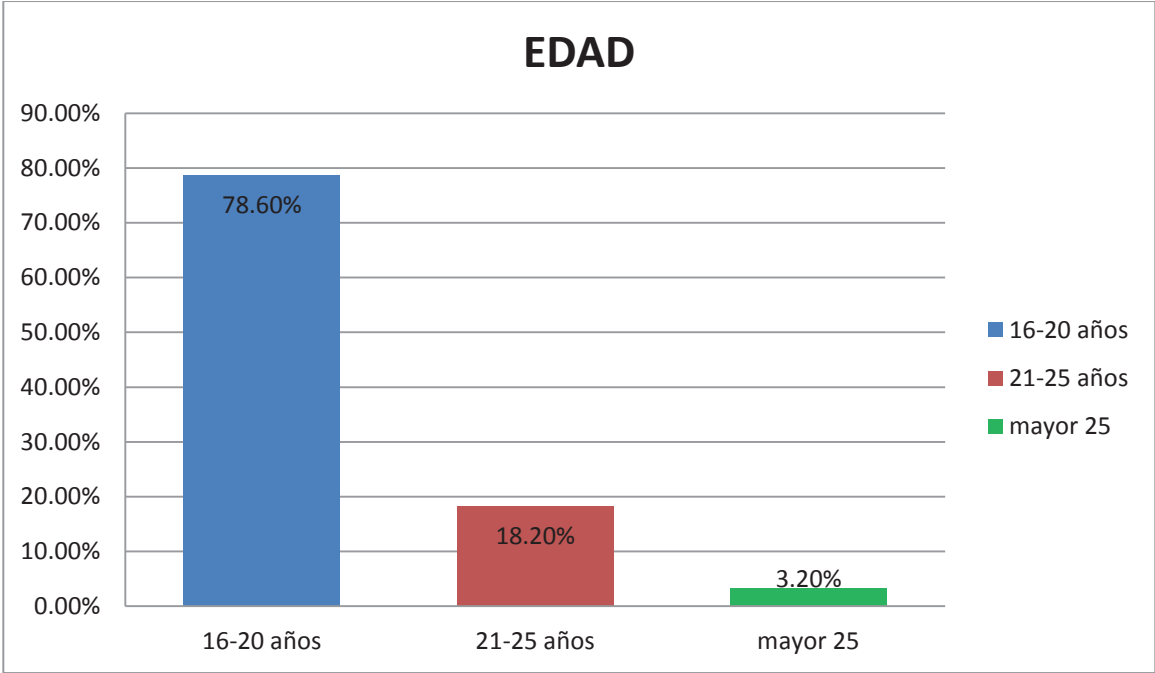
Fuente: Ficha de recolección de la información

Tabla N°36 Relación Hacinamiento y Escala Beck en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017

Hacinamiento	Actitud hacia la vida y muerte		Ideación o deseo de muerte		Intento Planeado		Actualización tentativa	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
SI	9.1%	7.8%	9.7%	7.1%	8.4%	8.4%	7.8%	9.1%
NO	40.9%	42.2%	37%	46%	40.3%	42.9%	33.8%	49.4%
Total	50%	50%	46.8%	53.2%	48.7%	51.3%	41.6%	58.4%

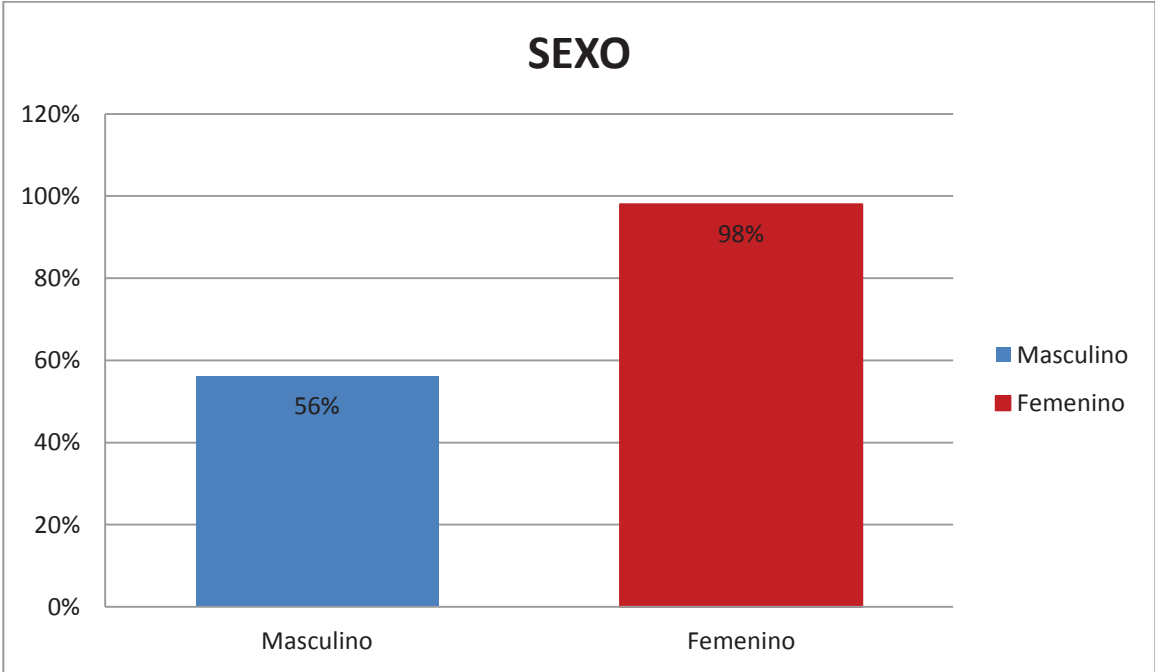
Fuente: Ficha de recolección de la información

Gráfico N°1 Edad de los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



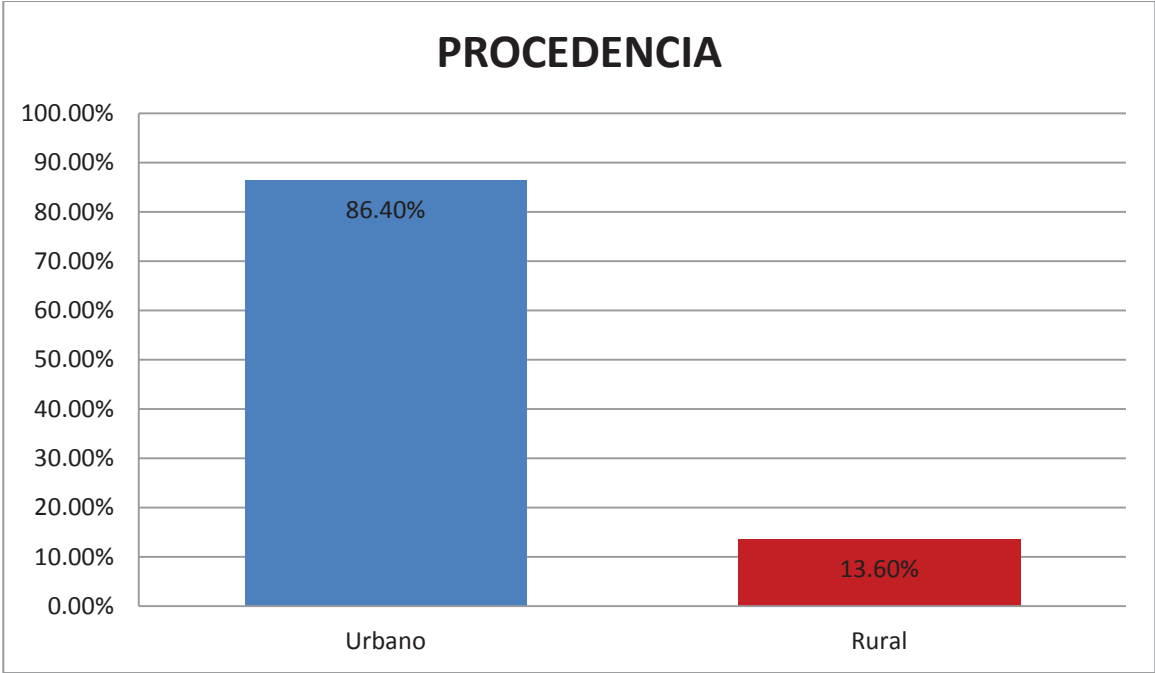
Fuente: Tabla N°1

Gráfico N°2 Sexo de los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



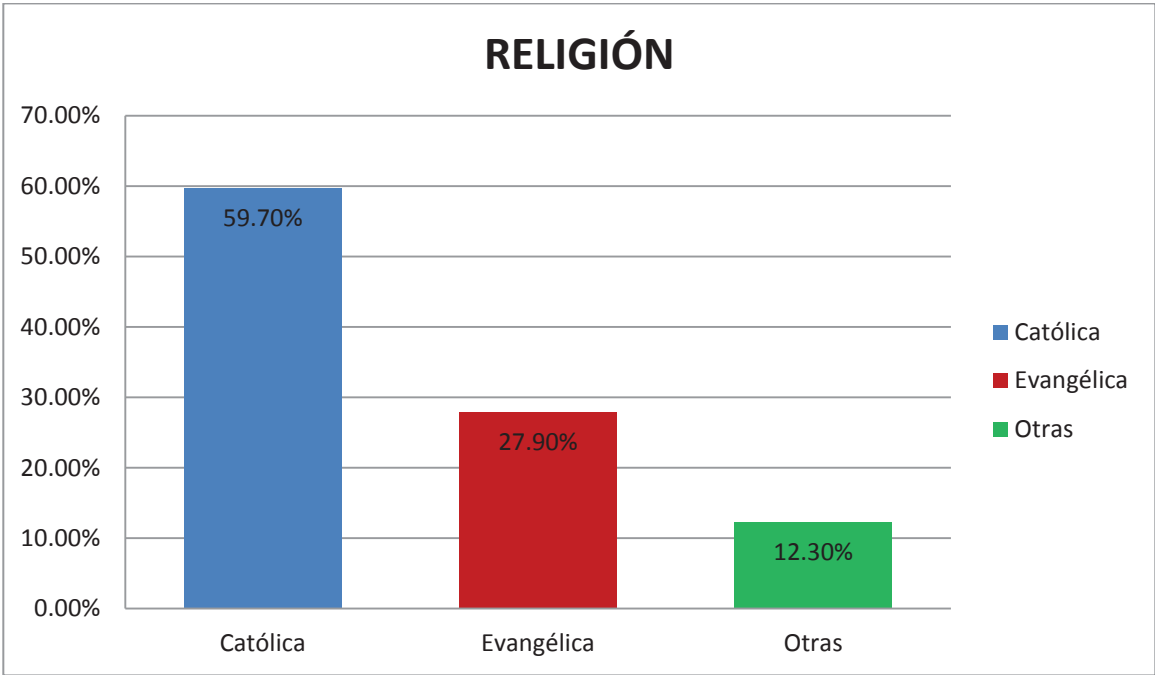
Fuente: Tabla N°1

Gráfico N°3 Procedencia de los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



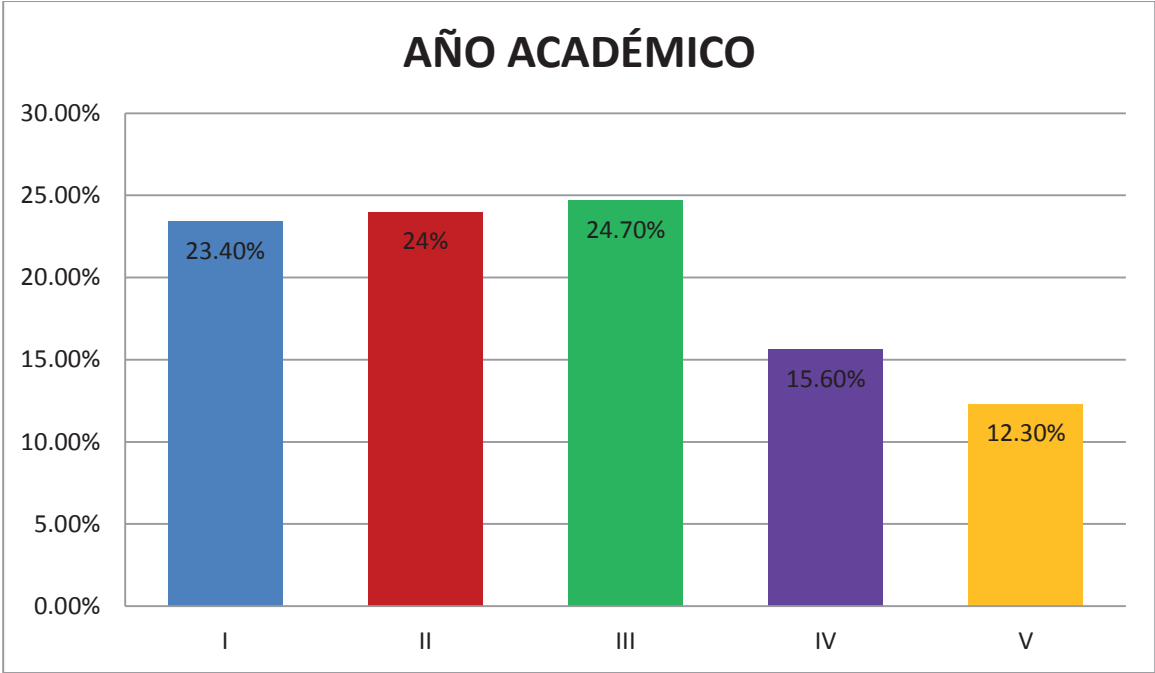
Fuente: Tabla N°1

Gráfico N°4 Religión de los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



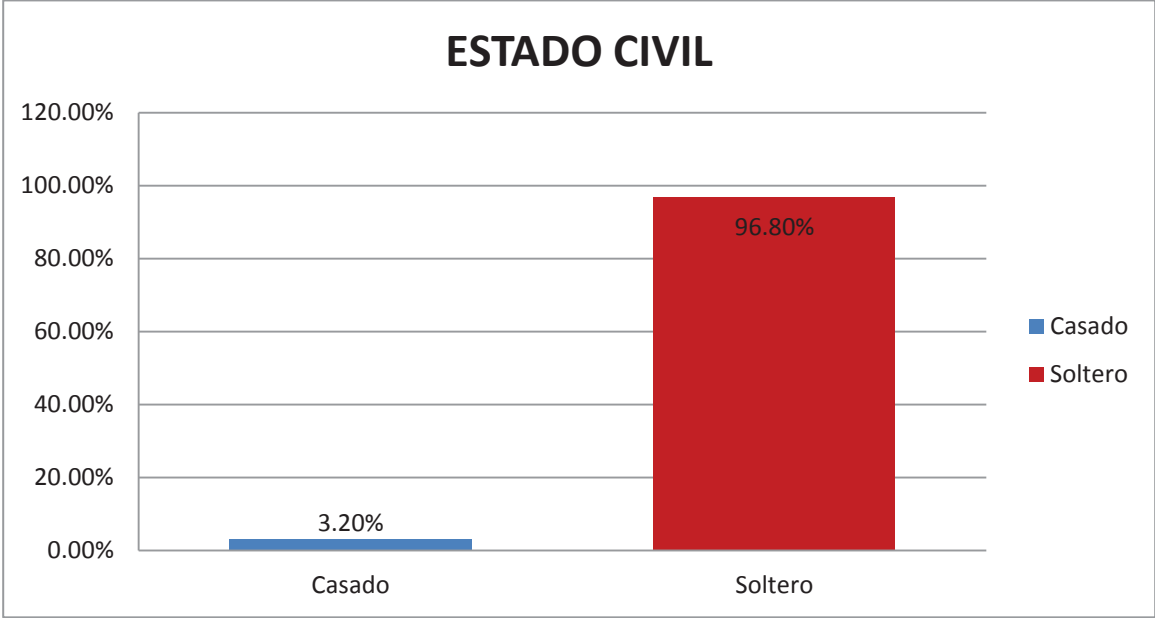
Fuente: Tabla N°1

Gráfico N°5 Año académico de los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



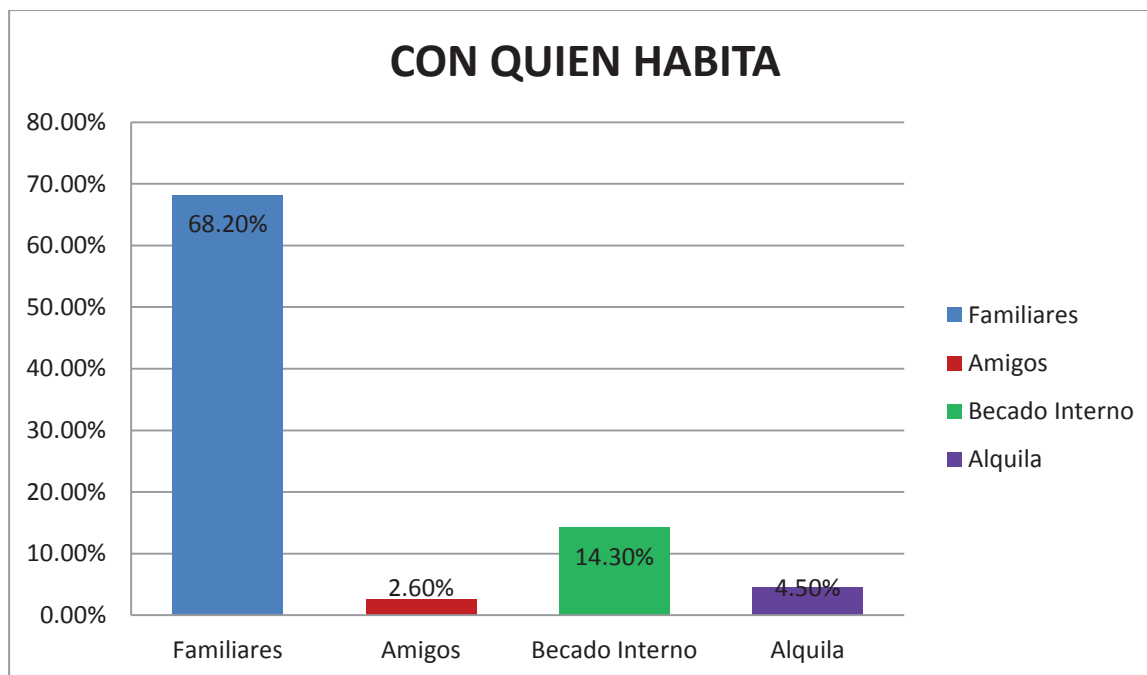
Fuente: Tabla N°1

Gráfico N°6 Estado civil de los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



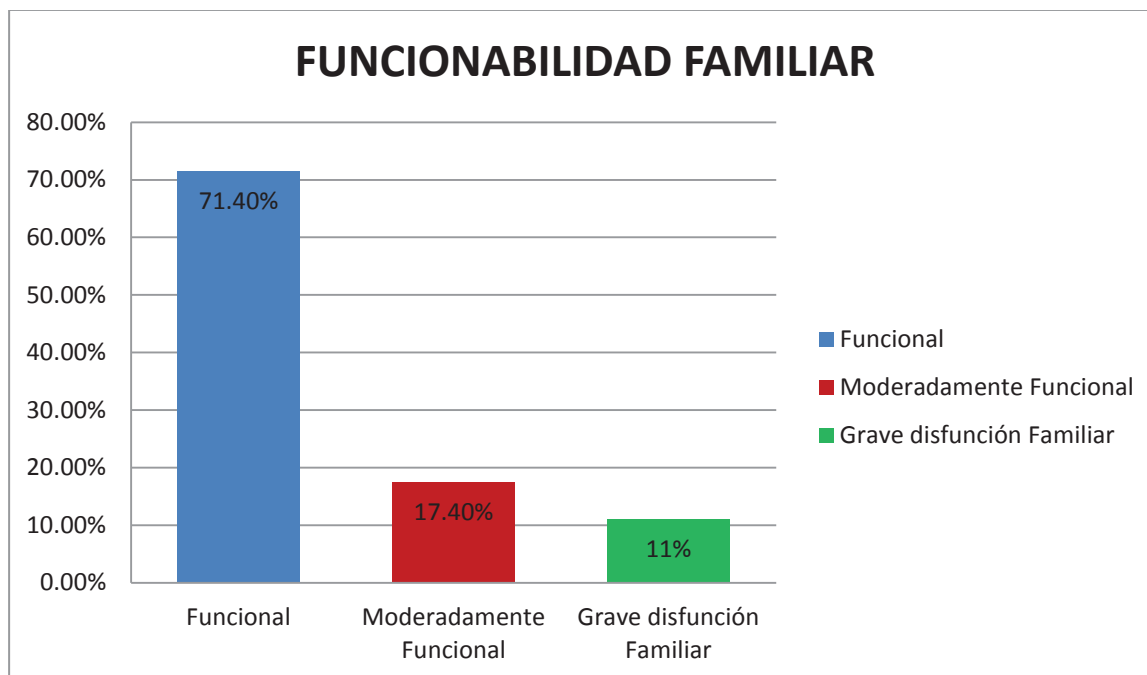
Fuente: Tabla N°1

Gráfico N°7 Con quien habitan de los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



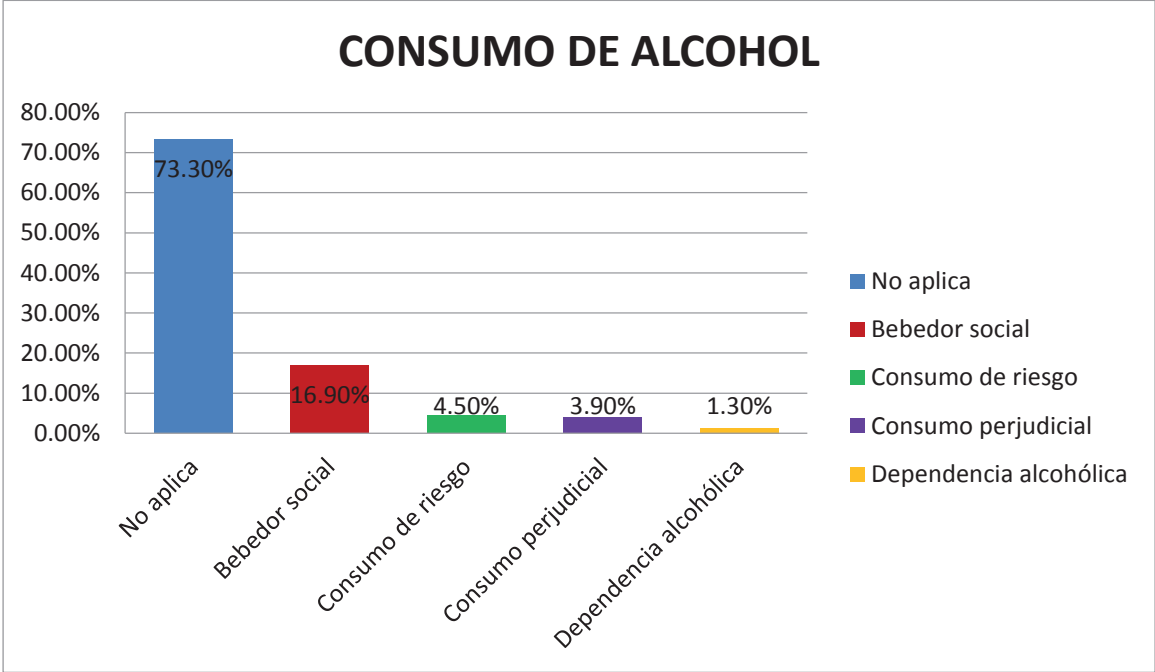
Fuente: Tabla N°1

Gráfico N°8 Funcionabilidad Familiar en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



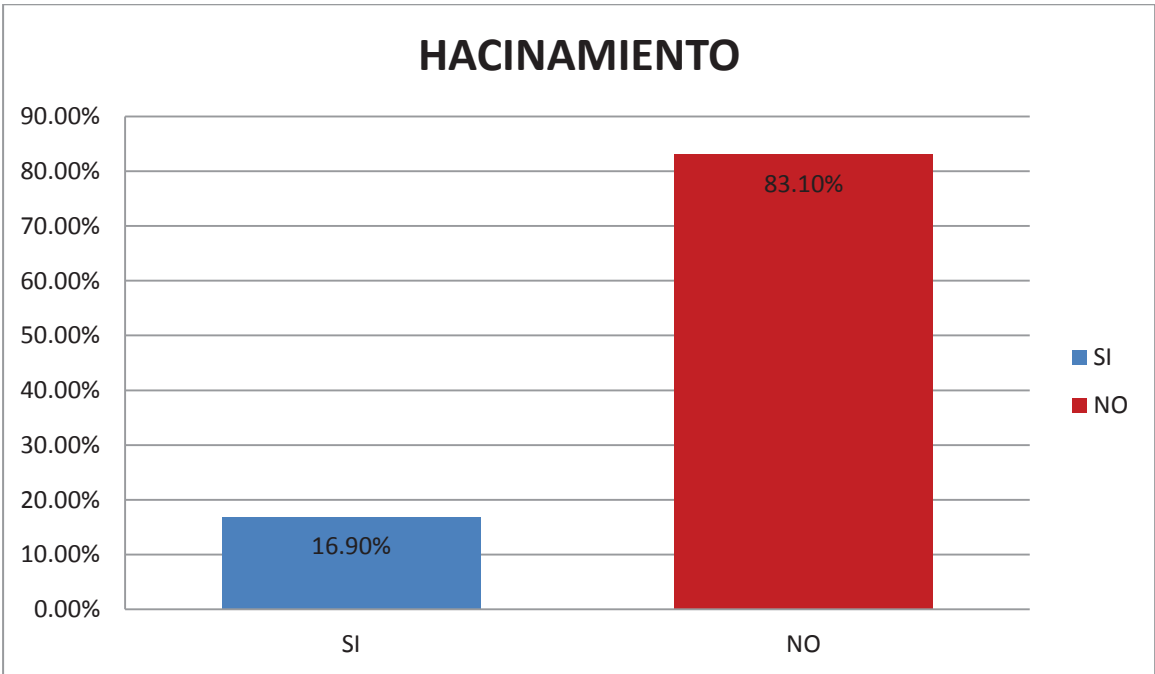
Fuente: Tabla N°2

Gráfico N°9 Consumo de alcohol en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



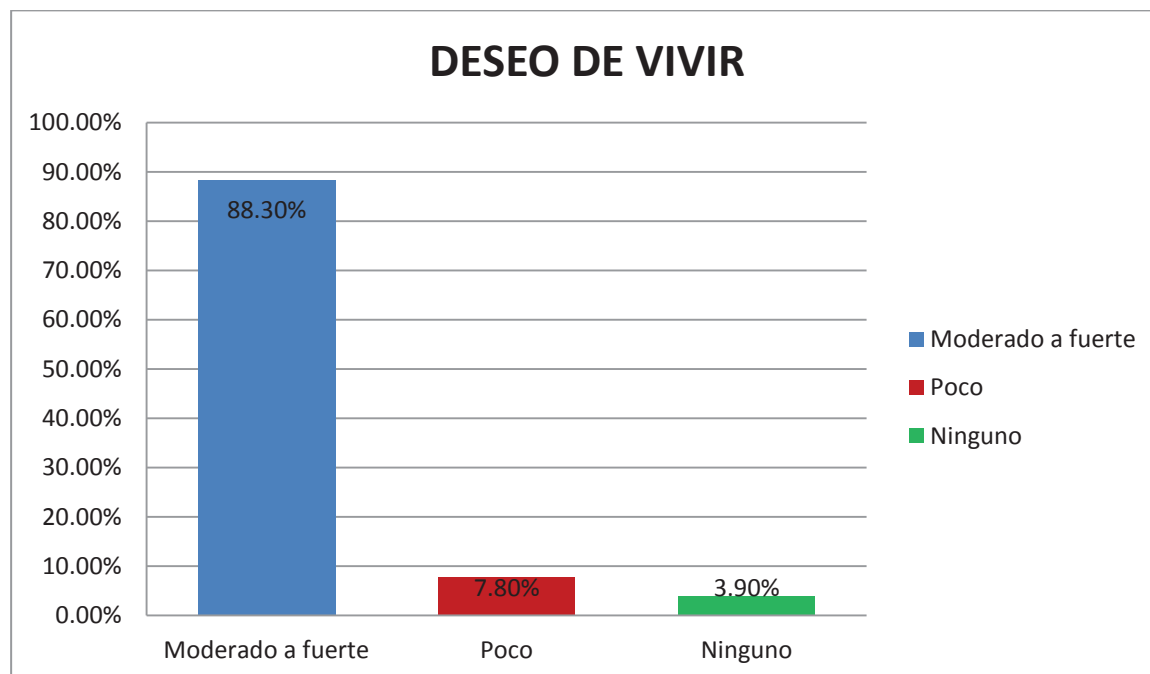
Fuente: Tabla N°2

Gráfico N°10 Hacinamiento en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



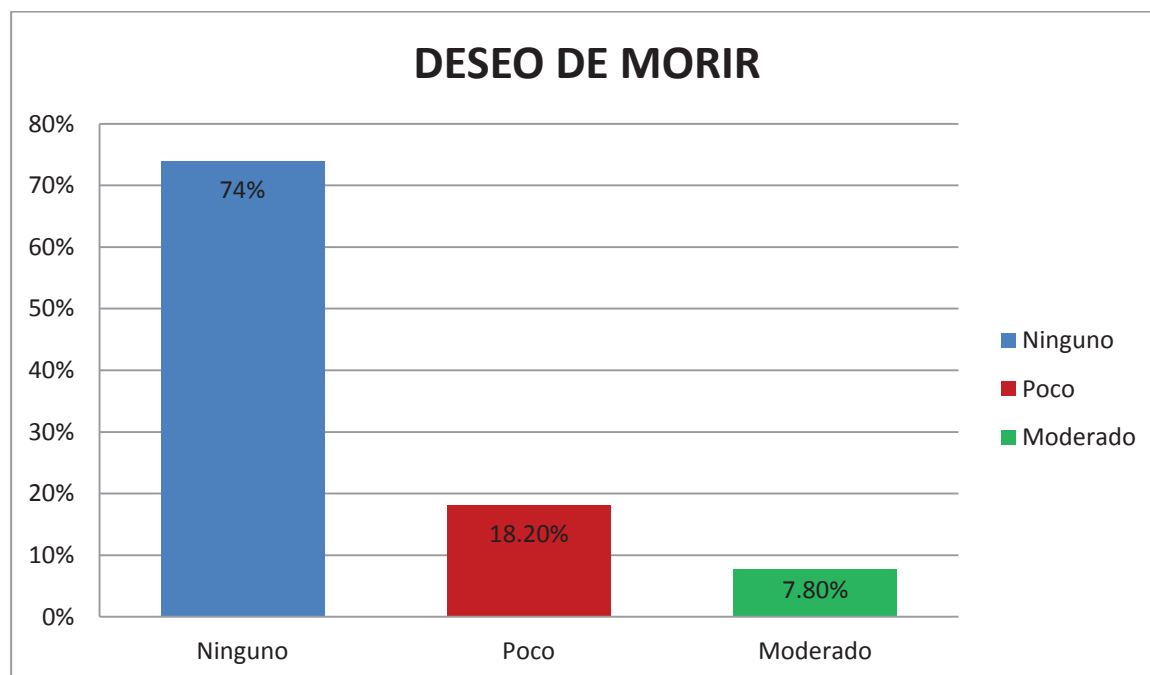
Fuente: Tabla N°2

Gráfico N°11 Deseo de vivir en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



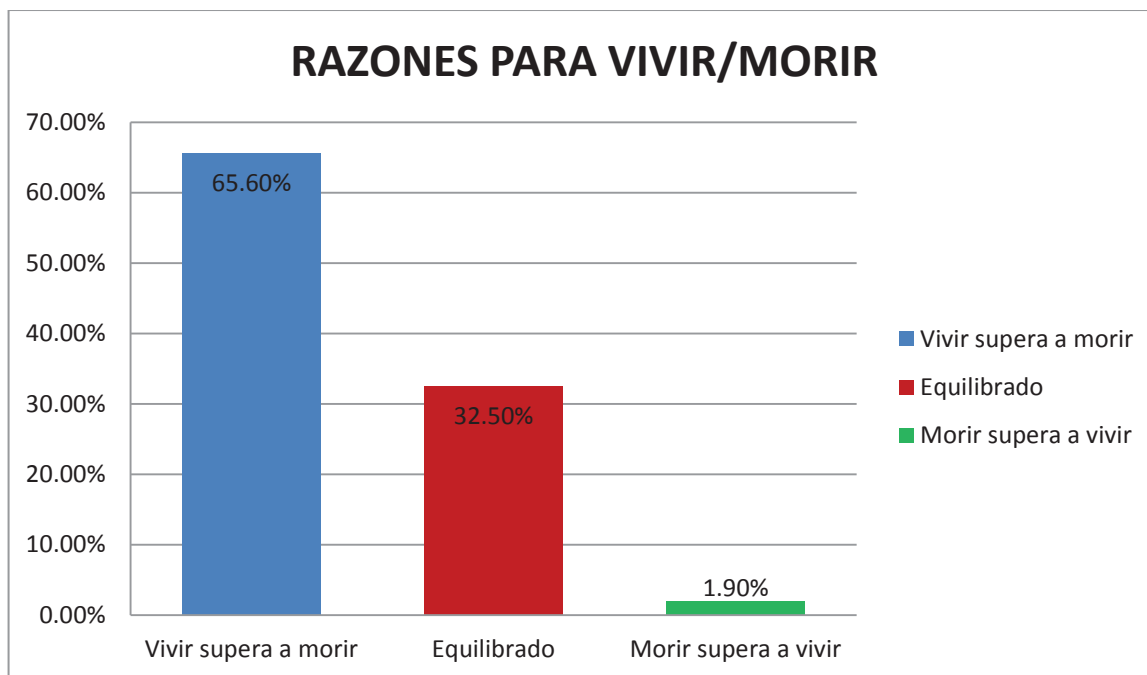
Fuente: Tabla N°3

Gráfico N°12 Deseo de morir en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



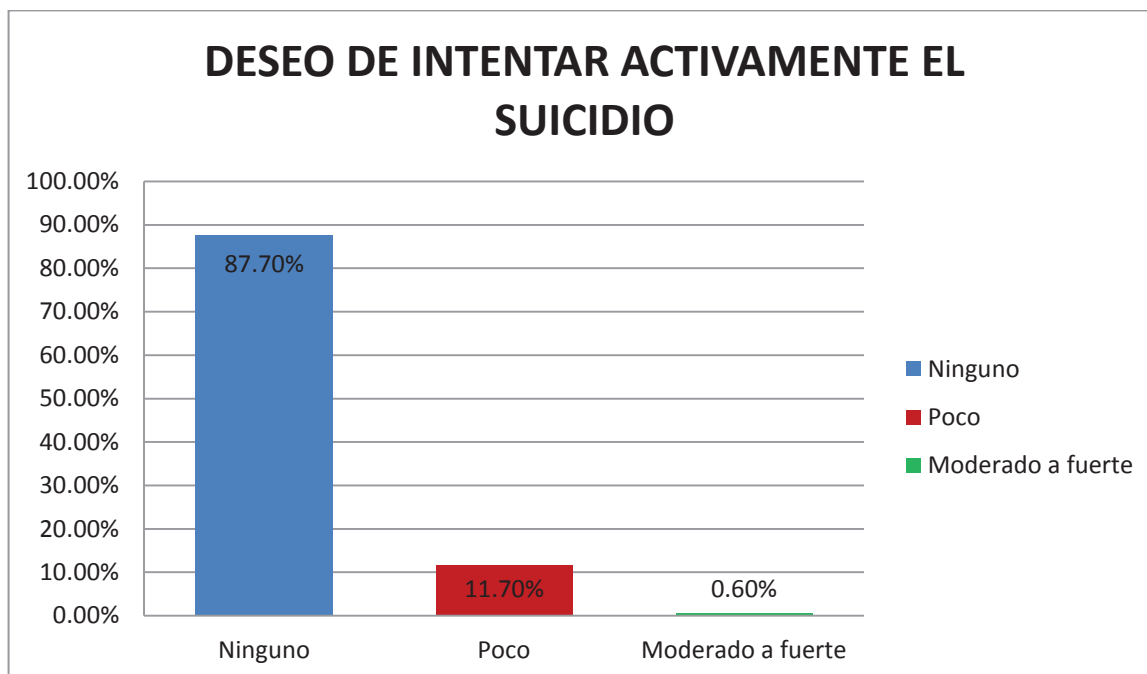
Fuente: Tabla N°4

Gráfico N°13 Razones para vivir/morir en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



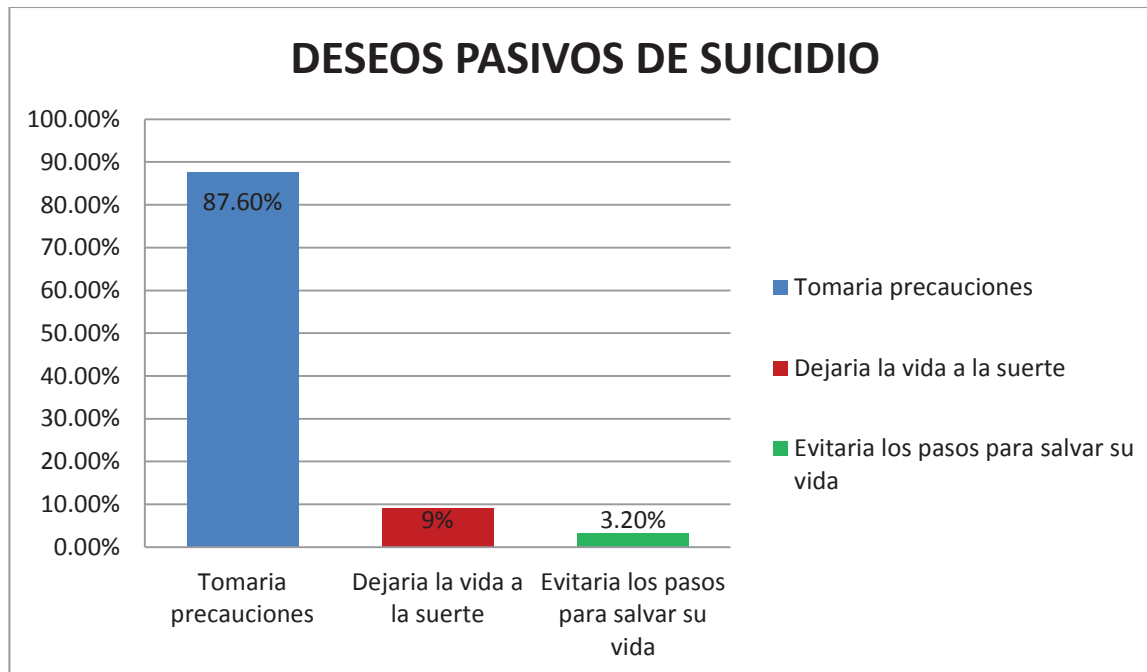
Fuente: Tabla N°5

Gráfico N°14 Deseo de intentar activamente el suicidio en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



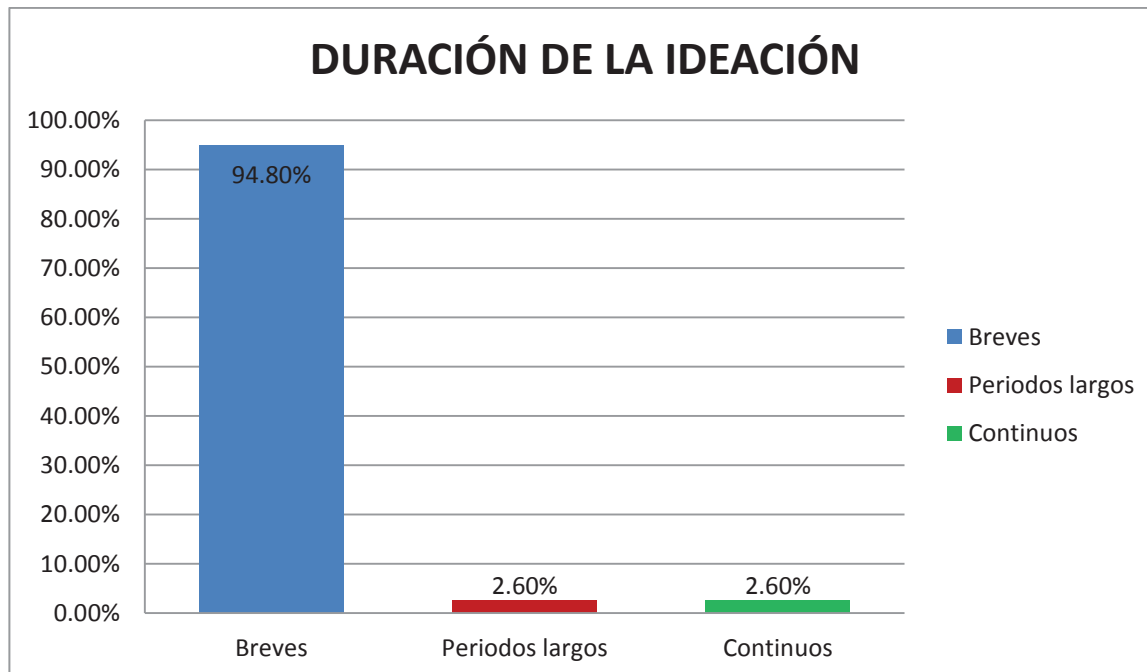
Fuente: Tabla N°6

Gráfico N°15 Deseos pasivos del suicidio en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



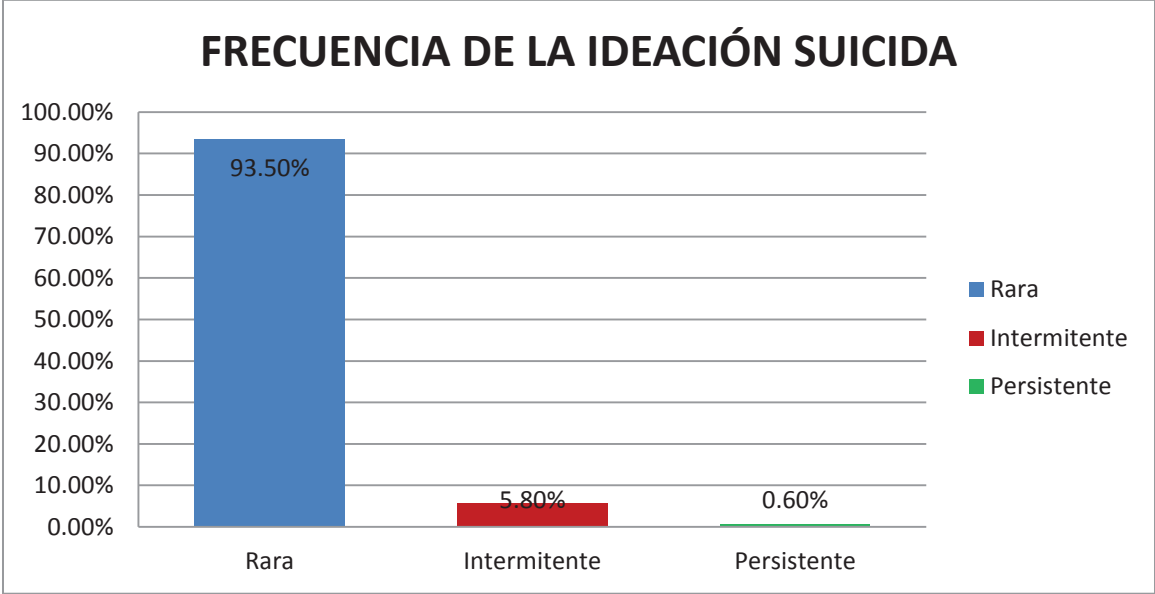
Fuente: Tabla N°7

Gráfico N°16 Duración de la ideación o deseo suicida en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



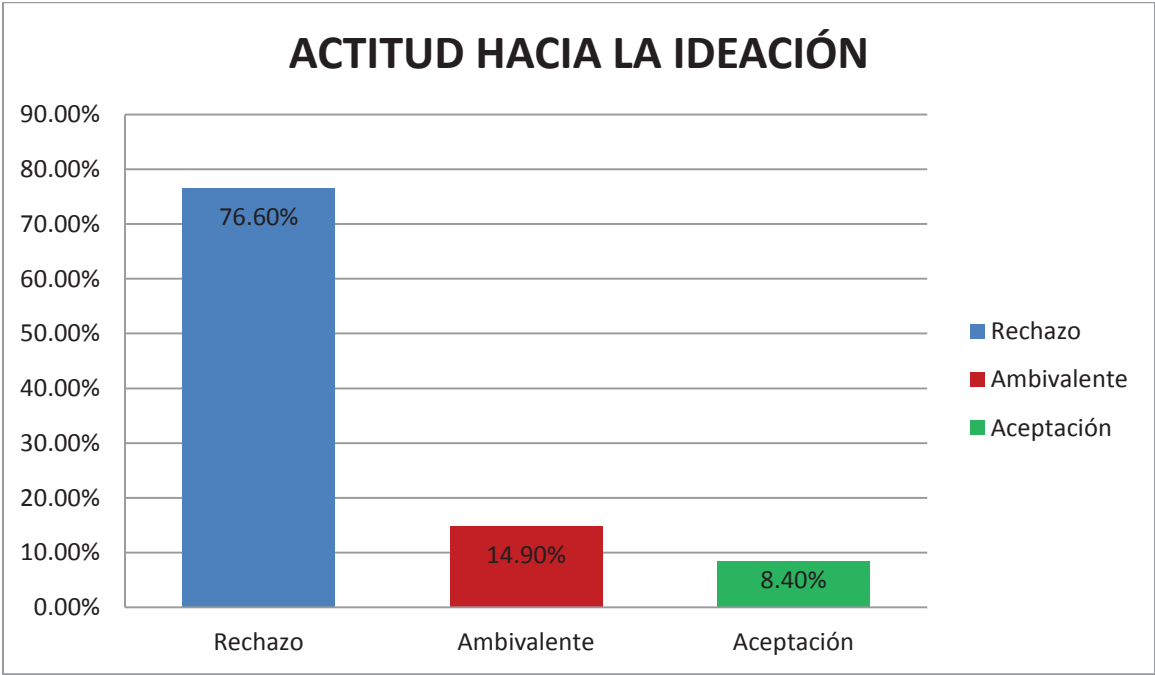
Fuente: Tabla N°8

Gráfico N°17 Dimensión temporal- frecuencia del pensamiento suicida en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



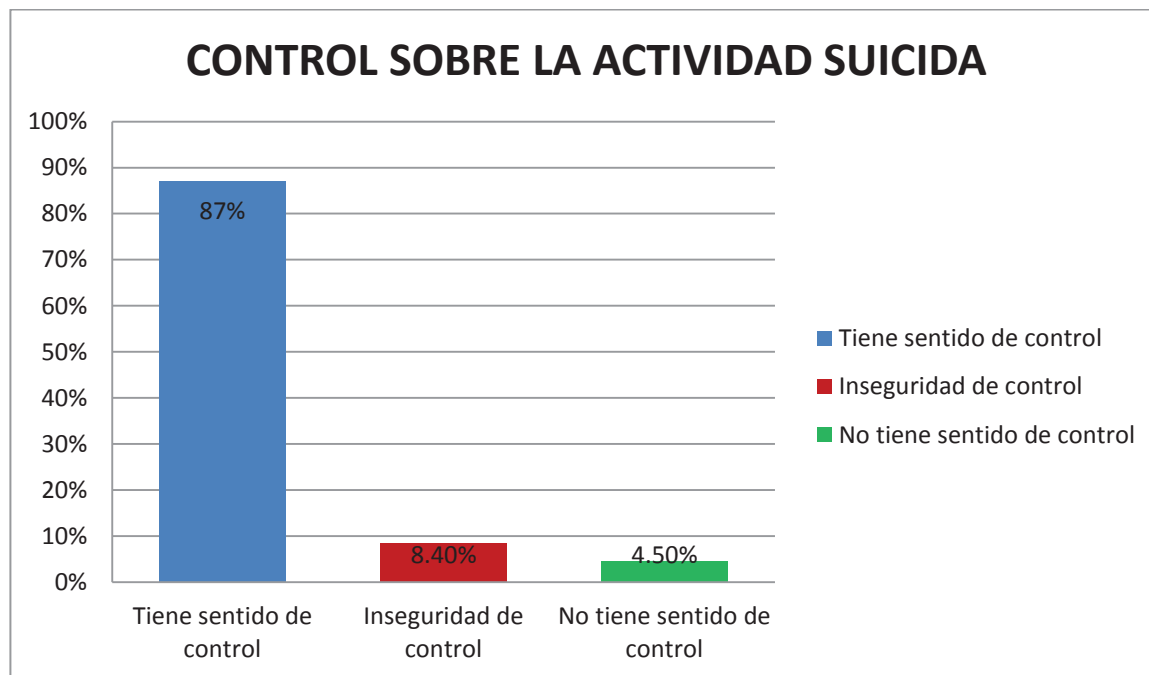
Fuente: Tabla N° 9

Gráfico N°18 Actitud hacia la ideación en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



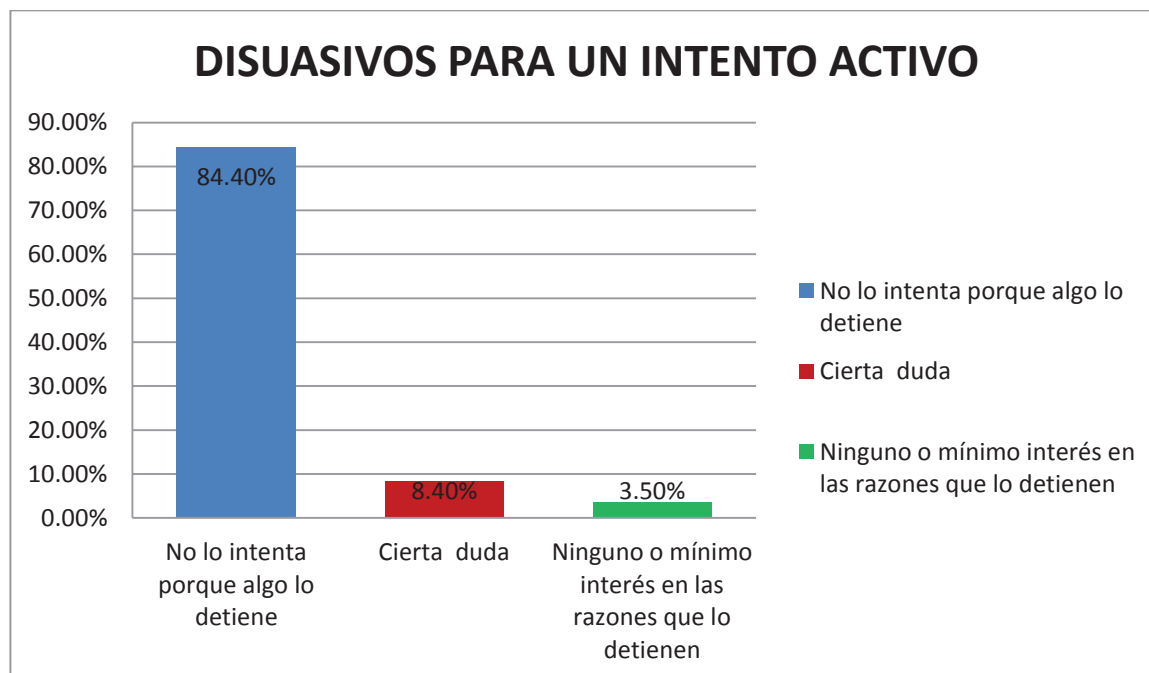
Fuente: Tabla N°10

Gráfico N°19 Control sobre la actividad suicida en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



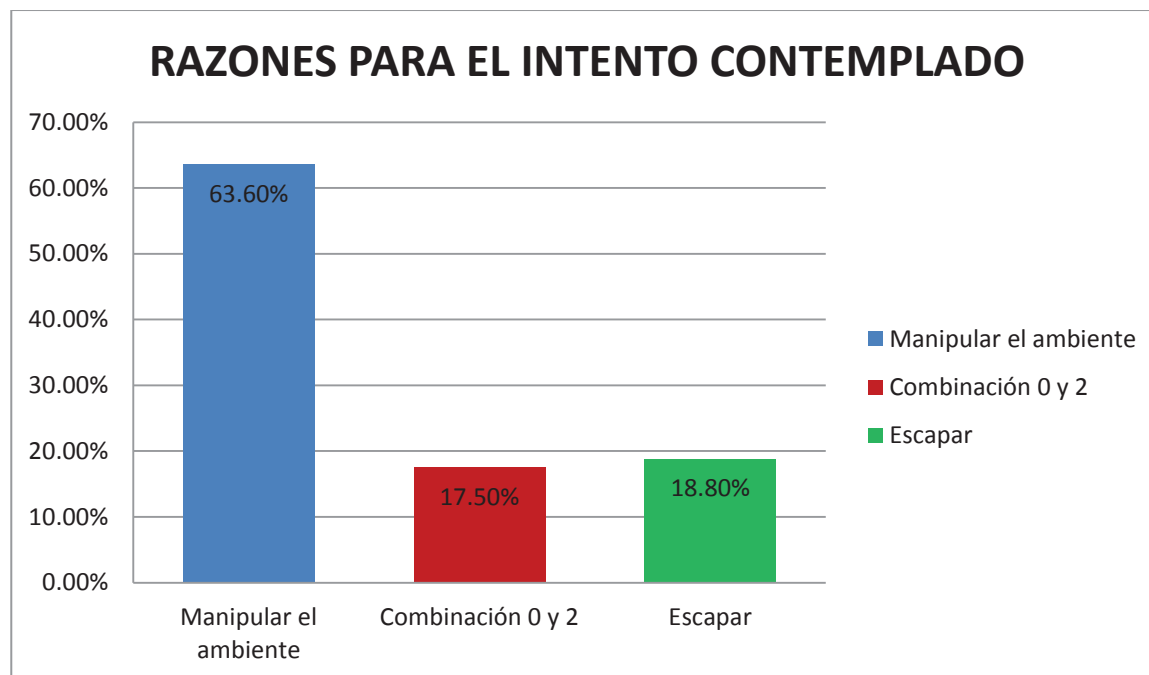
Fuente: Tabla N°11

Gráfico N°20 Disuasivos para un intento activo en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



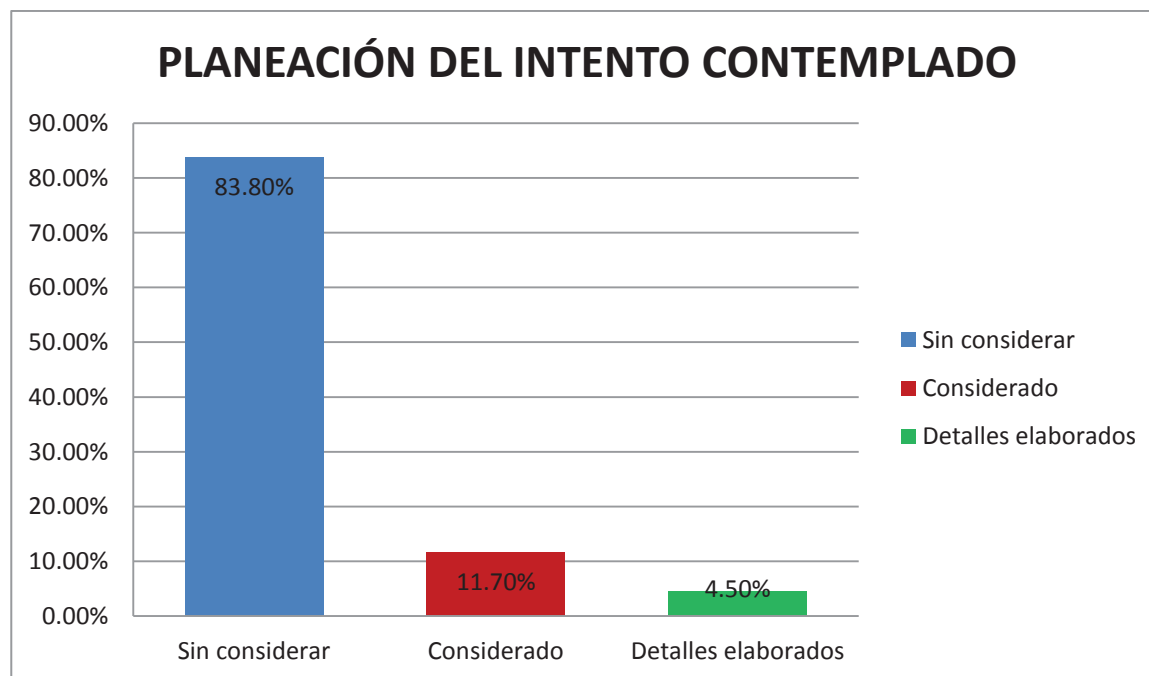
Fuente: Tabla N°12

Gráfico N°21 Razones para el intento contemplado en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



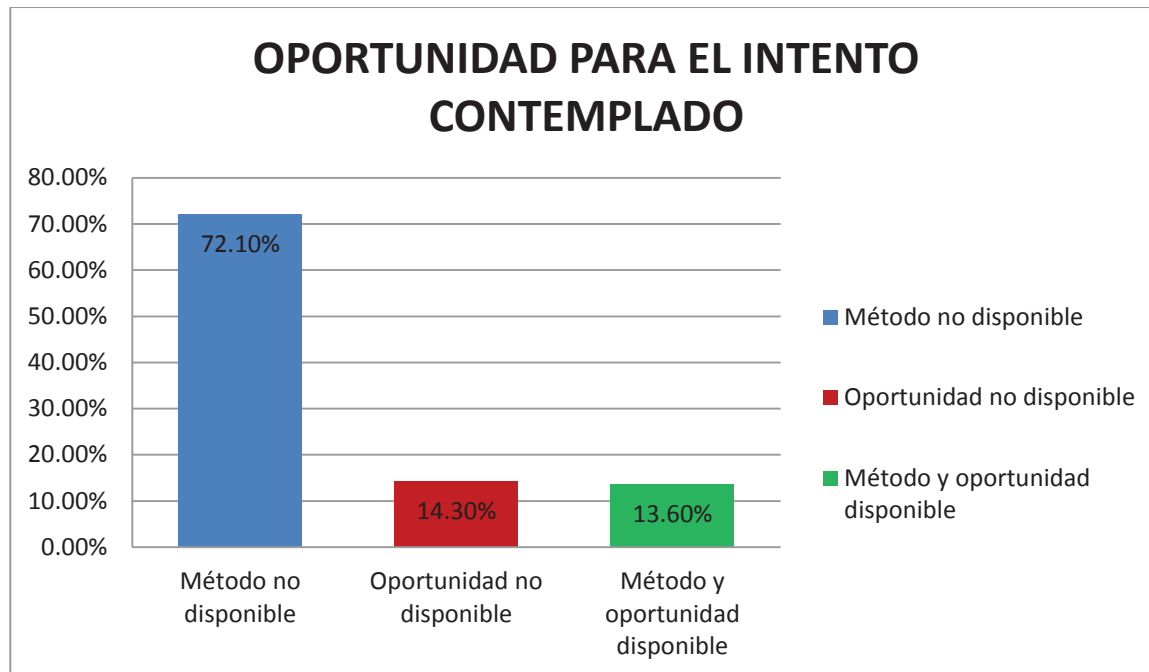
Fuente: Tabla N° 13

Gráfico N°22 Planeación del intento contemplado en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



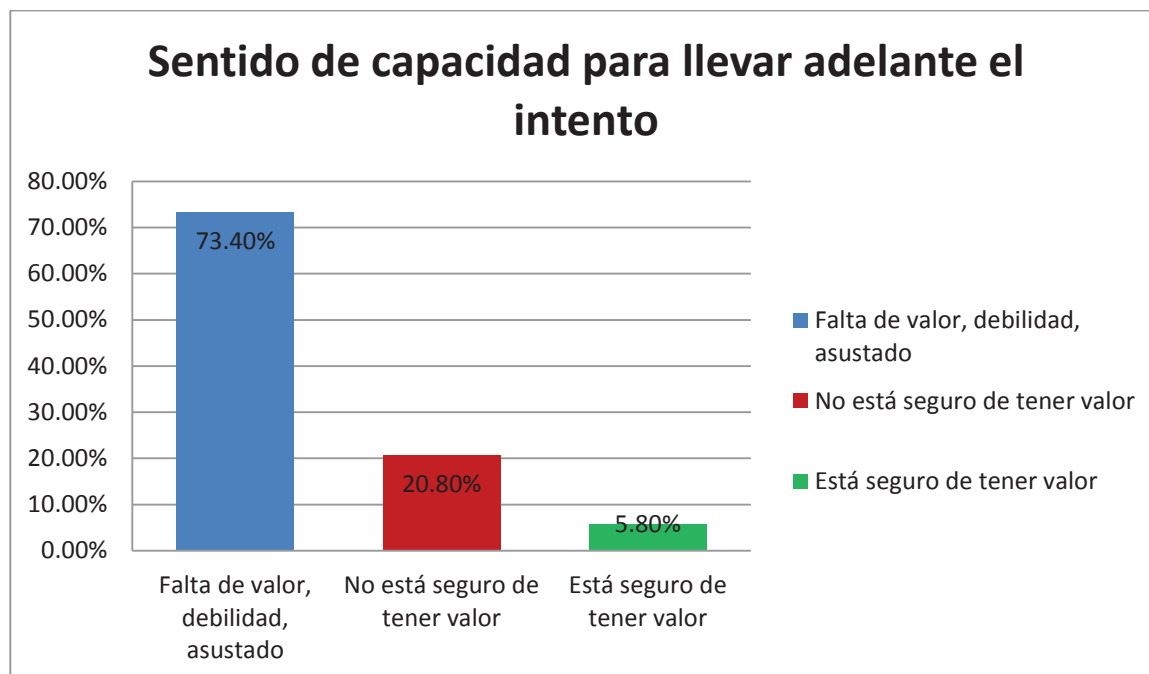
Fuente: Tabla N° 14

Gráfico N°23 Accesibilidad para el intento contemplado en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



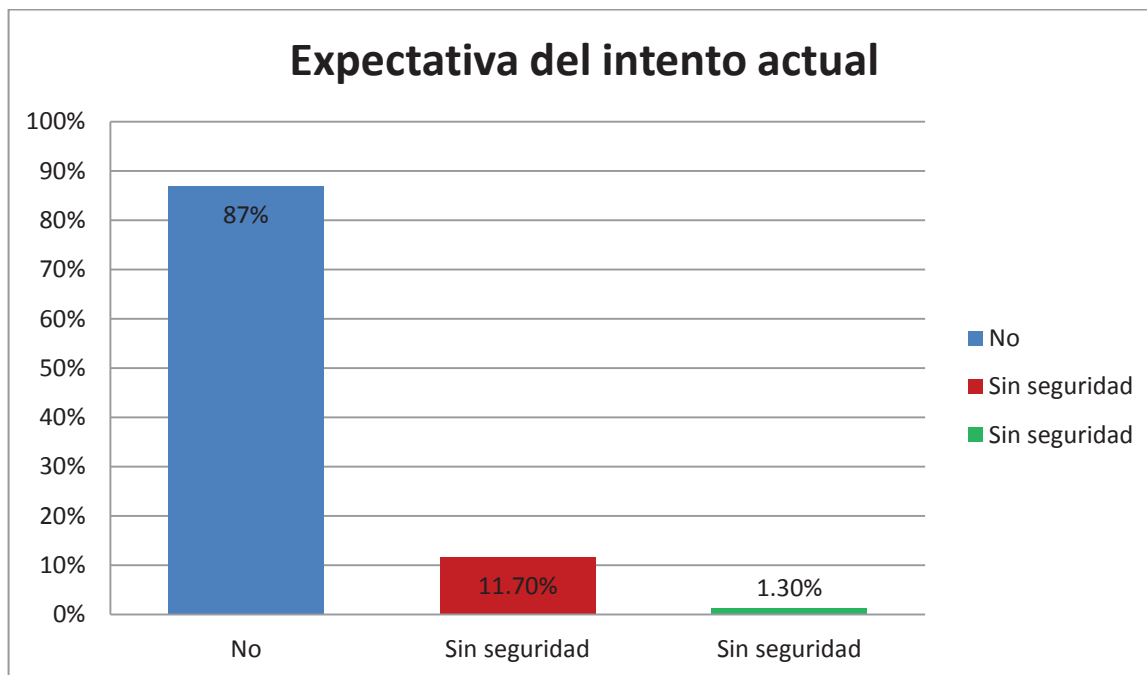
Fuente: Tabla N°15

Gráfico N°24 Sentido de capacidad para llevar adelante el intento en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



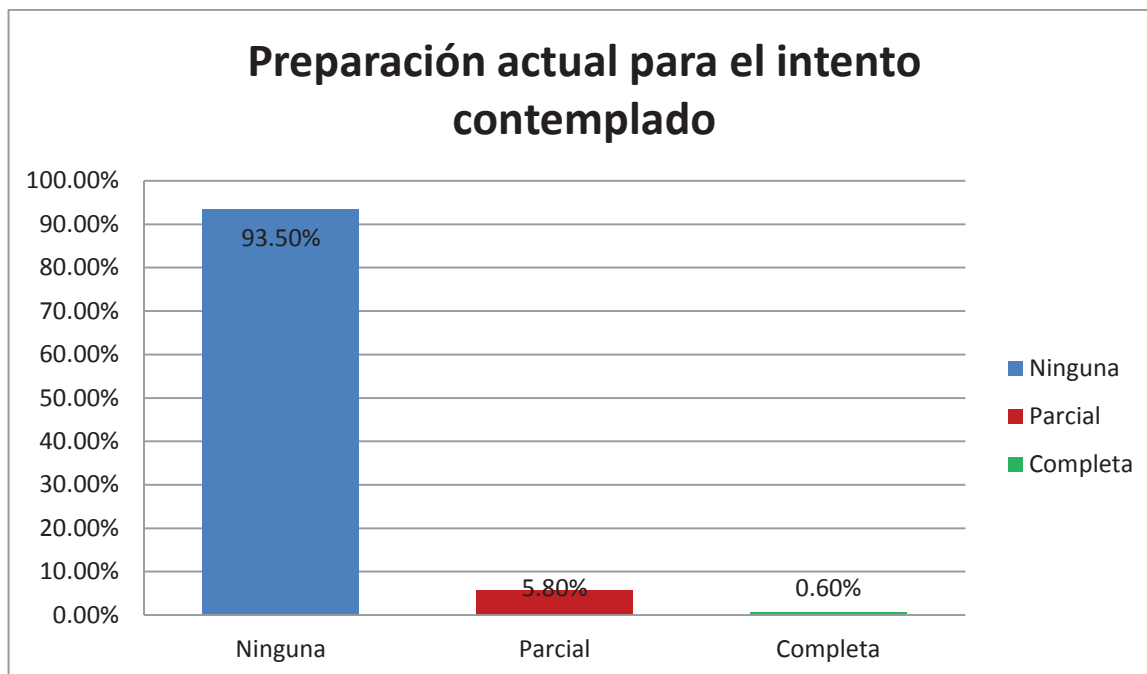
Fuente: Tabla N°16

Gráfico N°25 Espera del intento actual en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



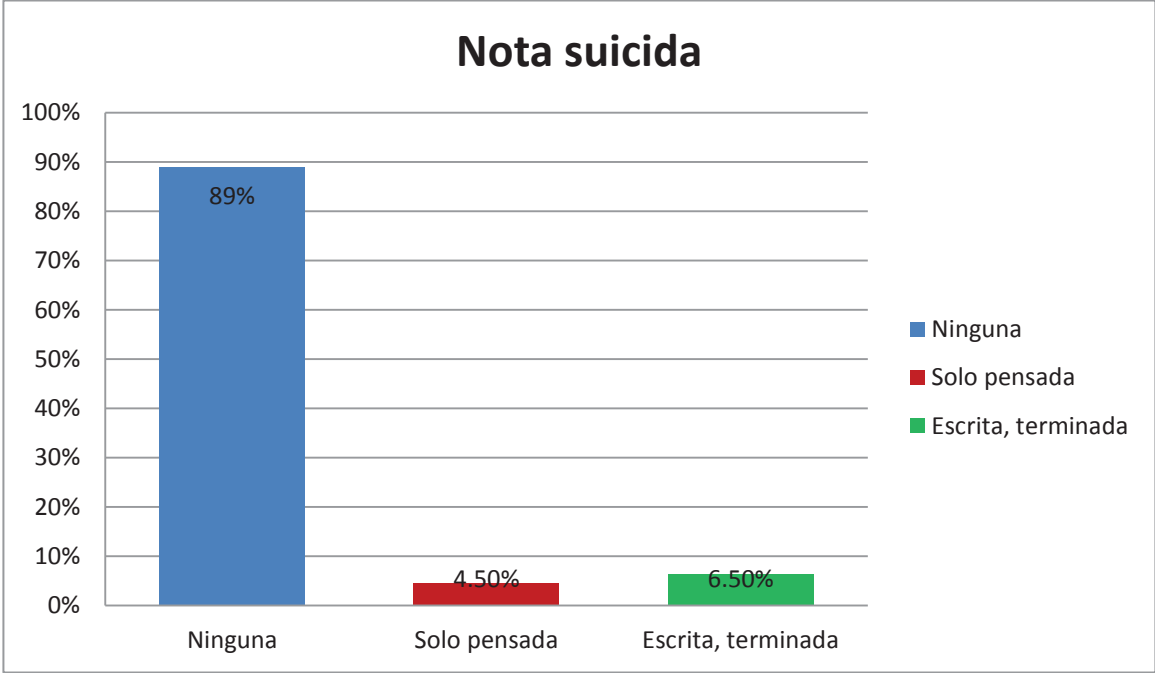
Fuente: Tabla N°17

Gráfico N°26 Preparación actual para el intento contemplado en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



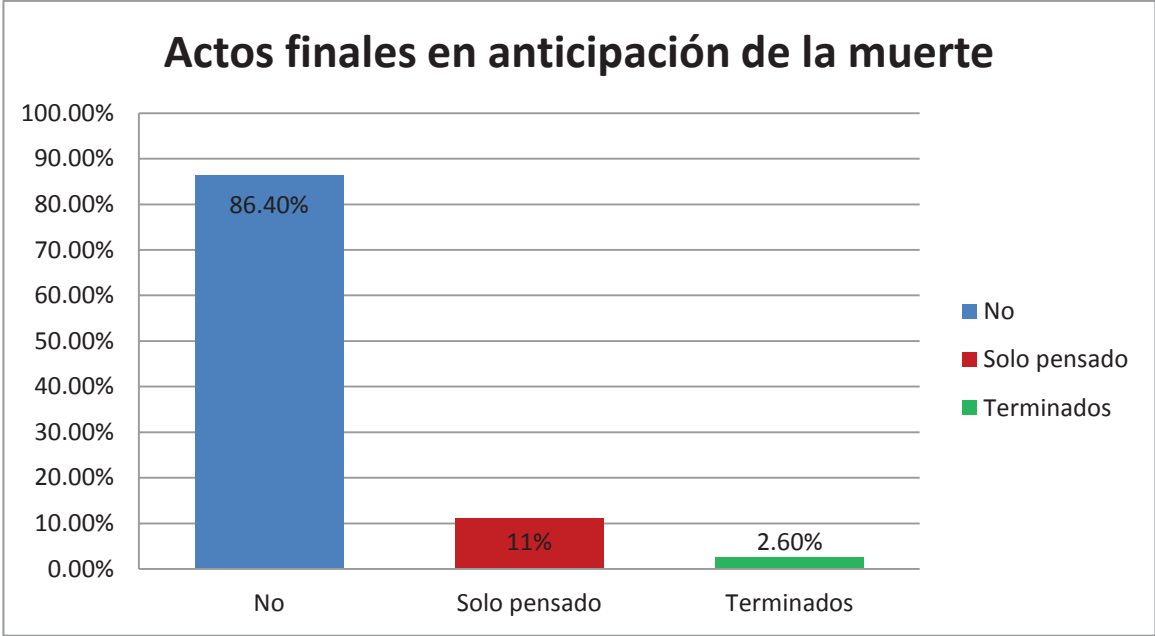
Fuente: Tabla 18

Gráfico N°27 Nota Suicida en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



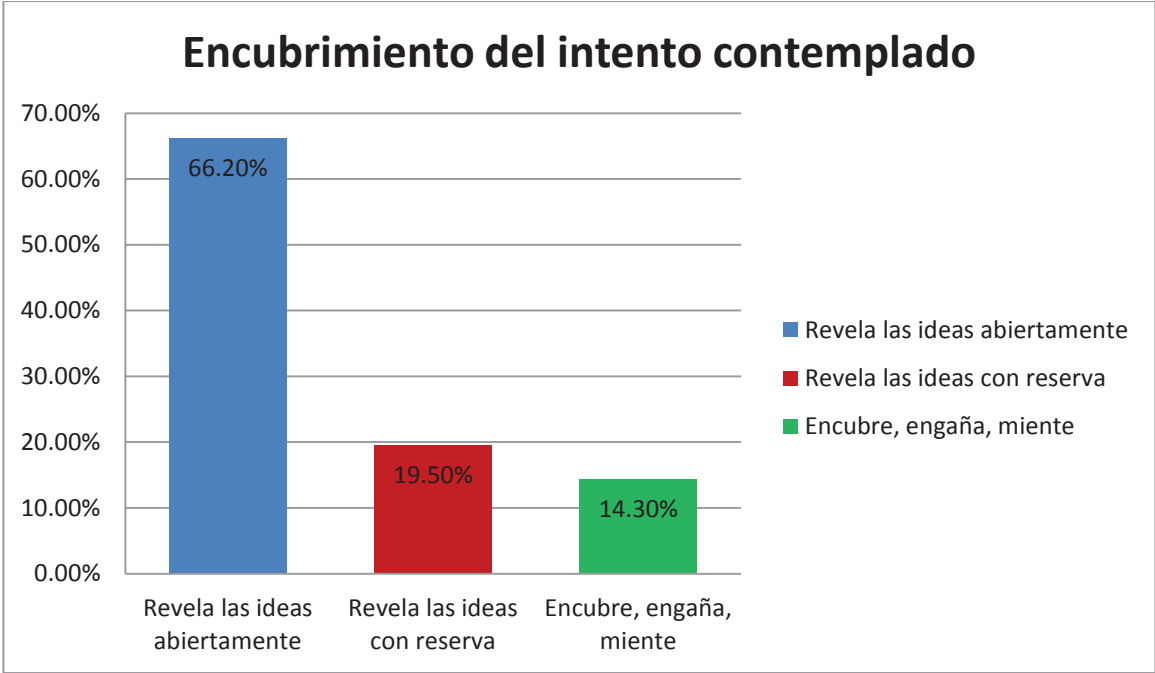
Fuente: Tabla 19

Gráfico N°28 Actos finales en anticipación de la muerte en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



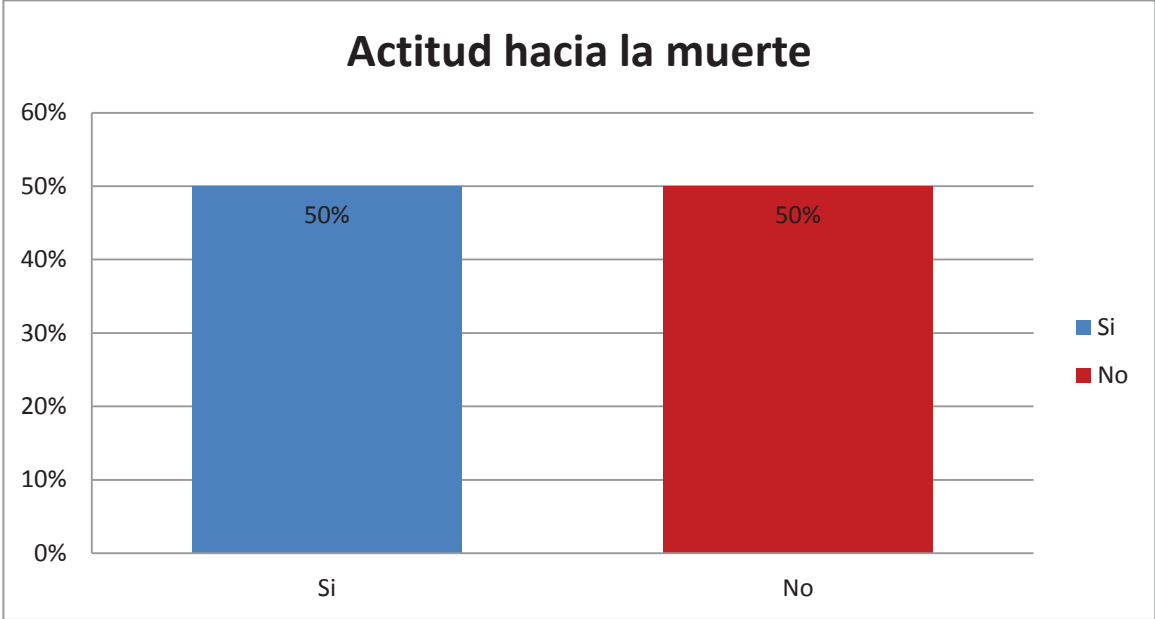
Fuente: Tabla N° 20

GraficoN°29 Encubrimiento del intento contemplado en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



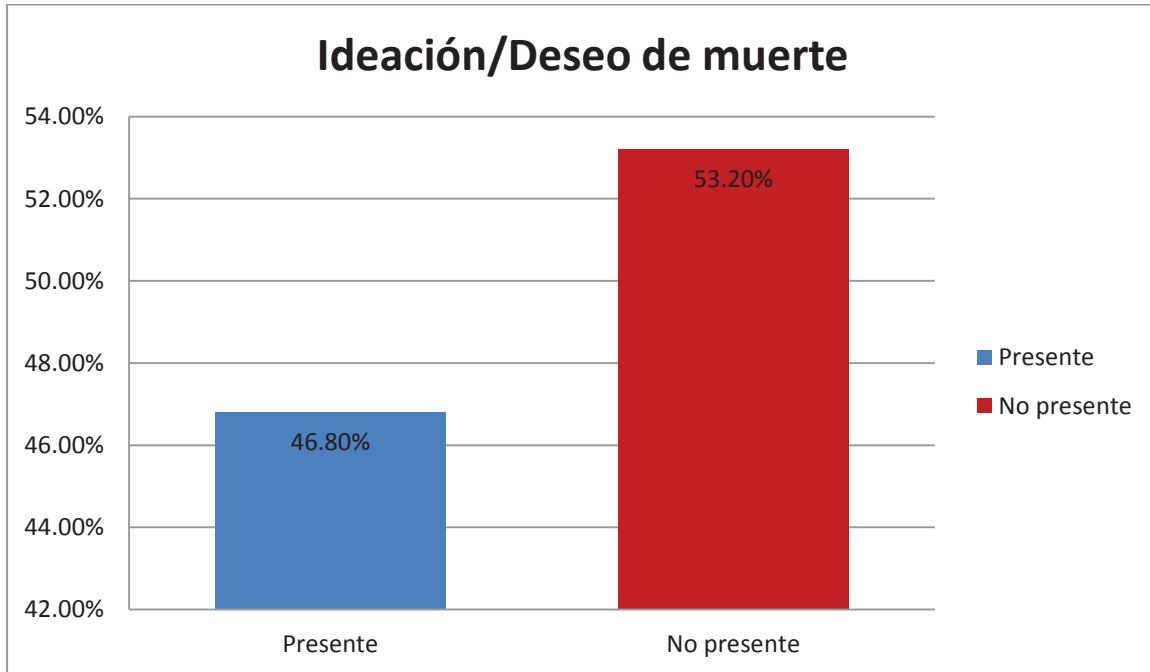
Fuente: Tabla N°21

Gráfico N°30 Escala Beck ITEMS 1 en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



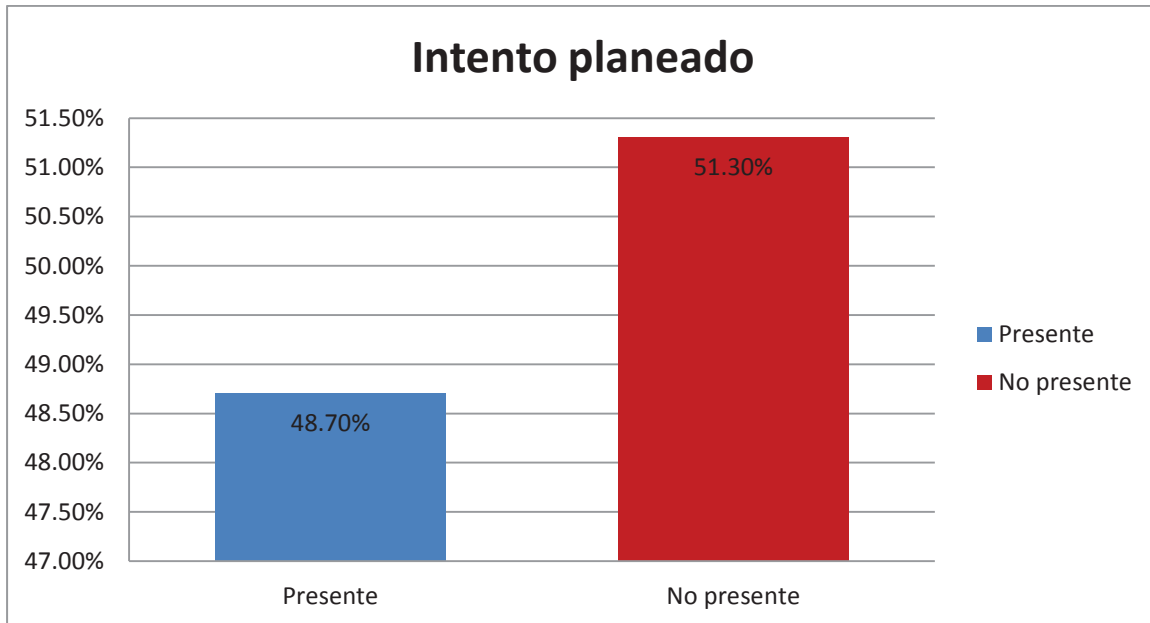
Fuente: Tabla N°22

Gráfico N°31 Escala Beck ITEMS 2 en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



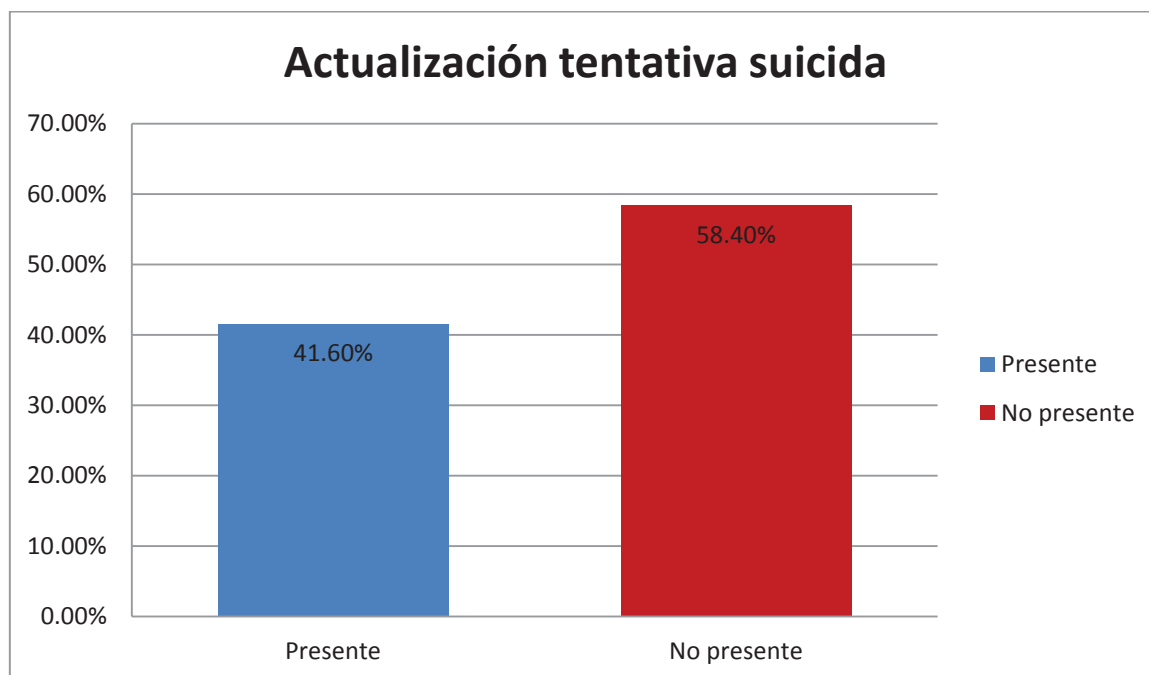
Fuente: Tabla N°23

Gráfico N°32 Escala Beck ITEMS 3 en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



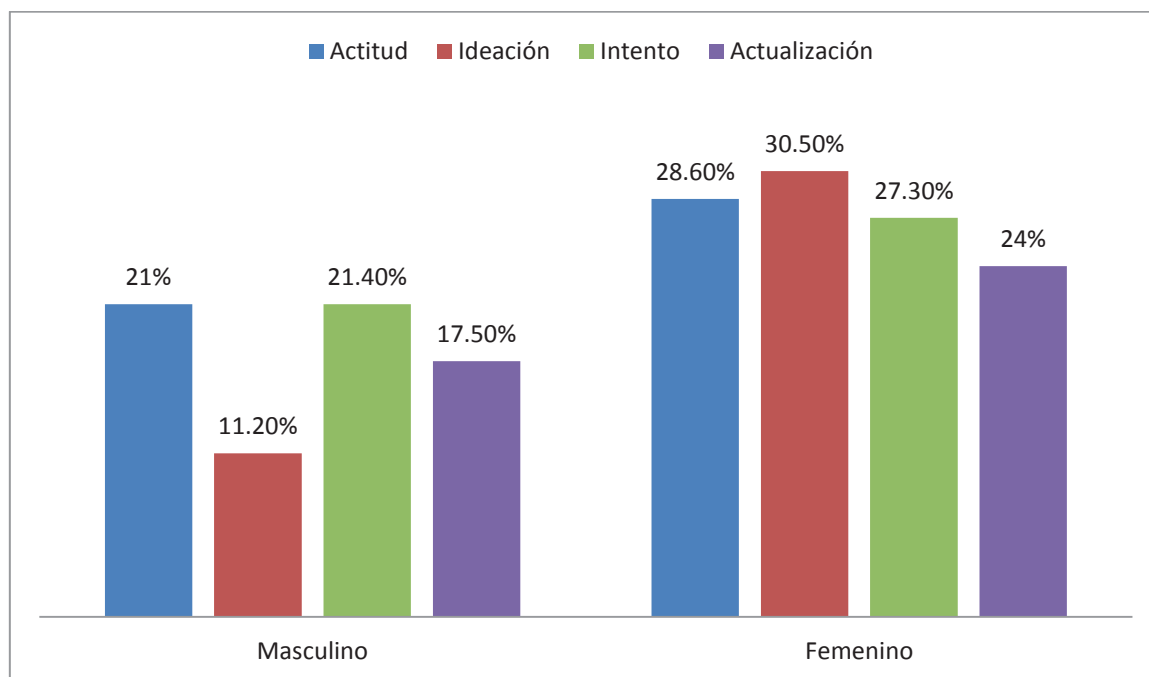
Fuente: Tabla N°24

Gráfico N°33 Escala Beck ITEMS 4 en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



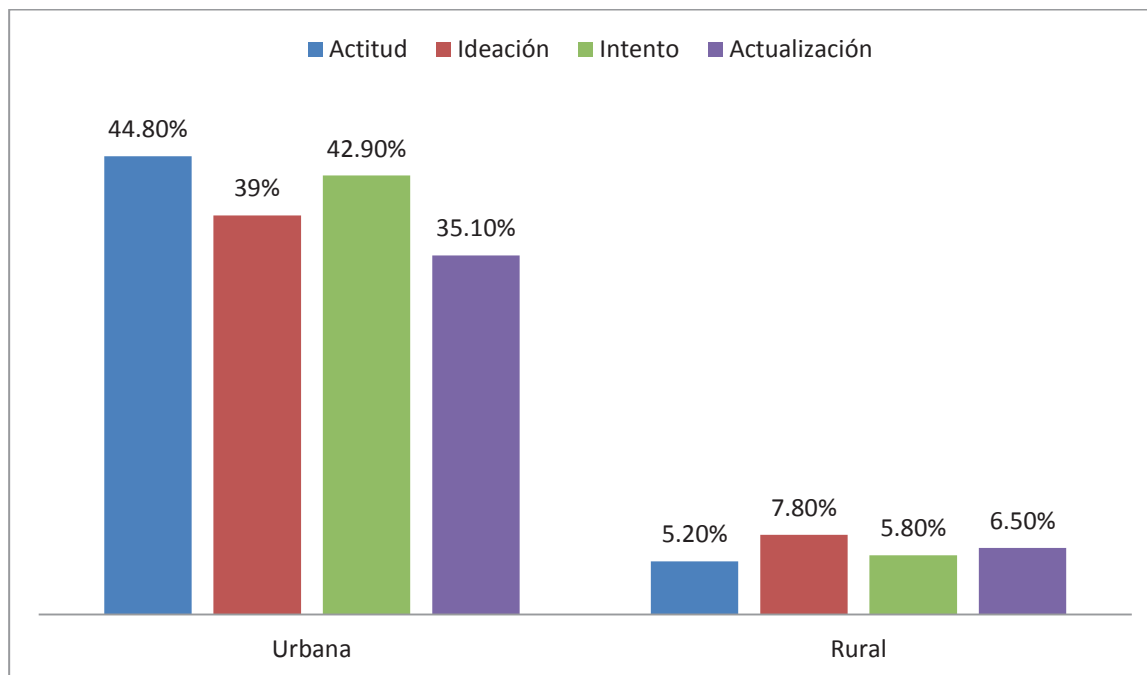
Fuente: Tabla N°25

Gráfico N°34 Relación Sexo y Escala Beck en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



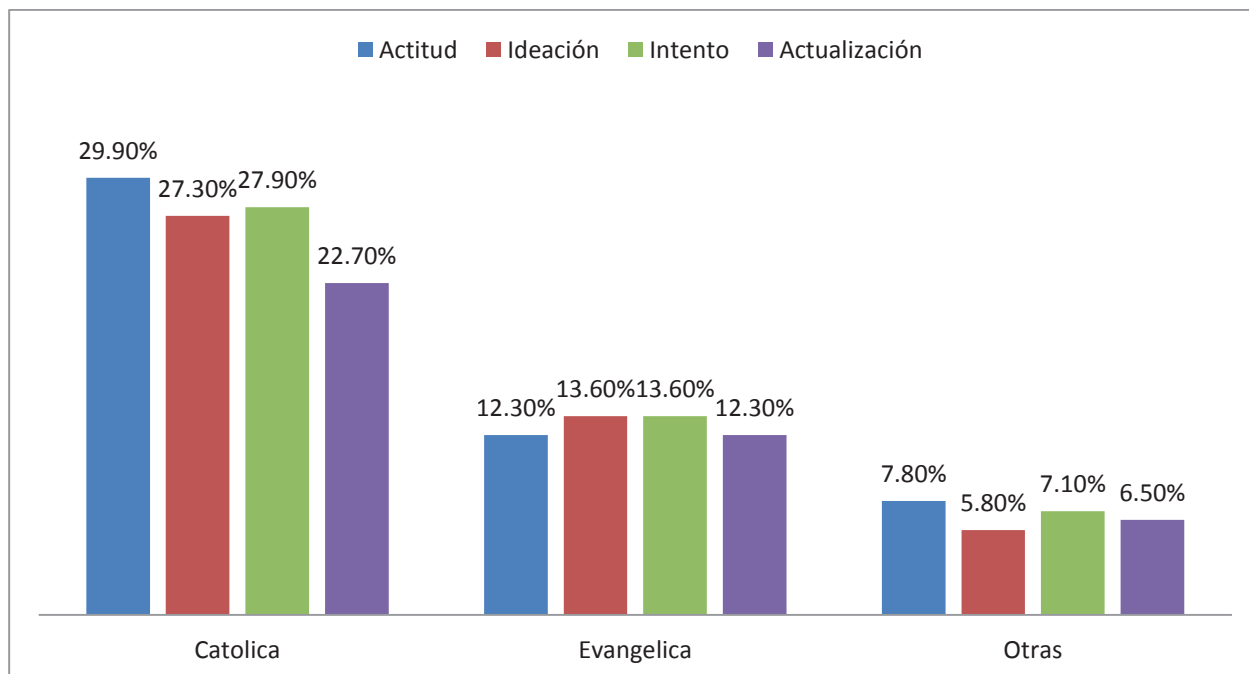
Fuente: Tabla N°26

Gráfico N°35 Relación Procedencia y Escala Beck en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



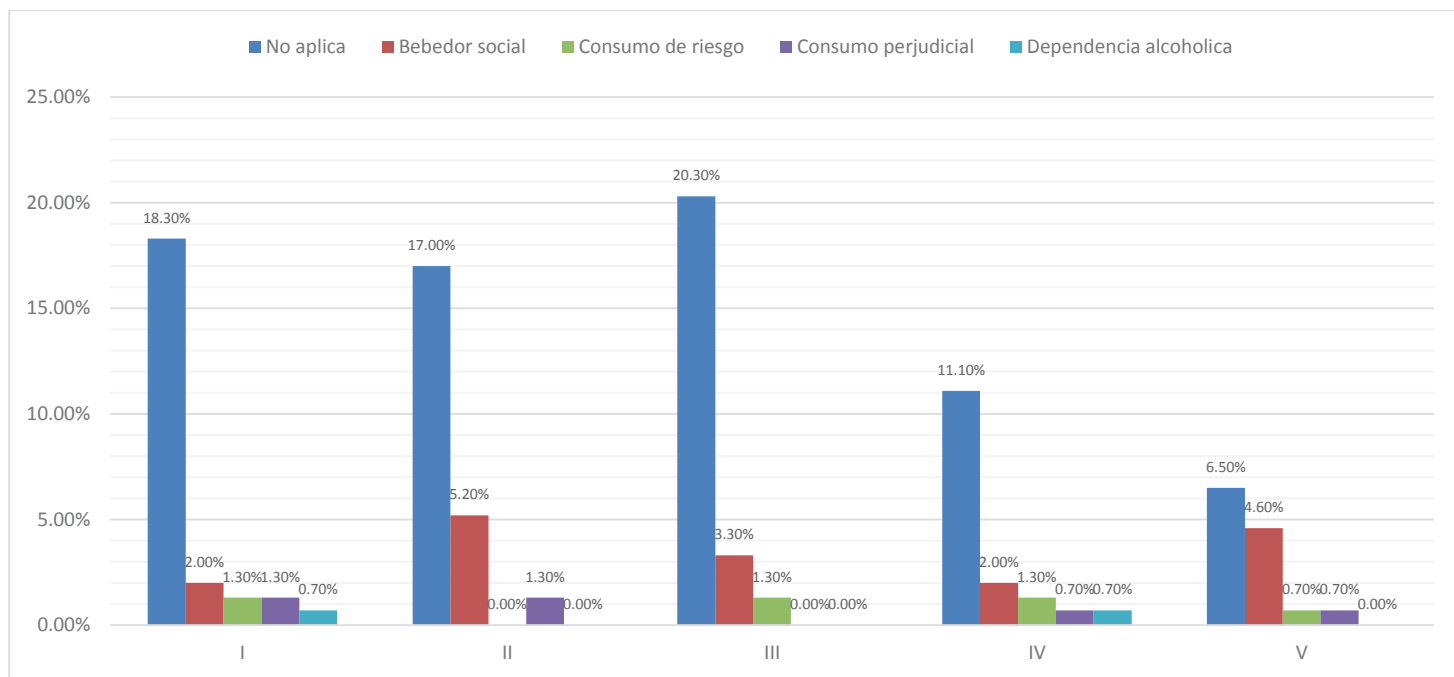
Fuente: Tabla N°27

Gráfico N°36 Relación Religión y Escala Beck en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



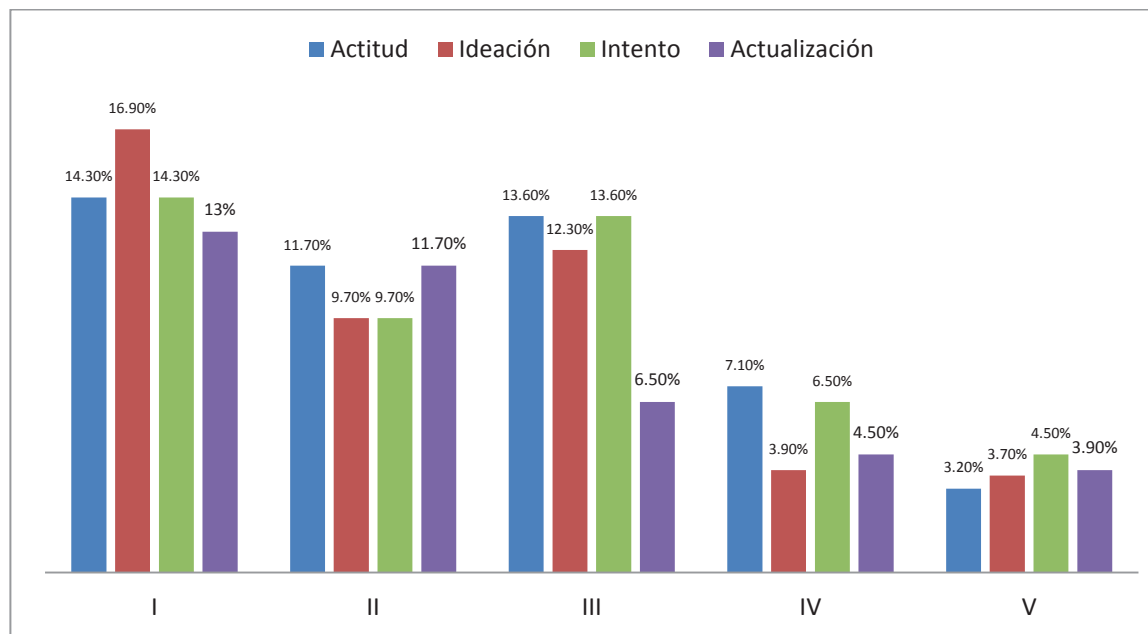
Fuente: Tabla N°28

Gráfico N°37 Relación año académico y consumo de alcohol en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



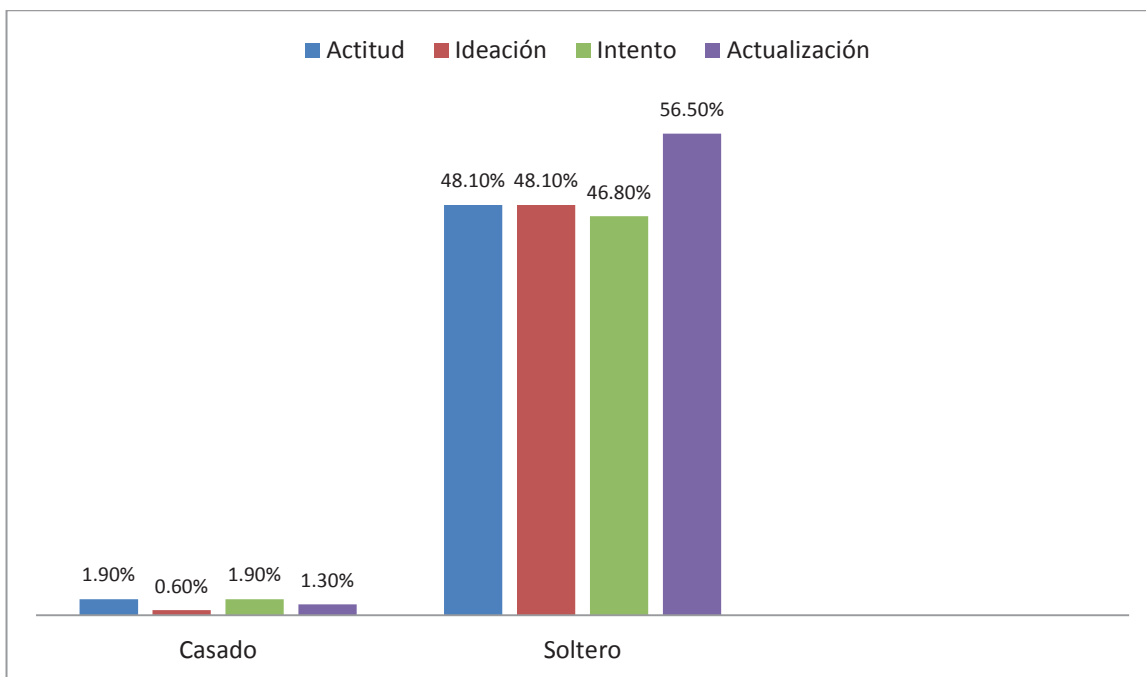
Fuente: Tabla N°29

Gráfico N°38 Relación Año académico y Escala Beck en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



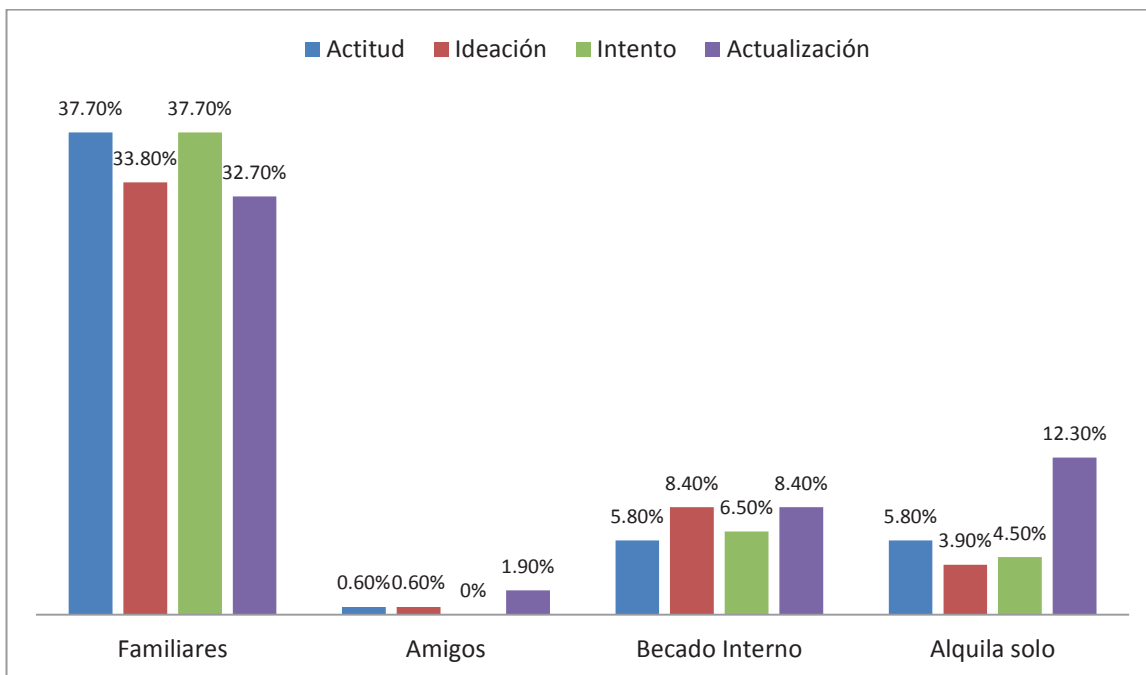
Fuente: Tabla N°30

Gráfico N°39 Relación Estado civil y Escala Beck en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



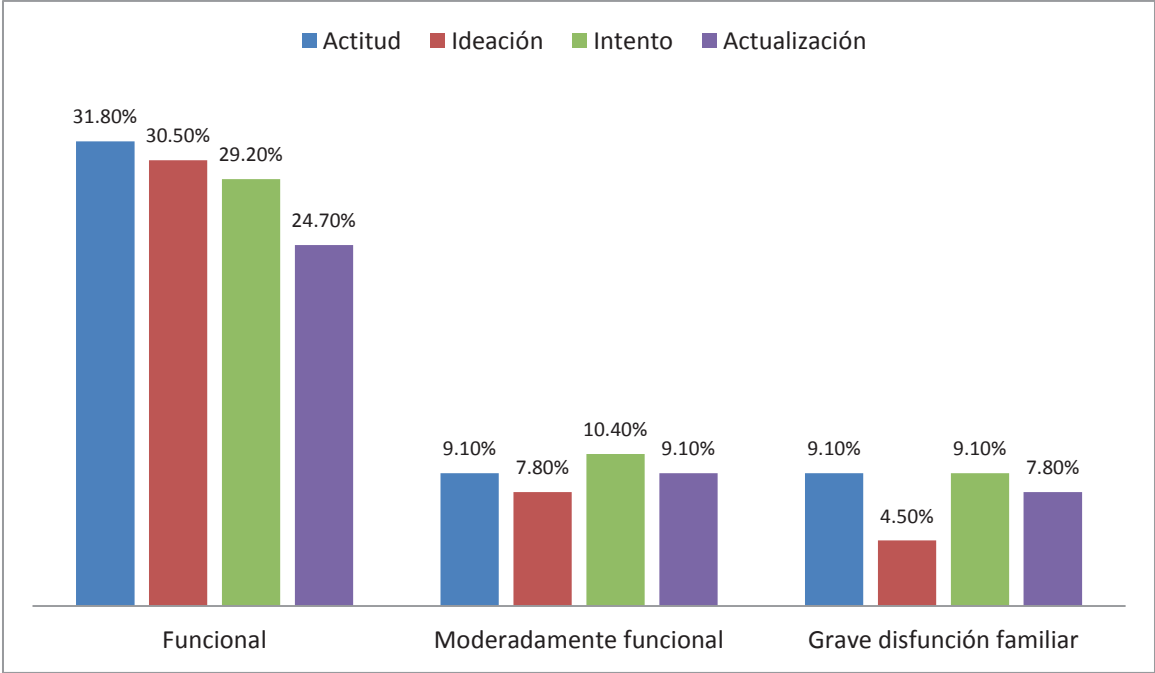
Fuente: Tabla N°31

Gráfico N°40 Relación de con quien habitan y Escala Beck en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



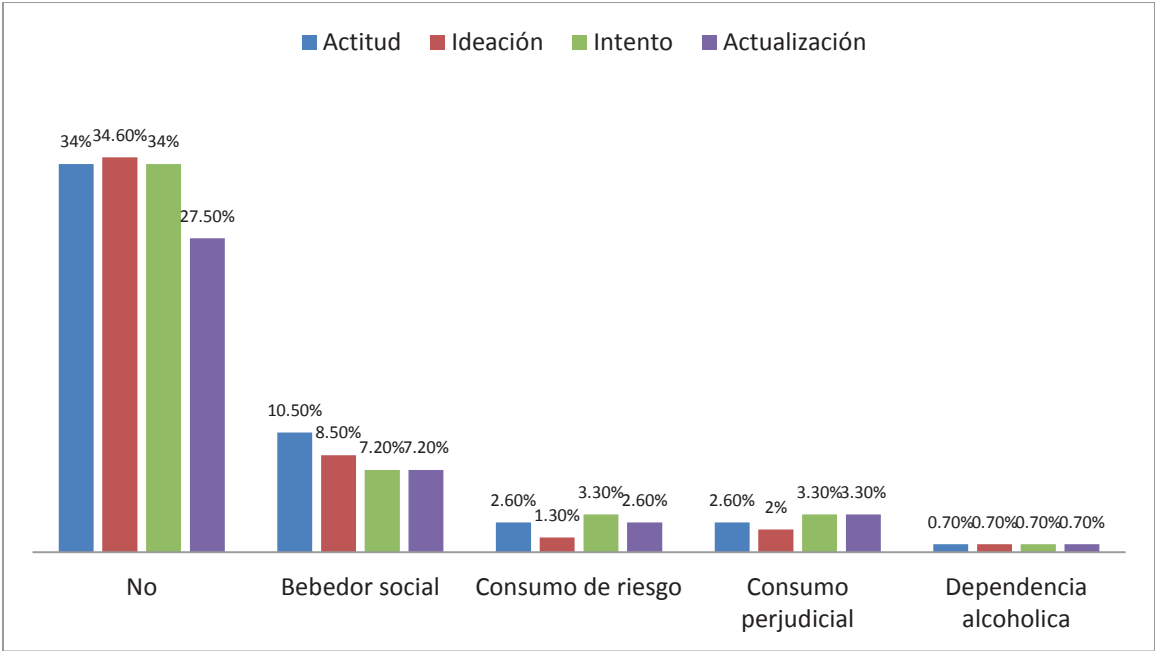
Fuente: Tabla N°32

Gráfico N°41 Relación Funcionabilidad Familiar y Escala Beck en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



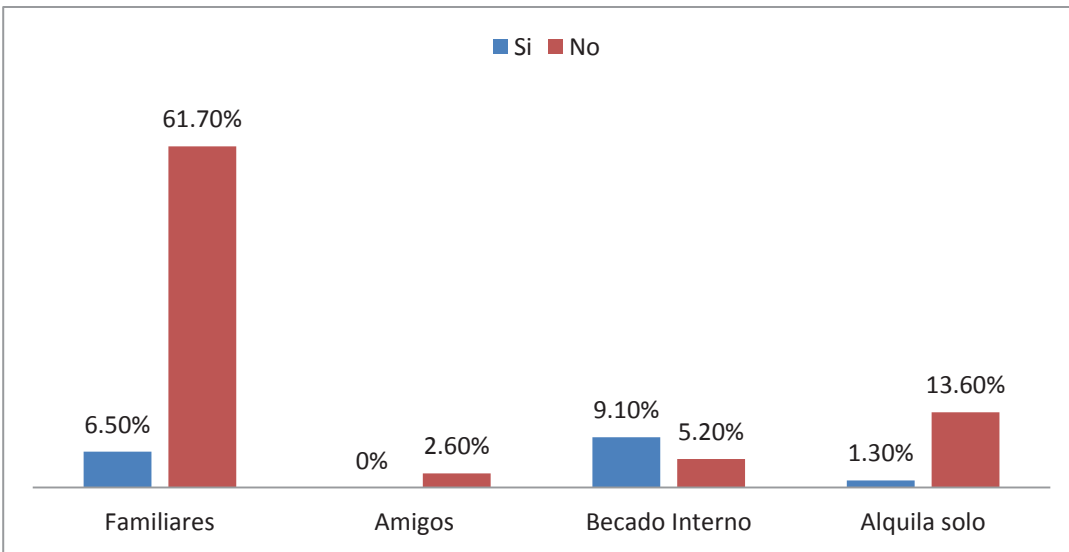
Fuente: Tabla N°33

Gráfico N°42 Relación Consumo de alcohol y Escala Beck en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



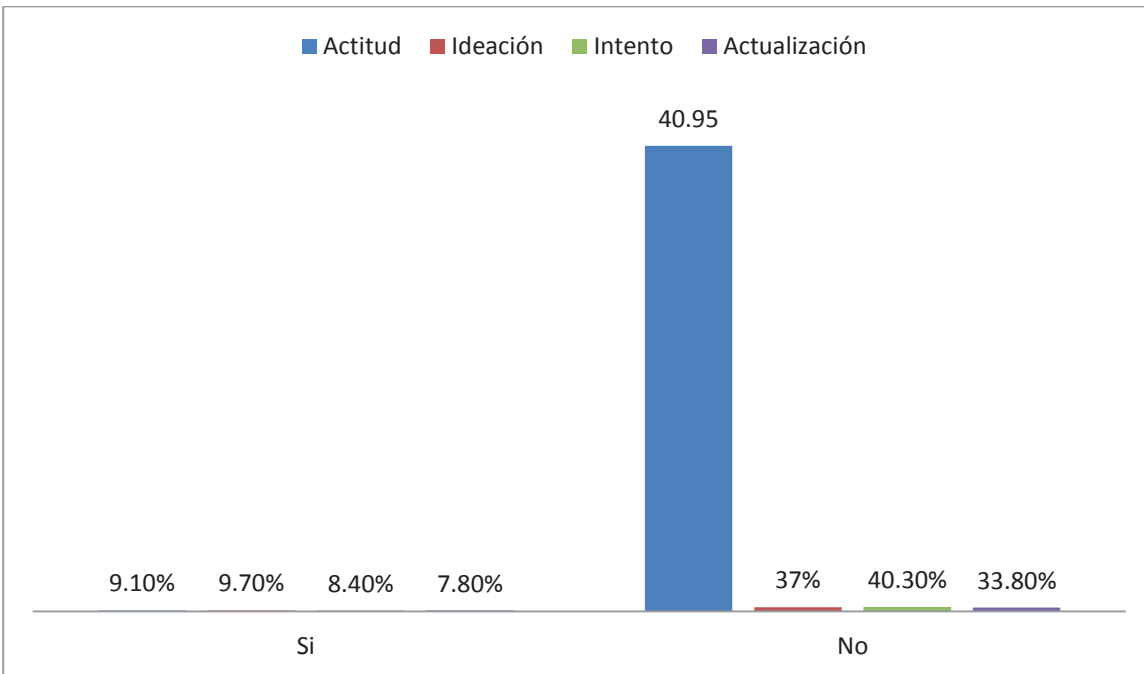
Fuente: Tabla N°34

Gráfico N°43 Relación con quien habitan y hacinamiento en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



Fuente: Tabla N°35

Gráfico N°44 Relación Hacinamiento y Escala Beck en los estudiantes de I a V año de la Carrera de Medicina de la UNAN-Managua, I semestre 2017.



Fuente: Tabla N°36