

# Factores asociados al riesgo e intento suicida en estudiantes de medicina de una universidad privada de Lima

Factors associated to suicidal attempt among medical students of a private university in Lima

Andrey Sindeev<sup>1,a,b</sup>, Claudia Milagros Arispe Alburquerque<sup>1,c</sup>, Joshelyn Nidia Villegas Escarate<sup>2,d</sup>

## RESUMEN

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de vida de la conducta suicida y los factores asociados al riesgo e intento suicida en estudiantes del primer año de medicina de una universidad privada de Lima. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal. Muestra no probabilística, censal, consideró los 134 (98,5% de la totalidad) estudiantes del primer año de medicina de la Universidad Privada Norbert Wiener (Lima, Perú) que aceptaron participar previa firma del consentimiento informado. Se utilizaron instrumentos validados en el ámbito latinoamericano. Las asociaciones se buscaron con el análisis bivariado ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** La prevalencia de vida del pensamiento suicida, deseos de morir e intento suicida en la muestra estudiada fue 34,3%, 22,4% y 19,4% respectivamente, siendo el riesgo suicida de 32,1%. El análisis bivariado demostró la asociación estadísticamente significativa del riesgo suicida principalmente con la disfunción familiar grave ( $p < 0,001$ ), probable depresión ( $p < 0,001$ ) y probable ansiedad ( $p = 0,001$ ), por otro lado, el intento suicida se asoció significativamente con probables depresión ( $p < 0,05$ ) y ansiedad ( $p < 0,05$ ); pensamiento homicida ( $p < 0,001$ ), riesgo de violencia ( $p = 0,005$ ), disfunción familiar grave y sospecha de problemas con el alcohol ( $p < 0,05$ ). **Conclusiones:** La población de estudiantes del primer año de medicina de la Universidad Privada Norbert Wiener (Lima, Perú) constituye un grupo de riesgo respecto a la conducta suicida, la cual, además, se asocia a otros problemas de salud mental.

**PALABRAS CLAVE:** Conducta autodestructiva, suicidio, estudiantes de medicina. (**Fuente:** DeCS BIREME).

## SUMMARY

**Objectives:** To determine the prevalence of and risk factors for suicidal attempts among first year medical students of a private university in Lima. **Methods:** A cross-sectional study was carried out including 134 (98.5% of the total number of students) first year medical students of Universidad Privada Norbert Wiener (Lima, Perú) who consented to participate in the study. A bivariate analysis was carried-out ( $p < 0.05$ ). **Results:** the prevalence of life time suicidal attempt, wish to die and suicidal attempt was 34.3%, 22.4% and 19.4%. The suicidal risk was 32.1%. Bivariate analysis identified severe family dysfunctionality ( $p < 0.001$ ); probable depression ( $p < 0.001$ ), on the other hand the suicidal attempt was associated with probable depression ( $p < 0.05$ ), anxiety ( $p < 0.05$ ), homicidal thinking ( $p < 0.001$ ), violence risk ( $p = 0.005$ ), severe family dysfunctionality and alcohol drinking suspicion ( $p < 0.05$ ). **Conclusions:** First

1. Escuela de Posgrado, Universidad Privada Norbert Wiener. Lima, Perú.
2. Facultad de Psicología, Universidad Privada Norbert Wiener. Lima, Perú.
  - a. Médico-psiquiatra;
  - b. Magister en Docencia Universitaria e Investigación Pedagógica;
  - c. Doctora en Salud Pública;
  - d. Estudiante

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

year medical students at Universidad Privada Norbert Wiener (Lima, Perú) are at risk of suicidal attempts, which is associated to other mental health problems.

**KEYWORDS:** Self-injurious behavior, suicide, students medical. (**Source:** MeSH NLM).

### INTRODUCCIÓN

La conducta suicida viene constituyéndose en una preocupación de salud pública (1) y a nivel universitario, como se desprende de diversos trabajos (2-7). Los estudios nacionales e internacionales de diferentes latitudes coinciden en considerar el suicidio como un grave problema y reconocen su origen multifactorial (8,9). De ahí proviene la diversidad de enfoques en los intentos de abarcar esta problemática y proponer soluciones en variados contextos. La situación es más grave aún por ser el suicidio la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años de edad a nivel mundial (10).

Cada ser humano tiene un valor único y cualquier pérdida de la vida es un acontecimiento lamentable, más aún cuando es el producto de la acción autodestructiva, en particular, en la población estudiantil. Los futuros profesionales deberían gozar de perfecta salud física y mental, sin embargo, la sobrecarga académica conjuntamente con diversos factores bio-psico-sociales negativos e ineficaces mecanismos de afrontamiento, frecuentemente condicionan en ellos una conducta desadaptativa (11-13). Por lo tanto, no es sorprendente encontrar en los estudiantes universitarios altas tasas de prevalencia de vida de la conducta suicida (2-7,14,15).

En este sentido, el actual enfoque de la Medicina Centrada en la Persona (MCP) pretende construir la salud del paciente considerando, entre otras variables, la salud del médico (16). Es lógico, que un profesional de salud en su esfuerzo de promover, proteger y restaurar la salud de los pacientes, debe él mismo tener plena capacidad física, mental y social. Por lo tanto, son preocupantes las estadísticas internacionales sobre la conducta suicida y los suicidios entre médicos y estudiantes de medicina (2,14,17,18).

Es importante enfatizar que el término “conducta suicida” incluye un conjunto comportamental no necesariamente secuencial, que engloba deseos de morir, pensamiento suicida, plan suicida, intento suicida y la consumación del acto (2-7). La probabilidad de llegar al desenlace fatal dependería de múltiples factores externos e internos. Tampoco se puede afirmar

que los deseos de morir, que pueden se presentan en un ser humano de manera transitoria, necesariamente significan un paso inicial de la conducta suicida global (2).

Aunque la mayoría de los casos de suicidio están asociadas a la depresión (19), se debe considerar otros factores de riesgo y determinantes, como ansiedad, trastornos de personalidad, otras enfermedades mentales, violencia o disfunción familiar, consumo perjudicial de alcohol, entre otros.

Es importante conocer más al respecto de los factores asociados a estas conductas en la comunidad universitaria para proponer acciones preventivo-correctivas.

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de vida de la conducta suicida y factores asociados al riesgo e intento suicida en estudiantes del primer año de medicina de una universidad privada de Lima.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de diseño observacional, tipo descriptivo, y de corte transversal. La población estuvo constituida por la totalidad (N=136) de estudiantes del primer año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, matriculados en el año 2018. La muestra fue de tipo no probabilístico, a modo de censo. Se incluyeron los 134 alumnos (el 98,5% de la población) que aceptaron participar voluntariamente en el estudio (2 estudiantes rehusaron a la participación), previa firma del consentimiento informado, y completaron correctamente los cuestionarios autoadministrados de manera individual.

Se utilizaron instrumentos traducidos y validados en castellano incluyendo en diferentes poblaciones latinoamericanas, como: APGAR Familiar (la consistencia interna de 0,81; la fiabilidad test-retest de 0,81) (20,21), Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (la sensibilidad de la escala global del 83% y una especificidad del 82%; la sensibilidad de la subescala de depresión del 85,7%; la sensibilidad de la subescala de ansiedad del 72%) (20,22), Escala de Autoestima de Rosenberg (la consistencia interna

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

entre 0,76 y 0,87, la fiabilidad de 0,80) (20,23), Escala de riesgo suicida de Plutchik (consistencia interna de 0,90; fiabilidad test-retest de 0,89; sensibilidad y especificidad del 88%) (20,24), Escala de riesgo de violencia de Plutchik (consistencia interna de 0,87; fiabilidad test-retest de 0,90; sensibilidad del 74% y especificidad del 70%) (20,25), Cuestionario CAGE (la consistencia interna entre 0,753 y 0,834; la sensibilidad del 66,7%; la especificidad del 86,0%) (26).

Los cuestionarios fueron revisados manualmente para determinar el nivel de información lograda, descartando los cuestionarios incompletos, viciados o inconsistentes. Luego de verificar la calidad de la información se procedió a su codificación y elaboración de la base de datos. En el procesamiento y análisis de la información se incluyó la estadística descriptiva con el apoyo del programa estadístico SPSS, versión 24,0 para Windows, y Excel. Se calcularon los promedios y desviación estándar (DE) de las variables continuas y frecuencias de las variables nominales. Para el análisis bivariado de las variables nominales, se utilizó

una regresión logística binaria simple, haciendo uso de la medida de asociación Odds ratio (OR), Chi-cuadrado y en algunos casos Prueba Exacta de Fisher considerándolo significativo un  $p < 0,05$ .

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Institucional para la Investigación en Salud de la Universidad Privada Norbert Wiener. La participación de los estudiantes en el estudio fue voluntaria y se realizó con la firma del Consentimiento Informado individual previa explicación sobre el propósito de la investigación y asegurando la confidencialidad de sus datos.

## RESULTADOS

El 65,7% de los encuestados fueron de sexo femenino, el promedio de la edad fue  $20,6 \pm 4,07$  años. El 93,3% declararon ser solteros(as), 93,3% no tenían hijos. El 73,9% declararon exclusiva dedicación a los estudios, y el 68,7% refirieron vivir con la familia nuclear.

**Tabla 1.** Riesgo suicida y conducta suicida en estudiantes del primer año de medicina de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, 2018.

| Características                                    | Sexo     |      |           |      | p*    |
|--|----------|------|-----------|------|-------|
|  | Femenino |      | Masculino |      |       |
|  | n        | %    | n         | %    |       |
| <b>Riesgo suicida</b>                              |          |      |           |      |       |
| Si   | 30       | 22,9 | 12        | 9,2  | 0,404 |
| No   | 57       | 43,5 | 32        | 24,4 |       |
| Total  | 87       | 66,4 | 44        | 33,6 |       |
| <b>Prevalencia de vida del pensamiento suicida</b> |          |      |           |      |       |
| Nunca ha pensado                                   | 55       | 41,7 | 31        | 23,5 | 0,517 |
| Si, ha pensado                                     | 32       | 24,2 | 14        | 10,6 |       |
| Total  | 87       | 65,9 | 45        | 34,1 |       |
| <b>Prevalencia de vida del deseo de morir</b>      |          |      |           |      |       |
| Nunca ha presentado                                | 64       | 48,5 | 38        | 28,8 | 0,157 |
| Si, ha presentado                                  | 23       | 17,4 | 7         | 5,3  |       |
| Total  | 87       | 65,9 | 45        | 34,1 |       |
| <b>Prevalencia de vida del intento suicida</b>     |          |      |           |      |       |
| Nunca ha presentado                                | 68       | 51,5 | 38        | 28,8 | 0,389 |
| Si, ha presentado                                  | 19       | 14,4 | 7         | 5,3  |       |
| Total  | 87       | 65,9 | 45        | 34,1 |       |

\*Prueba Chi-Cuadrado significativo  $< 0,05$

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

En la tabla 2 observamos la prevalencia de algunas características identificadas mediante los instrumentos aplicados.

El análisis bivariado (Tabla 3) mostró la asociación estadísticamente significativa del riesgo suicida principalmente con la disfunción familiar grave ( $p < 0,001$ ), probable depresión ( $p < 0,001$ ) y probable

**Tabla 2.** Características de estudiantes del primer año de medicina de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, 2018.

| Características                                     | Sexo     |      |           |      | p*    |
|---|----------|------|-----------|------|-------|
|   | Femenino |      | Masculino |      |       |
|   | n        | %    | n         | %    |       |
| <b>Funcionalidad familiar</b>                       |          |      |           |      |       |
| Familia normo funcional                             | 58       | 44,6 | 36        | 27,7 | 0,413 |
| Disfunción leve                                     | 19       | 14,6 | 6         | 4,6  |       |
| Disfunción grave                                    | 7        | 5,4  | 4         | 3,1  |       |
| Total   | 84       | 64,6 | 46        | 35,4 |       |
| <b>Ansiedad</b>                                     |          |      |           |      |       |
| Probable ansiedad                                   | 14       | 10,4 | 11        | 8,2  | 0,259 |
| Sin ansiedad  | 74       | 55,2 | 35        | 26,1 |       |
| Total   | 88       | 65,7 | 46        | 34,3 |       |
| <b>Depresión</b>                                    |          |      |           |      |       |
| Probable depresión                                  | 17       | 12,9 | 10        | 7,6  | 0,789 |
| Sin depresión                                       | 69       | 52,3 | 36        | 27,3 |       |
| Total   | 86       | 65,2 | 46        | 34,8 |       |
| <b>Autoestima</b>                                   |          |      |           |      |       |
| Autoestima elevada                                  | 52       | 40   | 28        | 21,5 | 0,435 |
| Autoestima media                                    | 18       | 13,8 | 6         | 4,6  |       |
| Autoestima baja                                     | 15       | 11,5 | 11        | 8,5  |       |
| Total   | 85       | 65,4 | 45        | 34,6 |       |
| <b>Riesgo de violencia</b>                          |          |      |           |      |       |
| Si  | 53       | 42,7 | 25        | 20,2 | 0,755 |
| No  | 30       | 24,2 | 16        | 12,9 |       |
| Total   | 83       | 66,9 | 41        | 33,1 |       |
| <b>Riesgo de alcoholismo</b>                        |          |      |           |      |       |
| Si  | 18       | 14,1 | 9         | 7,0  | 0,823 |
| No  | 65       | 50,8 | 36        | 28,1 |       |
| Total   | 83       | 64,8 | 45        | 35,2 |       |
| <b>Prevalencia de vida del pensamiento homicida</b> |          |      |           |      |       |
| Nunca ha presentado                                 | 76       | 57,6 | 34        | 25,8 | 0,085 |
| Si, ha presentado                                   | 11       | 8,3  | 11        | 8,3  |       |
| Total   | 87       | 65,9 | 45        | 34,1 |       |

\*Prueba Chi-Cuadrado significativo  $< 0,05$

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

**Tabla 3.** Riesgo suicida en estudiantes del primer año de medicina de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, 2018.

| Variable  | Total, incluidos en análisis, n | Riesgo suicida |      | Análisis bivariado |             |        |
|---|---------------------------------|----------------|------|--------------------|-------------|--------|
|   |                                 | n              | %    | OR                 | IC 95%      | p*     |
| <b>Sexo</b>   |                                 |                |      | 1,40               | 0,63-3,11   | 0,404  |
| Femenino  | 87                              | 30             | 22,9 |                    |             |        |
| Masculino   | 44                              | 12             | 9,2  |                    |             |        |
| <b>Trabaja</b>                                      |                                 |                |      | 1,90               | 0,74-4,84   | 0,175  |
| No  | 98                              | 34             | 26,2 |                    |             |        |
| Si  | 32                              | 7              | 5,4  |                    |             |        |
| <b>Vive con</b>                                     |                                 |                |      | 1,49               | 0,67-3,28   | 0,323  |
| Vive sin familia nuclear                            | 40                              | 15             | 11,8 |                    |             |        |
| Vive con familia nuclear                            | 87                              | 25             | 19,7 |                    |             |        |
| <b>Funcionamiento familiar</b>                      |                                 |                |      |                    |             | <0,001 |
| Disfunción leve                                     | 24                              | 14             | 11,0 | 6,18               | 2,35-16,25  |        |
| Disfunción grave                                    | 11                              | 9              | 7,1  | 19,85              | 3,93-100,33 |        |
| Familia normo funcional                             | 92                              | 17             | 13,4 |                    |             |        |
| <b>Autoestima</b>                                   |                                 |                |      |                    |             | <0,001 |
| Autoestima media                                    | 23                              | 12             | 9,4  | 5,45               | 1,98-15,00  |        |
| Autoestima baja                                     | 26                              | 15             | 11,8 | 6,82               | 2,56-18,16  |        |
| Autoestima elevada                                  | 78                              | 13             | 10,2 |                    |             |        |
| <b>Ansiedad</b>                                     |                                 |                |      | 14,29              | 1,86-109,85 | 0,001  |
| Probable ansiedad                                   | 107                             | 41             | 31,3 |                    |             |        |
| Sin ansiedad  | 24                              | 1              | 0,8  |                    |             |        |
| <b>Depresión</b>                                    |                                 |                |      | 17,19              | 2,24-131,69 | <0,001 |
| Probable depresión                                  | 103                             | 41             | 31,5 |                    |             |        |
| Sin depresión                                       | 27                              | 1              | 0,8  |                    |             |        |
| <b>Prevalencia de vida del Pensamiento homicida</b> |                                 |                |      | 7,69               | 2,71-21,78  | <0,001 |
| Sí, ha presentado                                   | 21                              | 15             | 11,5 |                    |             |        |
| Nunca ha presentado                                 | 110                             | 27             | 20,6 |                    |             |        |
| <b>Riesgo de violencia</b>                          |                                 |                |      | 5,56               | 2,11-14,63  | <0,001 |
| Si  | 77                              | 35             | 28,5 |                    |             |        |
| No  | 46                              | 6              | 4,9  |                    |             |        |
| <b>Riesgo de alcoholismo</b>                        |                                 |                |      | 6,32               | 2,49-16,07  | <0,001 |
| Si  | 26                              | 17             | 13,5 |                    |             |        |
| No  | 100                             | 23             | 18,3 |                    |             |        |

\*Prueba Chi-Cuadrado significativo &lt;0,05

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

**Tabla 4.** Intento suicida en estudiantes del primer año de medicina de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, 2018.

| Variable  | Total, incluidos en análisis, n | Intento suicida |      | Análisis bivariado |            |          |
|---|---------------------------------|-----------------|------|--------------------|------------|----------|
|   |                                 | n               | %    | OR                 | IC 95%     | p        |
| <b>Sexo</b>   |                                 |                 |      | 1,52               | 0,59-3,93  | 0,389*   |
| Femenino  | 87                              | 19              | 14,4 |                    |            |          |
| Masculino   | 45                              | 7               | 5,3  |                    |            |          |
| <b>Trabaja</b>                                      |                                 |                 |      | 3,07               | 0,86-10,98 | 0,073*   |
| No  | 98                              | 23              | 17,6 |                    |            |          |
| Si  | 33                              | 3               | 2,3  |                    |            |          |
| <b>Vive con</b>                                     |                                 |                 |      | 1,62               | 0,66-4,14  | 0,293*   |
| Vive sin familia nuclear                            | 40                              | 10              | 7,8  |                    |            |          |
| Vive con familia nuclear                            | 88                              | 15              | 11,7 |                    |            |          |
| <b>Funcionamiento familiar</b>                      |                                 |                 |      |                    |            | -        |
| Disfunción leve                                     | 24                              | 5               | 3,9  | 1,49               | 0,48-4,63  |          |
| Disfunción grave                                    | 11                              | 5               | 3,9  | 4,70               | 1,26-15,53 |          |
| Familia normo funcional                             | 93                              | 14              | 10,9 |                    |            |          |
| <b>Autoestima</b>                                   |                                 |                 |      |                    |            | -        |
| Autoestima media                                    | 24                              | 6               | 4,7  | 2,03               | 0,66-6,23  |          |
| Autoestima baja                                     | 26                              | 7               | 5,5  | 2,24               | 0,77-6,58  |          |
| Autoestima elevada                                  | 78                              | 11              | 8,6  |                    |            |          |
| <b>Ansiedad</b>                                     |                                 |                 |      | 6,93               | 0,89-53,89 | 0,044**  |
| Probable ansiedad                                   | 108                             | 25              | 18,9 |                    |            |          |
| Sin ansiedad  | 24                              | 1               | 0,8  |                    |            |          |
| <b>Depresión</b>                                    |                                 |                 |      | 8,23               | 1,06-63,74 | 0,018*   |
| Probable depresión                                  | 104                             | 25              | 19,1 |                    |            |          |
| Sin depresión                                       | 27                              | 1               | 0,8  |                    |            |          |
| <b>Prevalencia de vida del Pensamiento homicida</b> |                                 |                 |      | 6,33               | 2,34-17,17 | <0,001** |
| Sí, ha presentado                                   | 22                              | 11              | 8,3  |                    |            |          |
| Nunca ha presentado                                 | 110                             | 15              | 11,4 |                    |            |          |
| <b>Riesgo de violencia</b>                          |                                 |                 |      | 5,38               | 1,50-19,20 | 0,005*   |
| Si  | 77                              | 21              | 17,1 |                    |            |          |
| No  | 46                              | 3               | 2,4  |                    |            |          |
| <b>Riesgo de alcoholismo</b>                        |                                 |                 |      | 3,04               | 1,14-8,06  | 0,045**  |
| Si  | 26                              | 9               | 7,1  |                    |            |          |
| No  | 101                             | 15              | 11,8 |                    |            |          |

\*Prueba Chi-Cuadrado significativo &lt;0,05

\*\*Prueba Exacta de Fisher significativo &lt;0,05

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

ansiedad ( $p=0,001$ ), pensamiento homicida en algún momento de la vida ( $p<0,001$ ), sospecha a problemas con alcohol ( $p<0,001$ ), autoestima baja ( $p<0,001$ ), disfunción familiar leve ( $p<0,001$ ), riesgo de violencia ( $p<0,001$ ) y autoestima media ( $p<0,001$ ).

Por otro lado, el intento suicida (Tabla 4) se asoció significativamente con probable depresión ( $p<0,05$ ) y ansiedad ( $p<0,05$ ); pensamiento homicida ( $p<0,001$ ), riesgo de violencia ( $p=0,005$ ), disfunción familiar grave y sospecha de problemas con el alcohol ( $p<0,05$ ).

### DISCUSIÓN

El estudio se realizó para determinar la prevalencia de vida de la conducta suicida y factores asociados al riesgo e intento suicida en estudiantes del primer año de medicina de una universidad privada de Lima. Comprendemos como la conducta suicida un conjunto comportamental no necesariamente secuencial que engloba diferentes formas cognitivo-conductuales, siendo el intento suicida una de ellas (2-7). Sin embargo, el intento previo, entendido como la actividad consciente de un individuo de autoagredirse con la intención de quitarse la vida se considera como el factor de riesgo principal para un posterior suicidio consumado (27).

En este estudio se encontró la asociación del riesgo suicida con la disfunción familiar grave, depresión, ansiedad, pensamiento homicida, sospecha a problemas con alcohol, autoestima baja y media, disfunción familiar leve y riesgo de violencia. Se demostró la asociación del intento suicida con depresión, ansiedad, pensamiento homicida, riesgo de violencia, disfunción familiar grave y problemas con el alcohol.

En el ámbito universitario peruano se han realizado diferentes estudios respecto de la conducta suicida, sin embargo, enfocándose principalmente en instituciones públicas. Así, el estudio realizado en los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) (Lima, Perú) y de la Universidad Nacional de Trujillo (UNT) (Trujillo, Perú), utilizando el instrumento que comprendía Encuesta de Salud Mental Abreviada, Escalas de ansiedad y depresión de Zung y Cuestionario CAGE, encontró la prevalencia de vida de la "idea de no seguir viviendo" de 22,9% y 19,5%, respectivamente. La prevalencia del intento suicida fue de 4,0% y 2,6% respectivamente (14). Estos datos fueron significativamente menores en comparación con nuestro estudio (pensamiento suicida 34,3% y el intento suicida 19,4%).

Vale precisar las diferencias importantes en las poblaciones estudiadas. En nuestro caso la población y la muestra estuvo constituida por estudiantes del primer año, en cambio los 1 115 estudiantes de medicina de la UNMSM y los 508 de la UNT representaban la totalidad de los matriculados. En las universidades estatales predominaron los varones (UNMSM con 70,9% y UNT con 73,2%) con edad media de  $23,8\pm 4,0$  (UNMSM) y  $23,9\pm 2,7$  (UNT), mientras que en la Universidad Privada Norbert Wiener la mayoría (65,7%) fue de sexo femenino, con el promedio de la edad de  $20,6\pm 4,07$  años.

En estudios previos se demostró estadísticamente la asociación de la conducta suicida y el riesgo suicida con ideación homicida, vivir sin familia nuclear (4); depresión, indicadores antisociales, abuso de alcohol, ansiedad, ideación homicida (5); vínculos más débiles con la figura paterna, que con la figura materna (28); acoso escolar, trastornos alimentarios, abuso sexual y maltrato (29); ciertas conductas y rasgos de personalidad, problemas de salud mental coexistentes, problemas personales o presión académica (30); hostilidad, actitud autonegativa, ideación suicida y desesperanza (31); edad menor de 20 años, primer año de estudio (32). Además la ideación suicida se asoció con la falta de trabajo, malas relaciones intra e interpersonales, antecedentes suicidas personales y/o entre personas cercanas, conductas riesgosas (33); síntomas depresivos clínicamente significativos, historia de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas y percepción del regular o mal rendimiento académico durante el último año (13); al control de impulsos, la depresión y la desesperanza (34); abuso de sustancias, disfunciones familiares y trastornos psiquiátricos previos (35); estrés crónico (36); bajo nivel del soporte social (37).

En nuestra población se demostró la asociación estadísticamente significativa del riesgo suicida principalmente con la disfunción familiar grave e indicios de depresión y ansiedad, en menor medida con el pensamiento homicida, riesgo de alcoholismo, autoestima media y baja, disfunción familiar leve y riesgo de violencia. No hemos encontrado relaciones significativas entre el riesgo suicida con el sexo, necesidad de trabajar, ni vivir sin la familia nuclear.

Diferentes investigaciones encontraron la asociación significativa del intento suicida con factores como el sexo femenino, depresión, ansiedad, pensamiento homicida, indicadores de conducta antisocial y la sospecha de problemas con el alcohol (2-5).

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

Nuestro estudio encontró datos similares de la asociación significativa del intento suicida con probables depresión y ansiedad; pensamiento homicida, riesgo de violencia, siendo este indicador similar al de la conducta antisocial, y sospecha de problemas con el alcohol. No se detectó la asociación del riesgo suicida con el sexo, necesidad de trabajar, ni vivir sin la familia nuclear, pero si con la disfunción familiar grave.

Entre limitaciones del estudio debemos advertir la relativamente pequeña muestra que abarcó solo el primer año de estudio que hemos considerado como el más vulnerable. De esta manera los resultados son representativos solo para la población estudiada. Los instrumentos aplicados están validados en diferentes contextos latinoamericanos y en diferentes poblaciones, sin embargo, no todos han sido validados en el Perú. Otro sesgo que es importante a mencionar es que este tipo de estudios puede ser afectado por la memoria de los encuestados. Además, de todas maneras, existe una posibilidad de no responder con total honestidad algunas preguntas sobre todo relacionadas con conductas antisociales o problemas con el alcohol.

En conclusión, nuestra investigación muestra que la población de estudiantes del primer año de medicina de la Universidad Privada Norbert Wiener (Lima, Perú) constituye un grupo de riesgo respecto a la conducta suicida, incluyendo el intento suicida, la cual, además, se asocia a otros problemas de salud mental. La problemática descrita no se limita a las conductas autodestructivos y debe ser profundizada para esclarecer las consecuencias de los problemas de salud mental para el futuro desempeño profesional, incidencia de los trastornos psiquiátricos específicos (depresivos, ansiosos, alcoholismo, etc.) en la población en riesgo, su interferencia en el rendimiento académico, entre otros. Es responsabilidad ética de las casas superiores del estudio no solo instruir a los estudiantes en la materia, sino formar profesionales íntegros y con una buena salud mental. Asimismo, son importantes los estudios futuros que permitan abarcar diferentes años de estudio de medicina y otras carreras de la Universidad para plantear acciones preventivo-correctivas concretas.

### Declaración de financiamiento y de conflictos de interés:

Estudio financiado por el Fondo Concursable de Investigación para Docentes de la Universidad Privada

Norbert Wiener (Lima, Perú) – 2018. Declaran no tener conflictos de interés.

### Contribución de autoría:

**AS:** la idea del estudio, el diseño de la metodología del estudio, la redacción del marco teórico, redacción de la discusión. **CMAA:** la idea del estudio, la recopilación de la información, procesamiento de los resultados, redacción de la discusión. **JNVE:** la recopilación de la información, procesamiento de los resultados.

### Correspondencia:

Andrey Sindeev  
Pablo Neruda Mz.W, Lt.6, Urb. Covima, La Molina,  
Lima, Perú.  
Celular: 51994191955,  
Correo electrónico: asindeev@samgmu.org

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Perales A, Oblitas B, León P, Sánchez E, Acevedo L, Gutiérrez W, et al. Conducta suicida en estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Investigaciones sociales*. 2012;16(29):103-8.
3. Perales A, Acevedo L, Gutiérrez W, Sánchez E, Oblitas B, León P, et al. Conducta suicida en estudiantes de las escuelas de educación y educación física de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Invest Educ*. 2013;17(2):185-94.
4. Perales A, Sánchez E, Parhuana A, Carrera R, Torres H. Conducta suicida en estudiantes de la escuela de nutrición de una universidad pública peruana. *Rev Neuropsiquiatr*. 2013; 76(4):231-235.
5. Perales A, Sánchez E, Arcaya M, Rosas M, Cortez E, Parhuana A, et al. Conducta suicida en estudiantes de las escuelas de obstetricia, tecnología médica y nutrición de la Facultad de Medicina de la UNMSM. *An Fac Med*. 2013; 74(1):S41.
6. Perales A, Sánchez E, Arcaya M, Cortez E, Parhuana A, Carrera R, et al. Conducta suicida en estudiantes de la escuela de Tecnología Médica de una universidad pública peruana. *El Antoniano*. 2014; 126:11-15.
7. Perales A, Alarcón J, Sánchez E, Arcaya M, Cortez E, Parhuana A, et al. Conducta suicida en estudiantes de medicina de una universidad nacional peruana. En: Bustamante I, Rivera M, Matos L (Eds). *Violencia y Trauma en el Perú. Desafíos y Respuestas*. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca, Universidad Peruana Cayetano



INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

- Heredia; 2013.
8. Aminiov I. Suicidio en Rusia. Demoskop Weekly. 2016; 2016:705-706.
  9. Sarabia S. Suicidio: un problema de salud pública. Rev Neuropsiquiatr. 2014;77(4):199-200.
  10. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Resumen ejecutivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
  11. González-Olaya H, Delgado-Rico H, Escobar-Sánchez M, Cárdenas-Angelone M. Asociación entre el estrés, el riesgo de depresión y el rendimiento académico en estudiantes de los primeros semestres de un programa colombiano de medicina. FEM. 2014;17(1):47-54.
  12. Antúnez Z, Vinet E. Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. Rev Med Chile. 2013; 141:209-216.
  13. Pinzón-Amado A, Guerrero S, Moreno K, Landínez C, Pinzón J. Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados. Rev Colomb Psiquiat. 2013;43(S1):47-55.
  14. Perales A, Sogi C, Morales R. Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. An Fac Med. 2003; 64(4):239-246.
  15. Perales A, Chue H, Padilla A, Barahona L. Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011; 28(4):581-588.
  16. Wagner P, Perales A, Armas R, Cudas O, De los Santos R, Elio-Calvo D, et al. Bases y perspectivas latinoamericanas sobre Medicina y Salud Centradas en la Persona. An Fac Med. 2015; 76(1):63-70.
  17. Valle R, Sánchez E, Perales A. Sintomatología depresiva y problemas relacionados al consumo de alcohol durante la formación académica de estudiantes de medicina. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013; 30(1):54-7.
  18. Gold K, Sen A, Schwenk T. Details on suicide among U.S. physicians: Data from the National Violent Death Reporting System. Gen Hosp Psychiatry. 2013; 35(1):45-49.
  19. Ministerio de Salud. MINSA: Cerca de 1000 muertes por suicidio pueden evitarse por año si se detecta oportunamente. Lima: MINSA; 2016. (citado el 1 de febrero del 2019) Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/14854-minsa-cerca-de-1000-muertes-por-suicidio-pueden-evitarse-por-ano-si-se-detecta-oportunamente>
  20. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana; Conselleria de Sanitat; 2006.
  21. Castilla H, Caycho T, Shimabukuro M, Valdivia A. Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. Propósitos y Representaciones. 2014; 2(1):49-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.53>
  22. Martín M, Pérez R, Riquelme A. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. Universitas Psychologica. 2016; 15(1):177-92. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-1.vdea>
  23. Rojas-Barahona C, Zegers B, Förster C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Rev Méd Chile. 2009; 137:791-800.
  24. Santana-Campas M, Santoyo Telles F. Propiedades psicométricas de la Escala riesgo suicida de Plutchik en una muestra de jóvenes mexicanos privados de la libertad. Av Psicol. 2018; 26(1):57-64.
  25. Alcázar-Córcoles M, Verdejo-García A, Bouso-Sáiz J. Propiedades psicométricas de la Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik en una muestra de jóvenes hispanohablantes. Actas Esp Psiquiatr. 2016; 44(1):13-9.
  26. Campo-Arias A, Barros-Bermúdez J, Rueda-Jaimes G. Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol: resultados de tres análisis. Rev Colomb Psiquiat. 2009; 38(2):294-303.
  27. González P, Medina Ó, Ortiz J. Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad pública de Colombia. Rev Haban Cienc Med. 2016; 15(1):136-146.
  28. Carmona J, Gaviria J, Layne B. Suicidio, vínculos en estudiantes universitarias colombianas. Rev Tesis Psicológica. 2014; 9(1):102-111.
  29. Vianchá M, Bahamón M, Alarcón L. Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. Rev Tesis Psicológica. 2013; 8(1):112-123.
  30. Kosik R, Nguyen T, Ko I, Fan A. Suicidal ideation in medical students. Neuropsychiatry (London). 2017; 7(1):09-11.
  31. Córdova A, Estrada A, Velázquez M. Detección de riesgo suicida en una muestra de adolescentes estudiantes de escuelas secundarias. Rev intercont psicol educ. 2013; 15(1):7-21.
  32. Vasil'Eva L, Shchepetkova S. About suicidal risks of medical students. ICOM. 2015; 7(3):179-183.
  33. Blandón O, Carmona J, Mendoza M, Medina O. Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. Rev Arch Med Camagüey. 2015; 19(5):469-478.
  34. Sánchez D, Muela J, García A. Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. IJP&PT. 2014; 14(2):277-90.
  35. Osama M, Yousuf M, Ather S, Zia S, Usman M, Atif M, et al. Suicidal ideation among medical students of Pakistan: a cross-sectional study. JFLM. 2014; 27:65-8.

**INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH**

---

36. Rosiek A, Rosiek-Kryszewska A, Leksowski L, Leksowski K. Chronic stress and suicidal thinking among medical students. *Int J Environ Res Public Health*. 2016; 13(212):1-16.
37. Kholmogorova A. Suicidal behavior: theoretical model and practical implications in cognitive-behavioral therapy. *Counseling psychology and psychotherapy*. 2016; 24(3):144-163.

|  |
|--|
| Recibido: 11/02/2019<br>Aceptado: 16/09/2019 |
|--|