



**INSTITUTO LATINOAMERICANO DE  
CIENCIAS DE LA VIDA Y LA NATURALEZA  
PROGRAMA DE POSTGRADUACIÓN EN BIOCIENCIAS**

**CARACTERIZACIÓN INTEGRAL DE LA DEPRESIÓN Y EL COMPORTAMIENTO  
SUICIDA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA Y DE RELACIONES  
INTERNACIONALES DE LA UNIVERSIDAD FEDERAL DE LA INTEGRACIÓN  
LATINOAMERICANA**

**ROSANA ÁLVAREZ CALLEJAS**

**Foz de Iguazú**

**2020**



**INSTITUTO LATINOAMERICANO DE  
CIENCIAS DE LA VIDA Y LA NATURALEZA  
PROGRAMA DE POSTGRADUACIÓN EN BIOCENCIAS**

**CARACTERIZACIÓN INTEGRAL DE LA DEPRESIÓN Y EL COMPORTAMIENTO  
SUICIDA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA Y DE RELACIONES  
INTERNACIONALES DE LA UNIVERSIDAD FEDERAL DE LA INTEGRACIÓN  
LATINOAMERICANA**

**ROSANA ÁLVAREZ CALLEJAS**

Disertación de maestría presentada al Programa de Pos Graduación en Biociencias del Instituto Latinoamericano De Ciencias de la vida y la naturaleza, de la Universidad Federal de Integración Latinoamericana, como requisito parcial para la obtención del título de máster en Ciencias.

Orientador: PhD, MSc, MD. Seidel Guerra López

**Foz de Iguazú**

**2020**

ROSANA ÁLVAREZ CALLEJAS

Disertación de maestría presentada al Programa de Pos Graduación en Biociencias del Instituto Latinoamericano de Ciencias de la vida y la naturaleza, de la Universidad Federal de Integración Latinoamericana, como requisito parcial para la obtención del título de máster en Ciencias, área de concentración Biociencias.



---

Dr. Seidel Guerra López  
Orientador  
UNILA



---

Dra. Patrícia Maria de Oliveira Machado  
UNILA



---

Dr. Antulio Hoyos Rivera  
UNILA

Foz do Iguaçu, 11 de fevereiro de 2020.

Catálogo elaborado pelo Setor de Tratamento da Informação  
Catálogo de Publicação na Fonte. UNILA - BIBLIOTECA LATINO-AMERICANA - PTI

A473c

Alvarez Callejas, Rosana.

Caracterización integral de la depresión y el comportamiento suicida en estudiantes de medicina y de Relaciones Internacionales de la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana / Rosana Alvarez Callejas. - Foz do Iguaçu, 2020.

108 f.: il.

Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Centro Interdisciplinar de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Biociências.

Orientador: Seidel Guerra López.

1. Depressão - estudantes universitários. 2. Ideias suicidas - estudantes - relações internacionais - medicina. I. López, Seidel Guerra, Orient. II. Título.

CDU: 616.89-008.454-057.857

## DEDICATORIA

A mis padres, porque a pesar de la distancia física, siguen siendo mi ejemplo a seguir.

A mi esposo e hijos, mis guías espirituales, por su amor y comprensión en mis horas de ausencia necesaria.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi orientador, por su amistad incondicional, su entrega, dedicación y devoción por la investigación, el estudio y la Medicina como ciencia.

Al Programa de Pos graduación en Biociencias, que me dio la oportunidad de aspirar al título de máster.

A la Universidad Federal de Integración Latinoamericana (UNILA), particularmente a mis colegas profesores del curso de Medicina.

A los profesores y alumnos del Programa de Pos graduación, pues todos colaboraron con mi aprendizaje y me han ayudado a transitar este largo camino que aún no terminó.

A los alumnos, profesores y coordinadores de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA, que colaboraron con la investigación, sin su ayuda habría sido imposible.

A los directores de los Institutos de Ciencias de la Vida y la Naturaleza, por su apoyo a la investigación.

A Mary, por sus valiosos aportes y su amistad.

A todos mis amigos, que, sin estar directamente vinculados con mi labor investigativa, colaboraron con sugerencias, me ayudaron en otras tareas o simplemente me brindaron su apoyo incondicional.

A todos los que de una manera u otra me acompañaron y colaboraron con mi trabajo, mi eterna gratitud y reconocimiento.

CALLEJAS, Rosana Álvarez; LÓPEZ, Seidel Guerra. Caracterización integral de la depresión y el comportamiento suicida en estudiantes de Medicina y de Relaciones Internacionales de la universidad federal de la integración latinoamericana. 2020. p. 108. Disertación de maestría presentada al Programa de Pos-Graduación en Biociencias. Universidad Federal de Integración Latinoamericana, Foz do Iguazú.

## RESUMEN

Los desafíos propios de la vida universitaria, propician condiciones favorables para el desarrollo de trastornos mentales, la depresión y la ideación suicida. Con el objetivo de caracterizar integralmente el comportamiento suicida y la presencia de síntomas de depresión en estudiantes de la Universidad Federal de Integración Latinoamericana, se realizó un estudio piloto, observacional descriptivo de corte transversal. La muestra quedó conformada por 62 alumnos del curso de Medicina (EM) y 62 de Relaciones Internacionales (ERI), con edades comprendidas entre 18 y 40 años. Se aplicó un cuestionario de datos socio-demográficos y académicos y las Escalas de Depresión e Ideación Suicida de Beck a todos los participantes. Luego del procesamiento y análisis de los datos arribamos a los siguientes resultados: No existieron diferencias significativas en la distribución por sexo y edad entre los grupos estudiados. En ambos cursos se observó mayor número de alumnos brasileños, predominando los naturales del estado Paraná. El grupo de EM duplica el número de alumnos con sus familiares que residen en el extranjero en relación al grupo de ERI. Las creencias religiosas fueron más frecuentes en los EM y el consumo de alcohol y/u otras sustancias predominó dentro de los ERI. El 50 % de los EM tienen una carga horaria semanal mayor a los ERI. Un número importante de alumnos refirió diagnóstico previo de depresión, sin embargo, pocos estudiantes de ambos cursos realizan tratamiento con antidepresivos. Aplicando la escala de depresión de Beck se obtuvo que cerca de la mitad de los alumnos de ambos grupos presentan depresión, en grados variables. El 8 % de los EM y el 12,9 % de los ERI mostraron depresión severa, predominando los estudiantes brasileños del sexo femenino con depresión moderada y severa en ambos grupos. No se observó correlación entre ninguna de las variables socio-demográficas y académicas con la depresión, ni con la ideación suicida en ambos grupos. La ideación suicida estuvo presente en el 12,9 % de los alumnos de Medicina y en el 19,3 % de los académicos de Relaciones Internacionales. Existe una correlación lineal positiva entre la presencia de depresión e ideación suicida en ambos grupos, predominando en los ERI. La caracterización de la depresión y la conducta suicida en estudiantes de la UNILA sentará las bases para trazar estrategias terapéuticas eficaces y evitar consecuencias devastadoras para los alumnos, sus familias y la comunidad.

**Descriptor:** Depresión. Ideación Suicida. Universidad.

STREETS, Rosana Álvarez; LÓPEZ, Seidel Guerra. Caracterização integral da depressão e comportamento suicida em estudantes de Medicina e Relações Internacionais da Universidade Federal de Integração Latino-Americana. 2020. p. 108. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências. Universidade Federal de Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu.

## RESUMO

Os desafios da vida universitária proporcionam condições favoráveis para o desenvolvimento de distúrbios mentais, depressão e ideação suicida. A fim de caracterizar de forma abrangente o comportamento suicida e a presença de sintomas depressivos em estudantes da Universidade Federal de Integração Latino-Americana, foi realizado um estudo piloto, observacional descritivo transversal. A amostra consistiu em 62 alunos do curso de Medicina (EM) e 62 alunos do curso de Relações Internacionais (ERI), com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos. Um questionário de dados sócio-demográficos e acadêmicos e a Escala Beck de Depressão e Suicídio foram aplicados a todos os participantes. Após o processamento e análise dos dados, chegamos aos seguintes resultados: não houve diferenças significativas na distribuição por sexo e idade entre os grupos estudados. Em ambos os cursos, foi observado um maior número de estudantes brasileiros, predominantemente os do estado do Paraná. O grupo de EM duplicou o número de estudantes com suas famílias vivendo no exterior em relação ao grupo do ERI. As crenças religiosas eram mais frequentes na EM e o uso de álcool e/ou outras substâncias predominava no ERI. Metade dos EM tem uma carga horária semanal maior do que o ERI. Um número significativo de alunos relatou diagnóstico prévio de depressão, porém poucos alunos em ambos os cursos fazem tratamento antidepressivo. A aplicação da Escala de Depressão Beck mostrou que cerca de metade dos alunos de ambos os grupos têm depressão, em graus variados. Oito por cento da EM e 12,9 por cento das ERI apresentaram depressão grave, com predominância de estudantes brasileiras com depressão moderada e grave em ambos os grupos. Não foi observada correlação entre nenhuma das variáveis sócio-demográficas e acadêmicas com depressão, nem com ideação suicida em ambos os grupos. A ideação suicida esteve presente em 12,9% dos estudantes de medicina e em 19,3% dos acadêmicos de relações internacionais. Há uma correlação linear positiva entre a presença de depressão e ideação suicida em ambos os grupos, predominando no ERI. A caracterização da depressão e do comportamento suicida nos alunos da UNILA sentará as bases para traçar estratégias terapêuticas eficazes e evitar consequências devastadoras para os alunos, as suas famílias e a comunidade.

**Palavras chaves:** Depressão. Ideação Suicida. Universidade.

STREETS, Rosana Álvarez; LÓPEZ, Seidel Guerra. Comprehensive characterization of depression and suicidal behavior in medical and international relations students at the Federal University of Latin American Integration. 2020. p. 108. Master's dissertation presented to the Postgraduate Program in Biosciences. Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu.

### **ABSTRACT**

The challenges of university life provide favorable conditions for the development of mental disorders, depression and suicidal ideation. In order to comprehensively characterize suicidal behavior and the presence of depressive symptoms in students at the Federal University of Latin American Integration, a cross-sectional descriptive observational pilot study was conducted. The sample consisted of 62 students of the Medicine (MS) course and 62 students of the International Relations (IRS) course, with ages between 18 and 40 years old. A questionnaire of socio-demographic and academic data and the Beck Scales of Depression and Suicide were applied to all participants. After processing and analyzing the data, we reached the following results: There were no significant differences in the distribution by sex and age among the groups studied. In both courses, a greater number of Brazilian students was observed, predominantly those from the state of Paraná. The MS group doubled the number of students with their families living abroad in relation to the IRS group. Religious beliefs were more frequent in MS and alcohol and/or other substance use predominated in the IRS. Half of the MS have a higher weekly workload than the IRS. A significant number of students reported prior diagnosis of depression, however few students in both courses take antidepressant treatment. Applying the Beck Depression Scale showed that about half of the students in both groups have depression, to varying degrees. Eight percent of MS and 12.9 percent of IRS showed severe depression, with a predominance of female Brazilian students with moderate and severe depression in both groups. No correlation was observed between any of the socio-demographic and academic variables with depression, nor with suicidal ideation in both groups. Suicide ideation was present in 12.9% of medical students and 19.3% of international relations academics. There is a positive linear correlation between the presence of depression and suicidal ideation in both groups, predominating in the IRS. The characterization of depression and suicidal behavior in UNILA students will make it possible to trace effective therapeutic strategies and avoid devastating consequences for the students, their families and the community.

**Key words:** Depression. Suicidal Ideation. Suicidal Behavior. University.

## LISTA DE TABLAS

- Tabla 1:** Distribución por sexo y grupos de edades de los alumnos de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA..... Pág. 52
- Tabla 2:** Distribución por países de los alumnos de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA.....Pág. 53
- Tabla 3:** Distribución por estados de procedencia de los alumnos brasileños de los cursos de Medicina y Relaciones Internacionales de la UNILA.....Pág.54
- Tabla 4:** Proximidad geográfica con la familia en los alumnos de los cursos de Medicina y Relaciones Internacionales de la UNILA.....Pág. 55
- Tabla 5:** Frecuencia con la cual los alumnos de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA visitan a sus familiares..... Pág. 56
- Tabla 6:** Presencia de creencias religiosas en los alumnos de los cursos de Medicina y Relaciones Internacionales de la UNILA..... Pág. 56
- Tabla 7:** Distribución de la cantidad de horas de clase semanal en los alumnos de los cursos de Medicina y Relaciones Internacionales de la UNILA..... Pág. 57
- Tabla 8:** Distribución de la cantidad de horas de estudio individual por semana en los alumnos de los cursos de Medicina y Relaciones Internacionales de la UNILA.....  
.....Pág. 58
- Tabla 9:** Distribución de la cantidad de horas de actividades recreativas por semana en los alumnos de los cursos de Medicina y Relaciones Internacionales de la UNILA....  
.....Pág. 58
- Tabla 10:** Antecedentes de trastornos depresivos, uso de medicamentos antidepresivos y consumo de alcohol y/u otras sustancias en los alumnos de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA.....Pág. 59
- Tabla 11:** Evaluación de la Escala de Depresión de Beck (BDI) aplicada a los alumnos de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA.....Pág. 60

<b>Tabla 12:</b> Distribución de los grados de severidad de la depresión según los resultados de la Escala de Depresión de Beck (EDB) en los alumnos de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA.....	Pág. 61
<b>Tabla 13:</b> Resultados del procesamiento de las respuestas en la Escala de Ideación Suicida de Beck aplicada a los alumnos de los cursos de Medicina y Relaciones Internacionales de la UNILA.....	Pág. 70
<b>Tabla 14.</b> Análisis de correlación lineal entre las variables socio-demográficas y académicas con los resultados de la Escala de depresión de Beck en los EM y los ERI.....	Pág. 71
<b>Tabla 15.</b> Análisis de correlación lineal entre las variables socio-demográficas y académicas con los resultados de la Escala de Ideación Suicida de Beck en los EM.....	Pág. 72

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Distribución según la nacionalidad y grados de severidad de la depresión según los resultados de la Escala de Depresión de Beck (EDB) en los alumnos del grupo EM.....Pág. 62
- Gráfico 2:** Distribución según la nacionalidad y grados de severidad de la depresión según los resultados de la Escala de Depresión de Beck (EDB) en los alumnos del curso de Relaciones Internacionales de la UNILA.....Pág. 63
- Gráfico 3:** Distribución según el sexo y grados de severidad de depresión evaluados con la Escala de Depresión de Beck (EDB) en los alumnos del curso de Medicina de la UNILA.....Pág. 64
- Gráfico 4:** Distribución según el sexo y grados de severidad de la depresión obtenidos mediante la Escala de Depresión de Beck (EDB) en los alumnos del curso de Relaciones Internacionales de la UNILA..... Pág. 65
- Gráfico 5:** Distribución según las horas de clases semanales y grados de severidad de la depresión, evaluados con la Escala de Depresión de Beck (EDB) en los alumnos del curso de Medicina de la UNILA.....Pág. 66
- Gráfico 6:** Distribución según las horas de clases semanales y grados de severidad de la depresión de los resultados obtenidos con la Escala de Depresión de Beck (EDB) en los alumnos del curso de Relaciones Internacionales de la UNILA.....Pág. 66
- Gráfico 7:** Distribución de las horas de recreación semanal y grados de severidad de la depresión, según los resultados de la Escala de Depresión de Beck (EDB) en los alumnos del curso de Medicina de la UNILA.....Pág. 67
- Gráfico 8:** Distribución según las horas de recreación semanal y grados de severidad de la depresión obtenidos con la Escala de Depresión de Beck (EDB) en los alumnos del curso de Relaciones Internacionales de la UNILA..... Pág. 68

## ABREVIATURAS

<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>UNILA</b>	Universidad Federal de Integración Latino-americana
<b>MERCOSUR</b>	Mercado Común del Sur
<b>DMS-V</b>	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales V
<b>CDC</b>	Centro para el Control de las Enfermedades
<b>TSPO</b>	Proteína Translocadora
<b>PET</b>	Tomografía por Emisión de Positrones
<b>HAMD</b>	Escala de Depresión de Hamilton
<b>EDB</b>	Escala de Depresión de Beck
<b>CESD</b>	Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión
<b>MADRS</b>	Escala de Depresión de Montgomery
<b>PHQ</b>	Cuestionario de Salud del Paciente
<b>MDI</b>	Inventario de Depresión Mayor
<b>SDS</b>	Escala de Depresión de Zung
<b>GDS</b>	Escala de Depresión Geriátrica
<b>SIS</b>	Escala de Intención Suicida
<b>BSI</b>	Escala de Ideación Suicida de Beck
<b>FDA</b>	Administración de Alimentos y Medicamentos
<b>ENEM</b>	Examen Nacional de Enseñanza Media
<b>IFES</b>	Institutos Federales de Enseñanza Superior
<b>EM</b>	Estudiantes de Medicina
<b>ERI</b>	Estudiantes de Relaciones Internacionales

## SUMARIO

1	<b>INTRODUCCIÓN</b>	15
1.1	JUSTIFICATIVA	17
1.1.1	<b>Pregunta de investigación</b>	20
1.2	MARCO TEÓRICO	20
1.2.1	<b>Trastornos depresivos</b>	20
1.2.1.1	Definición y epidemiología	20
1.2.1.2	Etiología de los trastornos depresivos	22
1.2.1.3	Manifestaciones clínicas y diagnóstico de la depresión	24
1.2.1.4	Escalas para evaluar la depresión	25
1.2.1.5	Depresión y suicidio	26
1.2.2	<b>Comportamiento suicida</b>	27
1.2.2.1	Definición, epidemiología y factores asociados	27
1.2.2.2	Etiología de la conducta suicida	29
1.2.2.3	Factores de riesgo y protección para el suicidio	34
1.2.2.4	Señales de alerta en relación al suicidio	36
1.2.2.5	Escalas para evaluar la ideación suicida	37
1.2.3	<b>Suicidio en jóvenes</b>	39
1.2.4	<b>Suicidio en estudiantes universitarios</b>	40
1.2.4.1	Factores de riesgo para la conducta suicida en universitarios	40
1.2.5	<b>La universidad federal de integración latinoamericana (UNILA)</b>	41
1.2.5.1	Misión institucional	41
1.2.5.2	Visión integral y bienestar emocional de alumnos y profesores	42
2	<b>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	44
2.1	OBJETIVO GENERAL	44
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
3	<b>MATERIAL Y MÉTODO</b>	45
3.1	DISEÑO DEL ESTUDIO	45
3.2	SUJETOS DEL ESTUDIO	45
3.3	MEDICIONES	46
3.3.1	Variables principales	46
3.3.2	Otras variables	47
3.3.3	Definición operacional	48

3.3.4	Instrumentos de medición	49
3.4	ASUNTOS ESTADÍSTICOS	49
3.5	HIPÓTESIS	49
3.6	ANÁLISIS Y GESTIÓN DE DATOS	49
3.7	ASUNTOS ÉTICOS	50
4	<b>RESULTADOS</b>	51
4.1	Resultados de la caracterización socio-demográfica	51
4.2	Resultados del análisis de los síntomas depresivos evaluados con la Escala de Depresión de Beck	59
4.3	Resultados del análisis del comportamiento suicida obtenidos mediante la Escala de Ideación suicida de Beck	68
5	<b>DISCUSIÓN</b>	73
6	<b>CONSIDERACIONES FINALES</b>	80
7	<b>RECOMENDACIONES</b>	82
8	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	83
9	<b>ANEXOS</b>	92

## 1. INTRODUCCIÓN.

La historia de la humanidad describe varios acontecimientos relacionados al suicidio, la depresión y la actitud humana ante las diferentes adversidades. En todas las épocas el hombre ha intentado develar las causas de los trastornos del humor, la falta de deseo de vivir, las ideas suicidas y el suicidio. El antiguo testamento narra el suicidio de Saúl después de ser derrotado por los filisteos, por una cuestión de honor y vergüenza. Estos relatos están enmarcados entre los siglos VIII y VII antes de nuestra era (SANTA CLARA, 2009).

Homero, en la *Ilíada*, también hace referencia al suicidio de *Áyax*, uno de los más fuertes y temidos guerreros griegos. Según la historia, en un acceso de locura *Áyax* degolló a las ovejas del rebaño, pensando que eran enemigos, después de lo cual percibió su error y se suicidó. La obra de Sófocles, *Áyax Furioso*, escrita entre 450 y 430 antes de nuestra era, se inspiró en este hecho (AMARAL, 2006).

El sufrimiento melancólico ya cuenta con más de 2 mil años de historia durante los cuales innúmeros filósofos, religiosos, poetas, psicoanalistas y médicos han teorizado acerca de sus orígenes y posibles soluciones. Hipócrates y Aristóteles, en la Grecia Antigua, asociaban la melancolía a una cantidad excesiva de bilis negra en el cuerpo. El origen de la palabra melancolía viene del griego *Melan* (negro) y *Cholis* (bilis), significando “bilis negra”. Por esta época (Siglo IV a. c.) ya se describían síntomas como la falta de ánimo, pérdida del apetito, irritabilidad e insomnio, en relación con cuadros de melancolía. (AMARAL, 2006; SANTA CLARA, 2009). La teoría de los fluidos humorales de Hipócrates fue la antesala histórica de los trastornos del humor, una categoría importante de las enfermedades psiquiátricas, que incluye a la depresión y el trastorno bipolar, entre otros (KAPLAN, 2017).

La Psiquiatría, que ya era reconocida como especialidad médica desde finales del siglo XVIII, en la época contemporánea, comienza a relacionar el acto suicida a las enfermedades mentales, en un determinado contexto social predisponente (AMADOR RIVERA, 2015). En la sociedad moderna, la depresión que desencadena el suicidio, se atribuye a factores sociales y económicos, como el estrés ocasionado por cuestiones financieras, profesionales, desempleo, disfunción familiar, entre otros.

Los sujetos que poseen una estabilidad emocional y capacidad adecuada para lidiar con situaciones adversas, son menos susceptibles a cometer suicidio (ROCHA, 2017).

A pesar de ser el suicidio un tema ampliamente tratado, aún es considerado tabú. Los datos poco fidedignos en las estadísticas de suicidio son debidos a errores o equivocaciones en el momento de diferenciar una muerte accidental de una muerte voluntaria. En ocasiones, la propia familia solicita que esta información sea manejada con mayor discreción, por lo que el acto suicida es considerado como una lesión externa de causa no intencional. En los casos de intento suicida, la sub-notificación es más frecuente, conllevando a la negación de un problema real (ROCHA, 2017).

Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), 800000 personas se suicidan cada año, lo que representa una muerte a cada 40 segundos por esta causa. Por cada suicidio consumado hay al menos 20 personas que intentaron suicidarse. Las tasas de suicidio consumado varían según la región, generalmente con predominio del sexo masculino en una relación de 3 a 5 hombres por una mujer (ALVES, 2018).

Existe una tendencia al incremento del suicidio en edades extremas, es decir, jóvenes y ancianos, constituyendo el suicidio la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años, siendo más frecuente en personas sin vínculos conyugales estables, sin hijos, desempleados y en condiciones financieras difíciles (ECHÁVARRI, 2018). A nivel global, la India, China, Estados Unidos y Rusia presentan las mayores tasas de suicidio (CANO, 2018).

Brasil se encuentra entre los diez países con mayores números absolutos de suicidios, con un incremento anual superior al aumento de la población. Del total de muertes registradas, el 1 % se debe a suicidios. En personas entre 15 y 29 años, esta cifra aumenta hasta el 4 % de los fallecimientos. Cuando se trata de jóvenes, el suicidio adquiere una connotación diferente, no sólo por el número de años de vida perdidos, sino también por el hecho de ser una población de gran vulnerabilidad psicológica y social. Es frecuente la asociación de consumo de alcohol y sustancias ilícitas, enfermedades de transmisión sexual, depresión y suicidio en este grupo. El

contexto familiar de jóvenes y adolescentes tiene un papel determinante en la salud mental de estos (BOTEGA, 2014).

Existen varios estudios que analizan el comportamiento de los trastornos de humor y el suicidio en jóvenes, específicamente en el medio universitario. El inicio de la vida universitaria impone cambios en la dinámica y en la rutina diaria de adolescentes y jóvenes. Los desafíos propios de esta etapa propician condiciones favorables para el desarrollo de trastornos mentales, tales como ansiedad, depresión e ideación suicida (VASCONCELOS, 2016).

Actualmente la mayoría de las universidades reconoce que la conducta autodestructiva en la población universitaria es un problema que debe ser enfrentado abiertamente. Se deben crear herramientas de evaluación psicológica para el diagnóstico precoz de ideación suicida, así como establecer diferentes acciones encaminadas a reducir los riesgos y dar apoyo multiprofesional a sus estudiantes (MOURTIER et. al, 2012; BARRIOS et. al, 2017; CASTAÑEDA et. al, 2016).

El presente trabajo tiene como objetivo general caracterizar integralmente el comportamiento suicida y la presencia de síntomas de depresión en estudiantes universitarios de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la Universidad Federal de Integración Latinoamericana (UNILA) en el año 2019. La identificación de estudiantes con síntomas de depresión e ideación suicida permitirá tratar de forma individual cada caso, así como continuar desarrollando acciones generales de carácter institucional para la prevención del suicidio.

## 1.1 JUSTIFICATIVA.

La Universidad Federal de Integración Latinoamericana se encuentra localizada en el municipio de Foz do Iguazú, municipio del oeste de Paraná, fundado el 10 de junio de 1914. En este período, paraguayos, argentinos, indígenas, inmigrantes europeos y agricultores procedentes de Rio Grande del Sur, se asentaron en estas fértiles tierras. Foz do Iguazú cuenta con lugares de interés turístico como el Parque Nacional de Iguazú, las cataratas del Iguazú, así como también constituye un

polo económico importante con una localización estratégica en el contexto del MERCOSUR y con perspectivas futuras de crecimiento económico, posibilidad de nuevas inversiones y consolidación de empresas. Estas transformaciones económicas traen consigo profundas modificaciones socio-demográficas del municipio, como es el crecimiento acelerado de la población, que en 1970 contaba con 33966 habitantes y en 1980 aumentó para 136321 moradores. Esta situación provocó aumento de la demanda de los servicios públicos, principalmente de salud, por lo que era necesario adecuar la infraestructura necesaria para satisfacer todas las necesidades de una población en expansión (Proyecto Pedagógico del curso de Medicina, UNILA, 2016).

La ciudad de Foz de Iguazú fue escogida para la implementación de la UNILA por su localización estratégica en la región de la triple frontera entre Argentina, Brasil y Paraguay. Las características multiculturales del municipio favorecen el diálogo y la interacción regional. La UNILA comenzó a ser estructurada en 2007 y las primeras actividades académicas se iniciaron en 2010. El objetivo fundamental de la universidad es contribuir a la integración solidaria y la construcción de sociedades más justas en la América Latina y el Caribe. Con su propuesta innovadora, la UNILA pretende formar recursos humanos capacitados para colaborar con el desarrollo de los pueblos de América Latina (Proyecto Pedagógico del curso de Medicina, UNILA, 2016).

La composición del cuadro docente y estudiantil es reflejo de la diversidad socio-cultural de los países de América Latina. Cada año la UNILA recibe alumnos procedentes de diferentes regiones de Brasil y de otros países de Latinoamérica y el Caribe. Este intercambio cultural implica varios aspectos positivos e incluso, trae algunas repercusiones negativas, en relación a lo que significa entrar en contacto con una cultura y una sociedad diferente, estar lejos de la familia, enfrentarse a una lengua extranjera, un grado de exigencia académica superior, entre otros aspectos propios del régimen universitario y de la vida fronteriza.

Es frecuente que los alumnos pasen por un proceso de adaptación gradual, que, en algunos casos, genera un desequilibrio emocional. Si el alumno no consigue superar esa crisis, pueden aparecer síntomas típicos de depresión que se van

agravando durante el transcurso de la vida académica, si no son adecuadamente diagnosticados y tratados (OLIVEIRA, 2011).

Considerando que el contexto universitario es un escenario propicio para que se comience a manifestar algún trastorno de la salud mental en un estudiante sin antecedentes previos o exista agudización de una condición preexistente, el presente estudio evalúa la presencia de síntomas depresivos e ideación suicida en estudiantes de la UNILA. En la actualidad varios autores abordan el tema de la conducta suicida en estudiantes, demostrando que es un problema universal. Universidades como la Universidad de California, San Diego, cuentan con programas para prevenir el suicidio y la depresión en estudiantes. Después de aplicar una encuesta relacionada con la salud mental, el 27 % de los alumnos que respondieron adecuadamente los cuestionarios, cumplían con los criterios de riesgo significativo para depresión o suicidio (MOURTIER, 2012).

Nos propusimos observar el comportamiento de algunas variables socio-demográficas, historia de trastornos depresivos, el consumo de psicofármacos y particularidades del régimen académico del curso junto a la presencia de depresión e ideación suicida. Para llevar a cabo la investigación se aplicó un cuestionario de datos socio-demográficos, académicos, información relacionada con la salud mental, consumo de alcohol y otras sustancias.

Para identificar y evaluar la presencia de síntomas depresivos existen varios instrumentos de rápida administración y con índices de eficacia muy parecida. La elección de un instrumento concreto puede efectuarse en base a preferencias teóricas, facilidad de aplicación y tipos de síntomas cubiertos. No existen diferencias significativas en su fiabilidad y validez (CABALLO, 2005). La Escala de Depresión de Beck (BECK et. al, 1961) es uno de los instrumentos de auto-evaluación de depresión más ampliamente utilizados, tanto en investigaciones como en la práctica clínica (GORESTEIN, 1998) Según los estudios realizados por González y colaboradores (2000), la Escala de Ideación Suicida de Beck resultó ser un instrumento adecuado para detectar ideación suicida en estudiantes universitarios, demostrando un índice de especificidad de 98,1%.

La identificación adecuada de estos trastornos de salud mental permite el desarrollo de estrategias eficaces para tratar adecuadamente la depresión y evitar consecuencias lamentables como es el suicidio consumado en estudiantes universitarios. Considerando la repercusión que tiene el suicidio en etapas iniciales de la vida adulta en la familia y en la sociedad, son más eficaces las estrategias de prevención del suicidio que la rehabilitación de un individuo que realizó una tentativa de suicidio o el hecho de saber que se pudiera haber evitado la muerte de un joven con trastornos depresivos que no fueron diagnosticados ni tratados oportunamente (OLIVEIRA, 1995).

### **1.1.1 Pregunta de investigación**

¿Cuál es la relación entre la conducta suicida y los síntomas de depresión presentes en estudiantes de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA en el año 2019, con otras variables socio-demográficas y académicas de los estudiantes?

## **1.2 MARCO TEÓRICO.**

### **1.2.1 Trastornos depresivos.**

#### **1.2.1.1 Definición y epidemiología.**

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su quinta edición, DSM V (2013) los trastornos depresivos son un grupo heterogéneo de entidades caracterizadas por humor triste, vacío o irritable, acompañado de alteraciones somáticas y cognitivas, que afectan significativamente la capacidad de funcionamiento del organismo. Esta categoría incluye: trastorno disruptivo de la regulación del humor, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias y medicamentos, trastorno depresivo debido a otra condición médica, así como trastornos depresivos especificados o no (DSM-V, 2013).

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas (OMS, 2018). Los trastornos depresivos

mayores representan un grave problema de salud debido a su elevada morbi-mortalidad en relación con el suicidio, abuso de sustancias, deterioro de las relaciones interpersonales, así como también se asocian al desarrollo de Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares. La depresión es la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. Se prevé que para el año 2030 los trastornos depresivos sean los mayores contribuyentes a la carga de enfermedades, a nivel global. Estos trastornos son causas frecuentes de consultas médicas, tanto en países desarrollados como en naciones en vía de desarrollo, en todos los grupos de edades, independientemente del color de la piel, sexo, estado civil o condición socioeconómica. En naciones desarrolladas como los Estados Unidos, el costo económico anual estimado de los trastornos depresivos es de 30 a 40 billones de dólares. La depresión implica deterioro y destrucción de relaciones familiares, por lo que el costo humano y afectivo es incalculable (CDC, 2014).

Aproximadamente dos tercios de los pacientes con trastornos depresivos no son diagnosticados en las fases iniciales de su enfermedad. Solamente el 50% de las personas diagnosticadas con depresión mayor reciben tratamiento y solamente el 20 % de estos individuos reciben tratamiento adecuado, de forma individualizada. Más alarmante aún, en un estudio realizado en Canadá con un elevado número de pacientes con trastornos depresivos, 48 % de los que presentaban ideación suicida y 24 % de los que realizaron un intento suicida reportaron no recibir ningún tratamiento o cuidado en función de esta condición (PAGURA, 2009).

En Brasil la depresión afecta a 11,5 millones de personas (5,8 % de la población). Aproximadamente el 78,8 % de los brasileños con síntomas depresivos relevantes no reciben ningún tipo de tratamiento. Varios estudios sustentan la información de que la depresión es aproximadamente dos veces más prevalente en mujeres que en hombres. La prevalencia de depresión mayor es más significativa entre las mujeres que viven en áreas urbanas, con niveles educacionales más bajos y con frecuencia asociada a condiciones crónicas como hipertensión y diabetes (GONÇALVES et. al, 2018). Según estudios de BARROS (2017), los individuos con depresión presentan mayor prevalencia de comportamientos nocivos para la salud, tales como hábito de fumar, ingestión de bebidas alcohólicas y sedentarismo.

### 1.2.1.2 Etiología de los trastornos depresivos.

La etiología de los trastornos depresivos es multifactorial. La historia familiar de depresión es un hallazgo frecuente, así como la historia familiar de suicidio. Los factores genéticos representan un papel importante en el desarrollo de la depresión mayor. Estudios realizados en gemelos homocigóticos demuestran una concordancia del 40 al 50 % en casos de depresión mayor. Los familiares de primer grado de individuos con depresión poseen una probabilidad tres veces mayor para desarrollar depresión en comparación con la población general, no obstante, la depresión también ocurre en personas sin historia familiar de trastornos de humor (TSUANG, FARAONE, 1990).

Aunque existen múltiples genes que se relacionan con los trastornos depresivos, aquellos que regulan el metabolismo de la serotonina son los más estudiados. El gen SLC6A4, localizado en el cromosoma 17, que codifica el transportador de la serotonina, responsable por el aclaramiento de la serotonina en el espacio sináptico es uno de los principales genes involucrados en los trastornos del humor. Debido a que múltiples fármacos utilizados en el tratamiento de la depresión están relacionados con el metabolismo de la serotonina, el gen SLC6A4 es objeto de múltiples investigaciones (LOHOFF, 2010).

Se ha demostrado a través de exámenes de neuro-imágenes que existen determinadas alteraciones morfo-funcionales asociadas a trastornos depresivos. Estudios con Tomografía de emisión de positrones (PET) sustentan la hipótesis que durante los estados depresivos existe una disminución de la actividad metabólica en las estructuras neocorticales, así como un incremento de la actividad metabólica en las estructuras del sistema límbico (KEMPTON et. Al, 2011). Un meta análisis que comparó estructuras cerebrales de pacientes con depresión mayor con individuos saludables, demostró aumento del tamaño de los ventrículos laterales, mayor volumen de líquido cefalorraquídeo y disminución del volumen de los ganglios basales, tálamo, hipocampo, lóbulo frontal, corteza orbitofrontal y giro recto (SACHER J, NEUMANN J, FÜNFSÜCK, SOLIMAN, VILLRINGER, SCHROETER, 2011).

A pesar de que la depresión mayor puede manifestarse sin antecedentes de factores precipitantes, el estrés mantenido y las pérdidas afectivas incrementan el riesgo de trastornos depresivos. El dolor crónico, las enfermedades de evolución prolongada, el estrés psicosocial, la soledad, entre otros eventos adversos, pueden desencadenar un episodio depresivo (BRUCE, 2002).

El incremento de los niveles de cortisol que se produce durante situaciones de estrés mantenido, también se relaciona con mayor incidencia de trastornos depresivos (FRODL T et. al, 2010). La exposición a agentes farmacológicos como Reserpina, beta bloqueadores, esteroides, así como el uso de cocaína, anfetaminas, narcóticos y alcohol, incrementa el riesgo de depresión (National Institute of Mental Health, 2015).

La relación entre adultos con depresión y sus hijos es compleja. Se describe una sobreprotección materna durante la niñez temprana y menor interacción con la figura paterna. Las relaciones familiares problemáticas entre padres, gemelos y otros familiares próximos son comunes en niños y adolescentes con trastornos afectivos. Cuando uno de los padres padece algún trastorno de este tipo, puede incurrir en abuso infantil o negligencia, lo que favorece el desarrollo de trastornos de humor durante la infancia o adolescencia. Se ha demostrado asociación temporal significativa entre la depresión de la madre y de sus hijos. La remisión de la depresión materna influye positivamente en el estado anímico de sus hijos. Un estudio que evaluó madres e hijos con trastornos depresivos demostró que cuando las madres conseguían remisión de los síntomas depresivos, los hijos también alcanzaban notables progresos en la conducta y el estado de ánimo (WICKRAMARATNE et. al, 2011).

Los estudios muestran que existe una interacción entre vulnerabilidad genética, factores estresantes ambientales y las anomalías estructurales cerebrales. Esta asociación propicia el desarrollo de trastornos depresivos. Frodl y colaboradores detectaron que los pacientes con depresión mayor que portaban el alelo S del gen 5 HTTLPR y tenían antecedentes de maltrato infantil, presentaban volúmenes inferiores del hipocampo en imágenes de RMN, en comparación con pacientes que solamente presentaban una de las condiciones anteriores. Teorías modernas e integradoras involucran factores inflamatorios y trastornos del neuro-desarrollo infantil en la génesis de la depresión (FRODL et. al, 2010).

### 1.2.1.3 Manifestaciones clínicas y diagnóstico de la depresión.

Las manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos son heterogéneas. Síntomas como fatiga, cefalea, dolores abdominales o trastornos del sueño con frecuencia, son atribuidos a otras entidades. Los pensamientos recurrentes en relación con la muerte, las ideas suicidas, la tentativa de suicidio o la elaboración de un plan suicida, alertan en relación a un trastorno depresivo no diagnosticado (DSMV, 2013). El estudio colaborativo de la OMS que evaluó la forma de presentación de los trastornos depresivos en cuatro regiones: Canadá, Irán, Japón y Suiza mostró que, a pesar de las diferencias culturales, los síntomas clínicos son similares aún en poblaciones con culturas y entornos diferentes (JABLENSKY, 1981).

Para realizar el diagnóstico de depresión, se consideran síntomas psíquicos, fisiológicos y manifestaciones comportamentales. Ningún síntoma aislado es patognomónico de esta entidad. Con frecuencia los pacientes refieren solamente una disminución de la capacidad de experimentar placer en las actividades de forma general y reducción del interés por el ambiente que les rodea. Una de las primeras escalas para evaluar la depresión fue publicada en 1918. Desde esta fecha se han puesto en práctica más de 280 escalas. Al final de 1950 estos instrumentos pasaron por un proceso de revisión, debido al advenimiento de los medicamentos antidepresivos. Era necesario contar con escalas fiables para evaluar la presencia de síntomas depresivos y la intensidad de los mismos. El uso de las escalas de evaluación de la depresión permite complementar el diagnóstico clínico, mas, no deben ser usadas de forma aislada y nunca van a sustituir a la evaluación clínica (SHAFTER, 2006)

Los instrumentos más utilizados para evaluar los síntomas depresivos son: La Escala de Hamilton (HAM D), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES D), la Escala de Montgomery (MADRS), el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ), el Inventario de Depresión Mayor (MDI), la Escala de Depresión de Zung (SDS), la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y la Escala de Cornell para la depresión y la demencia (GORENSTEIN, WANG, HUNGERBULHER, 2016).

#### 1.2.1.4 Escalas para evaluar la depresión.

Escala de Hamilton (HDRS): Es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la depresión. Creada en 1960. Existen varias versiones a partir de la original. Útil en pacientes hospitalizados y con diagnóstico previo de trastornos de humor. Permite cuantificar la severidad de la depresión. Evalúa mayor número de síntomas somáticos, en comparación con síntomas cognitivos y afectivos (HAMILTON, 1960).

Escala de depresión de Beck (EDB): Ampliamente utilizado para evaluar el grado de depresión. Desarrollada en 1961 por Aaron Beck (BECK, 1961). Posteriormente, se crearon otras versiones como el BDI II, BDI para Atención Primaria (BDI PC). Los estudios muestran elevada sensibilidad (99%) para identificar pacientes con trastornos depresivos. Consideramos que es una herramienta muy valiosa pues se encuentra validada en español y portugués, además de que ha sido utilizada para evaluar síntomas de depresión en individuos de diferentes edades (STEER, CAVALIERI, LEONARD, BECK, 1999).

Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ): Herramienta para detección de síntomas depresivos con una sensibilidad del 80%. Permite evaluar el grado de severidad de la depresión (KROENKE, SPITZER, WILLIAMS, 2003).

Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES D): Publicada en 1977 como una herramienta de detección de la depresión en adultos. Es utilizada en la población, de manera general. Evalúa síntomas somáticos y afectivos de la depresión. Adecuada para la realización de un abordaje inicial (VAN DAM, EARLEYWINE, 2011).

Escala de Montgomery (MADRS): Utilizada como alternativa de la escala de Hamilton para evaluar cambios clínicos durante el tratamiento de pacientes con depresión (MONTGOMERY, ASBERG, 1979).

Inventario de Depresión Mayor (MDI): Instrumento utilizado en el diagnóstico y en la evaluación de la severidad de la depresión mayor. Su sensibilidad varía del 82

al 86 % (BECH, RASMUSSEN, RAABAEK-OLSEN, NOERHOLM, ABILDGAARD, 2001).

Escala de Depresión de Zung (SDS): Publicado por primera vez en 1965. Su objetivo era realizar una evaluación rápida para monitorizar el tratamiento de la depresión o como herramienta diagnóstica (ZUNG, 1965).

Escala de Depresión Geriátrica (GDS): Recomendada para evaluar la depresión en ancianos. Su versión más reciente es de fácil aplicación (RINALDI, MECOCCI, BENEDETTI, ERCOLANI, BREGNOCCHI, MENCULINI G, 2003).

Escala de Cornell para la depresión y la demencia (CSDD): Instrumento indicado para pacientes ancianos con déficits cognitivos. Se incluye información obtenida de familiares o cuidadores (KORNER A, LAURITZEN L, ABELSKOV, GULMANN, MARIE BRODERSEN, WEDERVANG-JENSEN, 2006).

#### 1.2.1.5 Depresión y suicidio.

La morbilidad asociada a los trastornos depresivos es difícil de cuantificar, mas, la letalidad relacionada con los trastornos depresivos pudiera ser estimada considerando las tasas de suicidio consumado. Aproximadamente 95 % de las personas que cometen suicidio presentan alguna enfermedad mental (CDC, 2014; OMS, 2018). En múltiples casos, el diagnóstico de enfermedad mental se asocia a otros problemas de índole psicosocial, como el alcoholismo, el uso de drogas, la violencia familiar, historia de suicidio en la familia, separación y divorcio. Estos factores incrementan el riesgo de suicidio (VERONA, SACHS-ERICSSON, JOINER, 2004).

Los sentimientos de desesperanza y desamparo, característicos de los trastornos depresivos, son los mayores contribuyentes al suicidio. El momento de mayor peligro es cuando el paciente se está recuperando de la depresión profunda. Es en esa fase que consigue movilizar la energía suficiente para cometer un acto suicida (ILGEN, BOHNERT, IGNACIO, et al., 2010). En los casos que el método empleado es la sobredosis de antidepresivos, se relata menor sobredosis fatal con el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en comparación con los

antidepresivos tricíclicos. En octubre de 2003, US Food and Drug Administration (FDA) publicó una advertencia en relación al uso de antidepresivos del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y su asociación con la conducta suicida. Estos fármacos se continúan utilizando, mas, con las debidas precauciones (BUSCH, FRANK, LESLIE, MARTIN, ROSENHECK, MARTIN, et al, 2011). Otras condiciones relacionadas con trastornos depresivos y conducta suicida son la presencia de enfermedades crónicas, principalmente que cursen con dolor crónico, acceso fácil a armas de fuego o a otros medios para atentar contra la vida, aislamiento, pesimismo e impulsividad (PRATT, BRODY, 2014).

### **1.2.2 Comportamiento suicida.**

#### **1.2.2.1 Definición, epidemiología y factores asociados.**

La palabra suicidio proviene del latín: sui (sí mismo) cidium (matar), “atentado contra la propia vida”, “matarse”. Es un acto voluntario, autoinflingido, de amenaza vital, que termina con la muerte. Debe ser diferenciado del intento suicida, acto en el cual el individuo se hace daño a sí mismo, mas no consigue su objetivo de muerte, así es definido por el Manual MSD de diagnóstico y terapia, 2018.

Para Chin e Holden (2013), el comportamiento suicida se representa por la secuencia de ideación, intento y suicidio propiamente dicho. Estos elementos representan pensamientos de autodestrucción, acciones autoagresión y suicidio consumado.

Según la OMS (2014), la conducta suicida se define como un conjunto de actitudes que incluyen la ideación suicida, plan suicida, tentativa de suicidio y el suicidio propiamente dicho.

***Ideación suicida:*** Pensamientos recurrentes de autoagresión.

***Plan suicida:*** Proyecto bien estructurado que comprende la forma, el momento y el lugar de cometer el acto suicidio.

**Tentativa de suicidio:** Violencia autoprovocada no fatal.

**Suicidio consumado:** Acto violento auto provocado en el que se produce la muerte del individuo.

La conducta suicida es un fenómeno complejo, con diferentes implicaciones a nivel personal, familiar y social. Más allá del suicidio consumado, los individuos que manifiestan una conducta suicida se presentan en contextos diferentes, responden a motivaciones distintas y requieren de vías de intervención muy particulares en cada caso. Varios autores abordan este tema desde las más diversas áreas del conocimiento, como son la filosofía, psicología, sociología, psiquiatría, entre otras, lo que refuerza su carácter multidimensional. (ECHEBURÚA, 2015)

Se estima que anualmente 700000 personas cometan suicidio. Existe sub-registro significativo en muchas regiones del mundo. En Europa del Este, 10 países reportan más de 27 suicidios por cada 100000 personas. En los países de América Latina y naciones musulmanas se registran las menores tasas, con menos de 6,5 casos por 100000 personas. Estos resultados pudieran estar influenciados por los estigmas culturales en relación al suicidio. A pesar de que la depresión es diagnosticada con más frecuencia en mujeres y es en estas que se relata el mayor número de intentos suicidas, se reporta un mayor número de suicidios consumados en hombres (MORGAN, ROWHANI-RAHBAR, AZRAEL, MILLER, 2018). Este hecho también está relacionado al método empleado, siendo que el 56 % de las muertes en hombres se deben al empleo de armas de fuego. Las tasas de suicidio se incrementan con la edad. La media de edad de suicidio consumado es de 40 años. En el grupo de 15 a 24 años el suicidio es la tercera causa de muerte, superada por las lesiones no intencionales y los homicidios. En estudiantes universitarios el suicidio es la segunda causa de muerte (CDC, 2014; OMS, 2018).

El coeficiente de mortalidad por suicidio en Brasil es considerado relativamente bajo debido a ser un país de gran número de habitantes. No obstante, Brasil figura entre los diez países que registran mayores números absolutos de suicidios (OMS, 2014). Los coeficientes de mortalidad por suicidio permanecieron estables entre 1980 y 1994, con media de 4,5 muertes por 100 mil habitantes. De 1995 a 1997 esas tasas

aumentaron a un nivel medio de 5,4 muertes por 100 mil habitantes, permaneciendo estables hasta 2006. Este ascenso representó un incremento de la mortalidad de 29,5 % entre 1980 y 2006. En algunas localidades existe sub-notificación del suicidio debido a que se atribuye el fallecimiento a otras causas externas, como accidentes automovilísticos, ahogamiento o envenenamiento accidental. En algunos grupos poblacionales, como los indígenas de la región Centro Oeste y los labradores del interior de Río Grande del Sur, los coeficientes se aproximan a los de los países de Europa del Este, con un coeficiente de 15 a 30 por 100 mil habitantes (BOTEGA, 2014).

Con relación a los métodos más utilizados en Brasil, predominan el ahorcamiento, armas de fuego y envenenamiento por psicofármacos, pesticidas u otras sustancias. La letalidad del método empleado varía en dependencia de factores como la destreza y el conocimiento del suicida para llevar a cabo el acto letal, la posibilidad de acceso rápido a los servicios de urgencia médica, así como la instauración de medidas terapéuticas específicas (BOTEGA, 2014).

#### 1.2.2.2 Etiología de la conducta suicida.

Trastornos mentales. El principal factor de riesgo con relación al suicidio es el antecedente de una tentativa previa. Las enfermedades mentales, específicamente los trastornos del humor y la depresión, están estrechamente relacionados con el intento suicida y el suicidio consumado. La literatura muestra que la asociación entre suicidio y trastornos mentales es de más de un 90 %. Además de los trastornos depresivos, otras entidades psiquiátricas y trastornos de la personalidad se relacionan con la conducta suicida. En otros casos, no existe un diagnóstico previo de enfermedad mental, mas, se recogen antecedentes de alteraciones conductuales, aislamiento social, ideas de autocastigo o disminución de la autoestima. (OLIVEIRA, 2014).

Entre los principales trastornos mentales asociados a conducta suicida según Olfson, Wall, Wang y colaboradores (2016), podemos citar:

- El alcoholismo

- La ansiedad
- El trastorno bipolar
- La bulimia nerviosa
- El desorden psiquiátrico asociado al uso de cocaína
- El delirium
- La depresión
- El trastorno distímico
- El consumo de alucinógenos
- El trastorno obsesivo-compulsivo
- El abuso de opioides
- La depresión pediátrica
- La depresión posparto
- La esquizofrenia
- El desorden afectivo estacional
- La fobia social
- La injuria cerebral traumática
- La demencia vascular

Fármacos: existe una asociación entre el consumo de antidepresivos y los eventos autodestructivos (SCHNEEWEISS, PATRICK, SOLOMON et al, 2010). Patorno y colaboradores (2011) sugieren que el uso de anticonvulsivantes como la gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina y tiagabina pudiera estar asociado al incremento del riesgo de conducta suicida o actos violentos. Se relata una asociación entre el consumo de tramadol en pacientes con algún trastorno emocional previo que incrementa el riesgo de conducta autodestructiva (LOWES, 2011)

Moore y colaboradores (2011) determinaron que el riesgo de depresión y lesiones autoinflingidas está aumentado y de manera estadísticamente significativa con el uso de vareniclina, uno de los fármacos utilizados en el tratamiento de la deshabituación tabáquica. Resultados similares se observaron con el uso de bupropiona, aunque en menor medida. En los casos que se utilizó reemplazo de nicotina fue inferior. Las investigaciones sugieren que el uso de vareniclina es

desaconsejable como primera línea del tratamiento de la deshabituación tabáquica (MOORE, FURBERG, GLENMULLEN, MALTSBERGER, SINGH, 2011.).

Un estudio realizado por Fardet y colaboradores concluyó que el consumo de glucocorticoides incrementa el riesgo de conducta suicida y desórdenes neuropsiquiátricos (FARDET, PETERSEN, NAZARETH, 2012.).

Inflamación e ideación suicida: Holmes y colaboradores analizaron los niveles de proteína translocadora (TSPO) en pacientes con depresión mayor. La proteína TSPO es un indicador de neuroinflamación. A través de Tomografía con Emisión de positrones demostraron niveles significativamente mayores de TSPO en la corteza anterior cingulada en los pacientes con depresión mayor e ideación suicida, en comparación con aquellos pacientes que no poseían ideación suicida (HOLMES, HINZ, CONEN, GREGORY, MATTHEWS, ANTON-RODRIGUEZ, et al, 2018).

Abuso de sustancias: El abuso de sustancias favorece la conducta suicida en cualquiera de sus tres fases, intoxicación, abstinencia y uso crónico. Las personas con depresión con frecuencia cometen un acto suicida después de ingerir alcohol. Los individuos que usan de forma crónica el alcohol u otras drogas experimentan pérdidas laborales, rupturas familiares, entre otros problemas de índole personal y familiar, lo que favorece la ideación suicida (ILGEN, BOHNERT, IGNACIO, 2010). El consumo de metanfetaminas también está asociado a problemas de salud mental y conducta suicida (MARSHALL, GALEA, WOOD, KERR, 2011).

El uso de Cannabis también se asoció al incremento de depresión e ideación suicida en adultos jóvenes (GOBBI, ATKIN, ZYTYNSKI, WANG, ASKARI, BORUFF, 2019).

Genética e historia familiar: La historia familiar de suicidio es un factor de riesgo de gran importancia, principalmente en adolescentes y jóvenes. Las investigaciones demostraron una asociación mayor con la conducta suicida materna en comparación con la conducta suicida paterna (GEULAYOV, GUNNELL, HOLMEN, METCALFE, 2011). Los estudios muestran la relación existente entre polimorfismos de los genes de la serotonina y la conducta suicida. Guintivano y colaboradores demostraron la

asociación entre suicidio y polimorfismos del gen SKA2, involucrado en la supresión del cortisol y la regulación del estrés (BRAUSER, 2014; GUINTIVANO, BROWN, NEWCOMER, 2014).

**Accesibilidad a las armas de fuego:** El uso de armas de fuego es uno de los principales métodos de suicidio, principalmente en hombres. Cuando una persona con trastornos de humor ingiere alcohol y tiene fácil acceso a armas de fuego, la probabilidad de cometer un acto letal es elevada (SHIELDS, HUNSAKER, HUNSAKER, 2006; NORRIS, PRICE, GUTHEIL et. al, 2006; SUMNER, LAYDE, GUSE, 2008).

**Enfermedades orgánicas:** En personas que padecen enfermedades crónicas, debilitantes, incapacitantes o que causan dolor prolongado e intenso, es frecuente la ideación suicida y el suicidio consumado. Se reporta incremento de la tasa de suicidio en pacientes con insuficiencia renal que realizan diálisis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, cuadriplejía, esclerosis múltiple, quemaduras severas, insuficiencia cardíaca. El cáncer es un factor de riesgo para el suicidio, principalmente para el cáncer de cabeza y cuello, linfoma no Hodgkin y pulmón (WEBB, KONTOPANTELIS, DORAN et. al, 2012; OSAZUWA-PETERS, SIMPSON, ZHAO et. al 2018; ZAORSKY, ZHANG, TUANQUI et. al, 2019). El asma bronquial también se ha relacionado con el suicidio, principalmente en jóvenes, así como la migraña y la fibromialgia (KUO, CHEN, LEE, 2010; LIU, FUH, LIN et. al, 2015).

**Experiencias de vida:** Algunos eventos terminan precipitando el suicidio, como las pérdidas afectivas, rupturas amorosas, divorcios, pérdida de empleo, muerte de mascotas, principalmente si son eventos agudos (SORSDAHL, STEIN, WILLIAMS, et. al, 2011).

El suicidio en víctimas de bullying es una situación frecuente, principalmente en adolescentes y jóvenes (KOYANAGI, OH, CARVALHO et. al, 2019).

**Inestabilidad económica:** Momentos de cambios económicos y crisis financieras se asocian al incremento del número de suicidios. El inicio de la Gran

Depresión en los Estados Unidos se acompañó del incremento del número de suicidios (NORSTRÖM, GRÖNQVIST, 2015). Emile Durkheim demostró la correlación entre los tiempos de crisis económicas, disminución del número de empleos e incremento de la tasa de suicidio consumado (SERPA, FERREIRA, 2018). Gassman-Pines y colaboradores demostraron que el suicidio en jóvenes también está relacionado con pérdidas de empleo. Fueron consultados los datos del Youth Risk Behaviour Survey entre los años de 1997 a 2009 para evaluar los efectos de la pérdida de empleo en jóvenes con ideación suicida, intento suicida y plan suicida. Concluyeron que los adolescentes y jóvenes eran tan sensibles a los efectos psicológicos de la pérdida de empleo como los adultos (GASSMAN-PINES, ANANAT, GIBSON-DAVIS, 2014).

Medios de comunicación audiovisual e internet: Los medios de comunicación y la internet pueden influenciar tanto negativamente como positivamente en la conducta suicida. Existen sitios que promueven el suicidio y muestran diferentes métodos para llevarlo a cabo. Los antecedentes de cyberbullying, principalmente en jóvenes y adolescentes, se relacionan con la conducta suicida. Por otra parte, existen sitios web que combaten la conducta suicida, donde se puede acceder a cuestionarios online para detectar ideación suicida. El acceso sin la debida supervisión a sitios pro-suicidas puede favorecer el suicidio en adolescentes que estén sufriendo algún tipo de conflicto interno y vean el acto suicida como una probable vía de escape (RECUPERO, HARMS, NOBLE, 2008; OZAWA-DE SILVA, 2008; RAMCHAND, COHEN, DRAPER et. al, 2019).

Impulsividad: Burton y colaboradores demostraron que una deficiencia en las funciones ejecutivas que dificulte el control adecuado de los impulsos, constituye un factor predisponente para la conducta suicida. La impulsividad pudiera ser uno de los factores determinantes de que algunos individuos con ideación suicida cometan el acto letal y otros, permanezcan solamente con la idea suicida sin materializar el hecho (BURTON, VELLA, WELLER et. al, 2011).

Publicaciones recientes muestran que los tradicionales factores de riesgo como depresión, soledad y trastorno psiquiátrico previo, son marcadores de ideación suicida, mas, no necesariamente predicen una tentativa de suicidio. Condiciones

como la disminución del miedo al dolor y a la muerte incrementan la probabilidad de progresión de una idea suicida a un acto suicida. Los eventos estresantes agudos y las crisis de eventos psicóticos están más relacionados al acto suicida (SIQUEIRA, 2018; MELVILA,2019).

Estas alteraciones pueden pasar inadvertidas, principalmente cuando la familia, la sociedad, las instituciones de enseñanza y los servicios de salud no están lo suficientemente preparados para detectar condiciones de riesgo suicida, tratar la depresión y realizar acciones de prevención. En la actualidad, el suicidio es un tema tabú y esta es la primera barrera que debe ser vencida para realizar un tratamiento adecuado y evitar un final fatal (OLIVEIRA, 2014).

#### 1.2.2.3 Factores de riesgo y de protección para el suicidio.

Según Botega (2014), los principales factores de riesgo y de protección para el suicidio son:

- Factores de Riesgo:
- Sociodemográficos:
- Adultos jóvenes (19-49 años) y ancianos
- Estado civil: viudos, divorciados, solteros (principalmente entre hombres)
- Orientación homosexual o bisexual.
- Grupos étnicos minoritarios
- Trastornos mentales:
- Depresión
- Trastorno afectivo bipolar
- Abuso y dependencia de alcohol y drogas
- Esquizofrenia
- Trastornos de personalidad, especialmente borderline
- Co-morbilidades psiquiátricas (Más de un trastorno mental al mismo tiempo)
- Historia familiar de enfermedades mentales
- Tratamiento inadecuado para las enfermedades mentales
- Tentativa de suicidio anterior
- Tentativa de suicidio en la familia

- Factores Psicosociales:
- Abuso físico o sexual
- Pérdida o separación de los padres en la infancia
- Inestabilidad familiar
- Ausencia de apoyo social
- Pérdida afectiva reciente
- Ausencia de apoyo social
- Aislamiento social
- Desempleo
- Aposentadoría
- Violencia doméstica
- Desesperanza y desamparo
- Vergüenza, humillación
- Ansiedad
- Baja autoestima
- Rasgos de la personalidad: Impulsividad, agresividad, labilidad emocional, perfeccionismo
- Rigidez cognitiva, pensamiento dicotómico
- Poca flexibilidad para enfrentar adversidades

#### Otros

- Acceso a medios letales
- Enfermedades físicas incapacitantes
- Estados confusionales orgánicos
- Falta de adhesión al tratamiento, agravamiento o recurrencia de las enfermedades preexistentes.

#### Factores Protectores:

##### Personalidad y estilo cognitivo:

- Flexibilidad cognitiva
- Disposición para pedir consejos ante situaciones importantes y pedir ayuda
- Habilidades comunicativas adecuadas
- Capacidad para evaluar la realidad adecuadamente

- Habilidad para solucionar problemas de la vida

#### Estructura familiar

- Buenas relaciones interpersonales
- Sentido de responsabilidad en relación a la familia
- Presencia de niños pequeños en casa
- Padres presentes
- Apoyo familiar adecuado ante situaciones adversas

#### Factores socioculturales

- Integración y buenas relaciones en grupos sociales (colegas, amigos, vecinos)
- Adhesión a valores y normas sociales
- Práctica de religión u otras prácticas colectivas (deportes, actividades artísticas y culturales)
- Estar empleado
- Acceso adecuado a los servicios de salud

#### Otros

- Calidad de vida adecuada
- Sueño regular
- Adhesión a la terapéutica prescrita

#### 1.2.2.4 Señales de alerta en relación al suicidio.

Los individuos que manifiestan conducta suicida se caracterizan por presentar sentimientos de aislamiento, pocos amigos y familiares. Otras características distintivas son la frialdad emocional, aparentan estar distraídos, inmersos en sus pensamientos, con ideas recurrentes en relación al pasado (COMER, 2007).

Debe ser considerado de alto riesgo para la conducta suicida, aquellos individuos que poseen un plan suicida bien definido, como comprar un arma de fuego o preparar las condiciones para su funeral. Otras conductas como despedirse de familiares, escribir un testamento o una nota de suicidio, alertan en relación al suicidio. La historia familiar de suicidio también es un indicador de riesgo. En muchos casos,

el suicidio se produce en la misma fecha en que otro familiar se suicidó o a la misma edad del familiar. Los síntomas depresivos, independientemente de la severidad, tratamiento con antidepresivos, alta reciente de hospital psiquiátrico, síntomas de ansiedad, el aislamiento social, el uso de alcohol y la presencia de alucinaciones de comando que ordenan cometer un acto letal en sí mismo, se consideran señales de alerta (KELLEHER et. al 2013).

#### 1.2.2.5 Escalas para evaluar la ideación suicida.

En el caso de las enfermedades mentales, específicamente los trastornos depresivos y la ideación suicida, la entrevista semiestructurada conducida por un profesional calificado es el “patrón oro” para realizar el diagnóstico de estas entidades. Las escalas que evalúan la ideación suicida son una herramienta útil para cualificar la gravedad de los síntomas de los diferentes trastornos mentales. Las escalas que se diseñaron inicialmente son del tipo lista de chequeo de variables demográficas relacionadas con el aumento del riesgo de cometer suicidio.

Estas escalas son las más utilizadas en estudios epidemiológicos para establecer grupos de alto riesgo. La principal desventaja es que no está demostrada su utilidad a la hora de realizar una evaluación clínica individual (BECK, KOVACS, WEISSMAN, 1979). Posteriormente, las escalas incluyeron variables clínicas y sociales, además, se desarrollaron formatos de auto reporte y se incluyó la información derivada de la evaluación clínica (RANGE, KNOTT, 1997).

SAD PERSONS Diseñada por Patterson et al. (PATTERSON, 1983), su nombre es el acrónimo formado por la inicial de los 10 ítems que la integran (Sexo, edad, diagnóstico de depresión, tratamiento psiquiátrico previo, exceso de uso de alcohol u otras drogas, pérdida de la racionalidad, estado civil separado o divorciado, organización o seriedad de la tentativa, ausencia de apoyo social, declaración de intención suicida futura). Cada ítem hace referencia a un factor de riesgo de suicidio y se valora la ausencia/presencia de cada uno de ellos puntuando 0 o 1, respectivamente. Una puntuación inferior a 2 es indicativa de bajo riesgo de suicidio, entre 3 y 4 indica un riesgo moderado, entre 5 y 6 riesgo alto y entre 7 y 10 riesgo muy

alto. La escala SAD PERSONS se recomienda por su contenido didáctico y facilidad de aplicación para su uso en Atención Primaria.

Escala de ideación suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI) fue diseñada por Beck para cuantificar y evaluar, en el contexto de una entrevista semi-estructurada, el alcance o intensidad de los pensamientos suicidas en el momento actual o retrospectivamente. Consta de 19 ítems distribuidos en cuatro apartados: actitud ante la vida/muerte, características de la ideación suicida, características de la tentativa y preparativos realizados. Ha mostrado una alta consistencia interna y una elevada fiabilidad inter-evaluadores. También ha demostrado adecuada validez concurrente (con el ítem de conducta suicida de la Escala de depresión de Beck) y discriminante (diferencia entre pacientes deprimidos potencialmente suicidas de los que no lo son). En cuanto a la validez predictiva, los pacientes en la categoría de alto riesgo (puntuación total mayor de 2) presentan siete veces más riesgo de suicidio que los que obtienen puntuaciones inferiores (BECK, 1988).

Escala de intencionalidad suicida La Escala de intencionalidad suicida (Suicide Intent Scale, SIS) de Beck cuantifica la gravedad de la conducta suicida reciente y su uso está indicado tras un intento de suicidio. Fue diseñada para valorar aspectos verbales y no verbales de la conducta antes y después del intento de suicidio. Cada uno de sus 15 ítems se valora en una escala de 0 a 2 según la intensidad, de modo que la puntuación total oscila entre 0 y 30. La SIS demostró propiedades psicométricas adecuadas, incluyendo alta consistencia interna y elevada fiabilidad inter evaluadores (BECK, 1988).

Cuestionario de Ideación Suicida: Instrumento desarrollado por Reynolds (1988), que permite evaluar la gravedad de los pensamientos suicidas en adolescentes y adultos. Está constituida por 30 preguntas, con respuestas que varían de 1 a 7 y con puntuación máxima de 180 puntos.

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik: Instrumento autoaplicado que se compone de 26 ítems que se califican con sí o no. Evalúa intentos suicidas previos, intensidad de la ideación suicida actual, sentimientos de depresión y desesperanza, así como otros factores relacionados con los intentos. Es fácil y rápido de administrar, tiene

buena confiabilidad e involucra varios dominios en la evaluación del riesgo suicida (RANGEL-GARZÓN, SUÁREZ-BELTRÁN, 2015).

Las escalas son un instrumento que ayuda a definir una conducta determinada en una persona con riesgo suicida, pero no reemplazan la entrevista psiquiátrica. No existe un instrumento específico que evalúe el riesgo de suicidio, tenga capacidad predictiva y pueda ser utilizado por profesionales de salud que no sean del área de la psiquiatría (RANGEL-GARZÓN, SUÁREZ-BELTRÁN, 2015).

### **1.2.3 Suicidio en jóvenes.**

En las últimas décadas se observa un incremento del comportamiento suicida en jóvenes. La adolescencia y adultez emergente se caracterizan por diversos cambios biológicos, psicológicos y sociales. Son comunes las contradicciones durante el proceso de maduración y de la búsqueda por su identidad. En muchos casos, estos conflictos se superan sin mayor trascendencia. En otras ocasiones, es necesario solicitar ayuda especializada. Tener pensamientos suicidas durante la adolescencia, de forma aislada, no es un evento necesariamente anormal. Las ideas suicidas adquieren un significado patológico cuando se consideran la única solución para determinada situación. El contexto familiar y social de quien experimenta estos pensamientos, la intensidad o profundidad de los mismos, ayuda a distinguir a aquellos adolescentes y jóvenes que precisan medidas adicionales de los que no presentan esa necesidad (CARRILHO, 2014).

Los trastornos del sueño son un factor predictivo de ideas suicidas agudas en adultos jóvenes, independientemente de la severidad de cualquier proceso depresivo previo. Adolescentes y adultos jóvenes con sueño nocturno de calidad inferior a la requerida, que sufren de somnolencia diurna, demuestran incremento del riesgo suicida (VIRÚ et. al, 2009).

En jóvenes y adultos, la progresión de la ideación al suicidio está determinada por factores como las enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias, trastornos de la personalidad, sentimiento de desesperanza e impulsividad. Otros factores como la presencia de dolor crónico, experiencias adversas durante la infancia y antecedentes

familiares de suicidio, también están correlacionados con la concretización de una idea suicida a un suicidio consumado. (SIQUEIRA, 2018). La existencia de factores protectores como autoestima elevada, autoeficacia y relaciones familiares consistentes, disminuye la probabilidad de que dichas ideas evolucionen a un suicidio consumado (MORENO et. Al, 2018).

#### **1.2.4 Suicidio en estudiantes universitarios.**

##### 1.2.4.1 Factores de riesgo para la conducta suicida en universitarios.

El inicio de la vida universitaria impone cambios en la dinámica y en la rutina diaria de adolescentes y jóvenes. Los desafíos propios de esta etapa propician condiciones favorables para el desarrollo de trastornos mentales, tales como ansiedad, depresión e ideación suicida (VASCONCELOS, 2016). Factores como el ingreso precoz a la universidad, ausencia de apoyo familiar, mayor libertad e independencia, acceso a sustancias psicoactivas, alcohol y drogas, son algunas de las condiciones que caracterizan ese período como una etapa de gran vulnerabilidad. Según estudios de Sthefano et al, (2002), existe una tendencia al incremento del consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas entre los estudiantes universitarios, en estrecha relación con el incremento del número de accidentes automovilísticos, infecciones de transmisión sexual, así como trastornos mentales.

Los estudios de Galbán et al (2002), ilustran que la edad crítica para el desarrollo de ideación suicida en pacientes con niveles elevados de ansiedad y síntomas de depresión, está entre los 17 y los 23 años, coincidiendo con la edad promedio de ingreso a los cursos del nivel superior. La interacción de los factores socioculturales, predisposición genética y/o familiar para los trastornos de humor y depresión, en interacción con las exigencias del medio universitario, favorecen la ideación suicida, así como el intento suicida y el suicidio consumado.

A pesar de que existen factores protectores para la ideación suicida, como son el funcionamiento familiar e interacción social adecuados, en muchas ocasiones estos elementos no son suficientes para evitar el suicidio. La autoestima, definida como actitud positiva de la persona hacia sí misma, es un predictor significativo de bienestar

general y estabilidad emocional. Según los trabajos de García et. al (2018), una mayor autoestima se asocia a disminución de la ideación suicida.

Una revisión de la literatura relacionada con el sufrimiento psíquico en estudiantes universitarios brasileños del área de la salud, reportó una incidencia de trastornos mentales comunes ente 18,5 % a 44,9 %. Los trastornos mentales comunes son estados mixtos de depresión y ansiedad, caracterizados por la presencia de síntomas como insomnio, fatiga, irritabilidad, dificultades de concentración, sentimientos de tristeza y baja autoestima. La identificación de estos síntomas de forma precoz permite trazar estrategias para tratar adecuadamente los trastornos mentales comunes y mejorar la calidad de vida de los estudiantes universitarios. (GRANER, 2019)

### **1.2.5 La universidad federal de integración latinoamericana (UNILA).**

#### 1.2.5.1 Misión institucional.

La Universidad Federal de Integración Latinoamericana (UNILA), situada en la ciudad de Foz do Iguazú, en la región trinacional formada por Argentina, Brasil y Paraguay, tiene como misión la formación de recursos humanos aptos para contribuir con la integración latinoamericana. El carácter intercultural de la universidad propicia la interacción entre alumnos y profesores provenientes de diferentes regiones de América Latina y el Caribe. La UNILA defiende el derecho a la igualdad de oportunidades de acceso, permanencia y egreso, independientemente de la región de procedencia del alumno. La conquista del derecho a los estudios universitarios de manera universal conlleva a una reformulación de los currículos de los cursos de nivel superior, de una manera inclusiva, considerando las diferencias socio culturales sin que estas sean una barrera para cumplir con la misión de la UNILA como institución de enseñanza superior. (Sitio oficial UNILA, 2019).

La universidad es el lugar donde se produce el intercambio de saberes, es el espacio en el cual se busca la autonomía, se desarrollan importantes valores para el ser humano, la familia y la sociedad. El movimiento de internacionalización de la educación superior que tomó auge en la década de 1990, es hoy una realidad en la

mayoría de los países del mundo. En 1999, con la firma del tratado de Bolonia entre los países miembros de la Unión Europea, se desencadenó una gigantesca y compleja reforma universitaria que comenzó en Europa y posteriormente se hizo extensiva a otras regiones del mundo. La nueva tendencia está direccionada a adoptar criterios y principios comunes en las estructuras curriculares de los diferentes cursos, así como en el sistema evaluativo y la acreditación institucional (LUCE, FAGUNDES, GONZALEZ, 2016). En los países del MERCOSUR, el proceso de integración universitaria se está desarrollando de forma similar a los países europeos, buscando en patrón similar entre las universidades, mejores condiciones de empleos, favoreciendo la competitividad a nivel regional y en el ámbito internacional (KRAWCZYK, 2008).

Uno de los principales pilares de las reformas educacionales es la movilidad académica de alumnos y profesores. Este fenómeno de movilidad académica, en la actualidad, constituye un desafío. Como principal, la experiencia de estudiar en otro país abre una serie de oportunidades para el alumno, por otra parte, demanda gran esfuerzo, sacrificio del alumno y de la familia, exige adaptación de este al medio académico en un contexto psicológico, social y cultural diferente. El idioma es un factor que pudiera comprometer la comprensión de las clases e interferir a la hora de la expresión oral o escrita del alumno durante las evaluaciones. Las universidades deben crear las condiciones necesarias para que alumnos y profesores se adapten al entorno académico y este proceso se realice de la forma más adecuada (BUENO, FÁVARO, 2010).

#### 1.2.5.2 Visión integral y bienestar emocional de alumnos y profesores.

La UNILA facilita las experiencias interculturales, desde las más diversas acciones educativas, docentes, de extensión a la comunidad y mediante los proyectos de investigación generados en la institución. Para minimizar las tensiones emocionales de los alumnos y profesores extranjeros, la UNILA difunde su papel como institución, promueve y desarrolla una mentalidad intercultural. Esta visión favorece el proceso de adaptación de los alumnos y profesores procedentes de otras regiones de América Latina y el Caribe (Sitio oficial UNILA, 2019).

La Pro-rectoría de Asuntos Estudiantiles (PRAE), cuyo papel consiste en apoyar integralmente a los estudiantes que presenten alguna condición de vulnerabilidad. Profesionales del área de la Psicología, Enfermería, Medicina y Servicio Social atienden las demandas de los alumnos que solicitan los servicios de la PRAE.

Las actividades de la PRAE están basadas en el Programa Nacional de Asistencia Estudiantil (PNAES), que se instituyó con la finalidad de ampliar las condiciones de permanencia de los jóvenes en la Educación Superior (Portal de la PRAE, UNILA, 2019).

En caso de alumnos que necesiten de apoyo psicológico, es posible solicitar una consulta con los psicólogos de la PRAE. En ocasiones, es necesaria la valoración por un psiquiatra, o al menos un médico capacitado para diagnosticar y tratar adecuadamente un cuadro de depresión. La intervención oportuna puede evitar una tentativa suicida o el propio suicidio.

La institución reconoce que la salud mental de los alumnos es un factor determinante en relación al desempeño docente y al índice de deserción escolar, por este motivo, deben estar creadas las condiciones para detectar oportunamente y tratar cualquier alteración de la salud mental lo más precozmente posible. La detección precoz de la ideación suicida en estudiantes con factores de riesgo es la medida más eficaz para evitar el suicidio en universitarios (Portal de la PRAE, UNILA, 2019).

## **2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL.**

Caracterizar integralmente el comportamiento suicida y la presencia de síntomas de depresión en estudiantes universitarios de los cursos de Medicina y Relaciones Internacionales de la UNILA durante el año 2019.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Caracterizar desde el punto de vista socio-demográfico y académico a los estudiantes de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA.
- Determinar la presencia de síntomas de depresión en estudiantes de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA, mediante la aplicación de la Escala de Depresión de Beck.
- Identificar la presencia de comportamiento suicida en estudiantes de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA, a través de la Escala de Ideación Suicida de Beck.
- Correlacionar los síntomas de depresión y el comportamiento suicida con algunas variables socio-demográficas y académicas en estudiantes del curso de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA.

### **3. MATERIAL Y MÉTODO.**

#### **3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.**

Se realizó un estudio piloto, observacional descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de caracterizar integralmente el comportamiento suicida y la presencia de síntomas depresivos en una muestra de estudiantes universitarios de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA durante el año 2019.

#### **3.2. SUJETOS DE ESTUDIO.**

##### **3.2.1. Criterios de inclusión.**

Se incluyeron 62 alumnos del curso de Medicina y 62 alumnos del curso de Relaciones Internacionales de la UNILA, que aceptaron participar en el estudio, y consecuentemente firmaron el Término de Consentimiento Libre Informado (TCLI) y respondieron los cuestionarios correctamente, sin omitir información necesaria para la interpretación adecuada de los datos. Así, la muestra quedó conformada por dos grupos. Estudiantes de Medicina (EM) y Estudiantes de Relaciones Internacionales (ERI).

##### ***Población diana.***

- Características demográficas: Muestra constituida por alumnos brasileños y alumnos no brasileños de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18 y 40 años, según corresponde a la muestra de conveniencia seleccionada.
- Características académicas: Alumnos regularmente matriculados entre el 2<sup>do</sup> y el 5<sup>to</sup> período de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA. Fueron seleccionados considerando que no se encuentren en años de inicio y terminación de cursos, además que reciben clases dentro de la sede de la universidad.

##### ***Población Accesible.***

- Características geográficas: Universidad Federal de la Integración Latinoamericana. Áreas docentes enclavadas en el Jardín Universitario y en el Parque Tecnológico de Itaipú. Municipio Foz de Iguazú, Paraná. Brasil.
- Características temporales: Periodo de marzo a junio del año 2019.

### **3.2.2. Criterios de exclusión.**

Fueron excluidos del estudio aquellos alumnos que no comparecieron a clases en el momento de aplicación de los cuestionarios, los estudiantes que no aceptaron participar del estudio, los que colocaron información incongruente y/o que omitieron datos indispensables para realizar una evaluación adecuada de los resultados. Además, se excluyeron alumnos sin regularización de matrícula y con edades fuera del rango de edad definido.

### **3.2.3. Reclutamiento.**

Para este trabajo se contó con la autorización previa del director del Instituto Latinoamericano de Ciencias de la vida y la naturaleza, profesor PhD Luciano Calheiro Lapas y el director del Instituto Latinoamericano de Economía, Sociedad y Política, PhD Johnny Octavio Obando Morán, así como con la coordinadora del curso de Medicina, profesora Alessandra Pawlec y la coordinadora del curso de Relaciones Internacionales, profesora Karen Honório y vicecoordinadora Paula Daniela Fernández que consintieron y firmaron conformes la carta de solicitud presentada.

**3.2.4. Tipo de muestra:** Muestra no probabilística de conveniencia.

## **3.3 MEDICIONES.**

**3.3.1. Variables Principales:** Presencia de depresión (cualitativa dicotómica), Grado de depresión (cualitativa ordinal) y la Presencia de ideación suicida (Cualitativa dicotómica).

Para la obtención de los datos fueron utilizados los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de datos socio-demográficos y académicos.
- Escala de Depresión de Beck (EDB).
- Escala de Ideación Suicida de Beck (EISB).

Todos los instrumentos están previamente traducidos al español y al portugués, validados (alfa de Cronbach alto) y disponibles para su uso libre según la Asociación Americana de Psiquiatría.

La Escala de Depresión de Beck es una escala semi-estructurada, auto-administrada, compuesta de 21 preguntas de selección múltiple, cada pregunta con cuatro alternativas que representan grados crecientes en intensidad de la depresión. La puntuación total varía de 0 a 63 puntos. En el rango de 0 a 13 puntos se interpreta como ausencia de depresión, de 14 a 19 puntos, depresión leve, de 20 a 28, depresión moderada y de 29 a 63, depresión severa.

La Escala de Ideación Suicida de Beck está constituida por 21 preguntas con tres alternativas de posibles respuestas en cada una, con un valor de 0 a 2 puntos. Las últimas dos preguntas no están incluidas en el puntaje final, más, complementan y aportan informaciones relevantes en relación con las respuestas anteriores. La puntuación global varía de 0 a 38 puntos con la sumatoria de las 19 primeras preguntas. Si la puntuación de las preguntas 4 y 5 es "0", se pasa directamente a las preguntas 20 y 21, en caso contrario, se continúa aplicando la escala. La ideación suicida está presente cuando se obtiene como mínimo un punto en las preguntas 4 ó 5.

Los instrumentos fueron auto-administrados independientemente en cada alumno, previa explicación de la consigna de realización de la tarea por parte de la investigadora principal y de aceptar y firmar el consentimiento libre informado. Siempre se comprobó que el sujeto entendía perfectamente la dinámica de la tarea a realizar.

### **3.3.2. Otras variables.**

El cuestionario de datos socio-demográficos y académicos, contiene variables como la edad (variable cuantitativa discreta), el sexo ( cualitativa dicotómica), el país de procedencia (cualitativa nominal) y la región brasileira de origen de los estudiantes (cualitativa nominal), los antecedentes de depresión (cualitativa dicotómica), consumo de alcohol y de otras sustancias, como psicofármacos, cannabis o cocaína para uso recreativo (cualitativa dicotómica), creencias religiosas (cualitativa dicotómica), carga horaria docente curricular (cuantitativa discreta), horas de estudio individual (cuantitativa discreta) y horas de actividades deportivas y recreativas (cuantitativa discreta).

### **3.3.3. Definición operacional.**

La Escala de Depresión de Beck es un instrumento que permite evaluar la presencia de síntomas de depresión y su interpretación depende del valor numérico de la sumatoria de todas las respuestas. El resultado varía de 0 a 63 puntos distribuidos por niveles de gravedad. Así, los puntajes entre 0 y 13 puntos corresponden a individuos sin depresión, entre 14 y 19 presentan depresión leve, entre 20 y 28 puntos, depresión moderada y entre 29 y 63 puntos, depresión severa.

La Escala de Ideación Suicida evalúa la actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado e intentos previos. Cada ítem puntúa de 0 a 2 puntos. El rango de puntuación total es de 0 a 38 puntos.

Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida. La escala se aplicó tomando como referencia temporal el momento presente. El entrevistado seleccionaba, para cada ítem, el nivel de intensidad/seriedad que mejor reflejaba las características de la ideación suicida. En los casos de que las puntuaciones de los ítems 4 y 5 fueron de 0 para ambos, se tomó como indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida, y no se procedió a continuar aplicando la escala.

La edad se estableció en años cronológicos, el sexo se categorizo en masculino y femenino, el país de procedencia quedo establecido en dos grupos (brasileños y no

brasileños). Referente a la variable región brasileira de origen de los estudiantes, se definió registrando para cada alumno brasileño de cuál estado de Brasil procede el estudiante.

Los antecedentes de depresión, el consumo de alcohol y/o de otras sustancias y las creencias religiosas se registraron dicotómicamente según refería el alumno (sí o no). En el caso de la carga horaria docente curricular, se establecieron rangos (de 10 a 20 horas, de 21 a 29 horas, y 30 o más horas), las horas de estudio individual y las horas de actividades deportivas y recreativas se operacionalizaron en rangos numéricos de 1 a 10 horas, de 11 a 19 horas y de más de 20 horas semanales.

#### **3.3.4. Instrumento de Medición.**

Método: Observacional directo o primario.

#### 3.4 ASUNTOS ESTADÍSTICOS.

#### 3.5 HIPÓTESIS.

Los síntomas de depresión y las ideas suicidas son frecuentes entre los estudiantes de Medicina y de Relaciones internacionales de la UNILA y estos se correlacionan con los datos socio- demográficos y académicos de los alumnos.

#### 3.6 ANÁLISIS Y GESTIÓN DE DATOS.

Para realizar el procesamiento de los datos fue utilizado el Programa de Procesamiento Estadístico SPSS. Inicialmente, los datos procedentes de las encuestas aplicadas, fueron vaciados en una base de datos diseñada al efecto. A posteriori, se realizó el procesamiento a través de la estadística descriptiva de todas las variables (media  $\pm$  Desviación Estándar DS), se calculó el tamaño de la muestra y la distribución para cada variable. Se realizaron test de comparación de medias entre los dos grupos (Prueba T) y estudios de correlación lineal de Pearson o Spearman entre las variables principales obtenidas en las escalas de Depresión y de Ideación

suicida de Beck con las variables socio-demográficas y académicas (valores de  $r_{(x,y)} \geq \pm 0.50$ ).

Para evitar violaciones en la esfericidad de los datos, siempre que los grados de libertad se excedieron de dos, se aplicó la corrección de Greenhouse–Geisser y se utilizó la  $p$  corregida. Cuando fue necesario realizar comparaciones más precisas se utilizó la prueba de fisher-LSD, con correcciones de Bonferroni.

Los resultados fueron mostrados en forma de tablas y gráficos y comentados oportunamente para facilitar la comprensión de los mismos.

### 3.7 ASUNTOS ÉTICOS.

#### **3.7.1 Beneficios.**

Los resultados obtenidos, permitirán conocer datos actualizados sobre el comportamiento suicida y los síntomas depresivos en estudiantes de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA y facilitarán trazar estrategias de enfrentamiento ante estos trastornos, basadas en la situación particular que nos compete.

#### **3.7.2 Respeto.**

Durante el proceso de investigación se garantizó la ética en el desarrollo del mismo. Se preservó la privacidad, confidencialidad y la integridad de los datos. El proyecto fue sometido para análisis del comité de Bioética, a través de la Plataforma Brasil (número de comprobante: 151147/2019).

#### **3.7.3 Justicia.**

Los datos investigados fueron tratados con absoluta imparcialidad durante el proceso de su recolección.

## 4 RESULTADOS.

Se trata de un estudio piloto, observacional descriptivo de corte transversal, en el que realizamos una caracterización integral del comportamiento suicida y de la presencia de síntomas de depresión en estudiantes universitarios de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA, durante el año 2019.

Los resultados obtenidos serán mostrados en tres acápites, el primero dedicado a exponer los datos socio-demográficos de los dos grupos de estudiantes, el segundo direccionado al análisis de los síntomas depresivos presentes y finalmente, describiremos en un tercer acápite el comportamiento suicida. Finalizada esta descripción, estableceremos un análisis de correlación lineal entre las alteraciones encontradas en los alumnos, algunas variables socio-demográficas y académicas presentes en ellos.

### 4.1. Resultados de la caracterización socio-demográfica.

En la tabla 1 se pueden observar la distribución por sexo y por grupos de edades de los alumnos de los cursos de Medicina (EM) y de Relaciones Internacionales (ERI) de la UNILA incluidos en la muestra. La edad media para el grupo EM fue de  $24 \pm 7,9$  años y para el grupo ERI de  $20,3 \pm 9,2$  años. En el curso de Medicina no existen diferencias en la composición por sexos, predominando los alumnos dentro del rango etario entre 21 y 23 años (48,3 %). En el curso de Relaciones Internacionales se observó un predominio de estudiantes del sexo femenino (61,2%), correspondiéndose fundamente a alumnos con edades comprendidas entre 18-20 años (44 alumnos) de los cuales el 53,2% son mujeres y 17,7% son hombres. Nótese, que en el curso de Medicina el 14,4 % de los alumnos son mayores de 30 años, siendo que en el curso de Relaciones Internacionales solamente el 3,2 % está en este grupo de edades.

No se encontraron diferencias significativas en la distribución del sexo [ $\chi^2$  (2) =3,13, n.s.], ni en la edad [H (2,11) =2,64  $p=0.52$ ], entre los EM y los ERI.

**Tabla1:** Distribución por sexo y grupos de edades de los alumnos de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA.

**n=124**

CURSOS	MEDICINA				RELACIONES INTERNACIONALES			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
18-20	9	14,5	4	6,4	33	53,2	11	17,7
21-23	13	20,9	17	27,4	3	4,8	5	8,0
24-26	3	4,8	6	9,6	2	3,2	4	6,4
27-29	1	1,6	0	0	0	0	2	3,2
30-32	2	3,2	1	1,6	0	0	2	3,2
33-35	2	3,2	1	1,6	0	0	0	0
36-38	1	1,6	1	1,6	0	0	0	0
39-41	0	0	1	1,6	0	0	0	0
Total	31	50	31	50	38	61,2	24	38,7

**Fuente:** Cuestionario de datos socio-demográficos y académicos.

Referente al país de procedencia de los estudiantes incluidos en la investigación, se obtuvo que, en ambos grupos, el mayor porcentaje de estudiantes corresponde con alumnos brasileños, con 59,6 % en EM y 80,6 % en el grupo de ERI. Los alumnos de otros países de América Latina y del Caribe presentan una distribución similar en ambos grupos, con uno o dos representantes de cada país, correspondiendo con el proceso de selección de la UNILA, que permite la incorporación equitativa de representantes de los diferentes países del área. Sólo en el grupo de EM existe un incremento de los alumnos procedente de Paraguay (Ver Tabla 2).

**Tabla 2:** Distribución por países de los alumnos de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA.

*n=124*

PAÍSES	CURSOS			
	EM		ERI	
	No.	%	No.	%
Brasil	37	59,6	50	80,6
Paraguay	7	11,2	1	1,6
Ecuador	0	0	1	1,6
Perú	4	6,4	2	3,2
Colombia	3	4,8	1	1,6
Argentina	2	3,2	0	0
Honduras	1	1,6	0	0
México	1	1,6	0	0
Chile	1	1,6	0	0
Venezuela	1	1,6	1	1,6
Costa Rica	1	1,6	1	1,6
Bolivia	1	1,6	2	3,2
Republica. Dominicana	1	1,6	0	0
Cuba	1	1,6	2	3,2
Haití	1	1,6	1	1,6
Total	62	100	62	100

**Fuente:** *Cuestionario de datos socio-demográficos y académicos.*

En la tabla número 3 se muestra la procedencia por estados dentro de los alumnos brasileños. En ambos grupos analizados, la mayoría de los alumnos son naturales del estado de Paraná, correspondiendo al 37,3 % en el caso de los EM y un 54 % para los ERI, no obstante, en ambos cursos cuentan con alumnos naturales de diferentes regiones de Brasil. Así, los Paranaenses fueron secundados por estudiantes de Minas Gerais y de São Paulo. Nótese, que dentro del grupo de ERI existe un predominio de alumnos procedentes de los estados de Paraná y de São

Paulo y ausencia total de representantes de estados como Amazonas, Distrito Federal, Río Grande del Norte y Pará, entre otros.

**Tabla 3:** Distribución por estados de procedencia de los alumnos brasileños de los cursos de Medicina y Relaciones Internacionales de la UNILA.

*n=87*

ESTADO	EM		ERI	
	No.	%	No.	%
Paraná	14	37,3	27	54
Minas Gerais	8	21,6	1	2
São Paulo	6	16,2	16	32
Santa Catarina	2	5,4	1	2
Amazonas	1	2,7	0	0
Rondônia	1	2,7	1	2
Rio Grande del Sur	1	2,7	1	2
Distrito Federal	1	2,7	0	0
Rio de Janeiro	1	2,7	1	2
Rio Grande del Norte	1	2,7	0	0
Pará	1	2,7	0	0
Mato Grosso del Sur	0	0	2	4
Total	37	42,5	50	57,4

**Fuente:** Cuestionario de datos socio-demográficos y académicos.

El 17,7 % de los alumnos del curso de medicina residen en Foz de Iguazú junto a sus familiares, mientras que en el grupo ERI el 30,6 % declaró contar con la presencia de sus familiares en el municipio. Por otra parte, el 38,7 % de los alumnos del curso de Medicina refirió que su familia vive en otro país y el 33,8 %, que corresponde con alumnos brasileños manifestó que sus familiares residen en otro estado de Brasil. El 19,3 % de los alumnos del curso de Relaciones Internacionales refirió que su familia vive en otro país y el 32,2 % de los alumnos de este grupo declaró que su familia vive en otro estado de Brasil. El grupo de EM duplicó el número de

alumnos con sus familiares viviendo en el extranjero en relación al grupo de ERI (Ver Tabla 4).

Tabla 4: Proximidad geográfica con la familia en los alumnos de los cursos de Medicina y Relaciones Internacionales de la UNILA.

**n=124**

LA FAMILIA RESIDE EN:	MEDICINA		RELACIONES INTERNACIONALES	
	No.	%	No.	%
El mismo municipio	11	17,7	19	30,6
El mismo estado brasileño	6	9,6	11	17,7
Otro estado de Brasil	21	33,8	20	32,2
Otro país	24	38,7	12	19,3
Total	62	100	62	100

**Fuente: Cuestionario de datos socio-demográficos y académicos.**

Fue analizada la frecuencia promedio con que los alumnos visitan a sus familiares. Para ambos grupos, el contacto familiar directo se establece predominantemente al final de cada semestre (EM el 46,7 % y ERI el 32,2 %). El 30,6 % de los alumnos del curso de Relaciones Internacionales consigue tener contacto directo con sus familiares diariamente, contrariamente, sólo un 12,9 % de los EM declaró tener esta posibilidad. En el caso de la mayoría de los alumnos extranjeros de ambos cursos (25,8% para medicina y 17,7 % para relaciones Internacionales) solamente pueden visitar a sus familiares anualmente o con una frecuencia menor (Ver Tabla 5).

**Tabla 5:** Frecuencia con la cual los alumnos de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA visitan a sus familiares.

**n=124**

FRECUENCIA	EM		ERI	
	No.	%	No.	%
Todos los días	8	12,9	19	30,6
Toda semana	5	8,0	0	0
Todo mes	4	6,4	12	19,3
Todo final de semestre	29	46,7	20	32,2
Anualmente o más	16	25,8	11	17,7
Total	62	100	62	100

**Fuente:** Cuestionario de datos socio-demográficos y académico.

Otro elemento que fue considerado dentro de los aspectos socio-demográficos fue la presencia de creencias religiosas. El 83,8% de los alumnos del curso de Medicina y el 54,8% de los alumnos del curso de Relaciones Internacionales poseen creencias religiosas (Ver Tabla 6).

**Tabla 6:** Presencia de creencias religiosas en los alumnos de los cursos de Medicina y Relaciones Internacionales de la UNILA.

**n=124**

CURSO	CON CREENCIAS RELIGIOSAS		SIN CREENCIAS RELIGIOSAS		TOTAL
	No.	%	No.	%	
	EM	52	83,8	10	
ERI	34	54,8	28	45,1	62
Total	86	69,3	37	29,8	124

**Fuente:** Cuestionario de datos socio-demográficos y académicos.

Referente a los aspectos académicos, en el curso de Medicina, el 50 % de los alumnos declaró tener una carga horaria semanal de 30 horas o más, mientras que en el curso de Relaciones Internacionales el 64,5 % de los estudiantes refirió una carga horaria semanal entre 21 y 29 horas (Ver Tabla 7).

**Tabla 7:** Distribución de la cantidad de horas de clase semanal en los alumnos de los cursos de Medicina y Relaciones Internacionales de la UNILA.

*n=124*

CANTIDAD DE HORAS/CLASES SEMANALES	MEDICINA		RELACIONES INTERNACIONALES		TOTAL
	No.	%	No.	%	
10-20 horas	3	4,8	4	6,2	7
21-29 horas	28	45,1	40	64,5	67
Más de 30 horas	31	50,0	18	29,0	50
Total	62	100	62	100	124

**Fuente:** *Cuestionario de datos socio-demográficos y académicos.*

Analizando la distribución de las horas de estudio individual para los alumnos de ambos cursos, el 66,1 % de los alumnos del curso de Medicina declararon estudiar más de 20 horas por semana. El 59,6% de los alumnos del curso de Relaciones Internacionales declaró que estudia de 1 a 10 horas semanales (Ver Tabla 8).

**Tabla 8:** Distribución de la cantidad de horas de estudio individual por semana en los alumnos de los cursos de Medicina y Relaciones Internacionales de la UNILA.

*n=124*

NÚMERO DE HORAS DE ESTUDIO INDIVIDUAL SEMANAL	EM		ERI		TOTAL
	No.	%	No.	%	
1-10 horas	7	11,2	37	59,6	44
11-19 horas	14	22,5	13	20,9	27
Más de 20 horas	41	66,1	12	19,3	53
Total	62	100	62	100	124

*Fuente: Cuestionario de datos socio-demográficos y académicos.*

En la tabla 9 podemos observar que en ambo grupos estudiados, es bajo el número de horas dedicadas semanalmente a las actividades de recreación individual (entre 1 y 10 horas), con un 61,2 % en el grupo de EM y un 85,4 % en el grupo de ERI.

**Tabla 9:** Distribución de la cantidad de horas de actividades recreativas por semana en los alumnos de los cursos de Medicina y Relaciones Internacionales de la UNILA.

*n=124*

NÚMERO DE HORAS SEMANALES DEDICADAS A RECREACIÓN INDIVIDUAL	EM		ERI		TOTAL
	No.	%	No.	%	
1-10 horas	38	61,2	53	85,4	90
11-19 horas	15	24,1	6	9,6	21
Más de 20 horas	9	14,5	3	4,8	13
Total	62	100	62	100	124

*Fuente: Cuestionario de datos socio-demográficos y académicos.*

Analizando los antecedentes previos de trastornos depresivos, el 27,4 % de los alumnos del curso de Medicina declaró tener antecedentes de depresión, sin embargo, sólo el 6,4 % realiza tratamiento farmacológico con antidepresivo. En relación al curso de Relaciones Internacionales, el 25,8 % de los alumnos presentó historia de trastornos depresivos y nuevamente, pocos reciben tratamiento medicamentoso con antidepresivo (6,4 %). Dentro del grupo de alumnos del curso de Medicina, el 46,7 % consume bebidas alcohólicas y/u otras sustancias. En el grupo de ERI el 69,3% de los estudiantes, declaró consumir bebidas alcohólicas y/u otras sustancias (Ver Tabla 10). Llama la atención que, en ambos grupos, varios alumnos tienen histórico previo de depresión, sin embargo, pocos consumen fármacos antidepresivos y muchos consumen alcohol y/u otras sustancias.

**Tabla 10:** Antecedentes de trastornos depresivos, uso de medicamentos antidepresivos y consumo de alcohol y/u otras sustancias en los alumnos de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA.

*n=124*

CURSO	DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN				CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS				CONSUMO DE ALCOHOL			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
EM	17	27,4	45	72,5	4	6,4	58	93,5	29	46,7	33	53,2
ERI	16	25,8	46	74,1	4	6,4	58	93,5	43	69,3	19	30,6
Total	33	26,6	91	73,3	8	6,4	116	93,5	72	58,0	52	41,9

**Fuente:** Cuestionario de datos socio-demográficos y académicos.

4.2. Resultados del análisis de los síntomas depresivos evaluados con la Escala de Depresión de Beck.

Al evaluar la presencia de síntomas depresivos en los estudiantes de ambos cursos, mediante la aplicación de la Escala de Depresión de Beck, se obtuvo que el 46,7% de los alumnos del grupo EM y el 54,8% de los alumnos del curso de Relaciones Internacionales presentaron depresión en grados variables, desde casos

leves hasta casos graves. Nótese, que aproximadamente el 50% de los alumnos de ambos grupos presenta algún grado de depresión.

Otro resultado interesante recae en la alta representación dentro del total de la muestra estudiada, de alumnos con depresión moderada (puntuación entre 20 y 28 puntos dentro de la EDB), correspondiendo a 20,9% de los alumnos del grupo EM y a 17,7% de los ERI.

El 8,0% de los alumnos de Medicina y el 12,9% de los alumnos de Relaciones Internacionales mostró un resultado compatible con depresión severa (puntuación entre 29 y 63 puntos) (Ver Tabla 11).

**Tabla 11:** Evaluación de la Escala de Depresión de Beck (EDB) aplicada a los alumnos de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales de la UNILA.

*n=124*

EVALUACIÓN DE BDI	EM		ERI		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.
<i>0-13 (Sin depresión)</i>	33	53,2	28	45,1	61
<i>14-19 (Depresión leve)</i>	11	17,7	15	24,1	26
<i>20-28 (Depresión moderada)</i>	13	20,9	11	17,7	24
<i>29-63 (Depresión severa)</i>	5	8,0	8	12,9	13
<i>Total</i>	62	100	62	100	124

***Fuente: Escala de Depresión de Beck aplicada a los estudiantes de Medicina y de Relaciones internacionales de la UNILA.***

Analizando la distribución de los grados de severidad de la depresión, vemos que en los EM predominaron los alumnos con depresión moderada (44,8 %), seguidos de los que presentaban depresión leve (37,9 %) y severa (17,2 %). En el caso de los ERI observamos un predominio de la depresión leve (44,1 %), seguidos de la depresión moderada y severa (32,3 y 23,5 % respectivamente) (Ver Tabla 12).

**Tabla 12:** Distribución según grados de severidad de la depresión obtenidos mediante la Escala de Depresión de Beck (EDB) en los EM y ERI de la UNILA.

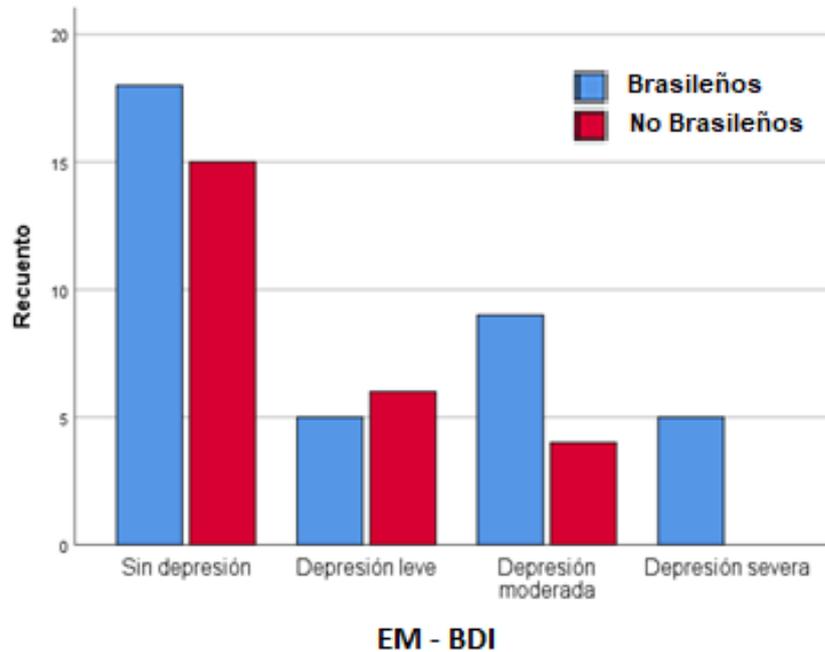
**n=63**

SEVERIDAD DE LA DEPRESIÓN	EM		ERI		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.
<i>14-19 (Depresión leve)</i>	11	37,9	15	44,1	26
<i>20-28 (Depresión moderada)</i>	13	44,8	11	32,3	24
<i>29-63 (Depresión severa)</i>	5	17,2	8	23,5	13
<i>Total</i>	29	100	34	100	63

***Fuente: Escala de Depresión de Beck aplicada a los estudiantes de Medicina y de Relaciones internacionales de la UNILA.***

Analizando la distribución de los alumnos del grupo de EM, según su nacionalidad y la presencia de depresión, llama la atención el predominio de estudiantes brasileños con depresión moderada y severa en relación con los alumnos no brasileños. Mostrando diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presencia de depresión moderada ( $p.046$ ) y de depresión severa también ( $p.00014$ ) (ver Gráfico 1).

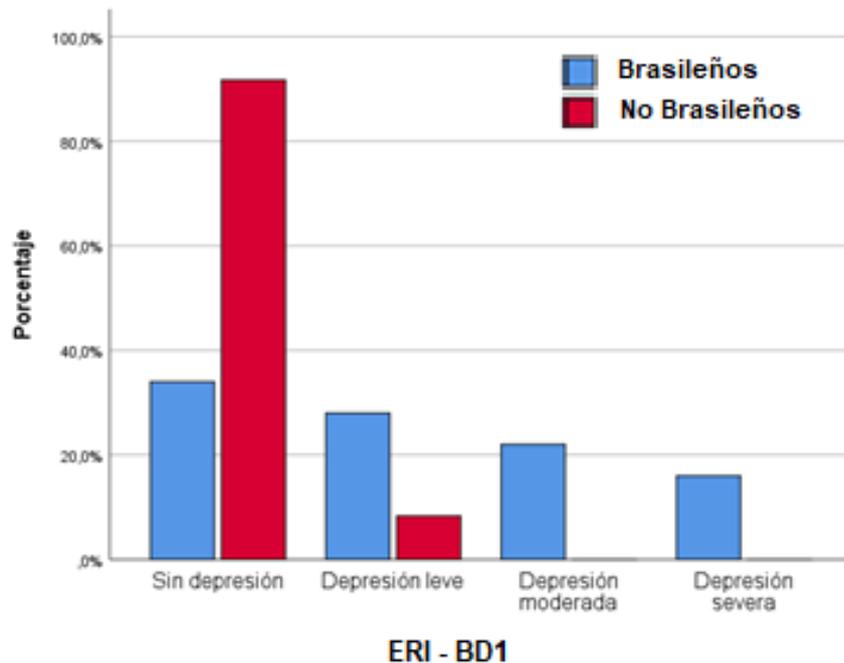
**Gráfico 1:** Distribución según la nacionalidad y grados de severidad de la depresión evaluados mediante la Escala de Depresión de Beck (EDB) en los alumnos del grupo EM.



**Fuente:** Cuestionario de datos socio-demográficos y académicos y Escala de Depresión de Beck (n=62)

En el Gráfico número 2 se muestra la distribución de los alumnos del grupo de ERI, según su nacionalidad y la presencia de depresión, evaluados mediante la BDI. Dentro de este curso, casi la totalidad de los alumnos no brasileños están exentos de depresión y el pequeño porcentaje con síntomas depresivos, corresponde a la categoría de depresión leve. Sin embargo, los alumnos brasileños que conforman la mayoría de este grupo de ERI (80,6%), presentan depresión leve, moderada o severa. El análisis estadístico arrojó diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos brasileños y no brasileños sin depresión ( $p = 0,0047$ ).

**Gráfico 2:** Distribución según la nacionalidad y grados de severidad de la depresión según los resultados de la Escala de Depresión de Beck (EDB) en los alumnos del curso de Relaciones Internacionales de la UNILA.

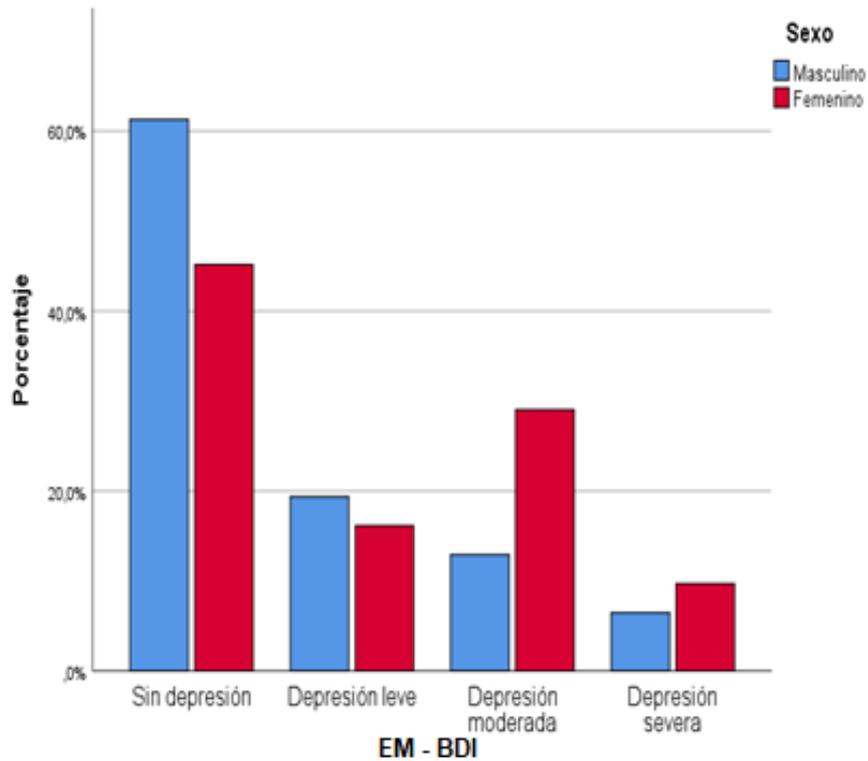


**Fuente:** Cuestionario de datos socio-demográficos y académicos y Escala de Depresión de Beck (n=62)

Cuando correlacionamos la severidad de la depresión con la nacionalidad, vemos que, en ambos cursos, los alumnos que presentan una puntuación compatible con depresión severa son en su totalidad brasileños. Los alumnos no brasileños solamente superan a los brasileños en el rango de la depresión considerada como leve. Debe ser considerado que el número total de alumnos brasileños supera a los extranjeros (Ver gráficos 1 y 2).

Observando el Gráfico número 3, podemos destacar que no existen diferencias significativas entre ambos sexos referentes a los sujetos sin depresión. Así, tampoco mostraron diferencias por sexo dentro de los grupos con depresión leve y severa. Sólo resultó significativo el predominio de estudiantes del sexo femenino dentro de la depresión moderada ( $p. 053$ ).

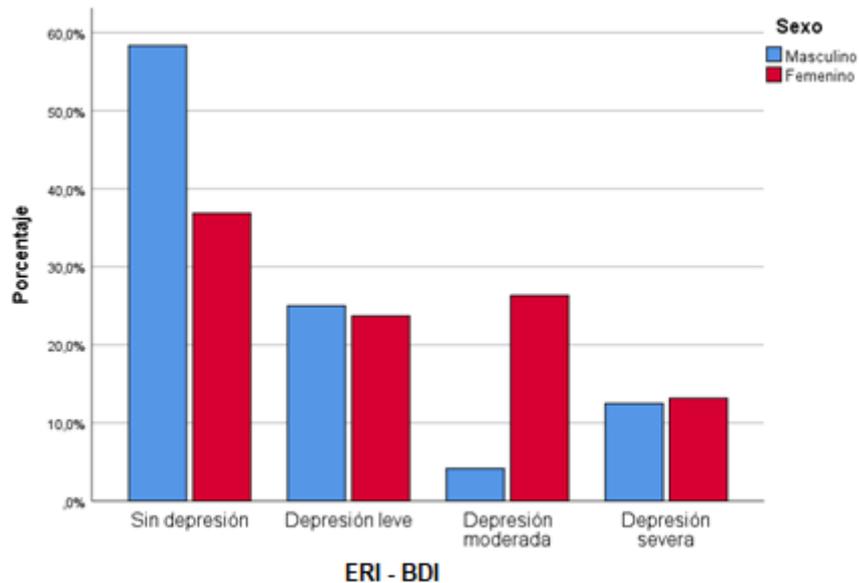
**Gráfico 3:** Distribución según el sexo y grados de severidad de depresión evaluados con la Escala de Depresión de Beck (EDB) en los alumnos del curso de Medicina de la UNILA.



**Fuente:** Fuente: Cuestionario de datos socio-demográficos y académicos y Escala de Depresión de Beck (n=62)

El comportamiento del sexo y la severidad de la depresión en el grupo de ERI es similar al observado en el grupo de EM (Ver gráfico 4). Cabe destacar las diferencias estadísticamente significativas entre sexos dentro de los alumnos con depresión moderada ( $p. 0133$ ).

**Gráfico 4:** Distribución según el sexo y grados de severidad de la depresión obtenidos mediante la Escala de Depresión de Beck (EDB) en los alumnos del curso de Relaciones Internacionales de la UNILA.

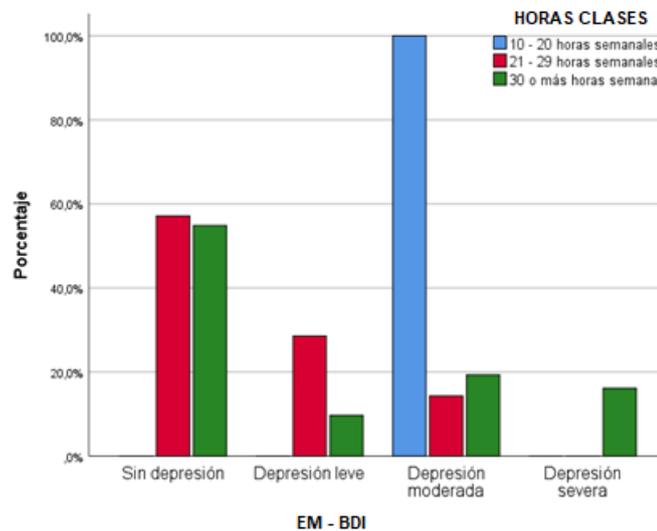


**Fuente:** Cuestionarios de datos socio-demográficos y académicos y Escala de Depresión de Beck (n=62).

En relación a la distribución por sexo y severidad de la depresión en los dos grupos incluidos en la muestra (EM vs ERI), el sexo femenino presentó más casos de depresión moderada, mostrando diferencias estadísticamente significativas (p. 0598), siendo más acentuada en el grupo de ERI (Ver Gráficos 3 y 4).

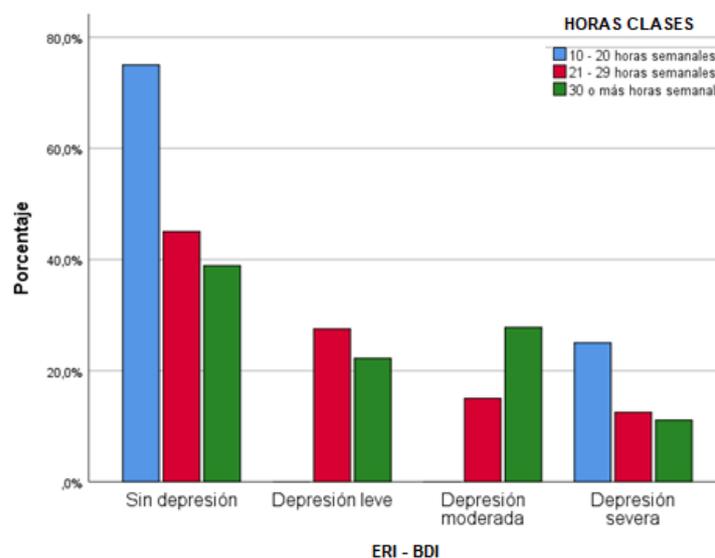
Analizando los resultados mostrados en los gráficos 5 y 6, que relacionan la presencia y la severidad de la depresión con la carga horaria semanal en ambos grupos de estudio (EM y ERI), observamos que no existe relación entre ambas variables. Llama la atención que dentro del grupo de EM todos los alumnos con carga horaria semanal inferior a 20 horas presentaron depresión moderada. El grupo de ERI muestra un patrón diferente al de los EM, con un predominio de alumnos levemente deprimidos dentro de los que reportan una carga horaria superior a 30 horas semanales.

**Gráfico 5:** Distribución según las horas de clases semanales y grados de severidad de la depresión, evaluados con la Escala de Depresión de Beck (EDB) en los alumnos del curso de Medicina de la UNILA.



**Fuente:** Cuestionario da datos socio-demográficos y académicos y Escala de depresión de Beck. (n=62)

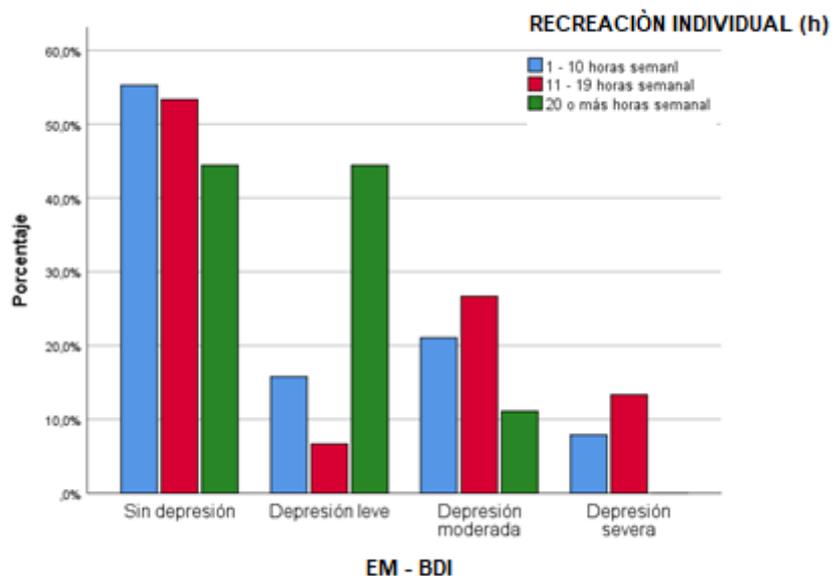
**Gráfico 6:** Distribución según las horas de clases semanales y grados de severidad de la depresión de los resultados obtenidos con la Escala de Depresión de Beck (EDB) en los alumnos del curso de Relaciones Internacionales de la UNILA.



**Fuente:** Cuestionario da datos socio-demográficos y académicos y Escala de depresión de Beck. (n=62)

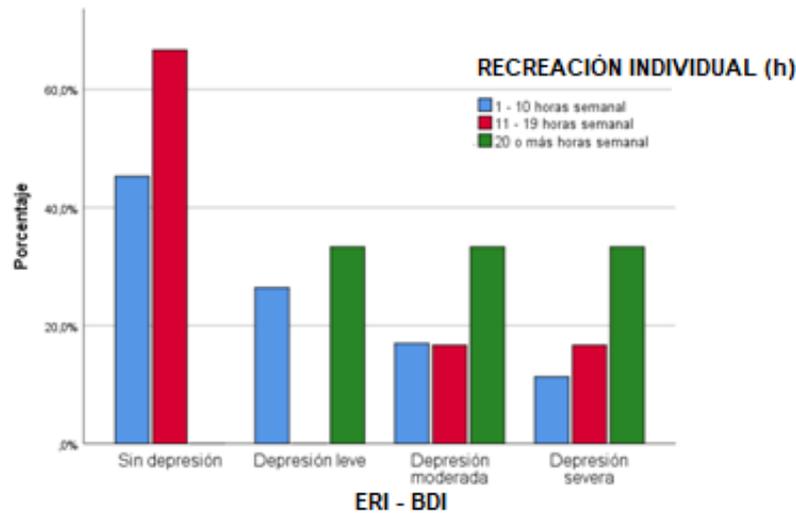
Considerando las respuestas del cuestionario individual de datos socio-demográficos y académicos, observamos que, en el caso de los alumnos de Medicina, aquellos con depresión severa, presentaron menos horas de recreación en comparación con los alumnos sin depresión, o con depresión leve o moderada. Los alumnos del curso de Relaciones Internacionales muestran resultados diferentes, ya que los alumnos sin depresión dedican menos horas semanales a las actividades recreativas y aquellos que refirieron disfrutar de más horas semanales de actividades recreativas, alcanzaron puntuaciones compatibles con algún grado de depresión en la escala de depresión de Beck (Ver Gráficos 7 y 8).

**Gráfico 7:** Distribución de las horas de recreación semanal y grados de severidad de la depresión, según los resultados de la Escala de Depresión de Beck (EDB) en los alumnos del curso de Medicina de la UNILA.



**Fuente:** Cuestionario de datos socio-demográficos y académicos y Cuestionario de depresión de Beck. (n=62).

**Gráfico 8:** Distribución según las horas de recreación semanal y grados de severidad de la depresión obtenidos con la Escala de Depresión de Beck (EDB) en los alumnos del curso de Relaciones Internacionales de la UNILA.



**Fuente:** Cuestionario de datos socio-demográficos y académicos y Cuestionario de depresión de Beck. (n=62).

4.3. Resultados del análisis del comportamiento suicida obtenidos mediante la Escala de Ideación Suicida de Beck.

Al analizar las respuestas de la Escala de Ideación Suicida de Beck, observamos que la mayoría de los alumnos manifestaron tener muchos deseos de vivir en ambos grupos de estudio (EM- 87,0 % y ERI 79 %). Por otra parte, el 12,9 % de los alumnos de Medicina y el 20,9 % de los alumnos de Relaciones Internacionales presentan pocos deseos de vivir. El 4,8 % de los estudiantes de Medicina y el 8,0 % de los de Relaciones Internacionales señalaron que sienten muchos deseos de morir. Estos últimos resultados coinciden con los obtenidos al analizar las respuestas a las preguntas que evalúan las razones para vivir o morir y los deseos de hacer alguna cosa para suicidarse, que en el caso de los estudiantes de Medicina fue evidenciado que el 4,8 % de ellos tiene razones para vivir iguales que para morir y el 12,9 % presenta razones para morir más fuertes que para vivir, mas, el 8,0 % declara tener pocos deseos de hacer algo para suicidarse y ningún estudiante seleccionó la opción de tener muchos deseos de hacer algo para suicidarse.

En el caso de los estudiantes de Relaciones Internacionales, las respuestas relacionadas con los deseos de vivir y morir indicaron que el 12,9 % de estos presenta razones para vivir iguales que para morir y ninguno tiene razones para morir más fuertes que para vivir. El 6,4% de los académicos de Relaciones Internacionales respondió de forma afirmativa en relación a tener muchos deseos para suicidarse y el 12,9 % señaló la opción correspondiente a tener pocos deseos de hacer alguna cosa para suicidarse.

Con relación a las preguntas que evalúan la actitud para salvar la vida, el 8,0 % de los estudiantes de Medicina declaró que prefiere dejar la vida en manos de la suerte y el 4,8 % no tomaría precauciones para salvar su vida. En este mismo ítem, el 16,1 % de los ERI declaró que dejaría la vida en manos de la suerte y el 1,6 % no tomaría precauciones para salvar su vida.

A pesar de que no está incluido dentro de la puntuación, el cuestionario recoge el antecedente de tentativa suicida previa, siendo que 8 % de los EM y 13,1 % de los estudiantes de Relaciones Internacionales tienen el antecedente de al menos una tentativa suicida previa.

La presencia de ideación suicida en el grupo de Medicina es de 12,9 % y en el de Relaciones Internacionales es de 19,3 %. En ambos grupos, los estudiantes que presentaron ideación suicida son en su mayoría brasileños, con predominio del sexo femenino en el curso de Relaciones Internacionales y con igual distribución por sexos en el caso de Medicina. En los dos grupos los alumnos que presentaron resultados compatibles con ideación suicida también alcanzaron valores de puntuación del cuestionario de depresión de Beck compatibles con grados de depresión moderada y severa.

**Tabla 13:** Resultados del procesamiento de las respuestas en la Escala de Ideación Suicida de Beck aplicada a los alumnos de los cursos de Medicina y Relaciones Internacionales de la UNILA.

GRUPOS	CON IDEACIÓN SUICIDA	%	SIN IDEACIÓN SUICIDA	%
EM	8.0	12,9	54	87,0
ERI	12	19,3	50	80,6
Total	20	16,1	104	83,8

***Fuente: Cuestionarios de Ideación Suicida de Beck (n=124)***

Analizando la correlación lineal de Pearson entre las variables socio-demográficas y académicas y la depresión e ideación suicida en EM y ERI, observamos que no existe ningún grado de correlación entre cada una de estas variables y la presencia de ideación suicida o de depresión (Ver tablas 14 y 15). Sin embargo, al correlacionar los datos obtenidos de ambas escalas se evidenció que existe una elevada correlación lineal positiva entre la ideación suicida y la depresión en ambos grupos de estudio (EM  $r_{(x,y)}=0,58$  y ERI  $r_{(x,y)}=0,65$ ) predominando en el grupo de ERI.

**Tabla 14:** Análisis de correlación lineal entre las variables socio-demográficas y académicas con los resultados de la Escala de depresión de Beck en los EM y los ERI.

*n=124*

VARIABLES	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN LINEAL $r_{(x,y)}$	
	EM	ERI
Sexo	0,18927	0,20465
Nacionalidad	-0,22481	-0,41231
Proximidad familiar	-0,08193	-0,30581
Horas clases (semanales)	0,013919	0,088213
Horas de estudio (semanales)	0,070132	0,0106482
Horas recreación (semanales)	-0,02462	0,155685
Antecedentes de Depresión	-0,41186	-0,35338
Uso de Antidepresivo	-0,42719	-0,18803
Consumo de Alcohol y/u otras sustancias	-0,29402	-0,02268
Creencias Religiosas	-0,06608	-0,01661

**Fuente:** Cuestionario de datos socio-demográficos y Escalas de Depresión de Beck.

**Tabla 15:** Análisis de correlación lineal entre las variables socio-demográficas y académicas con los resultados de la Escala de Ideación Suicida de Beck en los EM.

*n=124*

VARIABLES	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN LINEAL $r_{(x,y)}$	
	EM	ERI
Sexo	-0,006831	0,221702609
Nacionalidad	-0,120226	-0,2400
Proximidad familiar	0,0227695	-0,17735031
Horas clases (semanales)	0,1956932	0,0955636
Horas de estudio (semanales)	-0,027066	0,2493256
Horas recreación (semanales)	-0,213456	-0,02618914
Antecedentes de Depresión	-0,3026750	-0,3641672
Uso de Antidepresivo	-0,29060	-0,20370138
Consumo de Alcohol y/u otras sustancias	-0,2177359	-0,05998775
Creencias Religiosas	0,2236646	0,047633051

***Fuente: Cuestionario de datos socio-demográficos y Escalas de Ideación suicida de Beck.***

## 5. DISCUSIÓN

Dentro del contexto de integración regional latinoamericana, la UNILA es una institución que respeta la diversidad, comparte saberes y tecnología, practicando la cooperación y el intercambio solidario con los demás países del área. En Brasil, durante las dos últimas décadas, ocurrieron intensas modificaciones en la enseñanza superior. En la enseñanza pública se priorizó la ampliación del acceso, diversificando las formas de ingreso y se aumentó el número de plazas ofertadas en los diferentes cursos de graduación. Estos cambios repercutieron de forma ostensible en el perfil de los estudiantes universitarios. Actualmente la enseñanza universitaria se encuentra mucho más accesible a los diferentes sectores de la sociedad.

Analizando los datos socio-demográficos de este estudio, observamos que el sexo femenino representó el 50 % de la muestra de estudiantes del curso de Medicina y el 59,6% de los estudiantes de Relaciones Internacionales. Este resultado es coherente con la superioridad del sexo femenino en todas las Instituciones Federales de la Enseñanza Superior brasileñas (IFES), que viene condicionado en la distribución por sexo desde la enseñanza media, posiblemente porque los estudiantes del sexo masculino presentan mayor evasión en este nivel de enseñanza y entrada precoz al mercado regular e irregular de trabajo (V Pesquisa Nacional del Perfil Sociocultural de los graduados de las IFES, 2018). Coincidentemente, un levantamiento sobre el perfil universitario actual, evidenció que el 53,5 % de los estudiantes brasileños son del sexo femenino, el 75 % está en el rango de 18 a 24 años y 55,3% residen con sus padres y otros familiares (SIQUEIRA, BASTOS, SANTOS et. al 2017). A nivel internacional otros autores coinciden al reportar muestras de estudiantes de ciencias Biomédicas predominantemente del sexo femenino (VIRÚ et. al, 2009).

Para ambos cursos, el mayor porcentaje se encuentra en el rango de edad de 18 a 23 años. Se observó que, en el caso de los alumnos de Medicina, el valor medio de la edad se encuentra ligeramente por encima del valor medio de la edad de los estudiantes de Relaciones Internacionales, sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas. Este resultado puede ser atribuido al hecho de que los estudiantes aspirantes a cursos de medicina tardan varios años para conseguir una nota suficiente en el Examen Nacional de Enseñanza Media (ENEM) que permita su

ingreso al curso de Medicina en una universidad federal o estadual. Varios alumnos de medicina en universidades públicas, previamente se graduaron de otros cursos superiores, incrementando como mínimo 5 años la edad media de este grupo de estudiantes.

Encontramos un predominio de alumnos brasileños, en su mayoría procedentes del estado de Paraná, no obstante, hay alumnos de todas las regiones de Brasil y los estudiantes extranjeros son originarios de diferentes países de América Latina y el Caribe, evidenciando una gran diversidad socio-cultural. Esta composición multinacional de la muestra, está dada por la misión integradora latinoamericana de la UNILA, donde se conceden plazas equitativas para estudiantes de todos los países de la región, que ocupan en total la mitad de la matrícula anual de todos los cursos ofrecidos por la UNILA (UNILA, sitio oficial, 2019).

El 82% de los estudiantes de Medicina y el 69,3% de los estudiantes de Relaciones Internacionales no vive junto con sus familiares durante el período de clases. La mayoría de ellos son naturales de otros municipios del estado de Paraná, de otros estados de Brasil o provenientes de otros países ((LEÃO, GOMES, FERREIRA, 2018). Este comportamiento es repetitivo en la totalidad de las universidades brasileras y de otros estados del mundo (MAO, ZHANG, LIU et. al, 2019).

Los momentos de transición que acontecen durante las diferentes etapas de la vida, como es la entrada a la educación superior, promueven el desarrollo de nuevas capacidades cognitivas e interpersonales, nuevos valores y oportunidades. La familia desempeña un papel crucial en la preparación del adolescente y del joven que inicia esta etapa. Cuando el estudiante comienza a frecuentar una institución de enseñanza superior, todos los miembros de la familia se deben reorganizar para apoyar la adaptación al nuevo contexto de vida. Un ambiente familiar adecuado, a través de su función protectora, puede reducir la acción estresante de factores externos y facilitar la adaptación al medio universitario. En consecuencia, un soporte familiar pobre, conflictos entre los padres, consumo de alcohol y depresión de alguno de los familiares más próximos, se asocian a comportamientos antisociales, falta de adaptación, abuso de alcohol y drogas, en el joven adulto (DA SILVA, FERREIRA, 2009). Según los

estudios de Dos Santos, Mognon, de Lima y colaboradores (2011), la autonomía que exige el ambiente universitario es un factor crucial, entre otras capacidades que pueden ser desarrolladas desde etapas anteriores y que la familia del estudiante debe apoyar desde los primeros años de vida escolar. Por este motivo, independientemente de la distancia geográfica entre el alumno y su familia, si con anterioridad se crearon las condiciones para que el proceso de adaptación a la vida universitaria ocurriera de forma adecuada, estimulando la independencia y autonomía del alumno, sin dejar de lado el apoyo afectivo y emocional, se reduce grandemente la probabilidad de situaciones de adversas y conflictos.

Generalmente las creencias religiosas formaron parte de la cultura y el entorno social de los alumnos estudiados. Se evidenció que en ambos cursos la mayor parte de los alumnos poseen creencias religiosas (83,8% para Medicina y el 54,8% en el caso de Relaciones Internacionales). Este hecho puede ser considerado como un factor protector para la ideación suicida. El ejercicio de la práctica religiosa como orar, meditar y otras manifestaciones de la creencia, contribuye para el equilibrio de emociones y sentimientos. La religiosidad lleva implícita la adopción de la fe, promueve la socialización y el respeto al ser humano (FARINA, MENGARDA, ARGIMON, 2012). Llama la atención como independientemente de ser las creencias religiosas consideradas un factor protector de ideación suicida, muy pocas de las escalas utilizadas para explorar la ideación suicida contemplan este ítem dentro de sus preguntas (OMS, 2019).

El estudio realizado por Dos Santos y colaboradores (2017) evidenció una relación entre la ausencia de creencias religiosas y la ideación suicida. Estos resultados sugieren que la práctica religiosa contribuye al bienestar espiritual, inhibiendo el surgimiento de ideas suicidas.

Referente al consumo de alcohol y/u otras sustancias, el 46,7% de los alumnos de Medicina y el 53,2% de los alumnos de Relaciones Internacionales declararon consumir alcohol u otra sustancia de manera recreativa, independientemente de la cantidad y la frecuencia. El inicio de los estudios universitarios es un período crítico, de gran vulnerabilidad para comenzar a usar alcohol y otras drogas. Factores como el ingreso precoz a la universidad, vivir lejos de los padres, mayor libertad y relativa

permissividad del ambiente universitario, propician el consumo de alcohol y otras sustancias (GABRIEL, TRISTÃO, IZAR, 2004). Los estudios realizados en los últimos diez años en universidades de Brasil sugieren que el consumo de alcohol y drogas en universitarios es preocupante (FARINA, MENGARDA, ARGIMON, 2012). En otros países del continente americano la situación es similar. Milanés, Vergara y Bayuelo (2011), en un estudio realizado en una universidad pública colombiana, asociaron el consumo de alcohol y otras drogas al fracaso académico, a un incremento del riesgo de accidentes, de relaciones sexuales inseguras y de suicidio.

En ambos cursos (61,2% en Medicina y 85,4% en Relaciones Internacionales), la mayoría de los estudiantes señalaron que dedicaban entre 1 y 10 horas semanales a las actividades recreativas. Las actividades recreativas forman parte importante en la vida de todas las personas en cualquier momento de la vida. En el contexto universitario, puede resultar difícil dedicar un tiempo para las actividades de esparcimiento, practicar actividad física o alguna otra actividad recreativa, considerando que muchas veces los estudiantes tienen vínculos laborales o se encuentran sobrecargados por actividades de la propia universidad. Un estudio realizado en la Universidad de Illinois, con estudiantes de Medicina, concluyó que aquellos estudiantes con mayores niveles de estrés y ansiedad eran los que dedicaban menor tiempo a las actividades recreativas (FOLSE, 1985).

La aplicación del cuestionario de depresión de Beck mostró una elevada frecuencia de depresión para ambos cursos (46,7% para Medicina y 54,8% para Relaciones Internacionales). Estos resultados se corresponden con algunos reportes internacionales y nacionales. Estudios a nivel internacional relacionados con el sufrimiento psíquico y la depresión en estudiantes universitarios colocan a países como Etiopía y Arabia Saudita dentro de los países con mayor prevalencia de sufrimiento psíquico en universitarios. Esta situación puede ser atribuida a que en dichos países gran parte de la población vive en condiciones económicas precarias, con poca seguridad y altos índices de violencia. Entre los países con menor prevalencia de sufrimiento psíquico en universitarios podemos citar a Francia y Hungría, ambos con elevado índice de desenvolvimiento humano y con la existencia de políticas integrales de salud (GRANER, RAMOS, 2019).

En Chile, Baader y colaboradores (2014), reportaron que el 27% de los estudiantes universitarios estudiados presentó depresión, según las escalas de "screening" de la depresión. Estudios realizados en una universidad portuguesa que analizó la prevalencia de depresión en estudiantes de Medicina, a través del cuestionario de depresión de Beck durante los años 2009 y 2010 y posteriormente, durante 2012 a 2013, concluyeron que dicha prevalencia se encontraba entre 12,7 a 21,5% (SILVA, COSTA, PEREIRA, 2017). En China, fue realizado un estudio que analizó la prevalencia de depresión en estudiantes de Medicina, en relación con la presión académica del curso, afectando al 32,7% de los alumnos (MAO, ZHANG, LIU et. al, 2019). Una investigación llevada a cabo en la universidad de Comenius, Bratislava, concluyó que el 35,5% de los alumnos estudiados presentaban depresión (HAJDUK, HERETIK, VASECKOVA, 2019).

Ya dentro de Brasil, un estudio realizado en un centro universitario en Ceará, que analizó la prevalencia de depresión en estudiantes del área de la salud, mediante el cuestionario de depresión de Beck, concluyó que la prevalencia de depresión en estudiantes de Fisioterapia fue del 35,7 % y en el curso de Enfermería de 15,0 %. De los alumnos que presentaban depresión, el 75,8 % se correspondía con depresión leve, 23,5 % moderada y solamente el 0,7 % atribuible a depresión severa, fue más frecuente en el sexo femenino y en estudiantes con relaciones no satisfactorias con sus familiares y colegas. Otro factor analizado fue la presencia de trastornos del sueño, detectados en mayor medida en aquellos alumnos con depresión (LEÃO, GOMES, FERREIRA, 2018). Nuestro resultado coincide en la elevada frecuencia de depresión y el predominio por sexos, pero difiere de este reporte en cuanto a la distribución por grados de severidad de la depresión, predominando los casos de depresión moderada y severa.

Analizando los resultados de la aplicación de la escala de ideación suicida de Beck en ambos grupos, se observó la presencia de ideación suicida en un 12,9% de los estudiantes de Medicina y en un 19,3% en el grupo de Relaciones Internacionales.

En ambos grupos, los estudiantes que presentaron ideación suicida son en su mayoría brasileños, con predominio del sexo femenino en el curso de Relaciones Internacionales y con igual distribución por sexos en el caso de Medicina. En los dos

grupos, los alumnos que presentaron resultados compatibles con ideación suicida, también alcanzaron valores de puntuación en el cuestionario de depresión de Beck compatibles con grados de depresión moderada y severa.

Los estudios internacionales relacionados con la conducta suicida se han incrementado notablemente en los últimos años y cada vez más las universidades están conscientes al respecto de esta problemática. A tono con nuestros resultados, un estudio realizado en una universidad portuguesa, concluyó que la prevalencia de ideación suicida en estudiantes universitarios se encontraba próxima al 10%, siendo más frecuente en el sexo femenino y en los cursos de ciencias humanas y sociales (PEREIRA, CARDOSO, 2015). En Colombia se destaca la investigación realizada en la universidad de Los Andes, Bogotá, que abordó la relación entre rendimiento académico y muerte por suicidio en los estudiantes, en el período de 1992 a 2002. La mayor proporción de casos de suicidio consumado se produjeron en la facultad de ciencias sociales (41%), seguidos por ingenierías (27%) y economía (14%) (FRANCO SA, GUTIERREZ ML, SARMIENTO J et. al, 2017). Este predominio de ideación suicida dentro de las ciencias sociales en el estudio colombiano, es coherente con los datos mostrados dentro de los estudiantes de Relaciones Internacionales de la UNILA.

Estudios realizados en la región nordeste de Brasil, con estudiantes universitarios de los cursos de Medicina y Psicología, evidenciaron un alto índice de ideación suicida. En universidades de Rio de Janeiro también se reportan datos similares. En João Pessoa - Paraíba, fue realizado un estudio con alumnos de Psicología y el 52,4% refirió tener deseos de morir. En este mismo grupo de estudiantes, el 7,5% ya tenía antecedentes de tentativa de suicidio (DUTRA, 2012), resultado que se corresponde con las respuestas a la pregunta sobre tentativas previas en nuestra investigación.

A diferencia de otros estudios, en el nuestro, la presencia de creencias religiosas, la proximidad familiar, las horas de clases y las horas de recreación no influenciaron notablemente sobre la presencia de depresión, ni en la ideación suicida. Este resultado nos lleva a pensar en otros posibles factores relacionados al incremento de estos trastornos en los EM y en los ERI de la UNILA. Posiblemente

otros factores ambientales, socio-culturales y biológicos se unen a factores genéticos y neurobiológicos para desencadenar este comportamiento complejo y multifactorial.

Así, no podemos pasar por alto varias evidencias que apuntan a que la salud mental de los jóvenes contemporáneos está en riesgo. Independientemente del contexto cultural, geográfico, económico o religioso, en los últimos años ha venido aumentando el número de jóvenes que atentan contra su vida. Los jóvenes nacidos entre 1995 y 2000 que actualmente están comenzando los estudios universitarios o iniciando la vida laboral, pertenecen a la llamada generación Z, postmilenial o centennial. Este grupo es conocido como el último salto generacional de la historia humana reciente y tiene rasgos peculiares, como es la dependencia de la tecnología y la constante conectividad con el mundo. Las plataformas digitales y las redes sociales les permiten estar interconectados con todo lo que les rodea, pero al mismo tiempo, según las investigaciones, es la generación más solitaria de todas. De acuerdo con la escala de Soledad de Los Ángeles (*UCLA Loneliness Scale*), los jóvenes de esta generación presentan los resultados más altos en aislamiento social. Entre 2009 y 2017, las tasas de depresión entre adolescentes de 14 a 17 años se incrementaron más de un 60%, de acuerdo con un estudio publicado en la revista *Psicología Anormal*, cerca del 37% de los jóvenes de la generación Z, más que ninguna otra generación anterior, declaró haber recibido ayuda de algún profesional relacionado con la salud mental. Entre los jóvenes de 18 a 21 años es común encontrar síntomas de estrés como sentimientos de tristeza, pérdida del interés, de la motivación o de la energía, así como sentirse ansioso o nervioso. El 68% refirió trastornos del sueño y el 58% manifestó que estaba comiendo en exceso o alimentándose con comida poco saludable (BETHUNE, SEYMOUR, 2019).

El suicidio en jóvenes universitarios es un tema complejo y multifactorial. Analizar cada una de sus aristas ayuda a comprender este fenómeno que nos afecta como individuos y como miembros de la sociedad actual. Las políticas de salud gubernamental e institucional deben estar actualizadas para saber lidiar con esta situación y evitar las consecuencias de no detectar oportunamente y tratar la depresión y la ideación suicida en universitarios. Finalmente, consideramos que este trabajo ofrece datos objetivos que demuestran la situación real de la universidad y sienta las bases para el diseño de nuevas políticas de apoyo estudiantil.

## 6. CONSIDERACIONES FINALES

Con el objetivo de caracterizar integralmente el comportamiento suicida y la presencia de síntomas de depresión en estudiantes de la Universidad Federal de Integración Latinoamericana, se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, aplicando un cuestionario de datos socio-demográficos y académicos, y las Escalas de Depresión y de Ideación Suicida de Beck a los alumnos de los cursos de Medicina y de Relaciones Internacionales.

En el contexto de una universidad con las características de la UNILA, así como en el entorno económico, social y cultural de Brasil, consideramos que abordar un fenómeno tan complejo, como son las alteraciones de la salud mental en los estudiantes universitarios, resulta una tarea de suma importancia científica, que permite profundizar en el conocimiento del tema y proponer estrategias de enfrentamiento.

Analizando los resultados obtenidos podemos concluir:

### ***Desde el punto de vista socio-demográfico y académico:***

No existieron diferencias significativas en la distribución por sexo y edad entre los grupos de estudiantes y que predominaron los alumnos brasileños naturales del estado Paraná.

El grupo de EM duplicó el número de alumnos con sus familiares viviendo en el extranjero en relación al grupo de ERI y gran parte de los EM visitan a sus familiares con menos frecuencia que los ERI.

Los estudiantes de Medicina refieren una carga horaria mayor y presencia de más creencias religiosas que los ERI y en ambos grupos son bajas las horas de actividades recreativas. El consumo de alcohol y/u otras sustancias fue elevado para los dos grupos, siendo mayor en el de ERI.

Los antecedentes de trastorno depresivo están presentes en los dos grupos, sin embargo, sólo una pequeña parte relató estar realizando tratamiento farmacológico con antidepresivos.

Con relación a la presencia de depresión, a través del análisis de las respuestas obtenidas tras la aplicación de la Escala de Depresión de Beck, podemos concluir que:

En los dos grupos estudiados, aproximadamente la mitad de los alumnos presentan depresión, que varía de leve a grave. La presencia de depresión moderada y severa predominó en estudiantes brasileños y resultó significativo el predominio de estudiantes del sexo femenino en ambos cursos.

Los antecedentes previos de depresión, la carga horaria semanal, las horas de estudio individual, las horas dedicadas a las actividades recreativas, la proximidad con sus familiares, las creencias religiosas y el consumo de alcohol, no se relacionaron con la presencia y la severidad de la depresión en ambos grupos estudiados.

#### ***Analizando las respuestas obtenidas en la Escala de Ideación Suicida de Beck:***

Existe una alta representatividad de la ideación suicida en ambos grupos, siendo casi la totalidad en estudiantes brasileños, predominantemente del sexo femenino en el curso de Relaciones Internacionales y con igual distribución por sexos en los estudiantes de Medicina.

Todos los alumnos con ideación suicida presentaron también depresión, siendo moderada o severa en la mayoría de los casos.

Al correlacionar los resultados de las Escalas de Depresión y de Ideación Suicida de Beck, obtuvimos una alta correlación lineal positiva entre la presencia de depresión y de conductas suicida en ambos grupos, predominantemente en el grupo de ERI.

## **7. RECOMENDACIONES**

Realizar estudios similares en los otros cursos de la UNILA, incorporando alumnos de todas las áreas.

Analizar el comportamiento de otras variables, como los ingresos familiares, el color de la piel y la preferencia sexual.

Aplicar cuestionarios que exploren la presencia de síntomas depresivos a estudiantes con factores de riesgo para desarrollar otros trastornos mentales también relacionados con el suicidio al ingreso a la universidad.

Monitoreo periódico del estado de salud mental en los estudiantes con factores de riesgo para el desarrollo de trastornos del humor.

Divulgar el trabajo de la Prorectoría de Asuntos Estudiantiles y de la existencia de plantones psicológicos para atender estudiantes que necesiten este servicio.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCANTARA, I. et al. Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. Ver. de Psiquiatr. Rio Gd Sul, v. 25, n. 1, p. 22-32, 2003. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a04v25s1.pdf> Acceso: 18 noviembre de 2019.
- ALVES BF, PEREIRA AA, CARDOSO AA et al. O suicídio no Brasil contemporâneo. Soc. Estado., vol. 33, n. 2, p: 565-79, 2018.
- AMADOR RIVERA, GONZALO H. Suicidio: consideraciones históricas. Rev. Méd. La Paz, La Paz., v. 21, n. 2, p. 91-98, 2015. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es&nrm=iso) . Acceso: 18 noviembre de 2019.
- AMARAL, J. G. Os destinos da tristeza na contemporaneidade: uma discussão sobre depressão e melancolia, Rio de Janeiro, 2006. Disertación (Maestría en Psicología Clínica) — Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Disponible en: [https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/8580/8580\\_1.PDF](https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/8580/8580_1.PDF) . Acceso: 5 noviembre de 2019.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.
- BAADER T, ROJAS C, MOLINA JL et. al. Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y factores de riesgo emocionales asociados. Rev Chil Neuro-Psiquiat., v. 52, n. 3, p: 167-76, 2014.
- BARRIOS M, BALLESTER M, ZAMORA S et al. Universidad y conducta suicida: Respuestas y propuestas institucionales; Bogotá 2004-2014. Rev. Salud pública., vol 19, n. 2, p: 153-160, 2017. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/57001> Acceso: 5 noviembre de 2019.
- BARROS MBA et al. Depressão e comportamento de saúde em adultos brasileiros-PNS 2013. Rev. Saúde Pública., vol. 51, n. 1., 2017.
- BECH P, RASMUSSEN NA, RAABAEK-OLSEN L et al. The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. J Affect Disord., vol. 66, n. 2., 2001.
- BECK AT, WARD CH, MENDELSON M et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961.
- BECK AT, KOVACS M, WEISSMAN A. Assesment of suicidal intention: The Scale for Suicidal Ideation. J. Consult. Clin. Psychol., v. 47, n. 2, p: 343-52, 1979.
- BETHUNE S. Gen Z more likely to report mental health concerns. American Psychological Association., v. 50, n. 1, p: 1-3, 2019.

Bíblia Sagrada, Nueva Versión Internacional ®, NVR ® Copyright © 1993, 2000.

BOTEGA NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 25, n. 3, p: 231-36, 2014.

BRAUSER D. Suicide Blood Test? *Medscape Medical News*. Aug 1 2014.

BRUCE ML. Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biol Psychiatry.*, v. 52, n. 3, p:175-84, 2002.

BUENO R, FÁVARO T. A internacionalização das universidades vista por três especialistas estrangeiros. *Jornal da Unicamp.*, v. 25, n. 484, p: 5-7, 2010.

BURTON CZ, VELLA L, WELLER JA et al. Differential effects of executive functioning on suicide attempts. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.*, v. 23, n. 2, p:173-9, 2011.

BUSCH SH, FRANK RG, LESLIE DL et al. Antidepressants and suicide risk: how did specific information in FDA safety warnings affect treatment patterns?. *Psychiatr Serv.*, v, 61, n. 1, p:11-16, 2010.

CABALLO V. Manual para la evaluación cognitivo-conductual de los trastornos psicopatológicos. Cap. 1 Evaluación de la depresión. Facultad de psicología. Universidad Complutense. Madrid. 2005.

CANO I, QUEVEDO R. Sociodemographic variables most associated with suicidal behaviour and suicide methods in Europe and America. A systematic review. *Eur. J. Psychol. Appl. to Leg. Context.*, v.10, n. 1, p:15-25, 2018.

CARRILHO L, HAIDAMUS PR. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão da literatura. *ABRAPEE*, São Paulo., v. 19, n.3, p: 445-453, set/dez 2014.

CASTAÑEDA NN. Prevención psicológica y neuropsicológica de factores de riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Psicogente.*, v. 19, n. 36, p: 336-46, 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v19n36/0124-0137-psico-19-36-00336.pdf> . Acceso 12 de abril de 2019.

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Injury Prevention & Control: Data & Statistics (WISQARSTM). *Fatal Injury Reports 1999-2014, National or Regional*. Disponible : [http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/mortrate10\\_us.html](http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/mortrate10_us.html). Acceso 18 agosto de 2019.

CHIN, J., & HOLDEN, R. R. Multidimensional Future Time Perspective as Moderators of the Relationships between Suicide Motivation, Preparation, and Its Predictors. *Suicide and LifeThreatening Behavior*, v. 43, p: 395-405, 2013

COMER RJ. Suicide. *Abnormal Psychology*. 6th ed. New York, NY: Worth Publishers; p: 278-307, 2007.

DA SILVA SL, FERREIRA JA. Família e ensino superior: que relação entre dois contextos desenvolvimento. *Educação & Formação*, v. 1, n. 6, p: 101-25, 2009.

DOS SANTOS HG, MARCON SR, ESPINOSA MM et al. Factores asociados a la presencia de ideación suicida en universitarios. *Ver Latino-Am. Enfermagem*, v. 25, n. 28, p: 1-8, 2017.

ECHEBURRÍA E. Las múltiples caras del suicidio en clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, v. 33, n.2, p: 117-126, 2015.

ECHÁVARRI O, MORALES S, BARROS J, ARMIJO I, LARRAZA D, LONGO A, et al. Validación de la Escala Razones Para Vivir en Consultantes a Salud Mental de la Región Metropolitana de Chile. *Psykhe*, v. 27, n. 2, p: 1-17, 2018.

FARDET L, PETERSEN I, NAZARETH I. Suicidal Behavior and Severe Neuropsychiatric Disorders Following Glucocorticoid Therapy in Primary Care. *Am J Psychiatry*, v. 169, n. 5, p: 491-7, 2012.

FARINA M, MENGARDA CF, ARGIMON II. Caracterização sócio-demográfica de estudantes universitários com sintomas depressivos. *Psicologia.pt*. 2012. Disponible en: <https://www.psicologia.pt/info/sobre.php>. Acceso: 10 de octubre, 2019.

FOLSE ML, The relationship between stress and attitudes toward leisure among first year medical student. *Journal of medical education*, v. 60, n. 8, 1985.

FRANCO AS, GUTIERREZ ML, SARMIENTO J et. al. Suicidio em estudantes universitarios em Bogotá, Colombia, 2004-2014. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 22, n. 1, p: 269-78, 2017.

FRODL T, REINHOLD E, KOUTSOULERIS N, DONOHOE G, BONDY B, REISER M, et al. Childhood stress, serotonin transporter gene and brain structures in major depression. *Neuropsychopharmacology*, v. 35, n. 6, p:1383-90, 2010.

GABRIEL SA, TRISTÃO CK, IZAR LC et. al. Consumo de álcool e drogas ilícitas entre estudantes de medicina, biologia e enfermagem. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, v. 6, n. 2, p: 30-37, 2004.

GALBÁN Y, RODRIGUEZ L, CRUZ M, ARENCIBIA T, ALVAREZ M. Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Rev Cub Med Mil, Ciudad de la Habana*, v. 31, n. 3, 2002.

GARCÍA et al. Variables predictoras de la ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de Chiapas, México. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 23, n. 4, p: 1089-96, 2018.

GASSMAN-PINES A, ANANAT EO, GIBSON-DAVIS CM. Effects of statewide job losses on adolescent suicide-related behaviors. *Am J Public Health*, v.104, n. 10, p:1964-70, 2014.

GEULAYOV G, GUNNELL D, HOLMEN TL et al. The association of parental fatal and non-fatal suicidal behaviour with offspring suicidal behaviour and depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* p:1-14, 2011.

GONÇALVES et. al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J. Bras. Psiquiatria*, v. 67, n. 2, p: 101-9, 2018.

GORESTEIN C, ANDRADE L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. 1998.

GORENSTEIN C, WANG YP, HUNGERBULHER I. Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental. *Artmed*, 2016.

GRANER K, ABREU AT. Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 24, n. 4, p: 1327-1346, 2019.

GUINIVANO J, BROWN T, NEWCOMER A, et al. Identification and Replication of a Combined Epigenetic and Genetic Biomarker Predicting Suicide and Suicidal Behaviors. *Am J Psychiatry.*, v. 171, n. 12, p: 1287-96, 2014.

HAJDUK M, HERETIK JA, VASECKOVA B et. al. Prevalence and correlations of depression and anxiety among Slovak college students. *Bratisl Med J.*, v. 120, n. 9, p: 695-98, 2019.

HAMILTON M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* V. 23, n.2, p:56-62, 1960.

HERRERA R, URES MB, MARTÍNEZ JJ. El tratamiento del suicidio en la prensa Española: ¿Efecto Werther o efecto Papageno? *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, v. 35, n. 125, p: 123-134, 2015

HOLMES SE, HINZ R, CONEN S et. al. Elevated Translocator Protein in Anterior Cingulate in Major Depression and a Role for Inflammation in Suicidal Thinking: A Positron Emission Tomography Study. *Biol Psychiatry.*, v. 83, n.1, p:61-69, 2018.

JABLENSKY A, SARTORIUS N, GULBINAT W et. al. Characteristics of depressive patients contacting psychiatric services in four cultures. A report from the who collaborative study on the assessment of depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand.*, v. 63, n. 4, p:367-83, 1981.

KEMPTON MJ, SALVADOR Z, MUNAFÒ MR et al. Structural neuroimaging studies in major depressive disorder. Meta-analysis and comparison with bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry.*, v. 68, n. 7, p:675-90, 2011.

KORNER A, LAURITZEN L, ABELSKOV K, et al. The Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia: A validity study. *Nord J Psychiatry.*, v. 60, n.5, p :360-4, 2006.

KOYANAGI A, OH H, CARVALHO AF et al. Bullying Victimization and Suicide Attempt Among Adolescents Aged 12-15 Years From 48 Countries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v. 58, n. 9, p :907-918, 2019.

KROENKE K, SPITZER RL, WILLIAMS JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care*. v. 41, n.11, p:1284-92, 2003.

KRAWCZYK NR. As Políticas de Internacionalização das Universidades no Brasil: O caso da regionalização no Mercosul. *Journal de Políticas Educacionais*. n. 4, p: 41-52, 2008.

KUO CJ, CHEN VC, LEE WC, et al. Asthma and suicide mortality in young people: a 12-year follow-up study. *Am J Psychiatry*., v.167, n. 9, p:1092-9, 2010.

LEÃO AM, GOMES IP, FERREIRA MJ et. al. Prevalência de fatores associados à depressão e ansiedade entre estudantes universitários da área da saúde de um grande centro urbano do nordeste do Brasil. *Rev. bras educ. med.*, v. 42, n. 4, p: 55-65, 2018.

LIU HY1, FUH JL1, LIN YY1, CHEN WT2, WANG SJ2. Suicide risk in patients with migraine and comorbid fibromyalgia. *Neurology*., v. 85, n. 12, p: 1017-23, 2015.

LOHOFF FW. Overview of the genetics of major depressive disorder. *Curr Psychiatry Rep.*, v.12, n. 6, p:539-46, 2010.

LOWES R. FDA warns of suicide risk for tramadol. *Medscape News Today*, 2011. Disponível en: [http://www.medscape.com/viewarticle/722488?sssdmh=dm1.618969&src=nl\\_newsalert&uac=41752PN](http://www.medscape.com/viewarticle/722488?sssdmh=dm1.618969&src=nl_newsalert&uac=41752PN). Acceso en junio de 2019.

Manual MSD de diagnóstico y terapia. EUA: Comportamiento suicida; 2018. Disponível : <https://www.univadis.mx/application-library/msd-manual>. Acceso: 10 de abril de 2019.

MAO Y, ZHANG N, LIU J et. al. A systematic review of depression and anxiety in medical student in China. *BMC Med Educ.*, v. 19, n. 325, p: 1-13, 2019.

MELVILLE N A. Novel Suicide Prediction Tool Goes Beyond Patient Self-Reports *Medscape*. 2015. Disponível en: <https://www.medscape.com/viewarticle/911791>. Acceso : 10 de abril de 2019.

MILANÉS ZC, VERGARA KM, BAYUELO SB et. al. Factores psicosociales asociados al consume de sustancias en estudiantes de una Universidad pública. *Rev. salud pública.*, v. 13, n. 3, p: 470-79, 2011.

MONTGOMERY SA, ASBERG M. A new depression scale designed to be a sensitive to change. *Br J Psychiatry*, v. 134: p: 382-9, 1979.

MOORE TJ, FURBERG CD, GLENMULLEN J et. al. Suicidal behavior and depression in smoking cessation treatments. *PLoS One*, V. 6, n. 11, 2011.

MORENO ND, ANDRADE P, BETANCOURT D. Fortalezas en adolescentes de Colombia y México que nunca han intentado suicidarse. *Rev. Latinoam. Cienc. Soc. niñez juventud*, vol.16, n.2, p: 797-07, 2018

MORGAN ER, ROWHANI-RAHBAR A, AZRAEL D et al. Public Perceptions of Firearm- and Non-Firearm-Related Violent Death in the United States: A National Study. *Ann Intern Med.*, v. 169, n. 10, p: 734-37, 2018.

MOURTIER C, NORCROSS W, JONG P. et. al. The Suicide prevention and Depressão Awareness Program at the University of California, San Diego School of Medicine. *Acad Med.* 2012. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22373625> . Acceso 3 de marzo de 2019.

National Institute of Mental Health. Major Depression Among Adults. National Institutes of Health. 2015. Disponible: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/major-depression-among-adults.shtml>. Acceso 10 de octubre de 2019.

NORRIS DM, PRICE M, GUTHEIL T et. al. Firearm laws, patients, and the roles of psychiatrists. *Am J Psychiatry*, v. 163, n. 8, p:1392-6, 2006.

NORSTRÖM T, GRÖNQVIST H. The great recession, unemployment and suicide. *J epidemiol community health* 2015; p:110-116, 2015.

Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de la OMS. Salud Mental. Prevención del suicidio: un imperativo global; 2018. Disponible: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/infographic/es/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/). Acceso: 10 de abril de 2019.

OLIVEIRA F, COSTA P, CARVALHO RM. Depressão e suicídio. *Rev. SBPH*, v. 14, n. 1, p: 233-43, 2011.

OLFSON M, WALL M, WANG et al. Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry*, v. 1, n. 73, p: 1119-26, 2016.

OSAZUWA-PETERS N, SIMPSON MC, ZHAO L et. al. Suicide risk among cancer survivors: Head and neck versus other cancers. *Cancer*. v.124, n. 20, p:4072-79, 2018.

OZAWA-DE SILVA C. Too lonely to die alone: internet suicide pacts and existential suffering in Japan. *Cult Med Psychiatry.*, v.32, n.4, p:516-51, 2008.

PAGURA J, FOTTI S, KATZ LY et. Al. Help seeking and perceived need for mental health care among individuals in Canada with suicidal behaviors. *Psychiatr Serv.*, v.60, n.7, p:943-9, 2009.

PATORNO E, BOHN RL, WAHL PM, et al. Anticonvulsant medications and the risk of suicide, attempted suicide, or violent death. *JAMA.*, v. 303, n.14, p:1401-9, 2010.

PEREIRA A, CARDOSO F. Suicidal ideation in university student: Prevalence and association with school and gender. *Paidéia.*, v. 25, n. 62, p: 299-306, 2015.

PRATT LA, BRODY DJ. Depression in the U.S. household population, 2009-2012. *NCHS Data Brief.* 2014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25470183> . Acceso: 11 de abril de 2019.

RAMCHAND R, COHEN E, DRAPER J et. al. Increases in Demand for Crisis and Other Suicide Prevention Services After a Celebrity Suicide. *Psychiatr Serv.*, v.70, n. 8, p:728-731, 2019.

RANGEL LM, KNOTT EC. Twenty suicide assessment instrument: evaluation and recommendation. *Death. Stud.*, v. 21, n. 1; p: 25-58, 1997.

RECUPERO PR, HARMS SE, NOBLE JM. Googling suicide: surfing for suicide information on the Internet. *J Clin Psychiatry*, v. 69, n. 6, p :878-88, 2008.

RINALDI P, MECOCCHI P, BENEDETTI C et al. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *J Am Geriatr Soc.*, v. 51, n. 5, p:694-8, 2003.

ROCHA J. O suicídio enquanto um fenômeno sócio-histórico: possíveis atuações e desafios da Psicologia. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. Campina Grande, 2017.

SACHER J, NEUMANN J, FÜNFSTÜCK T et. al. Mapping the depressed brain: A meta-analysis of structural and functional alterations in major depressive disorder. *J Affect Disord.*, v. 140, n. 9, p: 142-48, 2011.

SANTA CLARA, Carlos José da Silva. Melancolia: da antiguidade à modernidade - uma breve análise histórica. *Mental, Barbacena*, v. 7, n. 13, 2009. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272009000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acceso: 18 de abril de 2019.

SCHNEEWEISS S, PATRICK AR, SOLOMON DH, et al. Variation in the risk of suicide attempts and completed suicides by antidepressant agent in adults: a propensity score-adjusted analysis of 9 years' data. *Arch Gen Psychiatry.*, v. 67, n. 5, p:497-06, 2010.

SERPA S, FERREIRA CM. Anomie in the sociological perspective of Emile Durkheim. *Sociol Int J.*, v.2, n. 6, p: 689-91. 2018.

SHAFTER AB. Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. *J Clin Psychol.*, v. 62, n. 1, p: 123-46, 2006.

SHIELDS LB, HUNSAKER DM, HUNSAKER JC 3rd. Adolescent and young adult suicide: a 10-year retrospective review of Kentucky Medical Examiner cases. *J Forensic Sci.*, v. 51, n. 4, p:874-9, 2006.

SILVA V, COSTA P, PEREIRA I et. al. Depression in medical student: insights from a longitudinal study. *BMC Med Educ.* V. 17, n. 184, p: 2-9, 2017.

SIQUEIRA A, RODRIGUES A, KOLLER S, MARTINS RM. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciênc. Saúde coletiva*, v. 23, n.11, p: 3767-77, 2018.

SIQUEIRA LD, BASTOS MF, SANTOS NA et al. Perfil de estudantes acolhidos em um serviço de saúde na Universidade. *Ver Bras Promoç Saúde.*, v. 30, n. 3, p: 1-8, 2017.

Sítio oficial de la UNILA. Disponible en: <https://portal.unila.edu.br/>.

SORSDAHL K, STEIN DJ, WILLIAMS DR, NOCK MK. Associations between traumatic events and suicidal behavior in South Africa. *J Nerv Ment Dis.*, v.199, n.12, p:928-33, 2011.

GABRIEL SA, TRISTÃO CK, IZAR LC et. al. Consumo de álcool e outras drogas ilícitas entre estudantes de medicina, biologia e enfermagem. *Rev, Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, vol. 6, n. 2, p: 30-37, 2004.

STEER RA, CAVALIERI TA, LEONARD DM et al. Use of the Beck Depression Inventory for Primary Care to screen for major depression disorders. *Gen Hosp Psychiatry.*, v. 21, n. 2, p:106-11, 2011.

SUMNER SA, LAYDE PM, GUSE CE. Firearm death rates and association with level of firearm purchase background check. *Am J Prev Med.*, v. 35, n. 1, p:1-6, 2008.

TSUANG MT, FARAONE SV. The genetic epidemiology of bipolar disorder. The genetics of mood disorders. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, p: 231-41, 1990.

V Pesquisa Nacional do Perfil Socio-econômico e Cultural dos graduados das IFES-2018. Relatório Executivo. Uberlândia. 2019.

VAN DAM NT, EARLEYWINE M. Validation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale--Revised (CESD-R): pragmatic depression assessment in the general population. *Psychiatry Res.*, v. 186, v. 1, p:128-32, 2011.

VASCONCELOS J, SOARES AR, SILVA F et. al. Níveis de ideação suicida em jovens adultos. *Estud. Psicol, Campinas*, vol. 33, n. 2, p: 345-54, 2016.

VERONA E, SACHS-ERICSSON N, JOINER TE. Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. *Am J Psychiatry.*, v.161, n. 3, p:444-51, 2004.

VIRÚ MA, VALERIANO KL, ZÁRATE AE. Factores asociados a planeamiento suicida en estudiantes de una Escuela de Nutrición en Lima, Perú, 2009. *An. Fac. med.* , v.74, n. 2 p: 101-106, 2019.

WEBB RT, KONTOPANTELIS E, DORAN T et. al. Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. *Arch Gen Psychiatry.*, v. 69, n. 3, p:256-64, 2012.

ZAORSKY NG, ZHANG Y, TUANQUIN L et, al. Suicide among cancer patients. *Nat Commun.*, v.10, n. 1, p:207, 2019.

ZUNG WW. A SELF-RATING DEPRESSION SCALE. *Arch Gen Psychiatry.*, v. 2, p: 63-70, 1965.

## 9. ANEXOS

### QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS E ACADÊMICOS (IDIOMA PORTUGUÊS)

Nome e sobrenome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Nacionalidade:

Naturalidade (Estado/Cidade):

Família mora:

No mesmo município:

No mesmo estado:

Em outro estado do Brasil:

Em outro país:

Frequência com a qual vê à família:

Todos os dias:

Toda semana:

Todo mês:

Todo final do semestre:

Anualmente ou mais:

Tem histórico de transtornos depressivos:

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Realiza tratamento antidepressivo:

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Quantidades de horas de aula por semana: \_\_\_\_\_

Quantidade de horas de estudo individual por semana: \_\_\_\_\_

Quantidades de horas de atividades extra-curriculares, esporte ou lazer por semana:

\_\_\_\_\_

Consumo de álcool e/ou outras substâncias:

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Tem crença religiosa?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO DE DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y ACADÉMICOS (IDIOMA ESPAÑOL)**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Nacionalidad (Estado o Ciudad):

Naturalidad:

La familia vive en:

El mismo municipio:

En el mismo estado:

En otro estado de Brasil:

En otro país:

Frecuencia con la cual visita a la familia:

Todos los días

Toda semana

Todo mes

Al final del semestre

Anualmente o más

Antecedentes de trastornos depresivos:

Sí..... No.....

Realiza tratamiento antidepresivo:

Sí..... No.....

Realiza tratamiento antidepresivo.

Sí..... No.....

Cantidad de horas de clase semanales:

Cantidades de horas de recreación semanales:

Consumo de alcohol y/u otras sustancias:

Sí..... No.....

Presencia de creencia religiosa

Sí..... No.....

## ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI) (IDIOMA PORTUGUÉS)

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**INSTRUÇÕES:** Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.

1	<p>Não me sinto triste.</p> <p>Eu me sinto triste.</p> <p>Estou sempre triste e não consigo sair disto.</p> <p>Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p>	7	<p>Não me sinto decepcionado comigo mesmo.</p> <p>Estou decepcionado comigo mesmo.</p> <p>Estou enojado de mim.</p> <p>Eu me odeio.</p>
2	<p>Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.</p> <p>Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.</p> <p>Acho que nada tenho a esperar.</p> <p>3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p>	8	<p>Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.</p> <p>Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.</p> <p>Eu me culpo sempre por minhas falhas.</p> <p>Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p>
3	<p>Não me sinto um fracasso.</p> <p>Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.</p> <p>Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.</p>	9	<p>Não tenho quaisquer idéias de me matar.</p> <p>Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.</p> <p>Gostaria de me matar.</p> <p>Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p>

	Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.		
4	<p>Tenho tanto prazer em tudo como antes.</p> <p>Não sinto mais prazer nas coisas como antes.</p> <p>Não encontro um prazer real em mais nada.</p> <p>Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p>	10	<p>Não choro mais que o habitual.</p> <p>Choro mais agora do que costumava.</p> <p>Agora, choro o tempo todo.</p> <p>Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria.</p>
5	<p>Não me sinto especialmente culpado.</p> <p>Eu me sinto culpado grande parte do tempo.</p> <p>Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.</p> <p>Eu me sinto sempre culpado</p>	11	<p>Não sou mais irritado agora do que já fui.</p> <p>Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.</p> <p>Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.</p> <p>Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar.</p>
6	<p>Não acho que esteja sendo punido.</p> <p>Acho que posso ser punido.</p> <p>Creio que vou ser punido.</p> <p>Acho que estou sendo punido</p>	12	<p>Não perdi o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.</p> <p>Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.</p> <p>Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p>
13	<p>Tomo decisões tão bem quanto antes.</p> <p>Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.</p> <p>Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.</p>	18	<p>O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>Meu apetite é muito pior agora.</p>

	Absolutamente não consigo mais tomar decisões.		Absolutamente não tenho mais apetite
14	Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes. Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo. Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo. Acredito que pareço feio.	19	Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente. Perdi mais do que 2 quilos e meio. Perdi mais do que 5 quilos. Perdi mais do que 7 quilos. Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____
15	Posso trabalhar tão bem quanto antes. É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa. Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa. Não consigo mais fazer qualquer trabalho.	20	Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual. Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação. Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa. Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
16	Consigo dormir tão bem como o habitual. Não durmo tão bem como costumava. Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir. Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.	21	Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo. Estou menos interessado por sexo do que costumava. Estou muito menos interessado por sexo agora. Perdi completamente o interesse por sexo.

17	<p>Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p>		
----	---	--	--

## ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI) (IDIOMA ESPAÑOL)

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esta escala cuenta con 21 grupos de afirmaciones. Lea con atención cada una de ellas. Después, elija una de cada grupo, la que mejor describa el modo como se ha sentido la última semana, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Tenga el cuidado de leer todas las afirmaciones encada grupo antes de hacer su selección.

1	<p>No me siento triste.</p> <p>Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>Me siento triste todo el tiempo.</p> <p>Me siento tan triste que no puedo soportarlo.</p>	7	<p>No me siento decepcionado conmigo mismo.</p> <p>He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>No gusto de mí.</p>
2	<p>No estoy desanimado con respecto al futuro.</p> <p>Me siento desanimado con respecto al futuro.</p> <p>No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>Siento que no hay esperanza para mi futuro y que las cosas sólo empeoraran.</p>	8	<p>No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>Me critico a mí mismo por mis errores.</p> <p>Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
3	<p>No me siento un fracasado.</p> <p>He fracasado más de lo debido.</p> <p>Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.</p> <p>Siento que como persona soy un fracaso total.</p>	9	<p>No tengo ningún pensamiento suicida.</p> <p>He pensado en matarme, pero no lo haría.</p> <p>Querría matarme.</p>

			Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
4	<p>Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.</p> <p>No puedo obtener ningún placer de las cosas que solía disfrutar.</p>	10	<p>No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>Siento ganas de llorar, pero no puedo.</p>
5	<p>No me siento culpable.</p> <p>Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>Me siento culpable todo el tiempo.</p>	11	<p>No estoy más irritado o tenso que lo habitual.</p> <p>Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>Me siento irritado todo el tiempo.</p> <p>No me irrito más con las cosas que me irritaban anteriormente.</p>
6	<p>No siento que esté siendo castigado.</p> <p>Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>Espero ser castigado.</p> <p>Siento que estoy siendo castigado.</p>	12	<p>No perdí el interés por las personas.</p> <p>Estoy menos interesado en las personas de lo que acostumbraba a estar.</p> <p>Perdí la mayor parte del interés por las personas.</p> <p>Perdí todo el interés por las personas.</p>
13	<p>Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.</p> <p>Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p>	18	<p>Mi apetito no ha experimentado ningún cambio.</p> <p>Mi apetito no es tan bueno como acostumbraba a ser.</p> <p>Mi apetito es mucho peor que antes.</p> <p>No tengo apetito en absoluto.</p>

	Tengo problemas para tomar cualquier decisión.		
14	<p>No creo que mi apariencia sea peor que anteriormente.</p> <p>Estoy preocupado en estar pareciendo de mayor edad o poco atractivo.</p> <p>Creo que existen cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer sin atractivo.</p> <p>Creo que soy feo</p>	19	<p>No he perdido mucho peso.</p> <p>Perdí más de 2 kilos y medio.</p> <p>Perdí más de 5 kilos.</p> <p>Perdí más de 7 kilos</p> <p>Estoy intentando perder peso voluntariamente, comiendo menos: Sí.....No.....</p>
15	<p>Puedo trabajar tan bien como antes.</p> <p>Preciso de un esfuerzo extra para hacer alguna cosa.</p> <p>Necesito esforzarme mucho para hacer alguna cosa.</p> <p>No consigo hacer ningún trabajo.</p>	20	<p>No estoy preocupado más de lo habitual por mi salud.</p> <p>Estoy preocupado con problemas físicos como dolores, indisposición de estómago o constipación.</p> <p>Estoy tan preocupado con mis problemas físicos que no consigo pensar en otra cosa.</p>
16	<p>Consigo dormir tan bien como de costumbre.</p> <p>No duermo tan bien como acostumbraba.</p> <p>Despierto una o dos horas más temprano y es difícil volver a dormir.</p> <p>Despierto varias horas más temprano de lo acostumbrado y no consigo volver a dormir.</p>	21	<p>No noté cualquier cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>Estoy menos interesado por el sexo de lo que acostumbraba.</p> <p>Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p>
17	<p>No me canso más de lo habitual.</p> <p>Me canso mucho más fácil de lo que acostumbraba.</p>		

	<p>Me canso por hacer cualquier cosa.</p> <p>Estoy tan casado que no consigo hacer nada.</p>		
--	--	--	--

**ESCALA DE IDEAÇÃO SUICIDA DE BECK (BSI) (IDIOMA PORTUGUÊS)**

Nome e sobrenome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**INSTRUÇÕES:** Leia com atenção cada uma das frases e marque com um (X) a opção mais semelhante a como o Sr. (Sra.) estava sentindo-se na última semana, incluindo o dia de hoje.

**1. Sinto vontade de viver:**

- a. Muita.
- b. Pouca.
- c. Nenhuma.

**2. Sinto vontade de morrer:**

- a. Muita.
- b. Pouca.
- c. Nenhuma.

**3. Escolha uma das três opções:**

- a. Minhas razões para viver são mais fortes do que minhas razões para morrer.
- b. Minhas razões para viver são igualmente fortes a minhas razões para morrer.
- c. Minhas razões para morrer são mais fortes do que minhas razões para viver.

**4. Quero fazer alguma coisa para me suicidar:**

- a. Muito.
- b. Pouco.
- c. Nada.

**5. Escolha uma das três opções:**

- a. Tomaria precauções para salvar minha vida.
- b. Deixaria minha vida nas mãos da sorte.
- c. Não tomaria precauções para salvar minha vida.

**6. Meus pensamentos e ideias suicidas duram:**

- a. Pouco tempo.
- b. Grande parte do dia.
- c. O dia todo.

**7. Sinto desejos de me suicidar:**

- a. Quase nunca.
- b. Muitas vezes.
- c. Quase sempre.

**8. Ante a ideia ou vontade de me suicidar, sinto:**

- a. Rejeição, desagrado.
- b. Indiferença, confusão.
- c. Aceitação, agrado.

**9. Quando sinto vontade de me suicidar:**

- a. Sei que consigo controlar minhas ações e não me machucar.
- b. Não sei se consigo controlar minhas ações, então não sei se vou me machucar ou não.
- c. Não consigo controlar as minhas ações.

**10. Quando penso no suicídio:**

- a. Tenho muitas razões para não o fazer.
- b. Tenho algumas razões para não o fazer.
- c. Não tenho razões para não o fazer.

**11. As razões para me suicidar são:**

- a. Quero que alguma coisa mude no mundo, quero vingar-me, quero atrair a atenção.
- b. Quero fugir, resolver problemas.
- c. Uma combinação das duas anteriores.

**12. Com respeito a me suicidar:**

- a. Ainda não fiz planos
- b. Pensei em fazer planos, mas ainda não fiz
- c. Fiz planos, sei todas as coisas que preciso fazer

**13. Referente ao método para me suicidar:**

- a. Não consigo o método nem a oportunidade para fazê-lo.
- b. O método para fazê-lo irá necessitar de um grande esforço e não é fácil ter a oportunidade para fazê-lo.
- c. O método para fazê-lo é fácil e tenho a oportunidade para fazê-lo.

**14. Quando penso em tentar o suicídio:**

- a. Sinto que não tenho coragem, que não sei como fazê-lo.
- b. Não sei se terei coragem ou se saberei como fazê-lo.

c. Sei que posso fazê-lo e como fazê-lo.

**15. Selecione uma das três opções:**

a. Não acho que eu tentarei me suicidar.

b. Talvez tentarei me suicidar.

c. Vou tentar me suicidar.

**16. Referente a uma tentativa de suicídio:**

a. Não estou preparado, não fiz nada para conseguir me suicidar.

b. Estou me preparando e já fiz algumas coisas para me suicidar.

c. Estou preparado, já fiz tudo o que preciso para me suicidar.

**17. Escolha uma opção:**

a. Não escrevi uma carta de despedida.

b. Estou escrevendo ou pensando em uma carta de despedida.

c. Já escrevi uma carta de despedida.

**18. Escolha uma opção:**

a. Não fiz nada para quando eu não estiver presente.

b. Fiz algumas coisas para quando eu não estiver presente.

c. Já terminei todas as coisas para quando já não estiver presente.

**19. Referente à ideia de me suicidar:**

a. Já contei para outras pessoas.

b. Tenho dificuldade para contar a outras pessoas.

c. Tento fazer com que ninguém perceba.

**20. Tentativas prévias de suicídio:**

a. Nenhum.

b. Um.

c. Mais de um.

**21. Intenção de morrer relacionada à última tentativa:**

a. Baixa.

b. Moderada, ambivalente, insegura.

c. Alta.

**ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (BSI) (IDOMA ESPAÑOL)**

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Lea con atención cada una de las frases y marque con una (X) la opción que más se asemeja a lo que usted está sintiendo en la última semana, incluyendo el día de hoy.

**1. Siento deseos de vivir:**

- a. Muchos.
- b. Pocos.
- c. Ningunos.

**2. Siento deseos de morir:**

- a. Muchos.
- b. Pocos.
- c. Ningunos.

**3. Seleccione una de las tres opciones:**

- a. Mis razones para vivir son más fuertes que mis razones para morir.
- b. Mis razones para vivir son igualmente fuertes que mis razones para morir.
- c. Mis razones para morir son más fuertes que mis razones para vivir.

**4. Quiero hacer alguna cosa para suicidarme:**

- a. Mucho.
- b. Poco.
- c. Nada.

**5. Seleccione una de las tres opciones:**

- a. Tomaría precauciones para salvar mi vida.
- b. Dejaría mi vida en las manos de la suerte.
- c. No tomaría precauciones para salvar mi vida.

**6. Mis pensamientos e ideas suicidas duran:**

- a. Poco tiempo.
- b. Gran parte del día.
- c. Todo el día.

**7. Siento deseos de suicidarme:**

- a. Casi nunca.
- b. Muchas veces.
- c. Casi siempre.

**8. Ante la idea de suicidarme siento:**

- a. Rechazo, desagrado.
- b. Indiferencia, confusión.
- c. Aceptación, agrado.

**9. Cuando siento deseos de suicidarme:**

- a. Sé que consigo controlar mis acciones y no hacerme daño.
- b. No sé si consigo controlar mis acciones, entonces no sé si voy a hacerme daño o no.
- c. No consigo controlar mis acciones.

**10. Cuando pienso en el suicidio:**

- a. Tengo muchas razones para no hacerlo.
- b. Tengo algunas razones para hacerlo.
- c. No tengo razones para no hacerlo.

**11. Las razones para suicidarme son:**

- a. Quiero que alguna cosa cambie en el mundo, me quiero vengar, quiero atraer la atención.
- b. Quiero huir, resolver problemas.
- c. Una combinación de las dos anteriores.

**12. Con respecto a suicidarme:**

- a. Aún no hice planes.
- b. Pensé en hacer planes, pero aún no los he hecho.
- c. Ya lo planifiqué y sé todo lo que preciso hacer.

**13. Referente al método para suicidarme:**

- a. No consigo ni el método ni la oportunidad para hacerlo.
- b. El método para hacerlo necesitaría de un gran esfuerzo y no es fácil tener la oportunidad de hacerlo.
- c. El método para hacerlo es fácil y tengo la oportunidad de hacerlo.

**14. Cuando pienso en intentar el suicidio:**

- a. Siento que no tengo coraje, que no sé cómo hacerlo.
- b. No sé si tendré coraje o sabré cómo hacerlo.

c. Sé que puedo hacerlo y cómo hacerlo.

**15. Seleccione una de las tres opciones:**

a. Creo que no intentaré suicidarme.

b. Tal vez me intentaré suicidar.

c. Voy a suicidarme.

**16. Referente a una tentativa de suicidio:**

a. No estoy preparado, no hice nada para suicidarme.

b. Estoy preparándome y ya hice algunas cosas para suicidarme.

c. Estoy preparado, ya hice todo lo que preciso para suicidarme.

**17. Seleccione una opción:**

a. No escribí una carta de despedida.

b. Estoy escribiendo o pensando en una carta de despedida.

c. Ya escribí una carta de despedida.

**18. Seleccione una opción:**

a. No hice nada para cuando yo no esté presente.

b. Hice algunas cosas para cuando yo no esté presente.

c. Ya terminé todas las cosas para cuando yo no esté presente.

**19. Referente a la idea de suicidarme:**

a. Ya conté para otras personas.

b. Tengo dificultad para contar a otras personas.

c. Tengo que intentar que nadie perciba.

**20. Tentativas previas de suicidio:**

a. Ninguna.

b. Una.

c. Más de una.

**21. Intención de morir relacionada a la última tentativa:**

a. Baja.

b. Moderada, ambivalente, insegura.

c. Alta.



CENTRO UNIVERSITÁRIO  
DINÂMICA DAS CATARATAS -  
UDC



**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Ideação suicida em estudantes de Medicina e de Relações Internacionais da UNILA

**Pesquisador:** ROSANA ALVAREZ CALLEJAS

**Versão:** 2

**CAAE:** 25795019.4.0000.8527

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRACAO LATINO-AMERICANA

**DADOS DO COMPROVANTE**

**Número do Comprovante:** 151147/2019

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Ideação suicida em estudantes de Medicina e de Relações Internacionais da UNILA que tem como pesquisador responsável ROSANA ALVAREZ CALLEJAS, foi recebido para análise ética no CEP Centro Universitário Dinâmica das Cataratas - UDC em 18/11/2019 às 18:11.

**Endereço:** Avenida Paraná 5661 Vila A.

**Bairro:** JARDIM DAS LARANJEIRAS

**CEP:** 85.868-030

**UF:** PR

**Município:** FOZ DO IGUACU

**Telefone:** (45)3028-3232

**E-mail:** cepudc@udc.edu.br