



**Universidad Científica del Perú**

*Imaginación para la innovación permanente*

Facultad de Ciencias de la Salud

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE  
PACIENTES ATENDIDOS POR INTENTO DE SUICIDIO EN  
EL HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCÍA", DEL  
AÑO 2010 AL 2014**

**Tesis para optar el Título de Licenciado en Psicología**

**Presentado por:**

**Bachiller de Psicología. MEGO SERRANTES, Jhonatan Wilfredo**

**Asesor Interno:**

**Lic. Psicología Germán Molina Ferro**

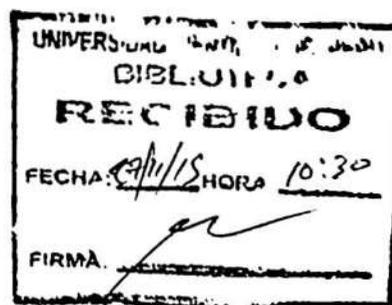
**Asesores Externos:**

**Médico Psiquiatra. Julio César Arévalo Sánchez**

**Lic. Psicología. Julissa Arévalo Jibaja**

Setiembre 2015

San Juan – Loreto



4/12/15  
[Signature]

*Este trabajo lo dedico a mi familia, especialmente a mis padres y hermana.*

## Agradecimiento

A los docentes y maestros de mi querida facultad, que se dedicaron y se preocuparon siempre por nuestra formación.

Me gustaría agradecer a mis padres: Mussoline Mego Ruiz y Sarita Ivone Serrantes Sánchez, el amor, la confianza, el tiempo, y la dedicación que siempre han depositado en mí en lo profesional como en lo personal. También a mi hermana, Lya Tatiana Mego Serrantes, quien en todos estos años me ha demostrado que con nuestras altas y bajas como hermanos, siempre nos tenemos para confiar el uno al otro.

A mi asesor interno, Psic. Germán Molina Ferro, por haberme dirigido la tesis y confiado en mí para desarrollar un estudio de estas características.

A mis asesores, Médico Psiquiatra. Julio Cesar Arévalo Sánchez, por compartir sus conocimientos y guiarme en lo profesional demostrándome una gran confianza y amistad. A la Licenciada Julissa Arévalo Jibaja, por su amistad, apoyo y tiempo invertido para la sustentación de mi tesis.

## RESUMEN

El suicidio en la actualidad es un grave problema de salud pública mundial. La OMS, estima que 1000 personas aproximadamente se suicidan cada día, y en los EE.UU, cerca de 75, es decir: 01 cada 20 minutos y más de 250000 por año. En el Perú, la tasa estimada es de 2 por 100 mil habitantes (INE).

El propósito del presente estudio es conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García", de los años 2010 al 2014, por intento de suicidio y cuál es la explicación a dicha conducta. El diseño usado fue descriptivo-transversal retrospectivo, mediante el empleo de la historia clínica y hoja de protocolo para el paciente con intento de suicidio.

La prevalencia hospitalaria de intento de suicidio en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García", fue de 0.09% y la letalidad del intento de suicidio fu de 3.94%.

El 56% de pacientes tuvo edades entre los 16 y 25 años. El 66% de pacientes son de sexo femenino. La relación mujer hombre fue de 2/1. El 52% de la población estudiada, procede de la zona urbana marginal y de la zona urbano con 35%. En ambos sexos predominaron los solteros siendo el total de 63%, seguido por el grupo de los convivientes con 24%, los casados fueron los menos afectados con 12%.

El 55% de los pacientes presentaron un nivel de instrucción secundaria. La mayoría de los casos con 43% eran independientes, seguido por el grupo de estudiantes con 35%. El mayor número de tentativas se produjeron en los días relacionados al principio de semana y al final de semana con 18%. Siendo los meses de mayor incidencia mayo con 20% y febrero con 13%. La hora de llegada al servicio de emergencia se da en la mayoría de los casos con 63%, durante las horas de vigilia que son de 13:00 a 23:00 pm. Un 83% tenía padres vivos con y con 89% madres vivas.

Predominando en ellos el ser independiente. El 47% de los padres tuvieron estudios secundarios. En la mayoría de pacientes el padre bebía hasta embriagarse en un 35%. Un 59% de los casos provenían de familias pequeñas y de las familias medianas un 36%. Un 71% de los casos provenían de familias completas. El 11% de los pacientes, manifiesta NO tener hermanos y el 81%, SI lo tenía. Un 72% de los pacientes con intento de suicidio no tienen hijos.

El 61% buscaba a través con intento de suicidio por conflicto del ser querido, seguido por el maltrato físico con 17% y los que tenían la sensación de estar solos, perdida del ser querido y problemas laborales con el 8%

El 79% del total de pacientes estudiados, recurrió a la ingesta de organofosforados y el 14%, con ingesta medicamentosa. El 23% de los pacientes estudiados presento algún intento de suicidio previo. El 6% ingirió alcohol, u otro tipo de droga.

Un 10% de los pacientes estudiados presento en algún momento algún intento de suicidio previo. Solo el 5% presento morbilidad mental asociada. El 10% de los pacientes, tuvo intención suicida.

Un 7% de la población estudiada refirió que si volvería a cometer otro acto suicida y un 93% manifiesta no volvería a reintentarlo. Los síntomas que predominaron en la mayoría de los casos fueron los producidos por la ingesta de organofosforados: el vómito con 34%, el dolor de estómago con 28% y las náuseas con 24%.El 37% de los pacientes atendidos por intento de suicidio presentaron síntomas depresivos.



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los 12 días del mes de octubre de 2015, siendo las 7:00 p.m., el Jurado de Tesis designado según Resolución Decanal N° 179- 2015 - FCS -UCP, de fecha 05 de mayo del 2015, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad integrado por los señores docentes que a continuación se indica:

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

- Méd. Mgr. Jesús J. Magallanes Castilla (Presidente)
Psic. Herminia de los Ríos Sosa (Miembro)
Psic. Juan Méndez del Águila (Miembro)

Se constituyeron en las instalaciones de la Sala de Sesiones del Consejo Directivo de nuestra Universidad, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la Tesis Titulada: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES ATENDIDOS POR INTENTO DE SUICIDIO EN EL HOSPITAL IQUITOS - CESAR GARAYAR GARCÍA, DEL AÑO 2010 al 2014" del Bachiller en Psicología: JHONATAN WILFREDO MEGO SERRANTES, para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología que otorga la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto General de la UCP vigente.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma.....

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

Table with 5 columns: INDICADOR, EXAMINADOR 1, EXAMINADOR 2, EXAMINADOR 3, PROMEDIO. Rows include A) Aplicación de la teoría a casos reales, B) Investigación Bibliográfica, C) Competencia expositiva, D) Calidad de respuestas, E) Uso de terminología especializada, and CALIFICACIÓN FINAL.

RESULTADO:

APROBADO POR: UNANIMIDAD
CALIFICACIÓN FINAL (EN LETRAS)... DISECUTEN

LEYENDA:

Legend table with 2 columns: INDICADOR, PUNTAJE. Rows: DESAPROBADO (Menos de 13 puntos), APROBADO POR MAYORÍA (De 13 a 15 puntos), APROBADO POR UNANIMIDAD (De 16 a 17 puntos), APROBADO POR EXCELENCIA (De 18 a 20 puntos).

Signature of Psic. Herminia de los Ríos Sosa, Miembro

Signature of Méd. Mgr. Jesús J. Magallanes Castilla, Presidente

Signature of Juan Méndez del Águila, Miembro

La Universidad vive en Ti

# SUSTENTACIÓN DE TESIS ASISTIDA

## PRESIDENTE



Méd. Mgr. Jesús J. Magallanes Castilla

## MIEMBROS



UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ  
Facultad de Ciencias de la Salud

Psc. Herminia de los Ríos Sosa

Coordinadora de Psicología  
Psi. Herminia Rosa de los Ríos Sosa



JUAN ALFONSO MÉNDEZ DEL ÁGUILA  
PSICOLOGO  
C.Ps.P. N° 2981

Psic. Juan Méndez del Águila

## ASESOR



German Molina Ferro  
Psicólogo  
C.Ps.P. N° 8990

Psi. German Molina Ferro

**INDICE DE CONTENIDO**

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
<b>1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>4</b>
<b>1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>6</b>
1.2.1. Problema General	6
1.2.2. Problemas Específicos	6
<b>1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>7</b>
1.3.1. Objetivo General	7
1.3.2. Objetivos Específicos	7
<b>1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA EL ESTUDIO</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo II: MARCO TEÓRICO</b>	
<b>2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>11</b>
<b>2.2. TIPOLOGÍAS SUICIDAS</b>	<b>15</b>
<b>2.3. TEORÍAS SOBRE EL INTENTO DE SUICIDIO</b>	<b>17</b>
2.3.1. TEORÍAS SOCIOLOGICAS	17
<b>2.4. TEORÍAS SOBRE EL INTENTO DE SUICIDIO</b>	<b>18</b>
2.4.1. TEORÍAS SOCIOLOGICAS	18
2.4.2. TEORÍAS PSICOLÓGICAS	18
<b>2.5. INCIDENCIA</b>	<b>19</b>
<b>2.6. FACTOR DE RIESGO</b>	<b>21</b>
<b>2.7. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	<b>21</b>
<b>2.8. FACTORES CLÍNICOS</b>	<b>24</b>

2.8.1. Trastornos Médicos	24
2.8.2. Trastornos Mentales	25
2.8.3. Trastornos Afectivos	25
2.8.4. Esquizofrenia	26
2.7.5. Trastornos de Ansiedad	26
2.7.6. Abuso de Sustancias	27
2.7.7. Trastorno de Personalidad	27
2.7.8. Conducta Suicida Previa	28
2.7.9. Trastornos Adaptativos	29
2.9. FACTORES GENÉTICOS Y NEUROBIOLÓGICOS	30
2.10. EL SUICIDIO Y LOS FACTORES CÓSMICOS	31

### CAPÍTULO III 34

#### Capítulo III: METODOLOGÍA

3.1. ASPECTOS METODOLÓGICOS	35
3.1.1. Tipo de investigación	39
3.1.2. Diseño de la investigación	39
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	39
3.2.1 Criterios de Inclusión	41
3.2.2 Criterios de Exclusión	41
3.2.3 Técnicas e Instrumentos	41
3.2.4 Determinación de la muestra	42
3.3. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
3.4. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN	43

<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>45</b>
<b>Capítulo VI: RESULTADOS</b>	
<b>4.1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	<b>46</b>
• EDAD	46
• SEXO	47
• PROCEDENCIA	48
• ESTADO CIVIL	49
• NIVEL DE INSTRUCCIÓN	50
• OCUPACIÓN	51
• DATA	52
• MES	53
• HORA	54
• CARACTERÍSTICAS FAMILIARES	55
• TIPO DE FAMILIA	57
• TAMAÑO FAMILIAR	58
• HERMANOS	59
• HIJOS	60
• DESENCADENANTE	61
• MÉTODO EMPLEADO	62
• IDEACIÓN PREVIA	63
• USO DE DROGAS O BEBIDAS ALCOHÓLICAS	64
• ANTECEDENTE DE SUICIDIO	65



## INDICE DE TABLAS

Nº	Título	Pág.
TABLA N° 01:	Distribución de casos de intento de suicidio según edad en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	46
TABLA N° 02:	Distribución por sexo de los pacientes con intento de suicidio en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	47
TABLA N° 03:	Distribución de casos de intento de suicidio según procedencia en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	48
TABLA N° 04:	Distribución de casos de intento de suicidio según estado civil en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	49
TABLA N° 05:	Distribución de casos de intento de suicidio según grado de Instrucción en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	50
TABLA N° 06:	Distribución de casos de intento de suicidio según ocupación en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	51
TABLA N° 07:	Distribución semanal de casos de pacientes con intento de suicidio en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	52
TABLA N° 08:	Distribución mensual de casos de pacientes con intento de suicidio y en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	53
TABLA N° 09:	Distribución mensual de casos de pacientes con intento de suicidio y por sexo en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	53
TABLA N° 10:	Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según la hora de llegada al servicio de emergencia en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	54
TABLA N° 11:	Características de los miembros de familia de pacientes con intento de suicidio atendidos en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" 2010 - 2014	56

TABLA N° 12: Distribución de casos de intento de suicidio según tipo de familia en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 – 2014	57
TABLA N° 13: Distribución de casos de intento de suicidio según tamaño familiar en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 – 2014	58
TABLA N° 14: Distribución de casos de intento de suicidio según hermanos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 – 2014	59
TABLA N° 15: Distribución de casos de intento de suicidio según familia con Hijos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 – 2014	60
TABLA N° 16: Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según desencadenante en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 – 2014	61
TABLA N° 17: Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según método empleado en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 – 2014	62
TABLA N° 18: Distribución de pacientes con intento de suicidio según ideación previa en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 – 2014	63
TABLA N° 19: Distribución de casos de intento de suicidio según uso de drogas y/o alcohol en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 – 2014	64
TABLA N° 20: Distribución de casos de intento de suicidio según el antecedente de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 – 2014	65
TABLA N° 21: Distribución de casos de intento de suicidio según morbilidad mental asociada en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 – 2014	66
TABLA N° 22: Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según Método de intención suicida en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 – 2014	67
TABLA N° 23: Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según riesgo suicida en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 – 2014	68

**TABLA N° 24: Pacientes con intento de suicidio según características clínicas orgánicas  
atendidos en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" 2010 - 2014** 69

**TABLA N° 25: Pacientes con intento de suicidio según características psíquicas orgánicas  
atendidos en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" 2010 - 2014** 70

## INDICE DE FIGURAS

Nº	Título	Pág.
FIGURA Nº 01:	Distribución de casos de intento de suicidio según edad en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	46
FIGURA Nº 02:	Distribución por sexo de los pacientes con intento de suicidio en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	47
FIGURA Nº 03:	Distribución de casos de intento de suicidio según procedencia en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	48
FIGURA Nº 04:	Distribución de casos de intento de suicidio según estado civil en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	49
FIGURA Nº 05:	Distribución de casos de intento de suicidio según grado de Instrucción en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	50
FIGURA Nº 06:	Distribución de casos de intento de suicidio según ocupación en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	51
FIGURA Nº 07:	Distribución semanal de casos de pacientes con intento de suicidio en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	52
FIGURA Nº 08:	Distribución mensual de casos de pacientes con intento de suicidio y por sexo en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	53
FIGURA Nº 09:	Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según la hora de llegada al servicio de emergencia en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	54
FIGURA Nº 10:	Distribución de casos de intento de suicidio según tipo de familia en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014	57

FIGURA N° 11: Distribución de casos de intento de suicidio según tamaño de familiar en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 - 2014	58
FIGURA N° 12: Distribución de casos de intento de suicidio según hermanos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 - 2014	59
FIGURA N° 13: Distribución de casos de intento de suicidio según familia con Hijos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 - 2014	60
FIGURA N° 14: Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según la hora de llegada al servicio de emergencia en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 - 2014	61
FIGURA N° 15: Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según método empleado en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 - 2014	62
FIGURA N° 16: Distribución de pacientes con intento de suicidio según ideación previa en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 - 2014	63
FIGURA N° 17: Distribución de casos de intento de suicidio según uso de drogas y/o alcohol en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 - 2014	64
FIGURA N° 18: Distribución de casos de intento de suicidio según el antecedente de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 - 2014	65
FIGURA N° 19: Distribución de casos de intento de suicidio según morbilidad mental asociada en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 - 2014	66
FIGURA N° 20: Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según método de intención suicida en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 - 2014	67
FIGURA N° 21: Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según riesgo suicida en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” los años 2010 - 2014	68

- FIGURA N° 22: Pacientes con intento de suicidio según características clínicas orgánicas atendidos en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" 2010 - 2014** 69
- FIGURA N° 23: Pacientes con intento de suicidio según características psíquicas orgánicas atendidos en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" 2010 - 2014** 70

## I. INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación, denominado: "Características Epidemiológicas y Clínicas de Pacientes Atendidos por Intento de Suicidio en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García", del Año 2010 Al 2014". Donde se realizó la recolección de datos de pacientes atendidos con el diagnóstico de Intento de Suicidio.

Se llegó a los siguientes resultados: El 56% de pacientes tuvo edades entre los 16 y 25 años. El 66% de pacientes son de sexo femenino. La relación mujer hombre fue de 2/1. El 52% de la población estudiada, procede de la zona urbana marginal y de la zona urbano con 35%. En ambos sexos predominaron los solteros siendo el total de 63%, seguido por el grupo de los convivientes con 24%, los casados fueron los menos afectados con 12%. El 55% de los pacientes presentaron un nivel de instrucción secundaria. La mayoría de los casos con 43% eran independientes, seguido por el grupo de estudiantes con 35%. El mayor número de tentativas se produjeron en los días relacionados al principio de semana y al final de semana con 18%. Siendo los meses de mayor incidencia mayo con 20% y febrero con 13%. La hora de llegada al servicio de emergencia se da en la mayoría de los casos con 63%, durante las horas de vigilia que son de 13:00 a 23:00 pm. En cuanto a las características familiares un 83% tenía padres vivos con y con 89% madres vivas. Predominando en ellos el ser independiente. El 47% de los padres tuvieron estudios secundarios. En la mayoría de pacientes el padre bebía hasta embriagarse en un 35%. Un 59% de los casos provenían de familias pequeñas y de las familias medianas un 36%. Un 71% de los casos provenían de familias completas. El 11% de los pacientes, manifiesta NO tener hermanos y el 81%, SI lo tenía. Un 72% de los pacientes con intento de suicidio no tienen hijos.

## I. INTRODUCTION

The following research project, called "epidemiological and clinical characteristics of patients treated for attempted suicide in the Iquitos Hospital" Garayar Cesar Garcia ", from 2010 to 2014". Where data collection of patients treated with the diagnosis of attempted suicide took place.

It came to the following results: 56% of patients had ages between 16 and 25 years. 66% of patients are female. Man woman ratio was 2/1. 52% of the study population comes from the marginal urban area and the urban area with 35%. In both sexes singles dominated the total of 63%, followed by the group with 24% cohabiting, married were the least affected with 12%. 55% of patients had a high school education. Most cases 43% were independent, followed by the group of students with 35%. The highest number of attempts occurred on days related to the beginning of week and end of week with 18%. As the months of highest incidence with 20% in May and February with 13%. Check the emergency service is given in most cases 63%, during the waking hours are from 13:00 to 11:00 p.m.. As for the familiar features 83% had living parents and 89% live with mothers. Dominate them being independent. 47% of parents had high school. In most patients the father drank to intoxication by 35%. 59% of the cases came from smaller families and families of medium 36%. 71% of the cases came from complete families. 11% of patients state that they have brothers and 81% if it had. 72% of patients with suicide attempt have no children.

# CAPÍTULO I

## CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A pesar de la eficacia de la actividad médica que ha contribuido a la disminución de la mortalidad de muchas enfermedades, los daños intencionales, como los homicidios y los suicidios, se han incrementado hasta llegar a constituirse en una de las principales causas de muerte. Así, en diversas regiones del mundo y durante los últimos años se ha observado un incremento paulatino y constante del fenómeno suicida. Perú no es la excepción y, si bien sus tasas de suicidio e intentos de suicidio no son las más altas en la región panamericana y en el resto del mundo, el problema amerita ser considerado, precisamente por su nefasta naturaleza. Es importante señalar que las personas que intentan suicidarse plantean diversos problemas sanitarios serios.

Conocer la magnitud de éste fenómeno en su justa magnitud, es un reto. Por un lado se sabe que, por temor al estigma social y religioso, se trata de ocultar o enmascarar el suceso. Por otro lado, las estimaciones se fundamentan en registros oficiales donde es obligatorio registrar los suicidios consumados mientras que los intentos de suicidio no tienen que notificarse legalmente. De otra parte, los datos epidemiológicos frecuentemente derivan de averiguaciones retrospectivas que consisten en la revisión de las historias clínicas de los sujetos que han presentado este problema, encontrándose un mal registro de estas ocurrencias a nivel estadístico.

El intento de suicidio es una emergencia médica que llega a los servicios de emergencia de los hospitales y son atendidos allí, y dados de alta, sin importar la causa que determino haber tomado tal decisión, sin llegar al servicio de psicología o psiquiatría y, por consiguiente muchos pacientes no reciben evaluación ni tratamiento especializado.

Es por eso que conocer el comportamiento y los factores de riesgo del fenómeno suicida en nuestra población es el primer paso, fundamental y necesario, para emprender cualquier forma de prevención e intervención precoz.

Un estudio previo realizado en la ciudad de Iquitos por los Drs. Parimango Álvarez en los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional de Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias" y Hospital Iquitos "Cesar Garayar García", por intento de suicidio en enero 2000 a octubre 2003, concluye que el grupo etáreo predominante en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García", fue de 13-19 años con el 46.3% y en el Hospital Regional de Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias", predominó el grupo etáreo de 20 a 34 años de un total de 231 pacientes, significando que según los resultados obtenidos, fue que en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García", acude en su mayoría población más joven con el diagnóstico en estudio, es decir, si lo comparamos con el Hospital Regional de Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias".

A pesar del tiempo transcurrido del ante expuesto estudio, se evidencia incremento en los casos de intento de suicidio en los hospitales desconociéndose la carga de morbimortalidad; de ahí que se plantea estudiar nuevamente la prevalencia de esta entidad clínica en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García".

En el año 2003 el servicio de Psiquiatría del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García", desarrolló una ficha validada y baremizada para aplicar a todos los pacientes que ingresaban al servicio de Emergencia del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García", por intento de suicidio y que por la falta de colaboración de los médicos y enfermeras de ese servicio, solo se trabajó por dos meses. Esta ficha fue la base para plantearnos el estudio que desarrollamos.

Finalmente la sociedad percibe estos hechos como un problema de salud pública que no es atendido por nuestras autoridades de salud debido a que no se tienen un conocimiento real del problema, de ahí otro importante detalle para plantear este estudio.

---

1 RODRÍGUEZ, A; LÓPEZ, P: *Ideal de yo y conducta suicida. Psicopatología. 1985; 5(2): 181—185.*

2 SARTORIUS, N: *Introducción al Simposio Internacional sobre el suicidio. Psicopatología. 1985; 5 (2): 81—84.*

3 SCHNEIDER, PB: *La tanta tive de suicide. Etude statistique, clinique, psychologique et catamnestique. Suiza, Delachaux & Niestlé. 1954.*

4 LADAME, F: *Les tentatives de suicide des adolescents. Paris, Masson. 1987.*

## 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

### 1.2.1. Problema General

Ψ ¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, del año 2010 al 2014, por intento de suicidio?

### 1.2.2. Problemas Específicos

Ψ ¿Cuáles son las características epidemiológicas: edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, data y hora de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante los años 2010 al 2014?

Ψ ¿Cuáles son las características familiares de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante los años 2010 al 2014?

Ψ ¿Cuál fue el factor desencadenante de la conducta suicida en los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante los años 2010 al 2014?

Ψ ¿Cuál fue el método empleado de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante los años 2010 al 2014?

Ψ ¿Cuál fue el grado de intencionalidad del paciente atendido por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante los años 2010 al 2014?

Ψ ¿Cómo identificar a los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante los años 2010 al 2014, que estén en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro?

Ψ ¿Qué síntomas clínicos acompañaron a los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante los años 2010 al 2014?

Ψ ¿Qué relación existe de acuerdo al sexo las características psíquicas en los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante los años 2010 al 2014?

### 1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.3.1. Objetivo General:

Ψ Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante los años 2010 al 2014.

#### 1.3.2. Objetivos Específicos:

Ψ Analizar las características epidemiológicas: edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, data y hora de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante los años 2010 al 2014.

Ψ Describir las características familiares de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante los años 2010 al 2014.

Ψ Identificar el factor desencadenante de la conducta suicida. De los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante los años 2010 al 2014.

Ψ Identificar el método empleado de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante los años 2010 al 2014.

- Ψ Analizar el grado de intencionalidad del paciente atendido por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante los años 2010 al 2014.
- Ψ Identificar a los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante los años 2010 al 2014, que estén en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro.
- Ψ Analizar los síntomas clínicos que acompañan a los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante los años 2010 al 2014.
- Ψ Relacionar de acuerdo al sexo las características psíquicas de los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante los años 2010 al 2014.

#### 1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La conducta suicida se presenta como impulso autodestructivo del propio sujeto modulado por las pautas socioculturales. Se trata de un fenómeno complejo, con grandes dificultades para ser estudiado en todas sus dimensiones, debido a sus connotaciones de tipo jurídico, religioso y social.

La Organización Mundial de la Salud, viene enfatizando la importancia de realizar la mayor cantidad de estudios sobre este tema en nuestros países, empleando mejores métodos de recolección de datos para identificación de los grupos más vulnerables o de mayor riesgo, afinando la precisión de características sociodemográficas, y evaluando las tasas y motivos del fenómeno suicidio.

---

5 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Trastornos mentales y del comportamiento. GTE 10. Madrid, Meditor. 1992.*

Llama la atención que las personas intentan buscar la solución a sus problemas por esta vía, de ahí la necesidad de plantear este estudio, en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, y que es un hospital con mayor demanda de pacientes, cuya finalidad es de observar y demostrar la atención al incremento del intento de suicidio como problema de salud.

El estudio realizado con anterioridad en la ciudad de Iquitos fue de tipo retro-prospectivo teniendo en cuenta que solo revisaron las historias clínicas de ambos hospitales, en ese entonces el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, no contaba con la HOJA DE PROTOCOLO, para el paciente Hospitalizado por intento de suicidio, que cuenta al día de hoy. Los datos se obtuvieron ubicando al paciente en su domicilio posterior al alta, para poder completar el estudio, el cual pudo presentar sesgo al momento de realizar la encuesta.

El estudio que hoy se plantea en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, es factible gracias a que se cuenta con la HOJA DE PROTOCOLO, para paciente Hospitalizado por intento de suicidio, cuál ha sido validada y se vienen empleando desde el año 2003 por el servicio de Psiquiatría de dicho nosocomio. El estudio incluye a diferencia del estudio anterior, la data y hora, que se refleja el contexto de la persona y precisa algunas características clínicas y de personalidad.

Así mismo de acuerdo a otros estudios de investigación que demuestran que la estacionalidad tiene importancia en la epidemiología del intento de suicidio, se estudiara riesgo suicida, uso de drogas, características clínicas a diferencia del primer estudio.

## CAPÍTULO II

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

A lo largo de la historia ha variado la actitud de la sociedad hacia el acto del suicidio, sus formas y su frecuencia.

En la Europa Antigua, sobre todo en el Imperio Romano, el suicidio estaba consentido y hasta era considerado como un acto honroso; por esta razón los antiguos romanos admitían muchas razones legítimas para su práctica.

Después, varios de los primeros concilios de la Iglesia Cristiana decretaron que aquellos que cometieran suicidio, no se les podría aplicar los rituales de la iglesia tras su muerte. En la edad media, la Iglesia Católica Romana consideró expresamente esta práctica y lo tomó como un pecado.

En las legislaciones medievales se ordenaba la confiscación de todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones.

En la actualidad, desde el punto de vista religioso el suicidio es considerado como una mala acción, debido a que el ser humano no tiene derecho a quitarse la vida que Dios le ha dado, y está condenado por el Cristianismo, Judaísmo e Islamismo. Desde el punto de vista jurídico y de los derechos humanos el suicidio es considerado por muchos aceptable (Eutanasia).

En 1897 Durkheim postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico más que un puro acto de individualismo. Lo consideraba como una consecuencia de una mala adaptación social del individuo y de una falta de integración. Este autor identificó cuatro tipos de suicidio: Suicidio Egoísta, Altruista, Anómico y Fatalista.

---

6 DURKHEIM, E: *Le suicide. Etude de sociologie. Paris, Alcan. 1897.*

Estos se sucedían como consecuencia de determinadas condiciones sociales. No obstante, la tendencia actual considera al suicidio desde el punto de vista psicológico en lugar de una perspectiva moral.

La palabra "suicidio" es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas *sui y occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo.

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia él, actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura.

Actualmente, el suicidio entre jóvenes menores de 15 años es poco frecuente. Sin embargo, en países como Bélgica, Suecia y Japón, entre otros, hay un crecimiento alarmante de los suicidios entre los jóvenes menores de 15 años.

*Carlos Robles:* Sostienen en el estudio realizado en el año 2003, en Mar de Plata – Argentina. Que el suicidio es la octava causa de muerte en los adultos, en los adolescentes es la tercera causa, siendo la primera los accidentes de tránsito, donde algunos de ellos son suicidios encubiertos. La edad pico de intentos de suicidio es al finalizar la adolescencia, entre los 19 y 23 años, siendo más frecuente en mujeres, que recurren a sobredosis de medicación o intentan cortarse superficialmente las muñecas. En cambio, en los varones es más frecuente el suicidio consumado.

En el *Perú*, un estudio realizado en el distrito de Magdalena en 1996, encontró importantes indicadores suicidadas en adolescentes, estando presente la ideación en un 16,1% de la muestra y un 3% que había intentado suicidarse alguna vez. Otro estudio epidemiológico encontró deseos de morir en algún momento entre el 16% y 24.4% de adolescentes de las localidades estudiadas, siendo más altas en los urbanos populares (urbano populares: distritos del Rímac, Santa Anita; urbano Magdalena).

En el estudio publicado por el INSM-PERÚ (1998), se mencionan los motivos más frecuentes asociados al suicidio: conflictos conyugales (29.6%), conflictos familiares (27.6%), conflictos sentimentales (22.1%), psicopatológicos (17,6%), laboral-económico (2.2%), enfermedad física (0.8%), tres cuartas partes de los suicidios están relacionados a alguna forma de depresión: trastorno depresivo mayor (39.4%) y trastorno reactivo con síntomas depresivos (35.5%); un 23.8% está asociado también, con abuso de alcohol y sustancias.

El estudio realizado en el 2002 por el *Instituto de Salud Mental – Lima*, en una población de adultos, de la urbanización popular: Los Ángeles del Distrito de Rímac, encontró una prevalencia de ideas e intentos suicidas de 6,5 y 8,4% respectivamente.

En otro estudio posterior del INSM-PERÚ (2002), se han encontrado que la prevalencia de pensamientos suicidas es de 30.3% de la población encuestada; este tipo de pensamiento es más frecuente entre las mujeres (40.4%) que entre los varones (19,6%), a diferencia del suicidio consumado. En este mismo estudio, se observa una tendencia generacional al incremento de indicadores suicidas. La prevalencia de pensamientos de índole suicida en el adulto, adolescente y adulto mayor es de 30.3%, 29.1% (las cifras son elevadas en el grupo de adolescentes de 15 17 años) y 27,8% respectivamente.

En el estudio realizado por Mosquera en el 2003, cuyo propósito fue caracterizar el perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital “Hermilio Valdizan”, en la ciudad de Lima, concluyo que los daños intencionales, como los homicidios y los suicidios, se han incrementado hasta llegar a construirse en una de las principales causas de muerte. Así en diversas regiones del mundo y durante los últimos años se ha observado un incremento paulatino y constante de fenómeno suicida, especialmente en adolescentes.

En el *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana (INSM, 2003)*, para el grupo de mujeres unidas o alguna vez unidas, se encontró una prevalencia del deseo de morir del 45.5%. La prevalencia de la conducta suicida es mayor en las mujeres: 3.6% contra 1.7% en los varones. En este mismo estudio, se encuentra una prevalencia del deseo de morir del 34.2% en adultos, ligeramente superior a los datos anteriores.

En el *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana (INSM, 2004)*, para el grupo de mujeres unidas o alguna vez unidas, se encontró una prevalencia del deseo de morir del 39.9%. La prevalencia de la conducta suicida es mayor en las mujeres: 4.8% contra 2.2% en los varones. En este mismo estudio, se encontró una prevalencia del deseo de morir del 32.5% en adultos.

Según el *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Iquitos (2004)*, realizado por el INSM; esta ciudad presenta una de las prevalencias de trastornos psiquiátricos más altas entre las demás ciudades de Perú.

Este estudio obtuvo como resultados que la prevalencia de deseos de morir en adulto, el adolescente y el adulto mayor se encontró en un 30.3%, 29.1% y 27.8% respectivamente, lo que sugiere que, si en la actualidad la prevalencia de vida del adolescente es similar a la del adulto y superior a la del adulto mayor, estamos ante un incremento sustantivo de estas tendencias. Asimismo, la prevalencia anual de deseos de morir se encontró más alta en los adolescentes (15.3%) en comparación con los adultos (8.5%) y los adultos mayores (12.2%).

A lo largo de los años, ha habido múltiples definiciones y descripciones de este fenómeno.

Schneidman definió el suicidio como el acto consciente de auto aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución". Stengel en 1961, diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio.

---

7 SCHNEIDMAN, ES: *Some reflections of a founder. Suicide and Life Threatening Behavior. 1988; 18(1): 1—12.*

En el intento, hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se logra el suicidio.

En la tentativa, conducta para suicida o comúnmente llamado gesto autolítico, no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. No obstante, hay conductas para suicidas que han acabado en suicidios consumados.

Esta proliferación de definiciones, obligo a la OMS (1976), a intentar unificar la terminología. Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a si mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida. **Intento de suicidio:** acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

El suicido es un conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen *tres fases*.

- 1).- Idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer suicidio.
- 2).- Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir.
- 3).- Decisión en la que ya se pasa a la acción.

## 2.2.- TIPOLOGÍAS SUICIDAS

Clasificación de los suicidas según las características que le son comunes. Para E. DURKHEIM son cuatro los tipos de suicidas según la mayor o menor integración social o regulaciones sociales: egoísta, altruista, anómico y fatalista.

Menninger, distingue tres tipos según el motivo predominante del acto: deseo de matar, deseos de morir y deseos de ser muerto.

Baechler, describe cuatro categorías basadas en la lógica del individuo suicida: escapista, agresivo, oblativo y lúdico

Mintz, los clasifica según diferentes motivaciones existentes en los suicidas: hostilidad contra el objeto previamente introyectado, agresión dirigida contra sí mismo, gratificación narcisista o masoquista, redacción de la culpabilidad, destrucción de sentimientos intolerables, como acto de renacimiento, como reunión, para escapar del dolor, respuesta contra fóbica a miedo a la muerte, etc.

E. Schneidman, los califica según la necesidad psicológica insatisfecha que predomine, tomando las necesidades enunciadas por Henry A. Murray en su libro "Exploración de la Personalidad" y enuncia un total de cien: agredir, defenderse, dominar, exhibirse, jugar, evitar una humillación, ser independiente, etc. Pérez Barrero los califica según la capacidad que tengan de responsabilizarse con su propia vida y los divide en totalmente responsables, parcialmente responsables y no responsables, con los que hay que establecer una relación terapéutica específica durante la crisis suicida (participación mutua, cooperación guiada y activo pasiva respectivamente). Otras tipologías son las de Wold, Henderson y Williams, Leonard, Berman, etc.

---

8 DURKHEIM, E: *Le suicide. Etude de sociologie. Paris, Alcan. 1897*

9 MENNINGER, K: *Man Against Himself. New York, Harcourt Brace and World. 1938.*

## 2.3.- TEORÍAS SOBRE EL INTENTO DE SUICIDIO

### 2.3.1.- TEORÍAS SOCIOLÓGICAS

1).- **Intento gravísimo de suicidio:** Por su proceso y por la gravedad de las consecuencias es similar al suicidio, difiere en cuanto al resultado mortal en el acto suicida.

El individuo tiene ideas de muerte, un profundo estado depresivo, prepara su comportamiento suicida, pero un elemento circunstancial evita su muerte; por ejemplo, la persona que se lleva un arma de fuego a la cabeza, dispara pero la bala no le provoca la muerte. El individuo presenta, como consecuencia de su conducta suicida, gravísimas heridas físicas.

2).- **Intento Grave:** Las armas o medios utilizados para llevar a cabo el comportamiento suicida no pueden provocar la muerte, ni lesiones de gravedad. Por ejemplo, autolaceraciones, psicofármacos.

3).- **Intento leve:** En estos casos las armas o medios utilizados resultan imposibles de provocar la muerte, ocasionando solo heridas leves.

4).- **Intento sin daño:** El medio elegido no puede producir ningún daño físico.

*Marchiori (1998)*, señala que el intento de suicidio no se produce ningún daño físico, esta relacionado con los instrumentos utilizados que resultan inofensivos para el propósito autodestructivo del individuo.

## 2.4.- TEORÍAS SOBRE EL SUICIDIO

### 2.4.1.- TEORÍAS SOCIOLÓGICAS

Durkheim (1897). Según la relación del individuo con el grupo social, se establece 4 tipos de suicidio:

- 1).- **Suicidio Egoísta:** Son individuos que no están fuertemente integrados en el grupo social.
- 2).- **Suicidio Altruista:** Son individuos que están fuertemente integrados en el grupo social, sufren falta de individualidad (enfermos desahuciados, militares derrotados).
- 3).- **Suicidio Anónimo:** Sujetos con la integración al grupo alterada o distorsionada (ruina repentina, divorcio, cambios drásticos de hábitos o de vida).
- 4).- **Suicidio Fatalista:** Como resultado de un exceso de reglamentación o presión, se sienten aplastados por la disciplina o las normas (militares y jóvenes ante el fracaso escolar).

### 2.4.2.- TEORÍAS PSICOLÓGICAS

Psicoanálisis (Freud): Elaboro una interpretación sobre el tema, en el que es Thanatos o instinto de muerte auto dirigido, el que nos induce a este tipo de comportamiento. El suicidio representa la hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente introyectado, por regla general, de forma ambivalente.

---

*10 DURKHEIM, E: Le suicide. Etude de sociologie. Paris, Alcan. 1897*

**Menninger (1938):** El suicidio sería un homicidio invertido, el resultado de la rabia o la ira contenida contra otra persona, que se dirige al interior o se utiliza como una excusa para el castigo. Se distingue en toda idea suicida tres componentes: el deseo de matar el deseo de ser matado y el deseo de morir.

**Psicología Cognitiva:** Han hallado que es la desesperanza la que está ligada a la consumación del suicidio, por tanto, su tratamiento se encamina a corregir los pensamientos negativos e infundir esperanza.

El suicidio desde el punto de vista psicopatológico, no es más que un síntoma de tipo conductual que hay que estudiar desde todas las vertientes posibles.

Los métodos, de suicidio varían entre los países, en algunos por ejemplo el uso de pesticidas es un método común, mientras que en otros la intoxicación por medicamentos, escapes de gases de los automóviles, y armas de fuego son más frecuentes.

Los varones mueren mucho más a menudo a causa del suicidio que las mujeres; una de las razones para esto es que recurren a métodos más violentos para cometer suicidio, tales como armas de fuego, ahorcamiento y explosivos, con mayor frecuencia que las mujeres. Sin embargo, en algunos países el suicidio es más frecuente en las mujeres entre 15 y 19 años que entre los varones de la misma edad y en la década pasada ha aumentado la proporción de mujeres que usan métodos violentos.

## 2.5.- INCIDENCIA

La conducta suicida supone un problema de salud pública de primer orden para todos los países, debido al número de personas afectadas por año. No obstante, poder determinar el número exacto de personas afectadas es difícil por las dificultades metodológicas que existen.

Existen además, una variación considerable en las tasas de suicidio o de intentos de suicidio entre los distintos países.

Se puede decir que en países como Escandinavia, Finlandia, Suiza, Alemania, Austria o Europa del Este, tienen tasas de suicidio elevadas, por encima de 25/100.000 habitantes y España, Italia o Egipto, tasas por debajo de 5/1000.000, habitantes. Estados Unidos está en una situación intermedia.

Sin embargo, estas cifras solo reflejan una parte de problema, ya que según la OMS, aproximadamente 10,2 millones de personas en todo el mundo realizan algún tipo de conducta autolítica que requiere atención médica, y cerca de 30 millones estarían en riesgo de tener este tipo de conductas, aunque no reclamen atención médica.

El suicidio, asociado a diferentes cuadros, ocupa el cuarto lugar como causa de muerte violenta en Lima, constituyendo el 8% de estas (Instituto de medicina Legal, 2001), en una relación de 2:1 entre hombres y mujeres. En un estudio realizado por el INSM, Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (1998). Se mencionan los motivos más frecuentes asociados al suicidio: conflictos conyugales (29.6%), conflictos familiares (27.6%), conflictos sentimentales (22.1%), etc.

Tres cuartas partes de los suicidios están relacionados a alguna forma de depresión: trastorno depresivo mayor (39.4%) y trastorno reactivo con síntomas depresivos (35.5%); un 23 % está asociado también, con abuso de alcohol y sustancias.

En otro estudio posterior de esta misma institución (2002), se han encontrado consideraciones o pensamientos suicidas en el 30.3% de la población encuestada; este tipo de pensamiento es más entre las mujeres (40.3%) que entre los varones (19.6%) a diferencia del suicidio consumado. En

este mismo estudio, se observa una tendencia generacional al incremento de adulto mayor es de 30.3%, 29.1% y 27.8%, respectivamente.

Si bien la prevalencia de vida en el adulto es mayor que en los adolescentes, la prevalencia anual en los adolescentes es mayor respecto a los adultos (15.3% y 8.5%, respectivamente), lo cual pone suicidio y la depresión entre las prioridades de la salud mental durante la infancia y adolescencia.

## 2.6.- FACTOR DE RIESGO

La conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos. Conocer bien estos factores es de gran importancia para evaluar adecuadamente el riesgo autolítico de un individuo. Se podrían clasificar en tres grandes grupos: sociodemográficos, clínicos y genéticos/neurobiológicos.

Aunque el riesgo de suicidio está en relación con el número de factores de riesgo presentes, Mann y Col, formulan un modelo de conducta suicida que consta de dos dimensiones interrelacionadas.

La dimensión de los rasgos de una persona (genética, abuso de sustancias, personalidad *border-line* o impulsividad), y la de los desencadenantes o precipitantes (enfermedad psiquiátrica aguda o acontecimiento vitales adversos). Este autor sugiere que deben coincidir, al menos un factor de cada dimensión, para que aumente el riesgo de suicidio. Esto explicaría por qué unos pacientes se suicidan y otros no, con la misma enfermedad psiquiátrica.

## 2.7.- FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

*Sexo.* En la mayor parte de los países donde se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres. En el estudio WHO/EURO, se obtiene una relación mujer/hombre, para los intentos de suicidio de 1,5:1 sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados.

---

*11 MANN, 33; McBRIDE, PA; BROWN, RP; LINNOILA, 14; LEON, AC; DEMEO, M; MIECZKOWSKI, T; MYERS, JE; STANLEY, 14: Relationship between central and peripheral serotonin indexes in depressed and*

Los métodos utilizados en el acto suicida varían según el sexo. Os hombres suelen consumir el suicidio ya que el método que emplean es más violento (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas). Las mujeres suelen realizar sobreingestas de psicótopos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes. Muchas veces el método escogido nos indica la intencionalidad del acto.

**Edad.** El riesgo de suicidio aumenta con la edad. En el estudio de Baxter y Appleby, se define una edad media de suicidio de 47,4 años (42,0 para hombres y 50,4 años para mujeres).

Se conoce que las tasas de suicidio aumentan con la edad, pero se ha observado un incremento porcentual en adultos jóvenes y llama la atención que el suicidio entre la población más joven se ha triplicado en los últimos cuatro años, siendo el patrón epidemiológico más frecuente de los intentos de suicidio en individuos jóvenes entre 15 y 30 años.

Actualmente las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando, sobre todo en varones entre 15-24 años, siendo la tercera causa de muerte en Estados Unidos entre jóvenes de esta edad.

Durante el 2003 en la República Argentina se suicidaron 818 adolescentes y jóvenes de entre los 15 y 24 años (con una proporción de 3,6 varones por cada mujer); eso significa una tasa de 19,6 varones adolescentes y jóvenes que mueren por suicidio por cada 100.000 habitantes varones de la misma edad (superando por más de 5 puntos por cien mil la tasa de varones de todas las edades, que es de 15,1 por cien mil).

Según el WHO/EURO, las tasas de intentos de suicidio para mujeres son más altas entre los 15-24 años y entre los 25-34 años para los hombres.

El sexo femenino, el trauma infantil, y los antecedentes familiares del comportamiento suicida son tres factores de riesgo establecidos para los intentos de suicidio. Cada uno de los tres factores de riesgo se asoció por lo menos al doble del riesgo para una tentativa en el suicidio.

El sexo femenino y los niveles más elevados de trauma infantil discriminaron a los pacientes en riesgo para una edad más joven del primer intento suicida y para hacer más intentos. El sexo femenino, trauma infantil, y los antecedentes familiares de comportamiento suicida son factores de riesgo para los intentos suicidas independientes, y no recíprocos. Además, el sexo femenino y el trauma infantil elevado son factores de riesgo independientes para un indicio prematuro del primer intento de suicidio y para cometer más tentativa.

*Origen étnico.* Dos de cada tres suicidas son varones blancos en Estados Unidos. La tasa de suicidio para varones blancos es 1,6 veces mayor que la de los varones negros, 4 veces mayor que la de las mujeres blancas y 8,2 veces mayor que la de las mujeres negras.

Hay grupos étnicos, como los indios americanos y nativos de Alaska, en los que la tasa de suicidio es superior a la media nacional. En Europa, la tasa de suicidio en Fineses y Húngaros doblan la media europea, mientras que los países mediterráneos están por debajo.

Estos autores también encuentran que la emigración, unida al desarraigo y al aislamiento, comporta un aumento del riesgo de suicidio. Este riesgo es menor si se emigra con toda la familia.

*Estado civil.* Durkheim ya en 1897 ya destacó el papel de la familia y el estado civil en el desencadenamiento del comportamiento suicida. En su opinión, la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas.

Estudios posteriores han confirmado esta tendencia. Por ejemplo, en el WHO/EURO, se observó una mayor incidencia de suicidios en hombres y mujeres solteras, divorciadas y viudos.

Qin y Col, encontraron que ser soltero es un factor de riesgo para los hombres y que para las mujeres tener un hijo menor de 2 años- es un factor de protección.

Nivel socioeconómico. Tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural. No obstante, en la revisión de García-Resa y Col, se citan trabajos en los que no se le da tanta relevancia.

## **2.8.- FACTORES CLÍNICOS**

### **2.8.1.- Trastornos Médicos**

La relación entre el suicidio y las enfermedades médicas es significativa. En una encuesta realizada por Druss y Pincus, en Estados Unidos a 7.589 individuos entre 19 y 39 años, obtuvieron que un 16% de la muestra encuestada había tenido en algún momento de su vida ideas autolíticas, frente a un 25.2% de individuos con una enfermedad médica y un 35% con dos o más enfermedades. Así mismo, un 5,5% de los encuestados realizaron un intento autolítico, frente a un 8,9% de aquellos con una enfermedad médica y un 16,2%, con dos o más enfermedades.

Hay que tener en cuenta que existen enfermedades que por sí mismas se asocian a trastornos del ánimo (cáncer de mama o páncreas, epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismos craneoencefálicos, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Huntington, VIH, enfermedad de Cushing, porfiria, úlcera péptica, cirrosis o enfermedad renal tratada con hemodiálisis).

También factores asociados a la enfermedad contribuyen tanto al suicidio como al intento de suicidio, como por ejemplo: pérdida de movilidad, desfiguración, dolor crónico intratable, pérdida del estatus laboral e interrupción de las relaciones personales. Ciertos fármacos pueden también alterar el estado de ánimo: Reserpina, corticoides, antihipertensivos y antineoplásicos.

### **2.8.2.- Trastornos Mentales**

El suicidio tiene una fuerte relación con la enfermedad mental. Esta asociación se ha valorado por los estudios de autopsias psicológicas de series consecutivas de suicidios. 821). Estos estudios han mostrado que un 90% de los suicidios tenían uno o más trastornos psiquiátricos y que a mayor número de patologías, mayor riesgo de suicidio.

### **2.8.3.- Trastornos Afectivos**

Los trastornos afectivos y sobre todo el trastorno depresivo mayor es el trastorno psiquiátrico que más se relaciona en el suicidio. En la meta-análisis de Harris y Barraclough, se obtiene como resultado que la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar, y la distimia.

El riesgo es especialmente mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, ya que en la fase de estado, el retardo psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción.

Clásicamente, por los trabajos de Guze y Robín, y Goodwin y Jamisoon, se consideraba que un 15% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor se suicidaban. Posteriormente, se han cuestionado estas proporciones, considerándolas excesivas.

Los parientes de primer grado de personas con trastornos del estado del ánimo que intentan suicidarse tienen un riesgo mayor para los trastornos del estado del ánimo y para los intentos suicidas o los suicidios consumados.

El riesgo para el comportamiento suicida en familias con trastornos del estado del ánimo parece relacionado con el inicio prematuro de estos trastornos, los rasgos de agresividad/impulsividad, y

con abusos divulgados en la niñez. Los estudios de tales características clínicas en parientes en riesgo determinan la transmisión relativa de estas características clínicas.

#### **2.8.4.- Esquizofrenia**

En este trastorno, se han descrito tasas de suicidio de hasta un 10%. En el estudio de Harris y Barraclouh, encuentran en su trabajo 8,5 veces más riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos que en la población general.

Los pacientes con esquizofrenia comparten algunos de los factores de riesgo de la población general: ser hombre, blanco, estar deprimido, soltero, desempleado, vivir solo o estar aislado socialmente.

También existen factores específicos para la esquizofrenia como: ser joven, haber tenido numerosas recaídas con alto número de ingresos psiquiátricos y deterioro social, laboral y sexual por la enfermedad.

Otro aspecto a tener en cuenta es el uso de los neurolépticos. Tras su introducción, los estudios orientaban a que podía aumentar el riesgo de suicidio, sobre todo por sus efectos secundarios: acatisia o rigidez. Sin embargo, otros estudios como el de Jonhson and Col o los realizados con los antipsicóticos atípicos, con menos efectos secundarios, demuestran que pueden reducir el riesgo de suicidio.

#### **2.8.5.- Trastornos de Ansiedad**

Casi el 20% de los pacientes con un trastorno de crisis de ansiedad y fobia social, hacen intentos de suicidio infructuosos. Si se asocia además a depresión, entonces aumenta el riesgo de que el intento sea un suicidio consumado.

Khan y Col, Fawcett e Isometsä y Col, confirman esta teoría. En el estudio de Harris y Barraclough, aumenta entre 6-10 veces, según los distintos trastornos de ansiedad (ansiedad neurótica, Toc o trastorno de pánico). No obstante, hay estudios en los que no se detecta un aumento significativo del riesgo de suicidio

#### **2.8.6.- Abuso de Sustancias**

El trastorno por uso de sustancias, fundamentalmente el alcoholismo y en menor medida otras drogas, frecuentemente se ha asociado al suicidio, tanto como factor de riesgo como precipitante de conductas suicidas. Hasta un 15% de los alcohólicos se suicidan y el abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios. Según Harris y Barraclough, tienen 6 veces más de riesgo de suicidio que en la población general.

Suelen ser hombres blancos, de mediana edad, solteros o con antecedentes de ruptura sentimental, con problemas económicos y/o laborales y aislados socialmente. El consumo de alcohol, además, puede ir asociado a enfermedades médicas, trastornos del ánimo, trastornos de personalidad, intentos autolíticos previos o trastornos del control de impulsos.

#### **2.8.7.- Trastorno de Personalidad**

Los trastornos de personalidad tienen una particularidad, ya que se pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental.

Isometsä y Col. Afirma que en la mayoría de los pacientes con trastornos de la personalidad que se suicidan, se asocian trastornos del eje I, como depresión, abuso de sustancias o las dos y está asociado es mayor en los trastornos de personalidad tipo B (border-line, antisocial, narcisista, histriónica).

En el estudio de Harris y Barraclough, los trastornos de personalidad (no especifican), aumentan 6 veces el riesgo de suicidio. En el de Baxter y Appleby, se obtiene resultados todavía mayores a los de Harris.

### 2.8.8.- Conducta Suicida Previa

La prevalencia de los intentos autolíticos está entre 0,7-5,9%. La existencia de antecedentes personales de intentos autolíticos en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado.

En la meta-análisis de Harris y Barraclough, encuentran que las personas con intentos autolíticos previos tienen 40 veces más de riesgo de suicidio que la población general. Isometsä, sin embargo, lo considera un indicador de riesgo de limitada sensibilidad, ya que una proporción significativa de los suicidios consumados en su estudio habían muerto en su primer intento, siendo esta proporción mayor en los hombres. (62 frente al 38% en mujeres). El 82% de aquellos que realizaron intentos previos y que consumaron el suicidio finalmente cambiaron el método a otro más letal.

Un análisis de supervivencia encontró que los sujetos que dijeron que deseaban haber muerto después del intento suicida tenían 2.5 veces más posibilidades de acometer el suicidio de modo eventual frente aquellos que eran alegres y los que se mostraban ambivalentes sobre la tentativa.

La reacción de los sujetos que intentan el suicidio para la supervivencia es una importante variable clínica que se determina fácilmente en las evaluaciones que ocurren tras una tentativa suicida.

El intento de suicidio es el factor predictor conocido más fuerte del suicidio completado. Sin embargo, el riesgo de suicidio declina a un cierto plazo después de un intento, y es confuso saber cuánto tiempo persiste este riesgo. Las estimaciones de riesgo se basan casi exclusivamente en estudios de menos de 10 años de seguimiento.

Los autores de esta investigación aparecida en la última edición de la revista "American Journal of Psychiatry", siguieron a una muestra consecutiva de 100 pacientes auto envenenados en Helsinki en 1963, para la cual de modo forense se clasificaron las causas de la muerte durante los 37 años siguientes y se investigaron. Con todo ello el estudio concluye que una historia de intentos de suicidio por auto envenenamiento indica un riesgo de suicidio durante la vida entera del adulto.

Una historia de ideas suicidas (pero no de intentos de suicidio), se asoció además a la depresión mayor comórbida en el curso de la vida. Una historia de intentos suicidas (pero no de ideas suicidas), se asoció además a delirios en cuanto al aspecto y al trastorno por estrés postraumático en el curso de la vida (TEP), a un trastorno alimentario, o a un trastorno por consumo de sustancias.

#### **2.8.9.- Trastornos Adaptativos**

Son síntomas emocionalmente (depresivos o ansiosos), o conductuales (incluso autolisis), clínicamente significativos que se desarrollan en respuestas a uno o más factores psicosociales de estrés identificables. La gravedad del factor no siempre predice la entidad del trastorno adaptativo. Se trata de una variable compleja en la que se combinan su intensidad, cantidad, duración o contexto personal. Entre estos acontecimientos vitales se pueden destacar: procesos relacionados con la edad (abandono del hogar de los hijos, matrimonio de los mismos, jubilación, necesidad de asistencia domiciliaria, ingreso en residencias), problemas laborales, de pareja, de salud, enfermedad o fallecimiento de algún miembro de la familia. En el estudio de Harris y Barraclough, se obtiene un aumento de 14 veces del riesgo de suicidio frente a la población general.

## 2.9.- FACTORES GENÉTICOS Y NEUROBIOLÓGICOS

Poseer antecedentes familiares de suicidio, aumenta el riesgo de conductas suicidas para los pacientes.

Algunos autores, encuentran relación entre la historia familiar de suicidio con la violencia del acto suicida. Sin embargo, existen dudas acerca de si esta asociación es debida a factores no genéticos y más relacionados con características culturales en las que crece el individuo, si se deben a la transmisión genética del trastorno psiquiátrico asociado con el suicidio o si existe un factor genético independiente para el mismo, como por ejemplo la impulsividad.

En varios estudios, se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico 'se han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados, y además se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida.

Se piensa que aquellos factores que disminuyen a la actividad serotoninérgica, pueden ser relevantes para la conducta suicida, como por ejemplo: factores genéticos (polimorfismos en el gen de la enzima Triptófano Hidroxilasa-TPH. polimorfismos del gen del receptor 5-HT<sub>2A</sub>) o factores bioquímicos (bajos niveles de proteína transportadora de serotonina (SERT), bajos niveles de proteína MAO en sangre, altos niveles de receptores 5-HT<sub>1A</sub> y 5-HT<sub>2A</sub>, postsinápticos o bajos niveles de colesterol en sangre.

Los descendientes de madres que divulgan tentativamente suicidas mostraron un riesgo notable más alto de pensamiento y de intentos suicidas y una tendencia hacia los intentos suicidios en una edad anterior. Los descendientes de madres con tentativas suicidas tienen un marcado

incremento del riesgo creciente para a suicidabilidad y tienden a manifestar tentativas de suicidio antes que los descendientes de madres sin suicidabilidad.

De 444 pacientes con depresión unipolar, (29,5%), divulgaron pensamientos y actos suicidas (marcadores de 3 o 4) en la línea de base. Estos disminuyeron a 0 después de 1 semana (tres sesiones de ECT), en el 38.2% de los pacientes, después de 2 semanas (seis sesiones de ECT), en un 61.1% y en un 80.9, al final del curso del tratamiento.

Los intentos de suicidio entre pacientes con trastornos depresivo mayor se asocian fuertemente a la presencia y la severidad de síntomas depresivos y son predichos por la falta de pareja, las anteriores tentativas suicidas y la depresión. Reducir el estado depresivo es una medida preventiva creíble:

## 2.10.- EL SUICIDIO Y LOS FACTORES CÓSMICOS

Los distintos estudios muestran que la época del año en la que más suicidios se cometen es en el semestre que va de Marzo a Agosto, siendo siempre el número de suicidios inferior en el siguiente periodo. Morselli llega a la conclusión de que la temperatura fomenta la actividad tanto social como cerebral y es en estos estados de mayor agitación cuando se da un mayor número de muertes voluntarias, de aquí que considere que suicidio y temperatura estén perfectamente relacionados. Durkheim rechaza esta hipótesis.

Las razones que expone para este rechazo son que en primer lugar, esto implica una concepción muy discutible del suicidio como es que éste tenga siempre como antecedente psicológico un estado de sobreexcitación, por el contrario, el suicidio es un resultado frecuente de estados de depresión profundos; además Durkheim opina que el calor afecta de diferente forma a unas personas que a otras, por lo tanto la acción agravante que pueda tener sobre unos se verá compensada por la acción moderadora que tenga sobre otros.

El doctor Dietrich ofrece una explicación de cómo las temperaturas extremas son las que afectan al índice de suicidios, tanto el frío como el calor.

Esto da entender porque los excesos de todo tipo, los cambios bruscos y violentos, sobrevenidos en el medio físico, turban el organismo, desconciertan el juego normal de las funciones y determinan especies de delirios de los que puede la idea del suicidio realizarse si nada la contiene.

Si tomamos como posible respuesta a las estadísticas veremos que tampoco esta regla se cumple porque aunque en todos los países la diferencia de temperaturas entre primavera y verano es muy fuerte, la de suicidios por el contrario es muy débil, y lo mismo sucede entre el otoño y el invierno.

Esta independencia se pone más en relieve todavía si consideramos los datos estadísticos por meses, de esta forma se observa que tomando enero como punto de partida, el mes más frío del año, los suicidios van aumentando hasta alcanzar su punto álgido en el mes de Julio y a partir de Agosto, comienza de nuevo a descender. Si además realizamos esta comparación entre diferentes países podremos observar que el número de suicidios en un mes es prácticamente el mismo, siendo las temperaturas bastante diferentes de un país a otro.

Por otro lado si la temperatura tuviese influencia esta debería dejarse sentir también en las diferentes áreas geográficas, y por esto los países cálidos deberían ser los más atacados, y esto realmente no se da, Italia tiene 5 veces menos que Francia y España y Portugal están casi indemnes.

Para conocer la naturaleza de estas causas podemos comparar la parte proporcional de cada mes en el total de suicidios anuales, con la longitud media del día en igual momento del año, las dos series de números que de ellas se obtiene varían exactamente de la misma manera, tienen un paralelismo perfecto.

Cuando los días se alejan más, los suicidios aumentan mucho (de Enero a Abril), en los meses de Abril a Junio el crecimiento de ambos se detiene y ocurre exactamente igual en los meses

decrecimiento. En los meses en que los días son iguales de largos el número de suicidios es muy similar (Julio y Mayo, Agosto y Abril).

Con esto e independientemente de la temperatura lo que se demuestra es que en cualquier estación la mayor parte de los suicidios tiene lugar de día, los suicidios llevados a cabo por la mañana y por la tarde suponen los cuatro quintos del total, siendo los de por la mañana los tres quintos.

Por tanto si la mayoría de los suicidios se producen en horas diurnas es normal que el número de estos aumente conforme aumenta el número de horas de día independientemente de la temperatura.

La explicación queda confirmada por el hecho de que el suicidio es mayor durante el día y las horas de actividad máxima. No es precisamente el medio físico el que estimula de manera directa el suicidio depende sobretudo de los factores sociales.

## CAPÍTULO III

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

## 3.1. ASPECTOS METODOLÓGICOS

VARIABLE Dependiente	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIA
Intento de suicidio	Concepto que sirve para designar a todo acto que buque la muerte propia, manipular, y del cual se sobrevive.	Acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.	Nominal	Si tuvo intento de suicidio  No tuvo intento de suicidio
<b>VARIABLE Independiente</b>				
Edad	Tiempo de una persona desde que nació.	Tiempo trascurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Discreta	Para el estudio se categoriza de la siguiente manera: 13-19, 20-34, 35-49, 50 a >
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Diferenciación biológicas entre hombre y mujer del paciente atendido por intento de suicidio.	Nominal	Masculino, Femenino.
Procedencia	Lugar de residencia o permanencia de una persona.	Tipo de zona de donde proviene el paciente que intentó suicidarse en el último año.	Nominal	Urbana: Zona que cuenta con servicios de saneamiento básico.  Urbanomarginal: Zona que cuenta solo con algunos servicios de saneamiento básico.  Rural: Zona que no cuenta con servicios de saneamiento básico. (INEI)
Estado Civil	Estado de la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales.	Tipo de relación del paciente que intentó suicidarse, respecto a su pareja estable.	Nominal	Soltero, Casado, Conviviente, Divorciado, Viudo, Separado.
Nivel de instrucción	Cantidad de conocimientos adquiridos y nivel alcanzado.	Nivel de conocimientos adquiridos en un centro educativo de estado o particular.	Ordinal	Analfabeta, Primaria, Secundaria, Superior.

Ocupación	Acción o efecto de ocuparse de algo.	Actividad a la que se dedica el paciente o los padres de este y el tipo de empleo.	Nominal	Estudiante, Dependiente, Independiente, Desocupado, Jubilado.
Desencadenante	Razón esgrimida por quien intenta el suicidio para explicado.	Razón o motivo por el cual el paciente ha intentado suicidarse.	Nominal	Conflicto con ser querido, maltratado físico, pérdida del ser querido, problemas, laborales, sensación de soledad, salud física, salud psíquica.
Método empleado	Recursos, medios, elementos mediante los cuales un sujeto trata de poner fin a su vida.	Elemento o procedimiento mediante el cual el paciente decidió atentar contra su vida.	Nominal	Ahogamiento, Ahorcamiento, Precipitación, Armas de fuego, heridas superficiales, arma blanca, ingestión medicamenta, cáusticos, organofosforado.
Antecedente de suicidio	Se refiere los actos suicidas previos que haya realizado un sujeto.	Actos, suicidas previos refendo al paciente y utilizado también para referirse a la presencia de familiares que hayan tenido estos antecedentes.	Nominal	Si tienen antecedente, no tienen antecedente.
Ideación previa	La idea suicida planificada o plan suicida en la que el individuo sabe cómo, cuándo, donde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida y toma, por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto.	Se refiere al paciente que ya había pensado con antenionidad el cómo y cuándo iba a realizar el acto suicida.	Nominal	Si tuvo ideación previa.  No tuvo ideación previa.

Tamaño familiar	Número de miembros que integran una familia.	Número de miembros que integran la familia del paciente con intento de suicidio:  Familia grande: 7 o + miembros. Familia Mediana: 4 - 6 miembros. Familia Pequeña: 3 miembros o < Referencia: INE.	Nominal	Familia Grande, Familia Mediana, Familia Pequeña.
Características Clínicas	Son las manifestaciones mediante signos y síntomas ante la existencia de un estado mórbido.	Signos o síntomas que presenta el paciente de tipo orgánico o psíquico como consecuencia del aro suicida.	Nominal	Orgánicos: Fiebre, cefalea, náuseas, vómitos, taquicardia, dolor de estómago, visión borrosa, estado inconsciente sudoración profusa, convulsiones.  Psíquicos: Alucinaciones, lenguaje incoherente, ansiedad, depresión, agitación, psicomotoriz, negativismo.

### **3.1.1. Tipo de investigación: NO EXPERIMENTAL.**

El tipo de estudio es epidemiológico clínico, porque trata de determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con intento de suicidio atendidos en el Hospital Iquitos “Cesara Garayar García”, durante los años 2010 a 2014. Se describirán características de la población estudiada en función a variables que determinan el comportamiento del evento en estudio.

### **3.1.2. Diseño de la investigación**

El diseño metodológico que se emplea en la presente investigación es descriptivo transversal retrospectivo.

#### **DESCRIPCIÓN:**

Mediante este estudio se buscara conocer las características de los casos de intento de suicidio como problema de salud, y las situaciones en las que ocurren.

#### **TRASVERSAL:**

Por qué se hará la medición de la variable dependiente en este caso el intento de suicidio, en cada sujeto de estudio en un momento y lugar determinado.

#### **RETROSPECTIVO:**

Se recolecta los datos a partir de los libros de registros del paciente en el departamento de emergencia, consultorio de psicología y psiquiatría.

### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población y muestra de estudio está compuesta por todos los pacientes que fueron atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, por intento de suicidio, durante los años: 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014.

Para ello se recolectaron datos de los libros del servicio de Emergencia, de los cuadernos del consultorio de Psiquiatría y Psicología y de la Unidad de Estadística., encontrando resultados disímiles, v gr:

**En el año 2010:**

- Psicología: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 1.
- Psiquiatría: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 30.
- Emergencia: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 66.
- Estadística: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 0.

**En el año 2011:**

- Psicología: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 17.
- Psiquiatría: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 41
- Emergencia: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 8.
- Estadística: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 0.

**En el año 2012:**

- Psicología: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 11.
- Psiquiatría: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 26.
- Emergencia: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 66.
- Estadística: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 0.

**En el año 2013:**

- Psicología: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 8.
- Psiquiatría: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 13.
- Emergencia: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 54.

- Estadística: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 0.

#### **En el año 2014:**

- Psicología: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 6.
- Psiquiatría: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 3.
- Emergencia: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 3.
- Estadística: Número de pacientes atendidos con intento de suicidio 0.

Consideramos pertinente esta explicación porque los reportes de trabajos nacionales e internacionales sobre el tema de suicidio, plantean también esta dificultad.

Optamos por recolectar en tarjetas los nombres de todos los pacientes atendidos y si alguno de ellos se repetía en dos o más libros eran considerados como un paciente y así llegamos a tener el número de 218 pacientes registrados por intento de suicidio. A este número se aplicó el tamaño de Exclusión quedando la muestra reducida a 103 pacientes.

#### **3.2.1. Criterios de Inclusión**

Todo paciente atendido en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, por emergencia, servicio de psiquiatría y psicología con historia de intento de suicidio.

#### **3.2.2. Criterios de Exclusión**

- Pacientes con historias clínicas incompletas o llenadas inadecuadamente.
- Pacientes que no cuenten con la Hoja de protocolo para pacientes hospitalizados con intento de suicidio.

#### **3.2.3. Técnicas e Instrumentos**

Se elaboran los siguientes instrumentos:

### 3.3. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez que el proyecto fue aprobado, se solicitó permiso al Comité de Bioética y a la Unidad de Capacitación del Hospital Iquitos “Cesara Garayar García”, para obtener las historias clínicas de todos los pacientes que fueron atendidos con el diagnóstico de Intento de suicidio durante los años 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014.

La toma de datos, se hizo a partir de las historias clínicas y la ficha adjunta denominada: protocolo de pacientes hospitalizados con intento de suicidio. De los cuales se obtuvieron los datos para este estudio.

Los datos obtenidos se evaluaron con los asesores de la Tesis y previamente codificados se introdujeron en una base de datos para su análisis.

Los resultados se presentaran mediante tablas y gráficos de acuerdo a la presentación de las variables, considerando medidas de resumen de tendencia central (media, mediana, moda y desviación estándar).

### 3.4. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Puede definirse la investigación psicológica como la operación intelectual destinada a ampliar el conocimiento sobre el psiquismo humano. Es necesario tener en cuenta que en Psicología, los temas éticos referidos a la investigación están, al igual que en otras disciplinas, íntimamente entramados en la problemática ética general.

Los valores éticos preceden y recorren la tarea investigativa, atraviesan y tiñen los valores epistémicos.

En el Código de Nuremberg se establece el criterio ético clave que impregna todas las dimensiones de la investigación con seres humanos: el derecho a dar el consentimiento válido o la decisión informada. A partir de los Juicios de Nuremberg este imperativo ético ha pasado a ser ineludiblemente obligatorio, no sólo para la investigación científica, sino para toda relación persona-profesional de la salud.

En principio siempre debe haber una decisión informada. El consentimiento válido del individuo es una condición que debe ser considerada esencial para la licitud ética de una investigación en psicología. Los fundamentos para esta afirmación se encuentran en el Principio de Autonomía y en el derecho que tiene toda persona a no ser manipulada.

En conclusión, que al ser investigación NO EXPERIMENTAL, se está resguardando la debida confidencialidad respeto a los usuarios del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García".

## CAPÍTULO IV

## CAPÍTULO VI: RESULTADOS

### 4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

#### EDAD:

La edad mínima de los pacientes fue: la de 11 años y la máxima la de 65 años.

En las pacientes mujeres el grupo más afectado fue el comprendido entre los 16 a 20 años con un 34% y en los pacientes varones fue el grupo comprendido entre los 21 a 25 años con el 37%. En consecuencia, el grupo etáreo más afectado resultó la gente joven, entre los 16 a 25 años correspondiendo al 56% de la muestra. (Ver tabla 01 y figura 01).

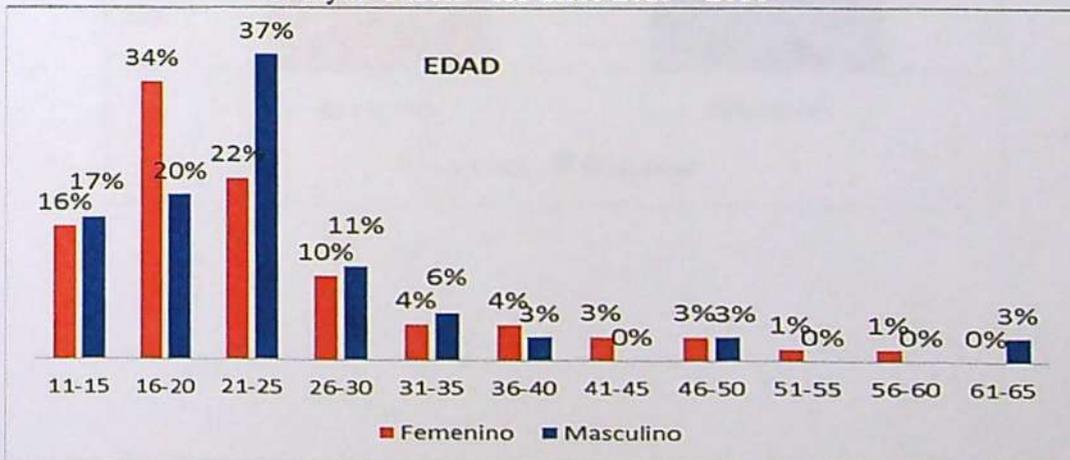
TABLA N° 01

Distribución de casos con intento de suicidio según edad en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

EDAD	SEXO				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
11-15	11	16%	6	17%	17	17%
16-20	23	34%	7	20%	30	29%
21-25	15	22%	13	37%	28	27%
26-30	7	10%	4	11%	11	11%
31-35	3	4%	2	6%	5	5%
36-40	3	4%	1	3%	4	4%
41-45	2	3%		0%	2	2%
46-50	2	3%	1	3%	3	3%
51-55	1	1%		0%	1	1%
56-60	1	1%		0%	1	1%
61-65		0%	1	3%	1	1%
Total	68	100%	35	100%	103	100%

FIGURA N° 01

Distribución de casos de intento de suicidio según edad en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



**SEXO:**

De los 103 casos estudiados, el 66% corresponde al sexo femenino y el 34% al sexo masculino, siendo la relación mujer/hombre de 2:1. (Ver tabla 02 y figura 02).

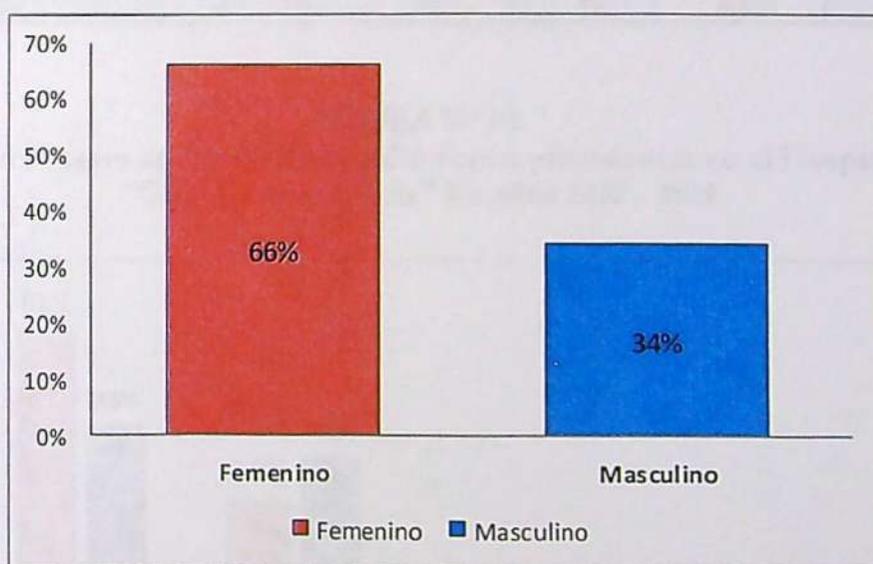
TABLA N° 02

Distribución por sexo de los pacientes con intento de suicidio en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

SEXO	fi	%
Femenino	68	66%
Masculino	35	34%
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>

FIGURA N° 02

Distribución por sexo de los pacientes con intento de suicidio en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



### PROCEDENCIA:

La mayoría de los casos con un 52%, eran procedentes de URBANO MARGINAL, predominando el sexo femenino con un 57%, siguiéndole el sexo masculino con un 43%. Siguiéndole URBANO con un 35%, predominando el sexo masculino con un 40%, siguiéndole el sexo femenino con un 32%. Se registró un 8% en el grupo proveniente de la zona RURAL, predominando el sexo masculino con un 11%, siguiéndole el sexo femenino con un 6%. (Ver tabla 03 y figura 03).

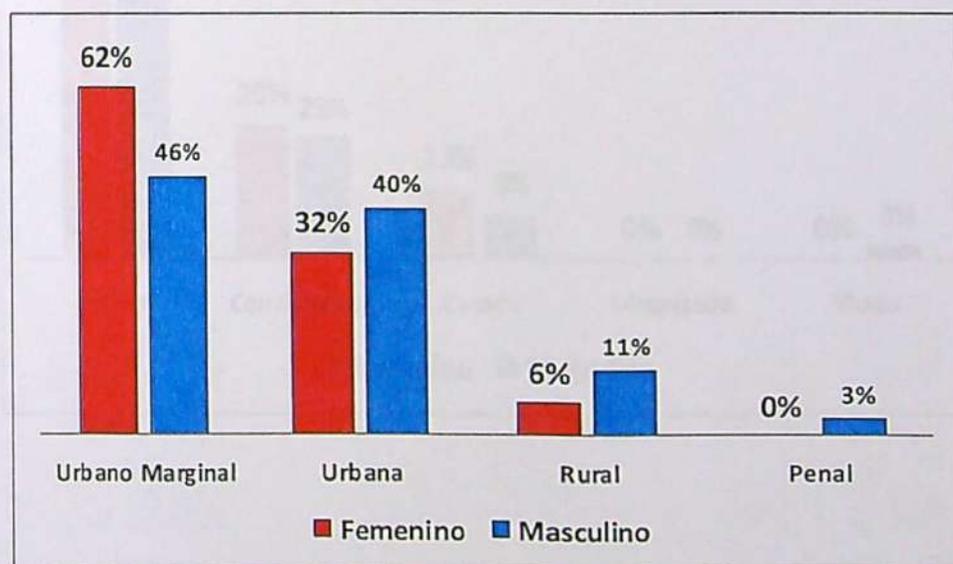
TABLA N° 03

Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según procedencia en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

PROCEDENCIA	SEXO				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
Urbano Marginal	42	62%	16	46%	54	52%
Urbana	22	32%	14	40%	36	35%
Rural	4	6%	4	11%	8	8%
Penal	0	0%	1	3%	1	1%
Total	68	100%	35	100%	103	100%

FIGURA N° 03

Distribución de casos de intento de suicidio según procedencia en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



## ESTADO CIVIL:

Predominaron los solteros en ambos sexos, con un 63% de los casos, luego los convivientes con un 24%; los grupos minoritarios fueron los casados con un 12 % y le sigue los viudos con 1% (Ver tabla 04 y figura 04).

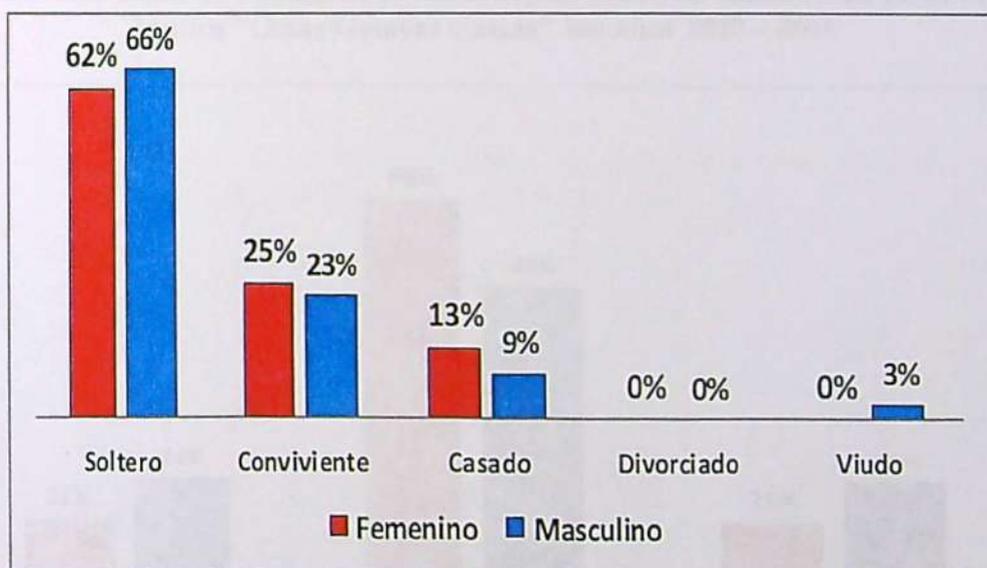
TABLA N° 04

Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según estado civil en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

ESTADO CIVIL	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Soltero	42	62%	23	66%	65	63%
Conviviente	17	25%	8	23%	25	24%
Casado	9	13%	3	9%	12	12%
Divorciado		0%		0%		0%
Viudo		0%	1	3%	1	1%
Total	68	100%	35	100%	103	100%

FIGURA N° 04

Distribución de casos de intento de suicidio según estado civil en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



### NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

La mayoría de los casos tenía educación secundaria correspondiendo al 55%, siendo el grupo predominante el sexo femenino con un 59% y el sexo masculino con un 40%. El segundo grupo afectado fueron los que tenían primaria con 22%, siendo el grupo predominante el sexo masculino con un 26% y el sexo femenino con un 21%. El tercer grupo tuvo los mismos resultados que el segundo grupo, con 22%, siendo el grupo predominante el sexo masculino con un 26% y el sexo femenino con un 21%. (Ver tabla 05 y figura 05).

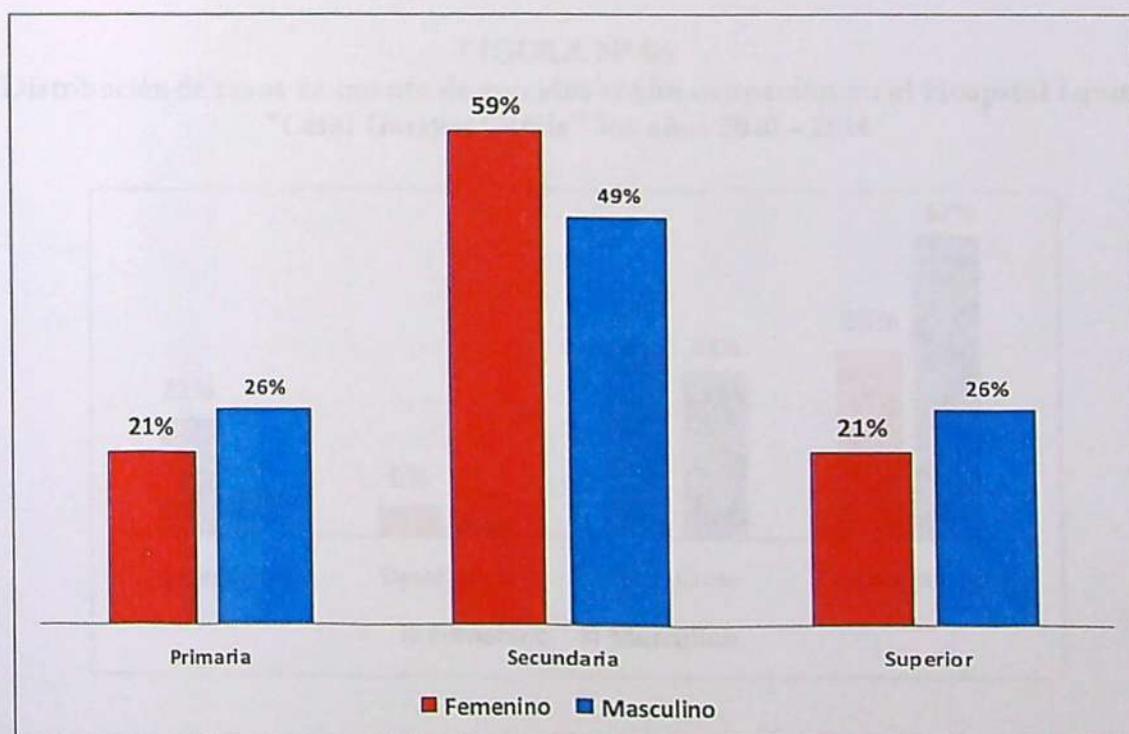
TABLA N° 05

Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio grado de instrucción en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	SEXO				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
Primaria	14	21%	9	26%	23	22%
Secundaria	40	59%	17	49%	57	55%
Superior	14	21%	9	26%	23	22%
Total	68	100%	35	100%	103	100%

FIGURA N° 05

Distribución de casos de intento de suicidio según grado de instrucción en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



## OCUPACIÓN:

La mayoría de los casos con un 43% son Independientes, con predominio del sexo masculino con un 57% y el sexo femenino con un 35%. Seguido por el grupo de estudiantes con 35%, con predominio en el sexo femenino con un 37% y el sexo masculino con 31%. El grupo de dependiente con 17%, con predominio en el sexo femenino 15% y el sexo masculino 9%. Y por último el grupo desocupado con un 5%, con predominio en el sexo femenino con un 6% y el sexo masculino con 3%. (Ver tabla 06 y figura 06).

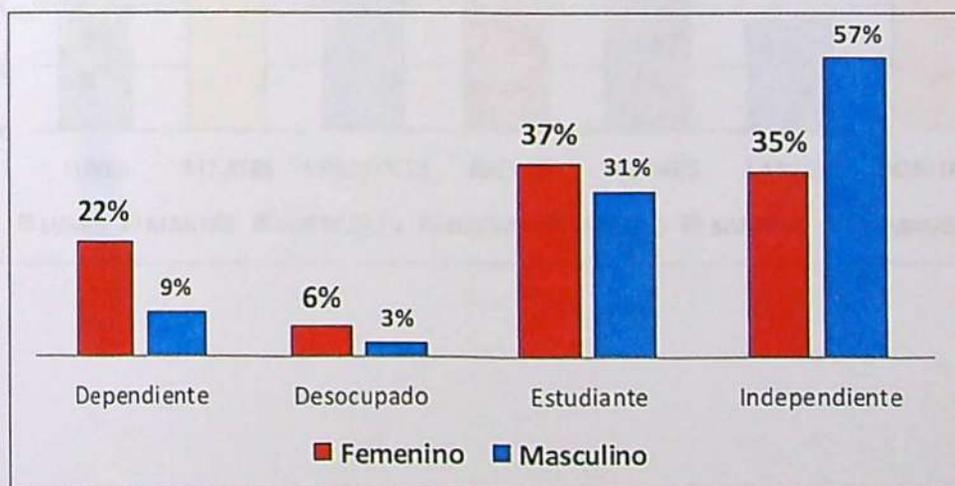
TABLA N° 06

Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según ocupación en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

OCUPACIÓN	SEXO				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
Dependiente	15	22%	3	9%	18	17%
Desocupado	4	6%	1	3%	5	5%
Estudiante	25	37%	11	31%	36	35%
Independiente	24	35%	20	57%	44	43%
Total general	68	100%	35	100%	103	100%

FIGURA N° 06

Distribución de casos de intento de suicidio según ocupación en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



## DATA:

Se encontró que los días: miércoles con 20%, lunes con 19% y domingos también con 19%, aparecen como los días con mayor incidencia. (Ver tabla 07 y figura 07).

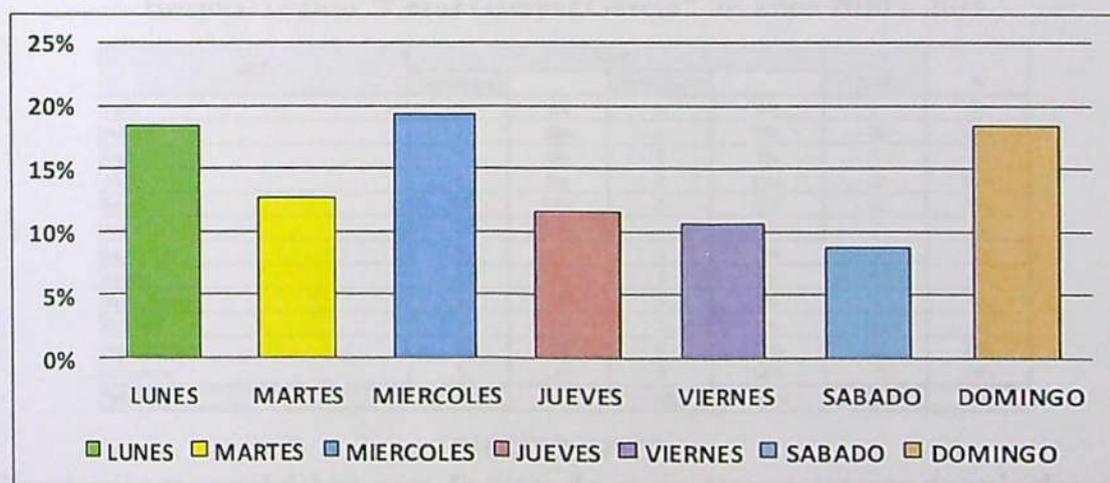
TABLA N° 07

Distribución semanal de casos de pacientes con intento de suicidio en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

DIA	TOTAL	%
LUNES	19	18%
MARTES	13	13%
MIERCOLES	20	19%
JUEVES	12	12%
VIERNES	11	11%
SABADO	9	9%
DOMINGO	19	18%
TOTAL	103	100%

FIGURA N° 07

Distribución semanal de casos de pacientes con intento de suicidio en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



## MES:

Así mismo los meses con mayor incremento de casos corresponde a los meses de: Mayo con un 20%, siguiéndole diciembre con un 13% y por último noviembre con un 11%. Se observa que en los meses de: mayo 19%, diciembre 12% y febrero, junio y agosto con 10%, se registró un predominio del sexo femenino y en los meses de: mayo 23%, noviembre y diciembre con un 14%, predominó el sexo masculino. (Ver tabla 08 -09 y figura 08).

TABLA N° 08

Distribución mensual de casos de pacientes con intento de suicidio en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

MES	fí	%
Enero	5	5%
Febrero	10	10%
Marzo	3	3%
Abril	10	10%
Mayo	21	20%
Junio	7	7%
Julio	7	7%
Agosto	9	9%
Septiembre	4	4%
Octubre	3	3%
Noviembre	11	11%
Diciembre	13	13%
Total	103	100%

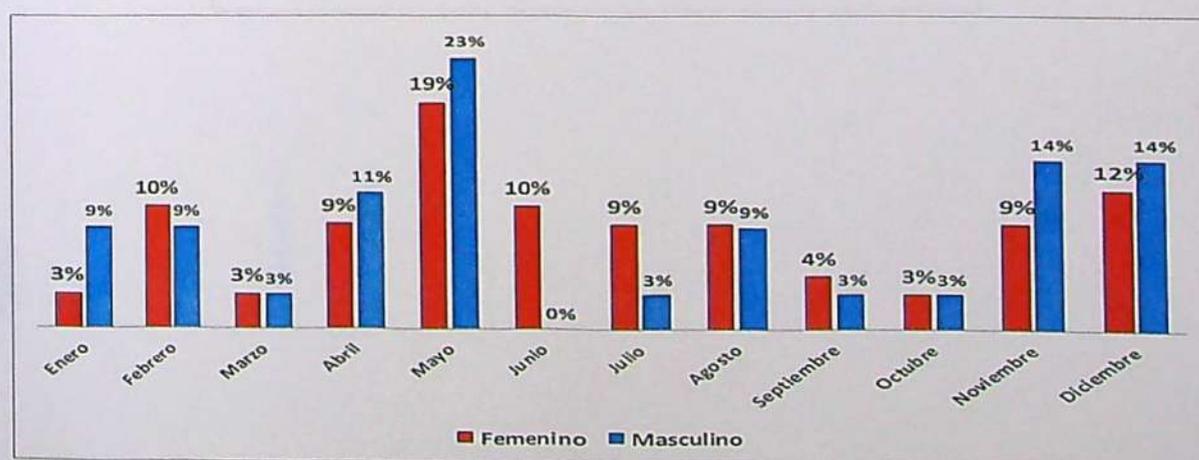
TABLA N° 09

Distribución mensual de casos de pacientes con intento de suicidio por sexo en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

MES	SEXO				Total	%
	Femenino		Masculino			
Enero	2	3%	3	9%	5	5%
Febrero	7	10%	3	9%	10	10%
Marzo	2	3%	1	3%	3	3%
Abril	6	9%	4	11%	10	10%
Mayo	13	19%	8	23%	21	20%
Junio	7	10%		0%	7	7%
Julio	6	9%	1	3%	7	7%
Agosto	6	9%	3	9%	9	9%
Septiembre	3	4%	1	3%	4	4%
Octubre	2	3%	1	3%	3	3%
Noviembre	6	9%	5	14%	11	11%
Diciembre	8	12%	5	14%	13	13%
Total	68	100%	35	100%	103	100%

FIGURA N° 08

Distribución mensual del número de casos de pacientes con intento de suicidio y por sexo en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



**HORA:**

La mayor frecuencia de intentos de suicidio se dio, durante las 13:00 a 23:00 horas con un 63%.  
(Ver tabla 10 y figura 09).

**TABLA N° 10**

**Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según la hora de llegada al servicio de emergencia en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014**

HORA	TOTAL	%
00-05	17	17%
06-12	21	20%
13-19	33	32%
20-23	32	31%
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>

**FIGURA N° 09**

**Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según la hora de llegada al servicio de emergencia en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014**



### CARACTERÍSTICAS FAMILIARES:

Un 83% de pacientes atendidos por intento de suicidio tienen al padre vivo y a la madre viva en un 89%.

En cuanto a la ocupación de los padres, predomina en ambos el ser INDEPENDIENTE, en cuanto al padre es un 46% y la madre un 47%. Seguido por los padres con DEPENDENCIA, con un 21% para el padre y un 43% para la madre. En cuanto a lo JUBILADO, con un 17% en caso de los padres y con un 11% en las madres. Solo un 17% con PADRE FALLECIDO, en caso del padre.

Un 4% de los padres y 3% de las madres, se encuentran en el rango de ANALFABETA. Con estudios PRIMARIOS, los padres con un 17% y las madres con un 11%. En SECUNDARIA, los padres con un 47% y las madres con un 49%. En la parte de estudio SUPERIOR, los padres con un 7% y las madres con un 1%.

Con respecto a que si sus padres presentaban algún tipo de enfermedad se encontró que en el grupo de padres el 83% y en las madres un 89 %, no presenta enfermedad. Un 1% de los padres y 0% de las madres, presentaron enfermedad. En cuanto a PADRE FALLECIDO, se encontró un 17% y un 11% en MADRE FALLECIDA.

En un 54% de los padres y un 89% de las madres, NO consumen alcohol. Con 29% en los padres y con 11% en las madres, SI consumen alcohol. (Ver tabla 11).

**TABLA N° 11**  
**Características de los miembros de familia de pacientes con intento de suicidio atendidos**  
**en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" 2010 - 2014**

PADRE			MADRE		
¿VIVE?	FI	%	¿VIVE?	FI	%
NO	17	17%	NO	11	11%
SI	86	83%	SI	92	89%
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>
OCUPACION	FI	%	OCUPACION	FI	%
DEPENDIENTE	22	21%	DEPENDIENTE	44	43%
INDEPENDIENTE	47	46%	INDEPENDIENTE	48	47%
JUBILADO	17	17%	MADRE FALLECIDA	11	11%
PADRE FALLECIDO	17	17%	JUBILADO	0	0%
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>
GRADO DE INSTRUCCIÓN	FI	%	GRADO DE INSTRUCCIÓN	FI	%
ANALFABETA	4	4%	ANALFABETA	3	3%
PADRE FALLECIDO	17	17%	MADRE FALLECIDA	11	11%
PRIMARIA	27	26%	PRIMARIA	38	37%
SECUNDARIA	48	47%	SECUNDARIA	50	49%
SUPERIOR	7	7%	SUPERIOR	1	1%
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>
SUFRE ENFERMEDAD	FI	%	SUFRE ENFERMEDAD	FI	%
NO	85	99%	NO	92	100%
SI	1	1%	SI	0	0%
PADRE FALLECIDO	17	20%	MADRE FALLECIDA	11	12%
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>	<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>
CONSUME ALCOHOL	FI	%	CONSUME ALCOHOL	FI	%
NO	56	65%	NO	92	100%
SI	30	35%	SI	0	0%
PADRE FALLECIDO	17	20%	MADRE FALLECIDA	11	12%
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>	<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>

### TIPO DE FAMILIA:

Un 29% de los casos provenían de familias incompletas y el 71% de familias completas. (Ver tabla 12 y figura 10).

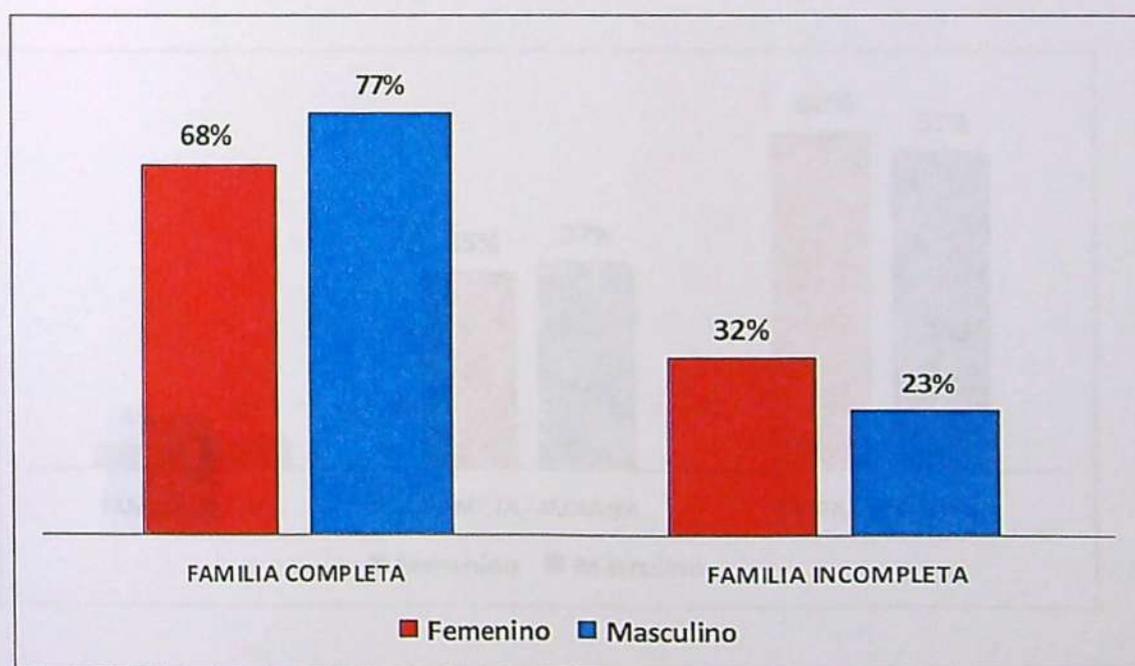
TABLA N° 12

Distribución de casos de intento de suicidio según tipo de familia en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

TIPO DE FAMILIA	SEXO				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
FAMILIA COMPLETA	46	68%	27	77%	73	71%
FAMILIA INCOMPLETA	22	32%	8	23%	30	29%
Total	68	100%	35	100%	103	100%

FIGURA N° 10

Distribución de casos de intento de suicidio según tipo de familia en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



### TAMAÑO FAMILIAR:

Un 5% de pacientes, provenían de un tipo de FAMILIA GRANDE, el 36% del tipo de FAMILIA MEDIANA y el 59% del tipo de FAMILIA PEQUEÑA. (Ver tabla 13 y figura 11).

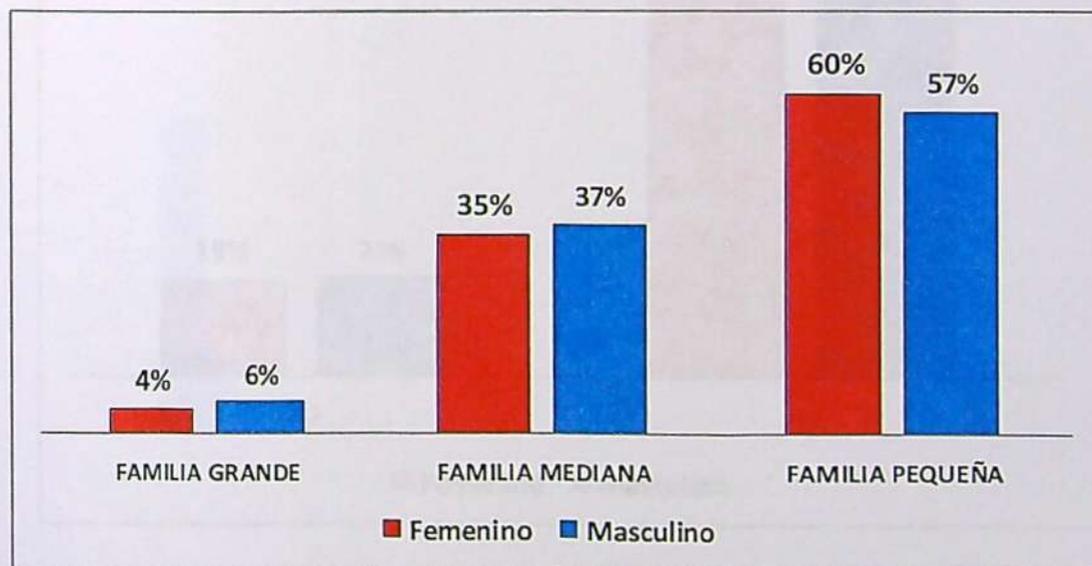
TABLA N° 13

Distribución de casos de intento de suicidio según tamaño familiar en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

TAMAÑO FAMILIAR	SEXO				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
FAMILIA GRANDE	3	4%	2	6%	5	5%
FAMILIA MEDIANA	24	35%	13	37%	37	36%
FAMILIA PEQUEÑA	41	60%	20	57%	61	59%
Total	68	100%	35	100%	103	100%

FIGURA N° 11

Distribución de casos de intento de suicidio según tamaño familiar en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



## HERMANOS:

Un 19% de los pacientes, manifiesta NO tener hermanos y un 81% manifiesta SI tenerlos. (Ver tabla 14 y figura 12).

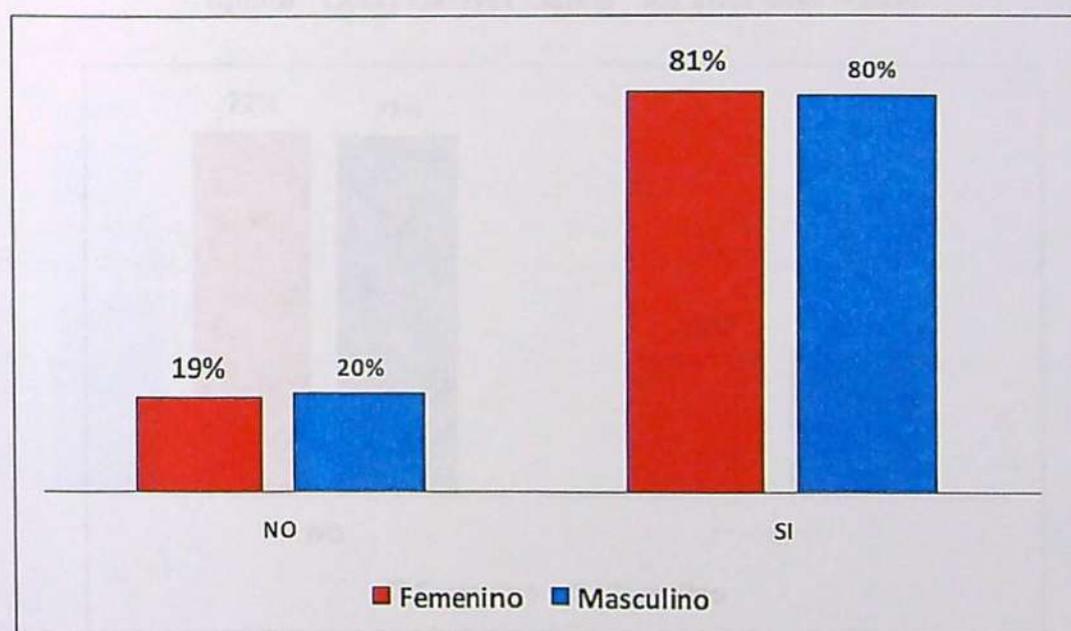
TABLA N° 14

Distribución de casos de intento de suicidio según hermanos en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

HERMANOS	SEXO				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
NO	13	19%	7	20%	20	19%
SI	55	81%	28	80%	83	81%
Total	68	100%	35	100%	103	100%

FIGURA N° 12

Distribución de casos de intento de suicidio según hermanos en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



## HIJOS:

En la mayoría de los casos con un 72%, no tienen hijos, tanto en el sexo masculino como en el femenino. Del total de los casos con un 28%, si tienen hijos al momento de presentar la conducta suicida. (Ver tabla 15 y figura 13).

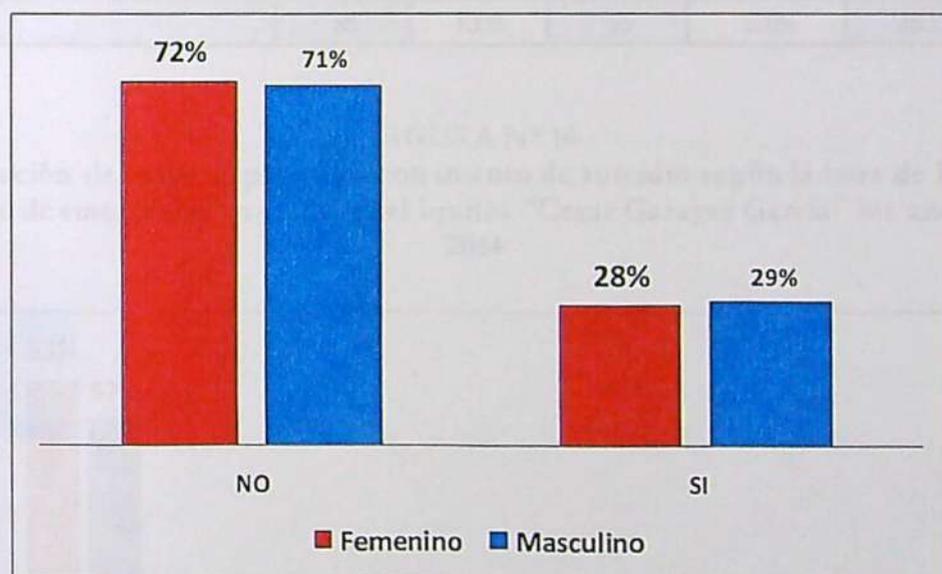
TABLA N° 15

Distribución de casos de intento de suicidio según familia con Hijos en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

TIENE HIJOS	SEXO				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
NO	49	72%	25	71%	74	72%
SI	19	28%	10	29%	29	28%
Total	68	100%	35	100%	103	100%

FIGURA N° 13

Distribución de casos de intento de suicidio según familia con Hijos en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



### DESENCADENANTE:

El desencadenante más frecuente estuvo en: conflicto con ser querido, correspondiendo al 61%, siendo las mujeres el grupo más afectado con un 63% y un 61% en los hombres. El maltrato físico con un 18%, siendo las mujeres nuevamente las más afectadas con un 17% y los hombres con un 14%. En los problemas laborales y pérdida del ser querido se registraron un 8%, siendo los hombres afectados con un 9% y las mujeres con un 7% y por último la sensación de soledad con un 7%, siendo los hombres los más afectados con 11% y las mujeres con un 4%. (Ver tabla 16 y figura 14).

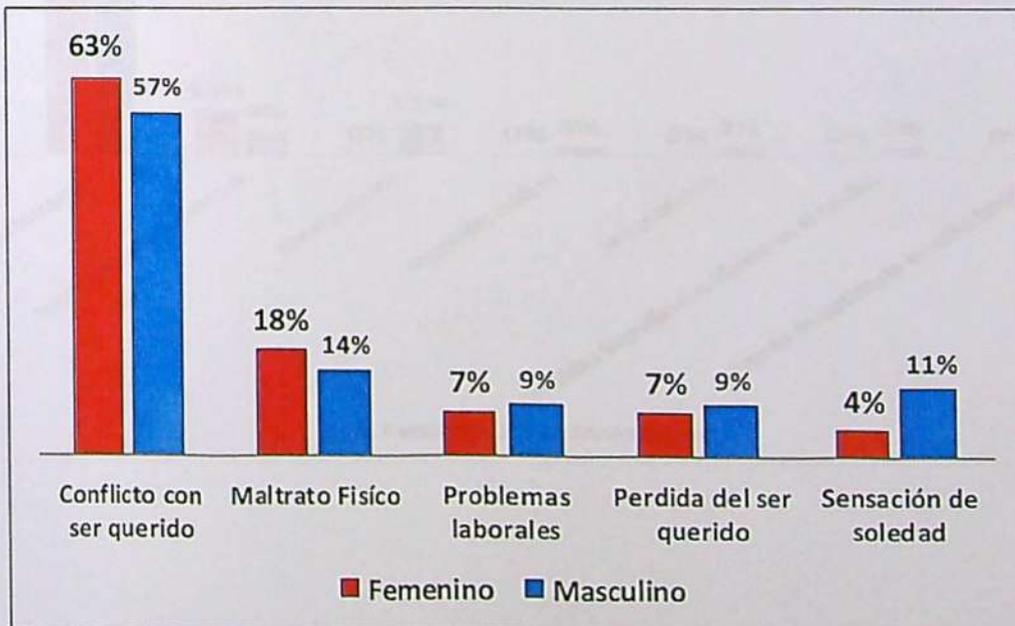
TABLA N° 16

Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según desencadenante en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

Desencadenante	SEXO				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
Conflicto con ser querido	43	63%	20	57%	63	61%
Maltrato Físico	12	18%	5	14%	17	17%
Problemas laborales	5	7%	3	9%	8	8%
Pérdida del ser querido	5	7%	3	9%	8	8%
Sensación de soledad	3	4%	4	11%	7	7%
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>

FIGURA N° 14

Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según la hora de llegada al servicio de emergencia en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



### MÉTODO EMPLEADO:

De todos los casos, el 79% utilizaron órgano fosforado, siendo e sexo femenino el grupo más afectado con un 84%. El siguiente grupo con un 14% emplearon ingestión medicamentosa, siendo las mujeres con mayor prevalencia con un 16%, seguida del método de ahorcamiento con un 4%, siendo los hombres con mayor prevalencia con un 11%. Y los últimos métodos como: Ingestión médica, ahogamiento, heridas superficiales e ingesta de sustancia extraña con un 1%, siendo los hombres con mayor prevalencia con un 3%. (Ver tabla 17 y figura 15).

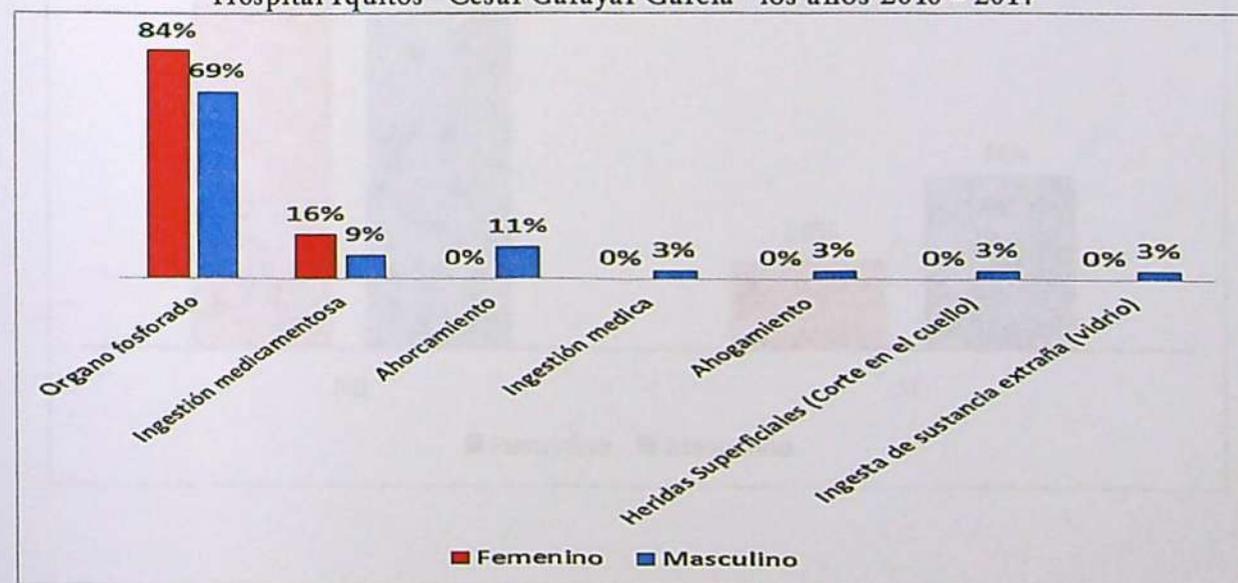
TABLA N° 17

Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según método empleado en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

MÉTODO EMPLEADO	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Organo fosforado (Veneno)	57	84%	24	69%	81	79%
Ingestión medicamentosa	11	16%	3	9%	14	14%
Ahorcamiento		0%	4	11%	4	4%
Ingestión medica		0%	1	3%	1	1%
Ahogamiento		0%	1	3%	1	1%
Heridas Superficiales (Corte en el cuello)		0%	1	3%	1	1%
Ingesta de sustancia extraña (vidrio)		0%	1	3%	1	1%
Total	68	100%	35	100%	103	100%

FIGURA N° 15

Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según método empleado en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



### IDEACIÓN PREVIA:

El 77%, de los casos NO presento ideación previa. Solo el 23%, SI actuó de manera impulsiva. (Ver tabla 18 y figura 16).

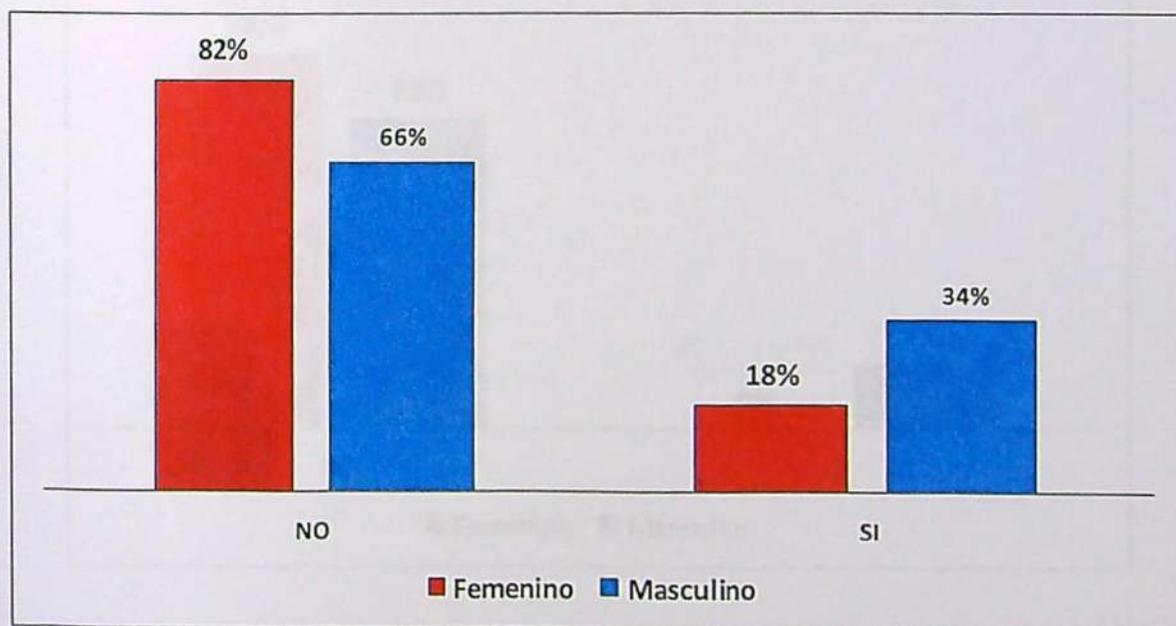
TABLA N° 18

Distribución de pacientes con intento de suicidio según ideación previa en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

IDEACIÓN PREVIA	SEXO				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
NO	56	82%	23	66%	79	77%
SI	12	18%	12	34%	24	23%
Total	68	100%	35	100%	103	100%

FIGURA N° 16

Distribución de pacientes con intento de suicidio según ideación previa en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



### USO DE DROGAS O BEBIDAS ALCOHÓLICAS:

El 94% del total de casos de pacientes No, ingirieron algún tipo de drogas y/o alcohol. Pero el 6% SI, había ingerido algún tipo de drogas y/o alcohol. (Ver tabla 19 y figura 17).

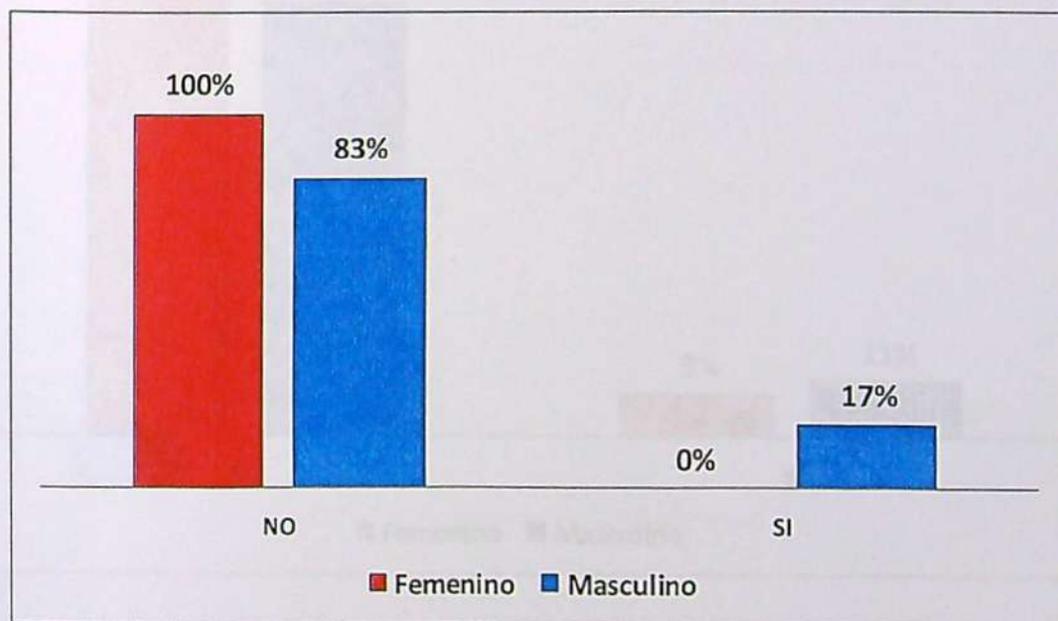
TABLA N° 19

Distribución de casos de intento de suicidio según uso de drogas y/o alcohol en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

USO DE DROGAS o BEBIDAS ALCOHOLICAS	SEXO				Total	%
	Femenino		Masculino			
NO	68	100%	29	83%	97	94%
SI	0	0%	6	17%	6	6%
Total	68	100%	35	100%	103	100%

FIGURA N° 17

Distribución de casos de intento de suicidio según uso de drogas y/o alcohol en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



### ANTECEDENTE DE SUICIDIO:

Solo el 10% de los casos, presento antecedente previo de suicidio. (Ver tabla 20 y figura 18).

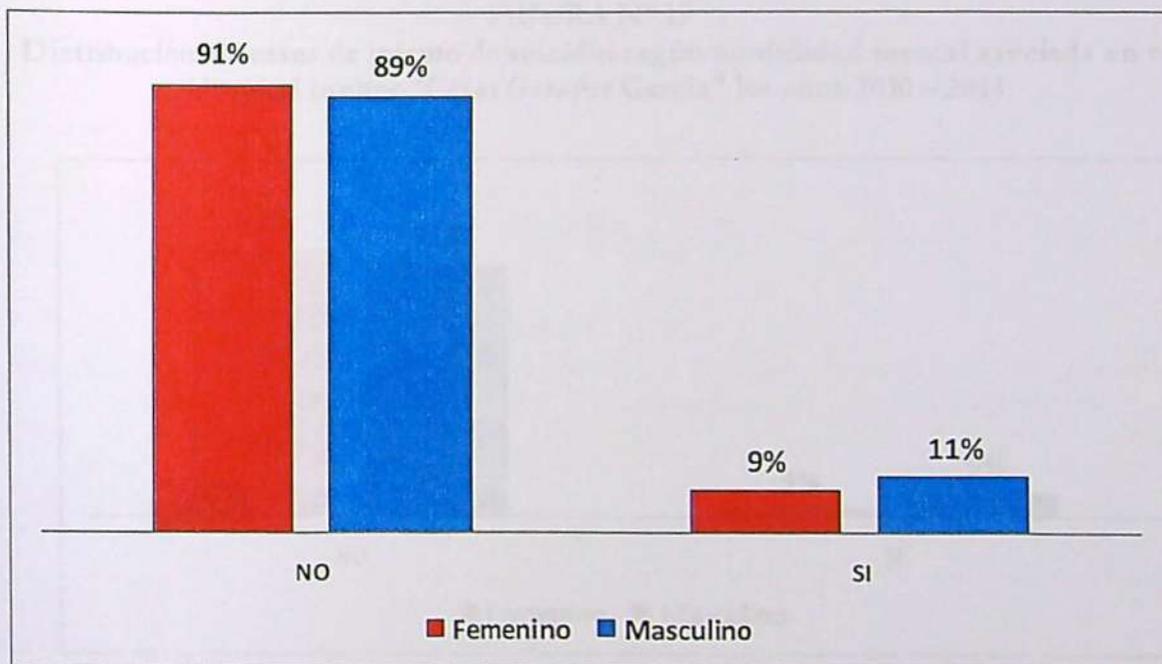
TABLA N° 20

Distribución de casos de intento de suicidio según el antecedente de suicidio en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

ANTECEDENTE DE SUICIDIO	SEXO				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
NO	62	91%	31	89%	93	90%
SI	6	9%	4	11%	10	10%
Total	68	100%	35	100%	103	100%

FIGURA N° 18

Distribución de casos de intento de suicidio según el antecedente de suicidio en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



### MORBILIDAD MENTAL ASOCIADA:

Del total de casos presentados, un 5% de pacientes, presenta morbilidad mental asociada (esquizofrenia). (Ver tabla 21 y figura 19).

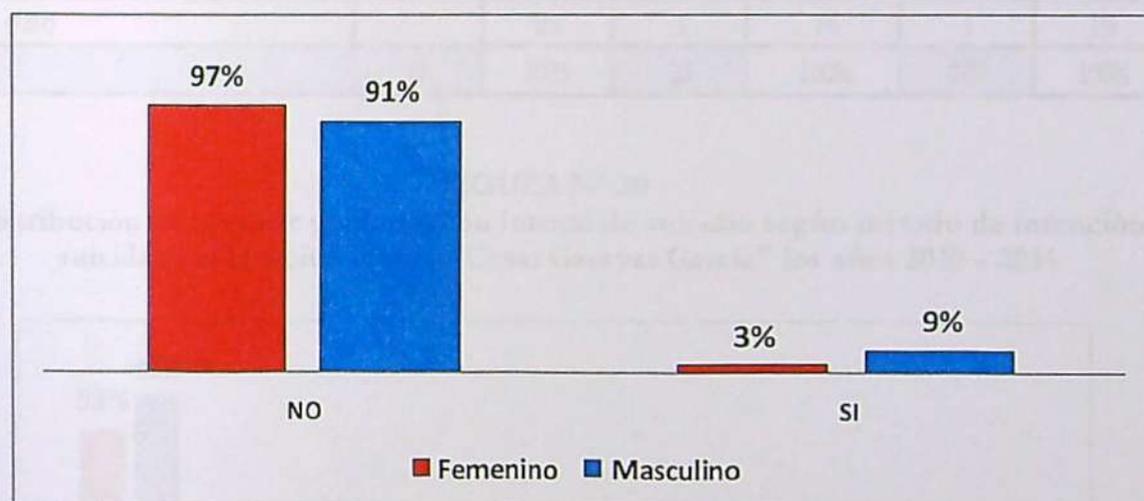
TABLA N° 21

Distribución de casos de intento de suicidio según morbilidad mental asociada en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

MORBILIDAD MENTAL ASOCIADA	SEXO				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
NO	66	97%	32	91%	98	95%
SI	2	3%	3	9%	5	5%
Total	68	100%	35	100%	103	100%

FIGURA N° 19

Distribución de casos de intento de suicidio según morbilidad mental asociada en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



## INTENCIÓN SUICIDA:

El 55%, de los casos manifestó que lo hizo para Terminar con un sufrimiento, no existiendo una diferencia proporcionalmente significativa entre ambos sexos: las mujeres con un 53% y los hombres con un 60%. La segunda intención importante al momento del intento suicida, estuvo representado por el deseo de morir con un 23%, las mujeres con un 25% y los hombres con un 20%. El tercero fue modificar situación familiar con un 10%, las mujeres con un 10% y los hombres con un 9%. El cuarto fue, evitar situaciones negativas con un 6%, las mujeres con un 6% y los hombres con un 6%. El quinto intento fue: llamar la atención con un 5% y el sexto con un 1%. (Ver tabla 22 y figura 20).

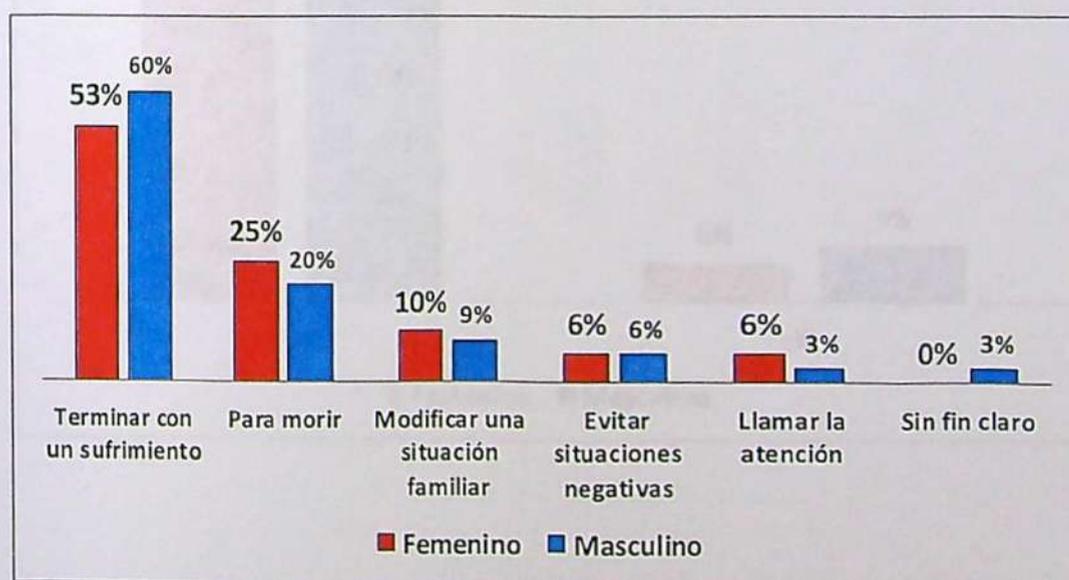
TABLA N° 22

Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según método de intención suicida en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

INTENCIÓN SUICIDA	SEXO				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
Terminar con un sufrimiento	36	53%	21	60%	57	55%
Para morir	17	25%	7	20%	24	23%
Modificar una situación familiar	7	10%	3	9%	10	10%
Evitar situaciones negativas	4	6%	2	6%	6	6%
Llamar la atención	4	6%	1	3%	5	5%
Sin fin claro		0%	1	3%	1	1%
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>

FIGURA N° 20

Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según método de intención suicida en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



**RIESGO SUICIDA:**

Un 7%, refirió que SI, lo volvería a repetir (El acto de intento de suicidio). El 93% del total de casos, refirió después de presentar dicha conducta NO, la volvería a repetir, bajo ninguna circunstancia. (Ver tabla 23 y figura 21).

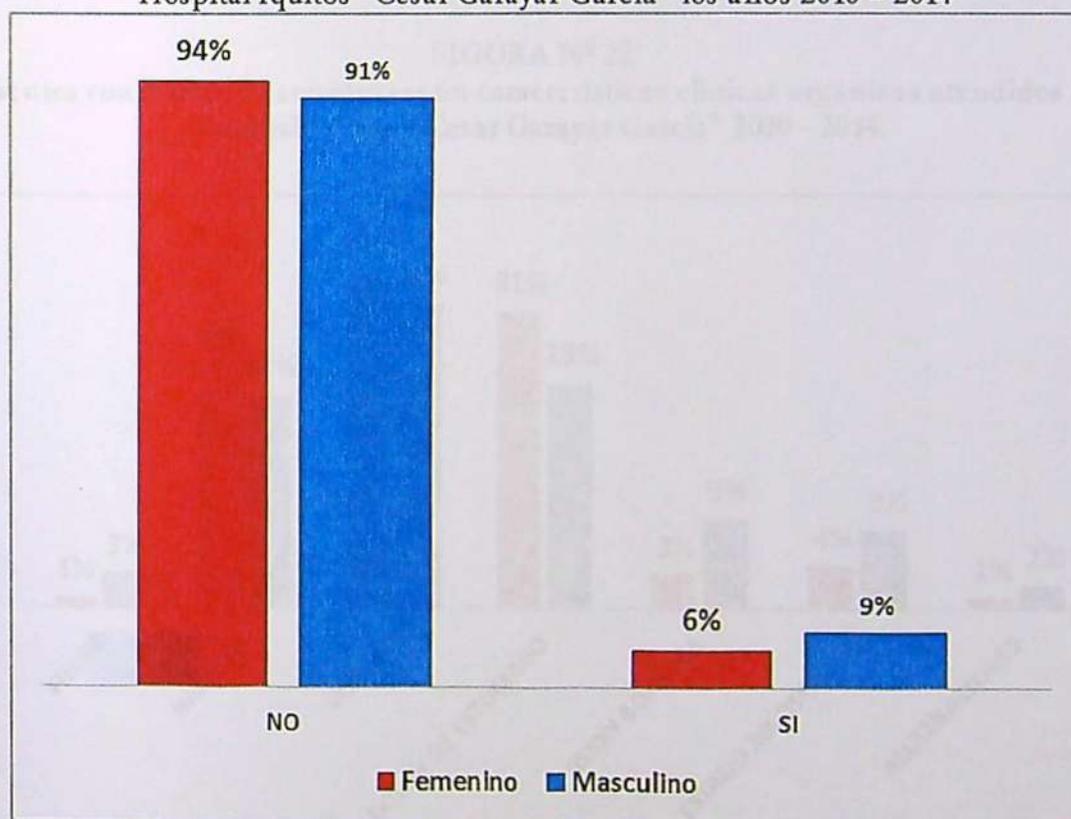
TABLA N° 23

Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según riesgo suicida en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014

RIESGO SUICIDA	SEXO				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
NO	64	94%	32	91%	96	93%
SI	4	6%	3	9%	7	7%
Total	68	100%	35	100%	103	100%

FIGURA N° 21

Distribución de casos de pacientes con intento de suicidio según riesgo suicida en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" los años 2010 - 2014



### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ORGÁNICAS:

Los síntomas que predominan en la mayoría de los casos fue: VÓMITOS con 34%, DOLOR DE ESTÓMAGO con 28% y por ultimo NAUSEAS con un 24%. (Ver tabla 24 y figura 22).

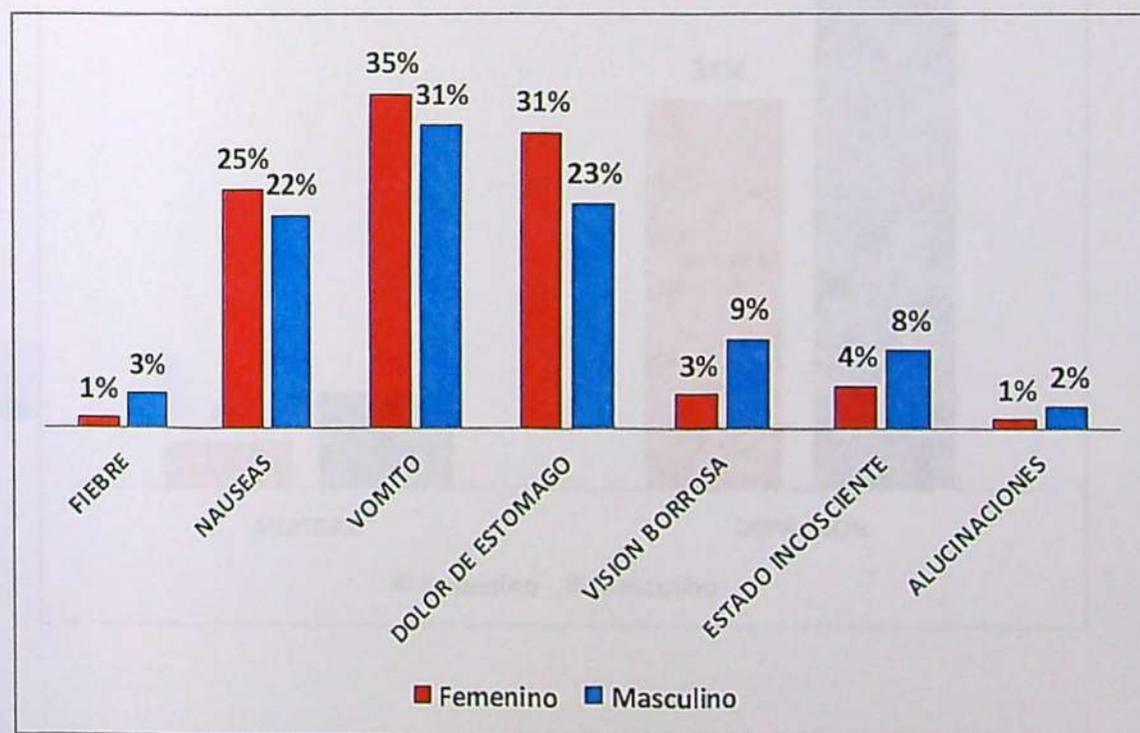
TABLA N° 24

Pacientes con intento de suicidio según características clínicas orgánicas atendidos en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" 2010 - 2014.

CARACTERÍSTICAS CLINICAS ORGANICAS	SEXO				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
FIEBRE	2	1%	3	3%	5	2%
NAUSEAS	50	25%	19	22%	69	24%
VOMITO	70	35%	27	31%	97	34%
DOLOR DE ESTOMAGO	62	31%	20	23%	82	28%
VISION BORROSA	7	3%	8	9%	15	5%
ESTADO INCOSCIENTE	9	4%	7	8%	16	6%
ALUCINACIONES	2	1%	2	2%	4	1%
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>100%</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>	<b>288</b>	<b>100%</b>

FIGURA N° 22

Pacientes con intento de suicidio según características clínicas orgánicas atendidos en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" 2010 - 2014.



### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PSÍQUICAS:

Las historias clínicas contaban con una evaluación psicología: (TEST DE ZUNG), dicha prueba era aplicado por los internos de psicología.

El 37% de los pacientes atendidos por intento de suicidio presentaron como característica importante a: la DEPRESIÓN, seguido de ANSIEDAD, con un 5%. (Ver tabla 25 y figura 23).

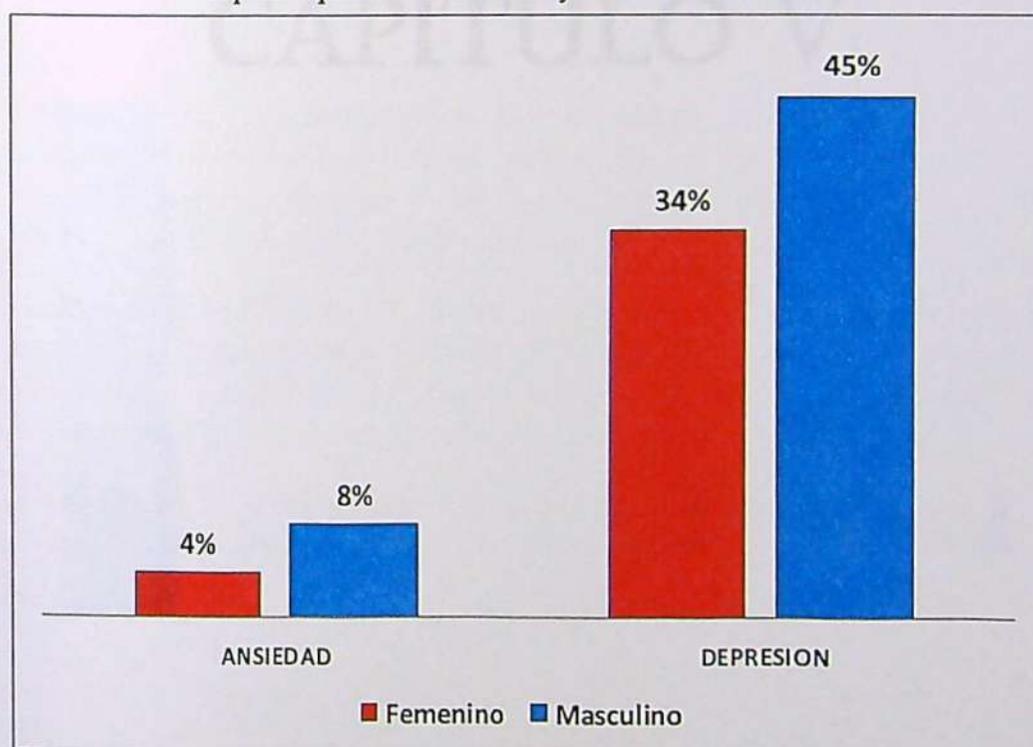
TABLA N° 25

Pacientes con intento de suicidio según características clínicas psíquicas atendidos en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" 2010 - 2014.

CARACTERÍSTICAS CLINICAS PSIQUICAS	SEXO				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
ANSIEDAD	8	4%	7	8%	15	5%
DEPRESION	68	34%	39	45%	107	37%
Total	76	38%	46	53%	122	42%

FIGURA N° 23

Pacientes con intento de suicidio según características clínicas psíquicas atendidos en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" 2010 - 2014.



## CAPÍTULO V

## CAPITULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las tasas de los intentos de suicidio se estiman en cuarenta veces a las de los suicidios consumados. La tasa anual de intentos de suicidio es en Europa 162/100000, en hombres y de 265/100000, en mujeres.

Es importante mencionar que en los países en vías de desarrollo, la ausencia de estadísticas confiables, es un problema, estimándose una relación de 18 intentos de suicidio, frente a uno logrado.

### EDAD:

En el estudio la franja juvenil y adulta - joven, se constituyó en la de más alto riesgos. Encontrando mayor prevalencia entre los 16 a 25 años de edad, correspondiendo al 56%; estos datos también son encontrados por Parimango Álvarez, donde el grupo de 13 a 35 años, corresponde a un 45.2% y seguido del grupo etéreo de 20 a 34 años con 43.3%, otros estudios.

Los estudios Europeos plantean que las tasas de suicidio aumentan con la edad, pero en nuestro estudio se observa un incremento porcentual en adultos y jóvenes, siendo el patrón epidemiológico más frecuente de los intentos de suicidio en individuos jóvenes entre 15 y 30 años.

### SEXO:

Los resultados muestran una predominancia del sexo femenino, correspondiéndola con un 66%, de la población estudiada. Dato que coincide con la mayoría de los trabajos que sobre el tema se han desarrollado, como por ejemplo el estudio realizado por Parimango Álvarez, que refiere que el 77.1% de pacientes corresponden al sexo femenino.

La relación hombre mujer es de 2/1, el cual corroboran los hallazgos de otros estudios que demuestran que las mujeres intentan suicidarse en mayor proporción que los varones, aunque los resultados de los diferentes trabajos nacionales difieren enormemente, por ejemplo Parimango Álvarez, encuentra la relación mujer - varón 3.3/1, Dante Durant.

Este estudio entonces confirma la predominancia del sexo femenino so bien la relación mujer/varón son diferentes.

## PROCEDENCIA:

La zona urbano marginal, con un total de 52%, de gran importancia, que se explica por cuanto la gente que habita en esa zona posee o tienen fácil acceso a todas las comunidades del área urbana, y por lo cual está sometida a los mismos mecanismos de presión existencial.

En cuanto a la zona urbana con un 35%, podría estar relacionado al ritmo de vida que actualmente se vienen dando, con muy pocos mecanismos para combatir el estrés, la preocupación por las cosas materiales y la falta de comunicación entre padres e hijos.

Y por último tenemos la zona rural, con un 8%, como en muchos estudios nos indica, que la población que la habita mantienen estilos de vida mucho más saludables, con pocos agentes estresantes sin muchos logros que alcanzar, que los convierte de cierta manera en personas más sencillas y la marcada influencia de ideas animistas juegan un papel muy importante en su creencia de vida y razón, por la que existe en ellos un marcado apego a la vida.

## ESTADO CIVIL:

Los solteros con 63%, predominaron ligeramente sobre el grupo de los convivientes con un 24% y los casados con 12%, lo que concuerda con el trabajo de Parimango Álvarez, quienes encontraron un predominio de los solteros 68.8%, sobre los convivientes con 21.9% y casados con 7.1%. Hallazgo este que también concuerda con otros trabajos realizados.

Durkheim, explica la importancia del papel de la familia y el estado civil en el desencadenamiento de la conducta suicida. La subordinación a los intereses del núcleo familiar, y la integración de la familia a este, disminuyen los impulsos individualistas y suicidas.

También se explica que al alcanzar el divorcio o separación aquellas parejas en continuos conflictos, se estaría alejando un factor estresante y desencadenante de la conducta suicida.

## NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

En la muestra se encontró que el 55%, tienen estudios secundarios y un 22% con estudios primarios y superiores. Estos hallazgos han sido descritos en otros estudios, como en el de Parimango Álvarez, que encontraron un 66% de intentos de suicidio en personas con estudios de nivel secundario.

Estos resultados coinciden con los hallazgos reportados por otros investigadores (NiBerkowr), quienes refieren que el nivel de instrucción guarda relación con la conducta suicida, por que a mayor grado de instrucción mayor información sobre la diversidad de formas que existen para auto eliminarse.

## OCUPACIÓN:

La relación de intento de suicidio con el desempleo está ampliamente aceptada y este grupo social constituye un grupo de alto riesgo. En el presente estudio la mayoría de los casos eran Independientes con 43% y predominantemente de sexo masculino. Sin embargo Parimango Álvarez, encuentra un mayor número de personas en estudiantes con 51.9% e independientes con 15.2%.

Otros estudios realizados a nivel nacional también obtienen como hallazgo predominante el desempleo.

El siguiente grupo estuvo conformado por los estudiantes con 35%, el cual podría estar relacionado al hecho de tener a una población que en su mayoría es joven, que son los que actualmente son los que más intentan suicidarse.

Un menor porcentaje, ya sea en forma dependiente con 17% y como desocupado con 5%, estos resultados van en el sentido de que al tener un trabajo se considera en general, un factor general, un factor general contra el suicidio.

Así durante las recesiones y depresiones económicas y épocas de alto desempleo aumenta la tasa de suicidio. Esta tasa alta puede explicarse por la interacción de las circunstancias socioeconómicas, la vulnerabilidad psicológica y los eventos existenciales estresantes.

## DATA, MES Y HORA:

Se producen mayor número de tentativas: Al principio de la semana (lunes) con un 18% y al término de la semana (domingo) con un 18%. En esta muestra está relacionada con el sistema de vida de nuestra comunidad, ya que los fines de semana los compromisos sociales, que adquieren los adolescentes y adultos jóvenes, una importancia vital, lo que facilita la existencia de mayores situaciones emocionales - frustrantes - estresantes, ya sea con la pareja, los amigos y los padres.

Ya que es el conflicto con el ser querido uno de los desencadenantes más frecuentes de todos modos este estudio entra en contradicción con resultados de estudios similares, la mayor frecuencia se produce los días de semana.

De acuerdo a la distribución por meses, el mayor número corresponde al mes de Mayo con un 20%. En el mes de Diciembre se evidencia un 13%, época en la cual se vive un sentimiento de nostalgia por el ser querido, la persona espera inconscientemente recibir demostración de afecto y comprensión y al ocurrir lo contrario, existe menor resistencia a la frustración.

La ingesta de alcohol exagerado por estas fiestas también actúa como un factor para que en este mes se hayan realizado un número considerable de intentos de suicidios.

En cuanto a la hora, la mayor frecuencia de intentos de suicidio se dio, durante las 13:00 a 23:00 horas con un 63%.siendo fácil de acceder a la compra de las sustancias nocivas y también mayor oportunidad que se desencadenen discusiones.

Estudios de otras latitudes, señalan a los meses de invierno, como los momentos de mayor incidencia en los intentos de suicidios, de acuerdo ellos, coincide con nuestro estudio ya que en nuestra comunidad el invierno se da en los meses de lluvia (diciembre, enero y febrero).

#### **CARACTERÍSTICAS FAMILIARES:**

Un 83%, tenía padre vivo y un 89%, la madre viva, predominando en ambos sexos el ser Independiente. Un 47% de los padres tuvieron estudios secundarios y un 49% de la madres, respecto a algún tipo de enfermedad en los padres solo fue el 1% y las madres el 0%; lo que nos indica la no influencia de estas características familiares en la génesis de la conducta suicida reforzando lo dicho en el párrafo anterior que se debe bien a una desestructuración y falta de figuras significativas para el adolescente con conducta suicida. Un ejemplo claro es el que se observa en la mayoría de pacientes donde el padre bebía hasta embriagarse dando como porcentaje un 35%.

#### **TIPO DE FAMILIA:**

Un 29% de los casos provenían de familias incompletas y el 71% de familias completas.

Se encuentra una diferencia proporcionalmente con mayor significancia, nos demuestra que si es mandatario o un factor de riesgo importante para la conducta suicida.

Se ha encontrado en otros estudios que dentro de las características familiares el mayor índice se encuentra en problemas dentro de la familia nuclear sin embargo si juntamos lo correspondiente a padres separados, madres jefas de hogar y a cargo de las familias de origen nos encontramos con que nos hablan de desestructuración y falta de figuras significativas para el adolescente con conducta suicida.

#### **TAMAÑO FAMILIAR:**

Un 59% de los casos provenían de familias pequeñas y de las familias medianas un 36%.

Lo cual en nuestro estudio no resuelto ser significativo, lo cual corrobora nuestra apreciación anterior de que la violencia social estructural ha generado una violencia estructural personal.

#### **HERMANOS:**

En el estudio se encontró que un 19% de los pacientes internados por intento de suicidio, manifiesta NO tener hermanos y el 81% manifiesta SI tenerlos ya sea en dentro del núcleo familiar o fuera de ello.

## HIJOS:

En la mayoría de los casos el 72% de los pacientes con intento de suicidio, NO, tienen hijos, esto probablemente debido a que la población mayoritaria es bastante joven.

Este factor implicaría que al no tener compromisos económicos ni afectivos hacia otra persona pueden decidir más fácilmente que hacer con sus vidas.

La WHO/EURO, observo que para las mujeres tener un hijo menor de 2 años es un factor de protección para la conducta suicida, sin embargo observamos en nuestro estudio que el hecho de tener un hijo menor le representaría a las mujeres estudiadas, un serio y severo factor desequilibrantes, porque no tenían como mantenerlo.

## DESENCADENANTE:

En el presente estudio se encontró que el 61% de pacientes, predominantemente de sexo femenino, tuvo como desencadenante de la conducta suicida a un conflicto con el ser querido, referidos a discusiones, desengaños amorosos, separaciones de la pareja. Un estudio nacional menciona que uno de siete adolescentes ha presentado deseos suicidas y acusan como motivos a los problemas con los padres.

Algo similar ocurre cuando el desencadenante es el maltrato físico con 17%, también existe un ambiente hostil precedida muchas veces por discusiones, predominando también las mujeres, por ser el género ms vulnerable para el maltrato físico.

Con un porcentaje de 8%, tenemos aquellos que en el momento tenían la sensación de estar solos, de creer que no pueden ser escuchados o comprendidos.

Un 8%, estuvo representado por aquellos a quienes los problemas laborales, la falta de empleo, pérdidas o expulsiones del sistema laboral, siendo en su mayoría hombres, por el hecho de que en su gran mayoría son ellos los que más aportan económicamente en una familia, algo que no sucede con las mujeres.

Y con un 8%, tenemos a los que perdieron un familiar y no se sienten capaces de afrontar la pérdida y una gran sensación de soledad y depresión las incentiva a querer suicidarse.

## MÉTODO EMPLEADO:

El 79% de total de pacientes estudiados, recurrió a la ingesta de organofosforado y el 14%, intento el suicidio con ingesta medicamentosa.

Parimango Álvarez, encuentra el 69.9%, que ingirió raticidas y el 21.4%, sobredosis de fármacos ansiolíticos. Estos datos concuerdan con trabajos de otros autores nacionales.

Esto puede ser explicado también por la fácil accesibilidad a estos fármacos por la venta libre en las farmacias y bodegas y su bajísimo costo, que hacen el método ideal para los jóvenes, que no gozan de ingresos propios. Se sabe que el uso de un método para suicidio está íntimamente ligado a su disponibilidad, aceptación cultural y letalidad.

Así se acredita que las tasas de suicidio pueden ser disminuidas por el control de esos factores.

Los casos de ahorcamiento en menor proporción con un 4%, ha estado representado únicamente por varones, lo que coincide con estudios ya existentes que refieren que los varones eligen métodos más cruentos y eficaces, y las mujeres hacen el intento cuatro veces más que los hombres y para ello utilizan métodos menos fatales.

#### **IDEACIÓN PREVIA:**

El 23% de nuestros pacientes, tuvo ideas suicidas, previos al intento, es decir que el 77% actuó de manera impulsiva. Generalmente se observa en niños y adolescentes suicidas, una susceptibilidad marcada frente a la frustración, la cual hace difícil manejar los acontecimientos negativos de la vida en forma adecuada y el comportamiento suicida esta precedido, a menudo, de algún acontecimiento estresante para el adolescente.

Se reactiva el sentimiento de desamparo, desesperanza y abandono que pueden hacer aflorar pensamientos suicidas y conducir a suicidios e intentos de suicidios.

Según este estudio los hallazgos encontrados plantearían que los 23% de pacientes estarían atravesando cuadros depresivos por lo cual se debería estar tomando medidas para mejorar la calidad de atención a estos pacientes, evitar sesgar información, lo que difiere con el estudio realizado por Parimango Álvarez (Iquitos 2003), donde el 18.6%, de pacientes pensó en suicidarse, es decir que el 81.4% no lo pensó.

#### **USO DE DROGAS O BEBIDAS ALCOHÓLICAS:**

El 6% ingirió alcohol u otro tipo de droga, previo al intento suicida predominando el sexo masculino. El alcoholismo y en menor medida otras drogas, frecuentemente se ha asociado al suicidio, tanto como factor de riesgo como precipitante de conductas suicidas.

Hasta un 15% de los alcohólicos se suicidan y el abuso de alcohol es un factor presente en el 25 y 50%, de todos los suicidios. Según Harris y Barraclough, tienen 6 veces más de riesgo de suicidio que en la población general.

El alcohol incrementa el riesgo de conducta suicida agrava los sentimientos depresivos y disminuye el autocontrol. Puesto que el alcoholismo por sí mismo, particularmente si hay ingestión exagerada de forma aguda causa a menudo sentimientos profundos de remordimiento en los periodos entre una ingestión y otra.

## ANTECEDENTE DE SUICIDIO

Un intento de suicidio previo, es quizás el mejor indicador de que un paciente se encuentre en riesgo de suicidio. En este estudio solo el 10% de los pacientes estudiados presento algún intento de suicidio previo. Si comparamos con el estudio de Parimango Álvarez, encontraron un 14.3%, de los pacientes presentaron antecedente de suicidio.

Estos hallazgos han sido reportados por otros autores, encontrándose que los pacientes contaban con por los menos un intento de suicidio anterior.

En los años ochenta la proporción de pacientes reincidentes de la tentativa de suicidio oscilaba entre el 18% al 40%, mientras que en los noventa, en la estudio Europeo multicentrico EHO/EURO, se sitúa en torno al 55%. Según este resultado, nos estaría diciendo que la mayoría de personas estudiadas estaría frente a un primer evento, o que bien podrían haber estado ocultando esta información por razones personales o de vergüenza.

Se confirma la necesidad de considerar durante el tratamiento de los intentos de suicidio no solo el riesgo de consumación, sino también, el de repetir la tentativa.

## MORBILIDAD MENTAL ASOCIADA:

Del total de casos presentados hubo cinco pacientes con 5%, con intento de suicidio que presentaron morbilidad mental asociada (esquizofrenia paranoide). De acuerdo a los resultados obtenidos, podemos inferir por la sintomatología aceptada por los pacientes estudiados, que el 95%, presentaban estados ansiosos depresivos.

## INTENSIÓN SUICIDA:

Nuestro estudio demuestra que el 10%, buscaba a través del intento de suicidio, modificar alguna situación familiar, que si lo asociamos con el 5% que buscaba llamar la atención, inferimos el estado emocional de impotencia y frustración que los pacientes atravesaban al momento de tomar esta decisión.

Seguramente el dialogo ya se había agotado, si es que lo hubo en algún momento o la situación e violencia intrafamiliar del hogar estaba en límites inmanejables. Dentro de este análisis podríamos también incorporar al 6% de nuestra muestra que buscaba evitar situaciones negativas.

Un 23% de nuestro estudio tenía el claro deseo de morir, lo que significaba que sus defensas psicológicas habían llegado al límite. En este mismo grupo asociamos al 55% que buscaba terminar algún sufrimiento.

Si consideramos que trabajos anteriores mostraban que el mayor porcentaje de los intentos de suicidio, tenían un claro componente histérico o de llamar la atención, con estos resultados obtenidos en el presente trabajo, nos damos cuenta, del nivel de violencia estructural social, que empuja a los pacientes a buscar o realizar verdaderos deseos de suicidio.

#### **RIESGO SUICIDA:**

Un 93% manifestó tener duda en relación a si volvería a reiniciar el acto suicida, siendo este el grupo más numeroso, seguido por un 7%, que afirmaron que si volverían a atentar contra su vida. Un análisis de supervivencia encontró que los sujetos que dijeron que deseaban haber muerto después del intento suicida tenían 2.5 veces más posibilidades de cometer el suicidio de modo eventual frente aquellos que eran alegres y los que se mostraban ambivalentes sobre la tentativa.

La reacción de los sujetos que intentan el suicidio para la supervivencia es una importante variable clínica que se determina fácilmente en las evaluaciones que ocurren tras una tentativa suicida.

#### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ORGÁNICAS:**

Los síntomas que predominaron en la mayoría de los casos fue el Vomito con 34%, seguido de dolor de estómago con 28%, las náuseas con 24%, el estado inconsciente con 6%. Concordamos con la ingesta de organofosforados.

Sin embargo es bueno resaltar que un signo importante de intoxicación por organofosforado son las pupilas mióticas, lo que nos permitiría afirmar que la dosis de raticidas ingeridas haya sido mínima.

Algunos pacientes al día siguiente refirieron que no terminaron de tomar el total de la bebida, por la presencia de un marcado sentimiento de culpa, por su desagradable sabor, y otros definitivamente por que solo buscaban llamara la atención.

#### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PSÍQUICAS:**

El 37% de los pacientes atendidos por intento de suicidio presentaron como característica importante la depresión, seguido de ansiedad con un 5%.

Esta tabla es concordante, con las características psicológicas de las personas que intentan suicidarse es decir que son pacientes con manifiestos signos y síntomas ansiosos depresivos.

El estado de agitación psicomotriz que presentaron los pacientes fue debido a que en su mayoría a que recapacitaban del acto asumido y el negativismo lo encontramos en los pacientes que sentían profunda vergüenza por el acto realizado, o en los pacientes que luego de haber salido del todo toxico, persistían en ellos sentimientos encontrados de cólera y frustración.

## CAPÍTULO VI

## CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

1. El 56% de pacientes tuvo edades entre los 16 y 25 años. El 66% de pacientes son de sexo femenino. La relación mujer hombre fue de 2/1. El 52% de la población estudiada, procede de la zona urbana marginal y de la zona urbano con 35%. En ambos sexos predominaron los solteros siendo el total de 63%, seguido por el grupo de los convivientes con 24%, los casados fueron los menos afectados con 12%. El 55% de los pacientes presentaron un nivel de instrucción secundaria. La mayoría de los casos con 43% eran independientes, seguido por el grupo de estudiantes con 35%. El mayor número de tentativas se produjeron en los días relacionados al principio de semana y al final de semana con 18%. Siendo los meses de mayor incidencia mayo con 20% y febrero con 13%. La hora de llegada al servicio de emergencia se da en la mayoría de los casos con 63%, durante las horas de vigilia que son de 13:00 a 23:00 pm.
2. En cuanto a las características familiares un 83% tenía padres vivos con y con 89% madres vivas. Predominando en ellos el ser independiente. El 47% de los padres tuvieron estudios secundarios. En la mayoría de pacientes el padre bebía hasta embriagarse en un 35%. Un 59% de los casos provenían de familias pequeñas y de las familias medianas un 36%. Un 71% de los casos provenían de familias completas. El 11% de los pacientes, manifiesta NO tener hermanos y el 81%, SI lo tenía. Un 72% de los pacientes con intento de suicidio no tienen hijos.
3. El factor desencadenante fue con el 61% intento de suicidio por conflicto con el ser querido, seguido por el maltrato físico con 17% y los que tenían la sensación de estar solos, pérdida del ser querido y problemas laborales con el 8%.
4. El 79% del total de pacientes estudiados, recurrió a la ingesta de organofosforados y el 14%, con ingesta medicamentosa. El 23% de los pacientes estudiados presento algún intento de suicidio previo. El 6% ingirió alcohol, u otro tipo de droga.
5. Un 10% de los pacientes estudiados presento en algún momento algún intento de suicidio previo. Solo el 5% presento morbilidad mental asociada. El 10% de los pacientes, tuvo intención suicida.

6. Un 7% de la población estudiada refirió que si volvería a cometer otro acto suicida y un 93% manifiesta no volvería a reintentarlo.
7. Los síntomas que predominaron en la mayoría de los casos fueron los producidos por la ingesta de organofosforados: el vómito con 34%, el dolor de estómago con 28% y las náuseas con 24%.
8. El 37% de los pacientes atendidos por intento de suicidio presentaron síntomas depresivos.

## RECOMENDACIONES

1. Por su importancia como problema de salud pública, por su incremento paulatino y constante, el intento de suicidio merece mayores estudios en nuestro medio, tanto estudios epidemiológicos, clínicos e investigaciones que provean de mejores sistemas de prevención para la conducta suicida.
2. Se recomienda realizar estudios de tipo prospectivo, que incluya seguimiento a los pacientes que intentaron suicidarse así como también incrementar y expandir los sistemas de seguimiento y soporte para las víctimas de la conducta suicida.
3. Se recomienda mejorar los sistemas de registros en los centros de atención, por lo que se tendrán cifras reales tanto para el intento de suicidio, como para el suicidio consumado.
4. Visto que el principal diagnóstico asociado a la depresión en sus diferentes formas sugiere la evaluación de personas para identificar este trastorno de manera preventiva. Es necesario implementar programas de entrenamiento, para el reconocimiento de los factores de riesgo y el tratamiento eficaz de la conducta suicida en personal de salud (médicos, trabajadores sociales, psicólogos y otros). También promoviendo programas educativos a las familias con miembros de alto riesgo suicida y sobre todo mejorar la comunicación dentro de la familia.
5. Un intento de suicidio previo es quizás el mejor indicador que un paciente se encuentre en riesgo de suicidio, por lo tanto todo intento previo debe tomarse como un factor predictor, independientemente de su letalidad. Es importante una evaluación cuidadosa de esta conducta, sobre todo en los servicios de emergencias donde se puede tomar decisiones inmediatas y decidir entre una hospitalización o manejar ambulatoriamente al paciente suicida con el riesgo de un nuevo intento o la consumación del mismo.
6. Conociendo que ciertas sustancias como fármacos, raticidas, son los instrumentos más comunes comúnmente utilizados para la conducta suicida, se debe promover esfuerzos para reducir el acceso a estas sustancias, diseñando campañas públicas de información y de prohibición a su venta libre.
7. Es importante trabajar en su prevención y para ello es necesario alertar a la población de que el suicidio es un problema de salud prevenible. Esta meta puede llevarse a cabo a través del desarrollo de campañas sobre la conducta suicida y su prevención en instituciones educativas (colegios, universidades), laborales y la comunidad en general.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM—VI—.R. Barcelona, Masson
2. ARANDA, J: Problemas que presenta la elaboración de la estadística de suicidio. *Rev Psi Psicol Med Eur Am Latina*. 1984; XVI (8): 517—520.
3. BALLESTEROS, J: 'Análisis estadísticos avanzados en salud mental.
4. COBO, C: El fantasma del suicidio entre la población infantil.
5. CONDE, V; FRANCH, JI: Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid, Upjohn. 1984.
6. CONOVER, N: Psychopathology and its relationship Lo suicidal ideation in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1986; 25(5): 666 -673.
7. DEL BARRIO, V: Factores de riesgo en el suicidio infantil. *Jano*.1985; 29 (666): 1873—1878.
8. DORESTE, J: "Epidemiología analítico—observacional en salud mental (II): estudios casos—controles" en J.L. González de Rivera: El método epidemiológico en salud mental. Barcelona, Masson-Salvat. 1993.
9. DURKHEIM, E: Le suicide. Etude de sociologie. Paris, Alcan. 1897. 430
10. Enciclopedia de Psiquiatría. Buenos Aires, El Ateneo.
11. FREUD, S: obras completas. Buenos Aires, Amorrortu Ed. 1976.

12. GONZÁLEZ SEIJO, JC; RAMOS, YM; LASTRA, I; CARBONELL, C; DE DIOS, JL: Distribución estacional de las conductas suicidas. *An Psiquiatría*. 1993a; 9 (Supl. 1): 41.
13. Instituto especializado de salud mental. Estudio epidemiológico de salud mental en Iquitos 004. *Anales de Salud mental (Perú)*. 2008.
14. INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL. Estudio epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. *Anales de Salud Mental (Perú)*. 2002.
15. LADAME, F: *Les tentatives de suicide des adolescents*. Paris, Masson. 1987.
16. LADAME, F: *Les tentatives de suicide des adolescents*. Paris, Masson. 1987.
17. LÓPEZ—IBOR, JJ; LANA, F; SAIZ, 3: Conductas autolíticas impulsivas y serotonina. *Actas Luso—Esp Neurol Psiquiatr*. 1990; 18(5): 316—325.
18. Ministerio de salud. Documento Técnico: Plan Nacional de Salud Mental. Consejo Nacional de Salud. Comité de Salud Mental (Perú). 2005 – 2006.
19. MOLINER, M: *Diccionario de uso del español*. Madrid, Ed. Gredos. 1988
20. MOSQUERA EL ÁGUILA A. Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital “Hermilio Valdiza”, durante febrero 2000 – Enero 2001. Trabajo de investigación para optar el título profesional de especialidad en psiquiatría. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Unidad de Postgrado. 2003.
21. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Prevención del suicidio*. Ginebra, O.M.S. 1969.

22. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Trastornos mentales y del comportamiento. GTE 10. Madrid, Meditor. 1992.
23. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Trastornos mentales y del comportamiento. GTE 10. Madrid, Meditor. 1992. 452
24. RAMÍREZ, FM; CARRASCO, JL: Tentativa de suicidio y diagnóstico psiquiátrico. *An Psiquiatría*. 1989; 5(6): 240—244.
25. RAMOS, JA; CORDERO, A: ¿Hay un factor sorpresa en la evaluación del riesgo suicida en las depresiones? *Actas Luso—Esp Neurol Psiquiatr*. 1990; 18(4): 213—217.
26. ROBINS, E: “Urgencias Psiquiátricas” en H.I. Kaplan y B.J. Sadock
27. ROBLES GORRITI C. Suicidio en la adolescencia. XIX Congreso Argentino de Psiquiatría 10 al 13 de abril de 2003. Mar de Plata, Buenos Aires, Argentina. 2003.
28. RODRÍGUEZ, A; LÓPEZ, P: Ideal de yo y conducta suicida. *Psicopatología*. 1985; 5(2): 181—185.
29. RODRÍGUEZ, A; LÓPEZ, P: Ideal de yo y conducta suicida. *Psicopatología*. 1985; 5(2): 181—185.
30. ROJAS, E: Estudios sobre el suicidio. Barcelona, Salvat Editores, V Ed. 1964.
31. RUBIO, G; FEREZ, P: Indicadores biológicos de la repetición de la conducta suicida en los trastornos depresivos: perspectivas terapéuticas. *Farmacología del SNC*. 1994; 8(1): 4—17.
32. SARRÓ, B y DE LA CRUZ, C: Los suicidios. Barcelona, Ed. Martínez Roca. 1991.

33. SARTORIUS, N: Introducción al Simposio Internacional sobre el suicidio. *Psicopatología*. 1985; 5 (2): 81—84.
34. SCHNEIDER, PB: La tanta tive de suicide. Etude statistique, clinique, psychologique et catamnesticque. Suiza, Delachaux & Niestlé. 1954.
35. SCHNEIDMAN, ES: *Suicidology: Contemporary developments*. New York, Grune and Stration, Inc. 1976.
36. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona, Ancora. 1989. 443
37. VILLA, A: “Presentación” en L. Villardón: *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao, Universidad de Deusto. 1993.
38. VILLARDÓN, L: *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao, Universidad de Deusto. 1993.
39. VIZAN, R; HENRY, M; GRACIA, R; GONZÁLEZ DE RIVERA, JL: *Psicopatología y tentativas de suicidio*. *Aix Psiquiatría*. 1994; 10(5): 175
40. WINETT, RA; STEFANEK, 14; RILEY, AN: “Estrategias preventivas con niños y familias” en T.H. Ollendick y 14. Hersen Dirs.) : *Psicopatología infantil*. Barcelona, Martínez Roca. 1988.
41. YAMPEY, N: “Suicidio” en O. Vidal, E. Bleichinar y R. J. Usandivaras

# ANEXOS

**FICHA DE REGISTRO DE PACIENTES (ANEXO N°...)****(Recolección de información de los pacientes con intento de suicidio a partir de historio clínico)****N° Ficha:****Data:****Día:****Mes:****Hora:****I.- DATOS DE FILIACIÓN****Edad:****Sexo:****Procedencia:**

1.- Urbana            2.- Urbano marginal    3.- Rural

**Estado Civil:**

1.- Soltero            2.- Casado            3.-Convivencial.        4.- Divorciado.

**Nivel de instrucción:**

1.- Analfabeta        2.- Primaria            3.-Secundaria            4.-Superior

**Ocupación:**

1.-Estudiante        2.-Dependiente        3.-Independiente        4.-Desocupado

## II.- CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

### DESENCADENANTE

- 1.-Conflicto con ser querido.
- 2.- Maltrato físico.
- 3.- Perdida del ser querido.
- 4.- Problemas laborales.
- 5.- Sensación de soledad.
- 6.- Salud Psíquica.

### MÉTODO EMPLEADO

- |                             |        |        |
|-----------------------------|--------|--------|
| 1.- Ahogamiento             | 1.- SI | 2.- No |
| 2.- Ahorcamiento            | 1.- SI | 2.-No  |
| 3.- Precipitación           | 1.- Si | 2.- NO |
| 4.- Armas de fuego          | 1.- Si | 2.- No |
| 5.- Heridas Superficiales   | 1.- Si | 2.- No |
| 6.- Arma Blanca             | 1.- Si | 2.- No |
| 7.- Ingestión medicamentosa | 1.- Si | 2.- No |

#### 1.-Ansiolíticos

- |     |                     |
|-----|---------------------|
| 2.- | Antidepresivos      |
| 3.- | Neurolépticos       |
| 4.- | Otros psicofármacos |
| 5.- | Analgésicos         |
| 6.- | Venenos             |
| 7.- | Otros               |

- |                     |        |       |
|---------------------|--------|-------|
| 8.- Cáusticos       | 1.- SI | 2.-No |
| 9.- Organofosforado | 1.- SI | 2.-No |

10. Otro.....

**ANTECEDENTES PERSONALES****MORBILIDAD MENTAL ASOCIADA:**

1.- Si            2.-No

**ANTECEDENTE DE SUICIDIO:**

¿Ha intentado en otra oportunidad suicidarse?

Si la respuesta es sí ¿Cuántas veces?...

**IDEACIÓN PREVIA**      1.-SI            2.-Fue en forma impulsiva

Si la respuesta es sí ¿Desde cuándo ha pensado en suicidarse?

**USO DE DROGAS**

¿Ingerió Bebidas alcohólicas o drogas antes del intento de suicidio?

1.- SI            2.- No

**INTENCIÓN SUICIDA**

- 1.- Para morir
- 2.- Modificar una situación familiar
- 3.- Terminar con un sufrimiento
- 4.- Evitar situaciones negativas
- 5.- Llamar la atención
- 6.- Asustar a otros
- 7.- Sin fin claro.

**RIESGO SUICIDA**

¿Volvería a intentarlo?      1.- SI            2.-NO

### III.- CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

**a.- TIPO DE FAMILIA.** Composición familiar en relación a los padres.

¿Con quién vive? .....

**TIPO DE FAMILIA**                      1.- Familia completa                      2.- Familia incompleta

¿Tiene hijos?              1.-SI                      2.-NO

¿Tiene hermanos?      1.- SI                      2.-NO

**TAMAÑO FAMILIAR**      ¿Cuántos miembros tiene su familia?.....

1.- Familia Grande      2.- Familia Mediana      3.-Familia Pequeña

#### **PADRE**

¿Su padre vive?              1.-SI      2.-NO

Ocupación:      1.- Independiente      2.- Dependiente      3.- Jubilado

Grado de Instrucción: 1.-Analfabeta      2.- Primaria      3.-Secundaria      4.- Superior

¿Sufre alguna enfermedad?                      1.-SI (Especifique)      2.- NO

¿Bebe hasta embriagarse?                      1.- SI                      2.- NO

¿Ha intentado suicidarse alguna vez?              1.- SI                      2.- NO

#### **MADRE**

¿Su madre vive?              1.-SI      2.-NO

Ocupación:      1.- Independiente      2.- Dependiente      3.- Jubilado

Grado de Instrucción: 1.-Analfabeta      2.- Primaria      3.-Secundaria      4.- Superior

¿Sufre alguna enfermedad?                      1.-SI (Especifique)      2.- NO

¿Bebe hasta embriagarse?                      1.- SI                      2.- NO

¿Ha intentado suicidarse alguna vez?              1.- SI                      2.- NO

#### IV.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

##### ORGÁNICOS:

1. Fiebre
2. Cefalea
3. Nauseas
4. Vómitos
5. Dolor de estomago
6. Visión borrosa
7. Estado inconsciente
8. Sudoración profusa
9. Convulsiones
10. Otros.....

##### PSÍQUICOS:

- 1.- Alucinaciones
- 2.- Lenguaje incoherente
- 3.- Ansiedad
- 4.- Depresión
- 5.- Agitación psicomotriz
- 6.- Negativismo
- Otros