



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADEMICO DE SICOLOGÍA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS POR
INTENTO DE SUICIDIO EN EL HOSPITAL “CESAR GARAYAR
GARCÍA”, PERIODO OCTUBRE 2020 – MARZO 2021.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA.**

AUTOR:

BACH. PSIC. AYALA LAYCHE, MARLON ENRIQUE.

ASESOR:

PSIC. JUAN ALFONSO MÉNDEZ DEL ÁGUILA, MGR.

San Juan Bautista - Región Loreto – Perú

ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Con Resolución Decanal N° 1576-2024-UCP-FCS, del 21 de noviembre del 2024, se designa jurado.

Con Resolución Decanal N° 358-2026-UCP-FCS, 14 de abril del 2026, se autorizó la sustentación.

Siendo las 12:00 p.m. horas, del miércoles 22 de abril del 2026, se constituyó de modo presencial el jurado para escuchar la presentación y defensa del Trabajo de Suficiencia Profesional: **ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS POR INTENTO DE SUICIDIO EN EL HOSPITAL "CÉSAR GARAYAR GARCÍA", PERÍODO OCTUBRE 2020 – MARZO 2021.**

Presentado por:

MARLON ENRIQUE AYALA LAYCHE

Para optar el título profesional de **LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Como asesor al Psic. Juan Alfonso Méndez del Águila, Mgr.

Luego de escuchar la sustentación y defensa ante las preguntas, el jurado pasó a la deliberación de forma reservada, llegando a la siguiente conclusión:

La sustentación es: APROBADO POR UNANIMIDAD

A las 13:08 horas culminó el acto público.

En fe de lo cual los miembros del jurado firman el acta y comunican en acto público.



Méd. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mgr.
Presidente



Psic. Elizabeth Guillén Galdós
Miembro



“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”

**CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP**

El presidente del Comité de Ética e Integridad Científica

Hace constar que:

El Trabajo de Suficiencia Profesional titulado:

**“ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS POR INTENTO
DE SUICIDIO EN EL HOSPITAL “CESAR GARAYAR GARCÍA”, PERIODO
OCTUBRE 2020 – MARZO 2021”**

Del alumno: **MARLON ENRIQUE AYALA LAYCHE**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **4% de similitud**. Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 27 de marzo del

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Jorge L. Tapullima Flores', is written over a large, light blue oval-shaped stamp or watermark.

Presidente del Comité de Ética e
Integridad Científica
**Mgr. Arq. Jorge L. Tapullima
Flores**



Informe de análisis

Compilatio Magister+ UCP-PE (Universidad Científica del Perú)

UCP PSICOLOGÍA 2026.TSP MARLONAYALA VI RESUMEN

ID: ff1433e38c3620084c25c8416ee97214e019df19



4%

Textos sospechosos

Nombre del fichero:

UCP_PSICOLOGÍA_2026.TSP_MARLONAYALA_VI_RESUMEN.txt

Tamaño del archivo original: 1,07 MB

Número de palabras: 15.151

Número de caracteres: 97430

Depositante: Chris Angela Ramirez Flores

Fecha de depósito: 25 de marzo de 2026

Tipo de carga: interface

fecha de fin de análisis: 25 de marzo de 2026

Resumen (sección 1/3)

Localización de los textos sospechosos en el documento:



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos:

Similitudes

2%

Sintáctica 2%

Semántica No medido

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Detección de IA

2%

Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA.

Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.



Idiomas no reconocidos

0%

Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua. Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.

HOJA DE APROBACION

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL, DENOMINADO: ESTUDIO
EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES ATENDIDOS POR INTENTO DE
SUICIDIO EN EL HOSPITAL "CÉSAR GARAYAR GARCÍA", PERÍODO
OCTUBRE 2020 – MARZO 2021.

FECHA DE SUSTENTACION: 22 DE ABRIL DE 2026.



Méd. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mgr.
Presidente



Psic. Elizabeth Guillen Galdós
Miembro



Psic. Juan Alfonso Méndez del Águila, Mgr.
Asesor

DEDICATORIA

A mis padres Carmen y Marlon, a mi tío Modesto, a mi abuela Carmen y a Jhonatan por el apoyo incondicional que siempre me brindaron a lo largo de la elaboración de este arduo trabajo y a lo largo de esta vida.

"Dedico este trabajo a todas las personas que en un momento de crisis emocional intentaron quitarse la vida, es muy difícil bregar en condiciones precarias cuando no se tiene ni las herramientas ni el soporte motivacional, es ahí donde nos cuesta poner en práctica lo aprendido... "ser resilientes", y seguir avanzando a pesar de que las personas más allegadas no comprendan e infravaloren ese momento de riesgo... de modo que recalco la gran importancia del soporte, empatía, apoyo emocional y mental en momentos de ansiedad y depresión, indicadores que deberíamos fijar suma importancia para trabajar al respecto; porque "la vida es un viaje de ensayo – error, las experiencias dolorosas también educan, para darnos la oportunidad de meditar y así reflexionar en darnos una mejor calidad de vida con la actitud, solo así se podría encontrar la plena felicidad y la paz interior, evitando de lo que no es sano en nuestras mentes y emociones".

MARLON ENRIQUE AYALA LAYCHE

AGRADECIMIENTO

A la vida y a la salud, por las oportunidades y las experiencias que me permitieron razonar y meditar sobre la vida y sus matices.

A todos los docentes, profesionales, personas que me formaron, influenciaron con criterio y mesura en esta carrera que hay mucho por aportar para con nuestra sociedad.

A mis padres Carmen y Marlon, mi tío Modesto, mi abuelita Carmen, a mi estimado amigo Jhonatan por cada granito de arena que me aportaron en este camino que recién comienza a construirse.

MARLON ENRIQUE AYALA LAYCHE

ÍNDICE

CARATULA	i
ACTA DE SUSTENTACION	
CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION	ii
HOJA DE APROBACION DE INVESTIGACION	vi
DEDICATORIA	viii
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xii
1. Introducción:.....	144
2. Planteamiento del problema:	155
2.1. Formulación del Problema:.....	188
3. Objetivos de la investigación	19
3.1. Objetivos generales.....	19
3.2. Objetivos Específicos	20
4. Justificación:.....	21
5. Marco teórico	22
5.1. Contexto Histórico y Social del Suicidio:	22
5.2. Tipologías suicidas:	23
5.3. Teorías sobre el suicidio:.....	24
5.4. Incidencia:	25
5.5. Factor de riesgo:.....	27
6. Operacionalización de Variables:	36
7. Hipótesis:	38
8. Aspectos metodológicos:.....	38
8.1. Tipo de Investigación:.....	38
8.2. Nivel de Investigación:.....	38
8.3. Diseño de Investigación:.....	38
8.4. Población de la Investigación:.....	38
8.5. Muestra:	38
8.6. Criterios de Inclusión:	39
8.7. Criterios de Exclusión:	39
8.8. Técnicas e Instrumentos:.....	39

8.9.	Recolección de datos:.....	40
8.10.	Análisis estadístico:	40
8.11.	Ética de la investigación:.....	40
9.	Resultados:	42
10.	Discusión:.....	58
11.	Conclusiones:.....	66
12.	Recomendaciones:.....	68
13.	Referencias Bibliográficas:	700
ANEXOS.....		75
Anexo N°1: Matriz de Consistencia.....		76
Anexo N°2: Carta de presentación a la Institución:		77
Anexo N°3: Consentimiento informado de participación en la investigación sobre el estudio epidemiológico de pacientes atendidos por intento de suicidio en el hospital “César Garayar García”.		78
Anexo N°4: Instrumentos de estudio.....		88

RESUMEN

El suicidio representa un serio problema de salud pública en todo el mundo. Según la OMS (1976), se calcula que alrededor de 1000 personas se quitan la vida diariamente, y en los EE.UU. cerca de 75, es decir, 1 cada 20 minutos y más de 25000 por año. En el Perú, la tasa estimada es de 0.57 por 10'000 habitantes a nivel nacional, según su estudio realizado en el 2017-2019 por **Horruitiner y González** (2020).

El objetivo de esta investigación fue analizar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con intento de suicidio del Hospital Iquitos "César Garayar García" de octubre del 2020 a marzo del 2021. La investigación fue del tipo descriptivo y con un enfoque transversal-retrospectivo. Se valoraron las historias clínicas de 103 pacientes durante el periodo de evaluación.

Obtuve los siguientes resultados: Las edades de 15 y 23 años obtuvieron el mayor porcentaje con el 9,7% y 7,8% de los resultados que el grupo del sexo "femenino" obtuvieron el mayor porcentaje con el 66% y el sexo "masculino" con un 34%.

El grupo de nivel "secundaria" obtuvieron el mayor porcentaje con el 55,3%, y los niveles "primario y superior" obtuvieron el 22,3% de los resultados menos afectados.

El grupo ocupacional "independiente" obtuvieron el mayor porcentaje de 41,7%, y en mínimo porcentaje de parte de "desocupado" con un 4,9% de los resultados.

El grupo de tipo familiar "completa" obtuvieron el mayor porcentaje con un 70,9%, y en mínimo porcentaje de parte de "familia incompleta" con un 29,1%.

El 88,6% de los atendidos si tuvieron hermanos, y el 19,4%no tuvieron hermanos. Para el grupo que "SI" tienen hijos obtuvieron el mayor porcentaje con un 72,8%, y en mínimo porcentaje "no" tienen hijos con un 27,2% siendo los menos afectados.

El 79,6% de atendidos llegaron por afección "organofosforado,

consecutivamente un 13,6% en el grupo “medicamentosa” y un resultado mínimo de 1% por “ahogamiento”. Un 90,3% no mostró antecedente de suicidio mientras que un 9,7% si manifestó antecedentes del mismo.

El grupo que intentó suicidarse por “terminar con un sufrimiento” indica el mayor porcentaje con el 34%. El 94,2% no antecede morbilidad mental asociada mientras que el grupo “si” antecede morbilidad mental manifiesta un 5,8%. Un 76,6%, “no” tuvo una ideación previa de suicidio mientras que el menor porcentaje el grupo “si” con un 23,3%. Un 5,8% de atendidos “si” mostraron evidencias que usaron bebidas alcohólicas, mientras que el grupo que “no” manifiesta un alto rango de 94,2%. El 93,2% manifiesta que no volvería a intentarlo mientras que un 6,8% si manifiesta que volvería a intentarlo. Se manifiesta también las siguientes características clínicas en diferentes grupos: “vomito” manifiesta un alto rango de 30,1%, un rango moderado que presentó “nauseas” de 28,2% y el menor porcentaje con “fiebre” con un 4,9%. El 90,3% de los pacientes del hospital Iquitos presentaron síntomas relacionados con la depresivos.

Palabras clave: intento suicida, suicidio, letalidad.

ABSTRACT

Suicide represents a serious public health problem worldwide. According to the WHO (1976), it is estimated that around 1,000 people die by suicide daily, and in the U.S., approximately 75, that is, 1 every 20 minutes and more than 25,000 per year. In Peru, the estimated rate is 0.57 per 10,000 inhabitants nationwide, according to a study conducted between 2017 and 2019 by Horruitiner and González (2020).

The objective of this research was to analyze the epidemiological and clinical characteristics of patients who attempted suicide at the Iquitos "César Garayar García" Hospital from October 2020 to March 2021. The research was descriptive and used a cross-sectional-retrospective approach. The medical records of 103 patients were reviewed during the evaluation period.

I obtained the following results: The 15- and 23-year-old age groups had the highest percentages, with 9.7% and 7.8% of the results, respectively. The "female" group had the highest percentage, with 66%, while the "male" group had 34%.

The "secondary" education level group had the highest percentage, with 55.3%, while the "primary and higher" levels had the lowest percentage, with 22.3% of the results.

The "self-employed" occupational group had the highest percentage, with 41.7%, and the "unemployed" group had the lowest percentage, with 4.9% of the results.

The "complete" family type group had the highest percentage, with 70.9%, and the "incomplete" family type group had the lowest percentage, with 29.1%.

The 88.6% of those treated had siblings, while 19.4% did not. The group that did have children represented the largest percentage at 72.8%, while the group that did not have children represented the smallest percentage at 27.2%, making them the least affected.

The 79.6% of those treated arrived with an organophosphate-related condition, followed by 13.6% in the medication-related group, and a minimal 1%

due to drowning. 90.3% showed no history of suicide attempts, while 9.7% did. The group that attempted suicide to "end suffering" represented the largest percentage at 34%. 94.2% had no prior associated mental health condition, while 5.8% of the group with a prior mental health condition did. 76.6% reported no prior suicidal ideation, while the lowest percentage (23.3%) was in the group with prior suicidal ideation. 5.8% of those treated showed evidence of alcohol use, while 94.2% of the group that did not. 93.2% stated they would not attempt suicide again, while 6.8% stated they would. I would try again. The following clinical characteristics were also observed in different groups: vomiting was present in a high percentage (30.1%), nausea in a moderate percentage (28.2%), and fever in the lowest percentage (4.9%). 90.3% of the patients at the Iquitos hospital presented symptoms related to depression.

Keywords: suicide attempt, suicide, lethality.

1. Introducción:

Aunque los comportamientos suicidas se suscitan desde que existe el hombre, no es hasta el siglo XX cuando, por primera vez, el suicidio es analizado y discutido de una forma global. Muchos autores han intentado comprender cuales son los factores (sociales, psicológicas o biológicos) de este comportamiento humano. Según **Rodríguez y López** (1985), indican que el suicidio podría estar relacionado con la cultura de cada individuo. Para estos investigadores las bases culturales de una sociedad están cargados de profundas emocionales, por lo tanto vulnera las normas que forman el comportamiento del ser humano.

El suicidio y las tentativas de este acto son actos que constituyen un problema para la salud pública desde hace 4 décadas. Este problema elevo el número de fallecido y millones de pérdidas económicas en los países desarrollados (**Sartorius**, 1985). El suicidio con el tiempo ha transformado las actitudes de la sociedad en relación a tener una mayor tolerancia de este fenómeno (**Schneider**, 1982). En la década de los 80 el suicidio era considerado como un acto heroico o romántico de morir, pero en realidad era expresión trágica del sufrimiento humano (**Ladame**, 1987) o una protesta desesperada contra una situación vital intolerable.

Más de 800,000 personas se suicidan anualmente y el 75% de ellas son de países de bajos y medios ingresos, según el primer informe sobre el tema elaborado por la Organización Mundial de la Salud (**OMS**, 1992).

En el Perú, el nivel de intento de suicidios en el país ha ido en aumento, en especial por problemas conyugales, tal como lo reveló el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (**Vásquez**, 1998).

Dicho trabajo realizado, registraron 358 casos de intento de suicidio, lo que equivale un aumento relativo en comparación a su investigación anterior del periodo 1994 - 1996, de acuerdo a lo señalado por Freddy Vásquez, jefe del Área de Prevención de Suicidios de la entidad médica.

Según cifras proporcionadas por el Sistema de vigilancia centinela del

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (CDC - MINSA, 2023), entre 2016 y 2021, el 71,5 % de los intentos de suicidio en Perú ocurrieron en personas de entre 15 y 34 años. En el análisis de sexo y edad se identificó que las mujeres tienen la mayor frecuencia de suicidios entre las edades de 15 a 19 años. En relación a los hombres la frecuencia donde más desean suicidarse es entre los 20 a 24 años. Además, se observó que los intentos de suicidio fueron más comunes en mujeres (69 %) en la etapa de vida joven (47.3 %) en comparación con los hombres. Otra información importante es que se identificó que el primer intento de una persona es cuando tiene 22 años. Es importante destacar el aumento progresivo de muertes en las personas causadas por el suicidio, especialmente en la población adolescente.

Nuestra región, cuenta con muy pocos trabajos realizados sobre el “Intento de suicidio” y “suicidio”, razón por la cual tenemos por desarrollo la investigación de estos casos que se produjeron en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021.

2. Planteamiento del problema:

A pesar de los avances en la medicina, que han logrado reducir la mortalidad por diversas enfermedades, los daños intencionales, como homicidios y suicidios, han aumentado significativamente, convirtiéndose en una de las principales causas de muerte. En distintas partes del mundo, se ha observado un crecimiento constante del fenómeno suicida en los últimos años, y Perú no es la excepción. En nuestro país la tasa tanto de suicidio como intentos de suicidio son bajos en comparación con otros países a nivel mundial. A pesar, de esta baja tasa el impacto que genera el suicidio es realmente preocupante debido a sus graves consecuencias físicas y mentales.

Las personas que intentan suicidarse enfrentan serios problemas de salud, por ello, es relevante enfrentar dicho problema que afecta a nuestra sociedad. Actualmente, conocer el impacto del suicidio es un reto en el Perú porque acá los intentos de suicidios son ocultados por presión social y religioso. Esta presión

estaría afectando los registros estadísticos reales a nivel nacional de los intentos de suicidios ya que solo entran a las estadísticas los suicidios consumados. Todo esto conlleva a la subestimación de los datos epidemiológicos relacionados al suicidio. Estos datos suelen obtenerse a partir de investigaciones retrospectivas, principalmente a través de la revisión de historias clínicas de quienes han enfrentado esta situación.

Los servicios de emergencias de los hospitales atienden muchos casos de intentos de suicidios porque estas son consideradas urgencias médicas. Los pacientes son atendidos mayormente por sus lesiones físicas, pero no por problemas psicológicos o Psiquiátricos. Este último, los problemas mentales, no es tratado en los centros de salud debido al limita el acceso a personal especializado que pueda ayudarlos. Por ello, comprender el comportamiento y los factores de riesgo asociados al fenómeno suicida en nuestra población es un primer paso esencial para diseñar estrategias de prevención e intervención temprana.

Un estudio realizado por **Mego** (2015) a los pacientes hospitalizados en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, por intento de suicidio en el periodo Enero 2010 - Octubre 2014, mostró un incremento en los casos de intento de suicidio en los hospitales, aunque se desconoce la carga de morbilidad a largo plazo. Esta situación resalta la importancia de realizar nuevos estudios sobre su prevalencia, con el fin de obtener información actualizada que permita desarrollar estrategias más eficaces de prevención e intervención en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”.

También desde el año 2003 el servicio de Psiquiatría del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, cuenta con una ficha validada y baremizada que se aplica a todos los pacientes que ingresan al Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, por intento de suicidio. Dicha ficha es la base para plantearnos el estudio que pretendemos desarrollar.

Finalmente, el suicidio es un problema de salud pública que actualmente no recibe la atención necesaria por parte de las autoridades sanitarias. Esto debido a

la limitada o casi de nula cantidad de información sobre la magnitud de este fenómeno. Esta situación dificulta la implementación de estrategias efectivas de prevención e intervención, lo que resalta la necesidad de realizar estudios que permitan comprender mejor la realidad del fenómeno suicida, de ahí otra observación importante para plantear este estudio.

2.1. Formulación del Problema:

2.1.1. Problema General:

¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes que intentaron suicidarse y que fueron atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo octubre 2020 – marzo 2021?

2.1.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas (edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel de instrucción y ocupación) de los pacientes que intentaron suicidarse y fueron atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021?
- ¿Cuáles son las características familiares (tipo de familia, hijos o hermanos) de los pacientes que intentaron suicidarse y fueron atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021?
- ¿Cuál es el desencadenante de la conducta suicida de los pacientes que intentaron suicidarse y fueron atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021?
- ¿De qué manera podemos identificar el método empleado de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021?
- ¿Cuál es la intención del paciente que intentó suicidarse y fue atendido en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021?

- ¿Cómo identificar a los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021, que estén en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro?
- ¿De qué manera podemos conocer las características clínicas de los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021?
- ¿Cómo relacionar, de acuerdo al sexo las características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021?

3. Objetivos de la investigación.

3.1 Objetivo General.

Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes que intentaron suicidarse y fueron atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021.

3.2. Objetivos Específicos.

- Conocer las características epidemiológicas: edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, ocupación de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021.
- Describir las características familiares (tipo de familia, hijos o hermanos) de los pacientes que intentaron suicidarse y fueron atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo

2021.

- Identificar el desencadenante de la conducta de los pacientes que intentaron suicidarse y fueron atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021.
- Identificar el método empleado de los pacientes que intentaron suicidarse y fueron atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021.
- Conocer la intención de los pacientes que intentaron suicidarse y fueron atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021.
- Identificar a los pacientes que intentaron suicidarse y fueron atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021, que estén en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro.
- Conocer las características clínicas de los pacientes que intentaron suicidarse y fueron atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021.
- Relacionar las características epidemiológicas por sexo de los pacientes que intentaron suicidarse y fueron atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021.

4. Justificación:

La conducta suicida se manifiesta como un impulso autodestructivo del individuo que es influenciado por factores socioculturales. Este es un fenómeno complejo y difícil de estudiar en su totalidad debido a sus implicaciones legales, religiosas y sociales. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es necesario realizar más investigaciones sobre las conductas suicidas, especialmente en países en desarrollo como el Perú. Investigaciones que apliquen métodos de colecta de datos más eficientes ayuda a identificar cuáles son los grupos más vulnerables. De esta forma, caracterizar socio-demográficamente este problema será fácil, así se podrán analizar las tasas y conocer cuáles son los verdaderos motivos detrás del suicidio.

Resulta preocupante que muchas personas recurran a esta conducta como una aparente solución a sus problemas, lo que subraya la necesidad de la búsqueda de estrategias preventivas y de apoyo. Debido a esto, se realizó este estudio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, un centro de salud con alta demanda de pacientes. Por ello, nuestro propósito fue analizar y evidenciar cómo se está abordando el creciente número de intentos de suicidio, considerándolo un problema de salud pública.

Un estudio previo realizado en la ciudad de Iquitos fue de tipo retrospectivo teniendo en cuenta que solo revisaron las historias clínicas del hospital, en ese entonces el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” si disponía de una hoja de protocolo para pacientes hospitalizados por intento de suicidio, la misma que se emplea en la actualidad. La recolección de datos se realizó localizando a los pacientes en sus domicilios después del alta hospitalaria, con el propósito de completar la investigación.

5. Marco teórico

5.1. Contexto Histórico y Social del Suicidio:

A lo largo de la historia, la percepción de la sociedad sobre el suicidio, sus manifestaciones y su frecuencia ha cambiado significativamente. En la antigua Grecia se abordaba el suicidio desde un punto de vista más profunda y un poco diferente al enfoque filosófico o sociológico. Los más grandes filósofos, como Platón y Aristóteles, condenaban mucho el suicidio. Según Amador Rivera (2015) menciona que Platón consideraba al suicidio como un delito contra la sociedad, pero reconocía algunas excepciones o circunstancias extremas. De la misma forma, Aristóteles percibía que el suicidio era un acto de cobardía que iba contra las normas o leyes del Estado.

Actualmente, el suicidio es condenable por muchas religiones (cristiana, judía e Islán) porque el ser humano no debe quitarse la vida, una vida que Dios le dio. Por el contrario, desde un punto de vista legal el suicidio es un derecho individual del ser humano. El suicidio desde un punto de vista social es analizado más desde un enfoque psicológico que desde una perspectiva moral. Según el sociólogo Émile Durkheim (1897) menciona que el suicidio es un fenómeno social que va más allá de un simple acto individual. Este investigador menciona que el suicidio es el resultado de la interacción de un individuo con su entorno. Para Émile Durkheim (1897) existían diferentes tipos de suicidas (egoísta, altruista, anómico y fatalista) cada uno asociado a distintas condiciones sociales.

Según **Minois** (2001) menciona que su libro "*History of suicide: Voluntary death in western culture*", que el término "suicidio" proviene del latín "*sui*" y "*cidium*" que significan "matarse a sí mismo". La tasa de suicidios se incrementó desde los años 50' en los adolescente y jóvenes-adultos tanto de EE.UU. como en Europa. En **Chile** desde 1986 su tasa de suicidio se incrementó con el tiempo hasta llegar a una tasa de 10,4 x 100000 habitantes hasta el 2003 (**Baader, M. T**, 2011). De acuerdo a la Sociedad Peruana de Prevención del Suicidio, en el **Perú** se ha registrado una prevalencia de 305 a 334 suicidios anuales entre los años

2012 a 2014, cifras a las cuales se debería agregar los intentos de suicidio y lo que se denomina conducta suicida (**Garmendia, Fausto, 2016**).

La OMS en 1976 publica una lista de terminología relacionado con el suicidio, las cuales son:

- **Acto suicida:** Es la acción de una persona para autolesiona sin intención o motivo alguno.
- **Suicidio:** Acto donde una persona se quita la vida.
- **Intento de suicidio:** Acto que no concluye en la muerte de un individuo. Esta acción es un comportamiento muy complejo que se desarrolla en tres fases. Primero, comienza con la **idea suicida**, en donde la persona toma en consideración quitarse la vida. Segundo, el sentimiento de **Duda o ambivalencia**, en donde la persona fluctúa entre la idea de suicidarse o buscar otras alternativas que le ayuda en la solución de sus problemas. Pero, en etapa no se descarta al suicidio como solución, en algunas personas impulsivas esta fase puede ser breve o inexistente. Tercero, la **Decisión**, es donde una persona ejecuta el acto suicida.

5.2. Tipologías suicidas:

- **Durkheim (1897).** Este investigador categorizó el suicidio según el grado de integración social del individuo, las cuales son el tipo egoísta, altruista, anómico y fatalista.
- **Menninger (1938).** Clasifica el suicidio según el motivo, esta puede ser por el deseo de matar, morir o de ser muerto.
- **Schneidman (1998).** Clasifica al suicidio por la necesidad psicológica de insatisfacción. Este autor tomo como base la teoría de Henry A. Murray en donde identifica hasta 100 necesidades insatisfacción, como la agresión, el miedo a la humillación o la búsqueda de independencia.
- **Pérez Barreto (2011).** Clasifica el suicidio por el nivel de responsabilidad

que tiene cada persona en su vida (total, parcial o nada). Esto niveles de responsabilidad implica aplicar diferentes enfoques terapéuticos a los pacientes durante el proceso de suicidio (participación mutua, cooperación guiada y modelo activo-pasivo).

5.3. Teorías sobre el suicidio:

5.3.1. Teorías sociológicas (Durkheim 1897):

- **Suicidio egoísta.** Es cuando una persona tiene bajos niveles de integración o vínculos con su entorno social, esto lo conlleva al aislamiento.
- **Suicidio altruista.** Es cuando un individuo decide suicidarse para beneficiar a otras personas. Es decir, cuando el suicida mata a alguien para ahorrarle el sufrimiento, propio de actitudes altruistas.
- **Suicidio anómico.** Es cuando una persona es afectada por alguna ruptura en su entorno social, esta puede ser causada por crisis económicas, divorcios, decepciones, etc.
- **Suicidio fatalista.** Es cuando el individuo está presionado o sofocado por normas estrictas, excesivas y opresivas.

5.3.2. Teorías psicológicas:

Según Freud (1976), la teoría del **Psicoanálisis** interpreta el suicidio como una manifestación del *Thanatos* o instinto de muerte autodirigido. Esta es una teoría en donde el suicidio es representado por una hostilidad inconsciente hacia un objeto amado.

La **Psicología Cognitiva**, según esta área el suicidio está relacionado con la desesperanza, por ello es importante eliminar los pensamientos negativos en una persona. De esta forma, al eliminar los pensamientos negativos una persona tiene más esperanza de vivir. Por otro lado, la **Psicopatológica** define al suicidio como un fenómeno conductual en donde el individuo reacciona a diferentes

estímulos. Una vez comprendido el origen de estas reacciones se podría prevenir conductas suicidas.

Existen muchos métodos o herramientas que las personas usan para realizar el acto suicida. Algunas personas se intoxican con medicamentos, pesticidas, gases tóxicos o simplemente usan armas de fuego. Un análisis sobre el índice de suicidio por sexo mostro que son los hombres quienes presentaron tasas más altas en comparación con las mujeres. Esto podría explicarse ya que los hombres usan herramientas más letales, como armas de fuego o explosivos. Es importante mencionar que en los últimos años las tasas de suicidio de las mujeres se han incrementado en algunos países, como el Perú. En estos países la edad de suicidio de las mujeres oscila entre los 15 a 19 años a través del uso de métodos más violentos.

5.4. Incidencia:

La conducta suicida representa un problema de salud pública de gran magnitud en todo el mundo debido al alto número de personas afectadas anualmente. En países como Escandinavia, Finlandia, Suiza, Alemania y Austria las tasas de suicidio son altas superando los 25 casos por cada 100,000 habitantes. Por el contrario, países como España, Italia y Egipto sus tasas de suicidio es bajo, menos de 5 casos por cada 100,000 habitantes. Según la OMS (2025) se calcula que más de 720 mil personas a nivel mundial mueren a causa del suicidio. El 73% de estas muertes pertenecen a países con ingresos bajos o medianos. Además, se registró que más 10 millones de personas en el mundo necesitan atención medica por causas de la autoflagelación, esta cantidad podría ser aun mayor ya que aprox. 30 millones de personas tienen conductas suicidas, pero no necesitan atención médica.

Vásquez (1998) investigó las causas del suicidio en pacientes del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Sus resultados mostraron que las causas más comunes fueron los problemas amorosos o conyugales (29.6%), seguidas de problemas familiares (27.6%) y sentimentales (22.1%). También, mostro que tres de cada cuatro casos de

intentos de suicidio estuvieron vinculados con algún tipo de depresión. El trastorno depresivo mayor fue la más frecuente (39.4%) seguido del trastorno reactivo con síntomas depresivos (35.5%). finalmente, identifico que el 23% de los intentos de suicidios estuvo relacionado con el consumo de alcohol y sustancias toxicas que afectan la conciencia.

En una investigación posterior realizada por la misma institución (Vega, 2023), se han encontrado consideraciones o pensamientos suicidas en el 30.3% de la población encuestada, este tipo de pensamientos suicidas es más entre mujeres (40.3%) que entre varones (19.6%) a diferencia del suicidio consumado. Dicho estudio, se evidencia una tendencia generacional al aumento de casos en adultos mayores, con tasas del 30.3%, 29.1% y 27.8%, respectivamente. Este estudio muestra que los adultos tienen mayor intensidad de vivir que los adolescentes (15.3% vs. 8.5%), esto posiciona al suicidio y la depresión como énfasis en el ámbito de la salud mental durante la infancia y la adolescencia.

5.5. Factor de riesgo:

Según la OMS (2025) menciona que el suicidio está relacionado a múltiples factores que pueden ir desde lo psicológico hasta lo ambiental. El suicidio no es una conducta que aparece de forma espontánea en el ser humano. Esta conducta puede ser predecible si se conoce su interacción entre los factores sociales, psicológicos y biológicos. Por lo tanto, comprender estos factores ayuda a conocer los futuros riesgos de autolesión que una persona pueda tener. Para algunos investigadores los principales factores asociados a conductas suicidas están relacionados a aspectos socio-demográfico, clínico y genético-neuronal.

Según Mann (1992) menciona que el riesgo de suicidio está vinculado a la cantidad de factores de riesgo presentes. Este investigador propone un modelo de conducta suicida basado en dos dimensiones interconectadas. La primera, está relacionada con los rasgos individuales, como predisposición genética, abuso de sustancias o rasgos de personalidad impulsivos o *borderline*. La segunda, está vinculada a factores desencadenantes, como enfermedades psiquiátricas agudas o eventos vitales adversos. Este modelo indica que el riesgo de suicidio es mayor cuando al menos un factor de cada dimensión está presente en el individuo. Esto explicaría las razones del por qué algunas personas con la misma enfermedad psiquiátrica se suicidan y otras no.

5.5.1. Factores sociodemográficos:

Sexo. En la mayoría de los países donde se ha investigado el suicidio, se ha encontrado que las mujeres presentan tasas más altas de ideación suicida y de intentos de suicidio en comparación con los hombres. Un estudio de WHO/EURO (García-Resa, 2002), se menciona una relación de intentos de suicidio de 1,5:1, tanto para mujeres como hombres, respectivamente. Pero son los hombres quienes tienen los mayores números de suicidios consumados. Los métodos empleados en los actos suicidas varían según el género, los hombres utilizan métodos más letales, como armas de fuego, ahorcamiento, caídas desde grandes alturas o intoxicación. Por otro lado, el método utilizado por las mujeres es la sobredosis de psicotrópicos, venenos o autolesiones con objetos cortantes.

Según Baxter y Appleby (1999), destacan que el riesgo de suicidio podría estar relacionado con la edad del individuo. Estos investigadores encontraron que la edad promedio de suicidio es 42 años para hombres y 50 años para mujeres. Aunque las tasas de suicidio tienden a incrementarse con la edad, en los últimos años en el Perú se ha registrado un aumento significativo de autolesiones entre los jóvenes. Actualmente, el MINSA (2025) encontró que durante el 2024 se registraron más de 6 mil casos de autolesiones intencionales, en donde el 73% (5042) correspondían a las mujeres. Además, indicaron que los mayores porcentajes de intentos de suicidio lo presentaron los adolescentes (12 a 17 años) y jóvenes (18 a 29 años), con 36% y 40 % respectivamente. Estos resultados son realmente preocupantes que necesitan ser abordados con suma urgencia por el estado.

Actualmente, la tasa de suicidios consumados en jóvenes sigue aumentando en el mundo, especialmente en varones de 15 a 24 años. En Estados Unidos, el suicidio se ha convertido en la tercera causa de muerte dentro de este grupo etario. En Argentina, durante el año 2003, se registraron 818 suicidios en adolescentes y jóvenes de entre 15 y 24 años, con una proporción de 3,6 hombres por cada mujer. Esto equivale a una tasa de 19,6 suicidios por cada 100,000 varones adolescentes y jóvenes de la misma edad (superando por más de 5 puntos por 100,000 la tasa de varones de todas las edades, que es de 15, 1 por 100,000). Según el WHO/EURO (García-Resa, 2002), las tasas de intentos de suicidio para las mujeres son más altas entre los 15 – 24 y entre los 25 – 34 años para los hombres.

El sexo, los traumas infantiles y los antecedentes familiares por actos suicidas, son tres factores de riesgo establecidos para los intentos de suicidio. Los tres factores analizados se relacionaron con al menos el doble de riesgo de intento de suicidio. El género femenino y una mayor exposición a traumas infantiles fueron factores determinantes en la identificación de pacientes con mayor riesgo de un primer intento suicida a una edad más temprana, así como de una mayor frecuencia de intentos.

Origen étnico. Las evidencias científicas muestran que las personas que pertenecen algún grupo étnico tienen un mayor riesgo de suicidio en comparación con los que no pertenecen. En Estados Unidos las niñas nativas americanas tienen más pensamientos suicidas (49.9%) en comparación a cualquier otro grupo racial o de género (Kernan et al, 2023). En América del Sur, exactamente en Brasil, existe un mayor riesgo de suicidio de personas indígenas (Troya et al, 2022). La tasa de suicidio de un poblador indígena es 8,1 veces más que de un poblador no indígena. Esta tasa puede aumentar a 19 veces más entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad (Orellana et al, 2016). Por lo tanto, el suicidio representa un enorme problema en la salud pública para pobladores indígenas, y que cada vez tiene mayor impacto en esta población.

Estado civil. Según Durkheim (1897) menciona que la familia y el estado civil son relevantes para desencadenar el comportamiento suicida. Dicho estudio, la integración en el núcleo familiar reduce los impulsos individualistas y suicidas, ya que la subordinación a los intereses del grupo familiar brinda un sentido de pertenencia y apoyo emocional. Investigaciones realizadas por García-Resa (2002) para la WHO/EURO mostraron una mayor incidencia de suicidios en personas solteras, divorciadas y viudas de ambos sexos. Por otro lado, Cranney y Wilkinson (2025) mencionan que los soltero tienen 3 veces más probabilidad de tener pensamientos suicidas en comparación con los casados.

En cuanto al nivel socioeconómico, tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en personas desempleadas y en aquellas con un menor nivel educativo y cultural. No obstante, en la revista de WHO/EURO (García-Resa, 2002), se citan trabajos en los que no se le da tanta relevancia.

5.5.2. Factores clínicos:

- **Trastornos Médicos.**

Druss y Pincus (2000) realizaron una investigación sobre los intentos de suicidio que tienen las personas de 19 a 39 años en EE.UU. Se realizó una encuesta a más de 7 mil 500 personas en donde encontraron que el 16% de ellos

ya habían experimentado pensamientos suicidas. También, encontraron que entre el 25% a 35% de los participantes tenían al menos un trastorno médico y que el 5,5% habían intentado suicidarse. Estos resultados muestran la relación significativa entre el suicidio y los trastornos médicos.

Algunas enfermedades, por su propia naturaleza, están asociadas a trastornos del estado de ánimo, como el cáncer de mama o páncreas, la epilepsia, la esclerosis múltiple, los traumatismos craneoencefálicos, las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad de Huntington, el VIH, el síndrome de Cushing, la porfiria, la úlcera péptica, la cirrosis o la insuficiencia renal en tratamiento con hemodiálisis. Existen factores relacionados con estas enfermedades que contribuyen a comportamientos suicidas en el individuo, como pérdida de movilidad, dolores crónicos, entre otros. De la misma forma algunos medicamentos afectan el estado de ánimo de las personas, como los corticoides, antineoplásicos, antidepresivos, entre otros.

- **Trastornos Mentales.**

Según Brádvik (2028) menciona que el suicidio podría estar relacionada a enfermedades psiquiátricas, como la depresión, ansiedad, trastornos por consumo de sustancias, entre otros. Estas enfermedades serían responsables de casi el 90% de los suicidios en el mundo. En este estudio se sugiere que el riesgo de suicidio podría ser multifactorial, es decir que los actos suicidas no están determinados solo por una enfermedad psiquiátrica. En esta parte los individuos son vulnerables a factores externos para desarrollar trastornos o diátesis-estrés. Estos factores externos podrían ser experiencias adversas de la infancia, barreras lingüísticas, problemas familiares, alcoholismo, pensamientos suicidas, consumo de sustancias, entre otros. En general, el riesgo de suicidio aumenta a medida que se acumulan más patologías psiquiátricas o diátesis.

- **Trastornos Afectivos.**

Los trastornos afectivos, en especial el trastorno depresivo mayor, son los más vinculados al suicidio. Según un meta-análisis de Harris y Barraclough (1998), la depresión mayor multiplica por 20 el riesgo de suicidio, al igual que otros

trastornos del estado de ánimo como el trastorno bipolar y la distimia. Normalmente las conductas suicidas son altas al inicio o al final de una depresión, porque durante la fase intermedia algunas funciones psicomotoras se inhiben. Esto dificulta la ejecución del acto suicida. Según Rihmer (2005) menciona que aproximadamente el 15% de las personas con depresión alta tienden al suicidio. Sin embargo, estudios posteriores mencionaron que las cifras de Rihmer (2005) están sobrestimadas, esto pone en riesgo la credibilidad del estudio.

Los hijos de personas con historial de suicidio podrían tener algún tipo de relación prematura con los trastornos del estado de ánimo. Los antecedentes de agresividad junto con los abusos infantiles son considerados como factores algunos comportamientos suicidas (Brent & Melhem, 2008). Un estudio reciente mostró que el suicidio está fuertemente asociado con diagnóstico psiquiátricos de pacientes hospitalarios, como trastornos de la personalidad, psicosis, estado de ánimo y por consumo de sustancias (Colbert et al., 2025). Estos estudios confirman que tanto la ideación suicida como el comportamiento suicida podrían ser heredados, esto va depender de factores genéticos o ambientales.

- **Esquizofrenia:**

Se ha documentado que las tasas de suicidio pueden llegar hasta un 10%. Según el estudio de Harris y Barraclough (1998), los pacientes esquizofrénicos tienen un riesgo de suicidio 8,5 veces mayor que el de la población general. Estos pacientes esquizofrénicos comparten muchas características con una persona normal, como la depresión, soltero, introvertido o aislado socialmente. También, existen factores específicos de dicha enfermedad, como ser joven con múltiples ingresos hospitalarios, aislamiento social y laboral extremo.

- **Trastorno de ansiedad:**

Khan (2002) señala que casi el 20% de los pacientes con trastornos de crisis de ansiedad y fobia social intentan suicidarse sin éxito. Sin embargo, cuando estos trastornos se acompañan de depresión, el riesgo de que el intento se convierta en suicidio consumado aumenta significativamente. Para Harris y Barraclough (1998) el riesgo de suicidio es de 6 a 10 veces más en pacientes con

trastornos de ansiedad, como la ansiedad neurótica, obsesivo-compulsivo (TOC) o pánico. Por el contrario, algunas evidencias científicas mostraron que no siempre existe una relación significativa con estos trastornos en el aumento de los suicidios.

- **Abuso de sustancias:**

Especialmente el alcoholismo y, en menor medida, el abuso de otras drogas, se ha asociado con el suicidio tanto como un factor de riesgo como un precipitante de conductas suicidas. Se estima que hasta un 15% de los alcohólicos se suicidan, y el abuso de alcohol está presente en el 25% al 50% de todos los suicidios. Según **Harris y Barraclough** (1998) las personas con problemas de alcohol tienen un riesgo de suicidio seis veces mayor que el de la población general. Estas personas suelen solteros con problemas económicos o laborales que están socialmente aislados y consumen mucho alcohol. El consumo excesivo de alcohol puede estar relacionado con enfermedades médicas, trastornos de ánimo o personalidad, intentos previos de suicidio o trastornos relacionados con el control de impulsos.

- **Trastornos de personalidad:**

Tienen una particularidad importante en relación con la conducta suicida, ya que pueden influir de varias maneras: predisponiendo al individuo a desarrollar trastornos mentales graves como la depresión o el alcoholismo, provocando dificultades en las relaciones personales y el ajuste social, precipitando eventos vitales indeseables o reduciendo la capacidad de afrontar trastornos físicos o mentales.

Isometsa (1997) menciona que los pacientes que se suicidan mayormente tienen trastornos de personalidad y sufren de depresión o el abuso de sustancias, también podría ser una combinación de ambas. Esta asociación es más prevalente en los trastornos de personalidad narcisista o histriónico. Para **Harris y Barraclough** (1897) los trastornos de personalidad (sin especificar cuáles) aumentan el riesgo de suicidio en una persona. En el estudio de Baxter y Appleby, los resultados fueron aún más altos que los reportados por Harris.

- **Conducta suicida previa:**

La prevalencia de los intentos autolíticos varía entre el 0,7% y el 5,9%. Tener antecedentes de intentos suicidas previos es uno de los factores de riesgo más claramente asociados con la probabilidad de un suicidio consumado en el futuro. En un meta-análisis de Harris y Barraclough (1998), se encontró que las personas con intentos autolíticos previos tienen un riesgo de suicidio 40 veces mayor que la población general. Sin embargo, Isometsa (1997) considera que este factor tiene una sensibilidad limitada, ya que una proporción significativa de los suicidios consumados en su estudio ocurrió en el primer intento, siendo esta proporción más alta en los hombres (62% frente al 38% en mujeres). Además, se registró que el 82% de las personas que intentaron suicidarse previamente fueron las que consumaron el suicidio con métodos más letal. Por otro lado, un análisis de supervivencia mostró que las personas que deseaban suicidarse tenían 2,5 veces más probabilidades de cometer dicho acto en comparación con aquellos que no sentían ese deseo. Por ello, es muy importante evaluar clínicamente los deseos de suicidio de una persona a través de un análisis post-intento.

El intento de suicidio es uno de los factores más fuertes que ayuda a anticipar el suicidio consumado. Es importante mencionar que la intensidad de ejecutar el suicidio baja disminuye con el tiempo después de haber intentado consumir el acto. En un estudio reciente publicado en el *American Journal of Psychiatry*, los autores siguieron a una muestra consecutiva de 100 pacientes que se auto-envenenaron en Helsinki en 1963. A lo largo de los 37 años siguientes, se clasificaron las causas de muerte de forma forense y se investigaron. Los autores encontraron que el riesgo de suicidio en personas con antecedentes de auto-envenenamiento era significativo durante toda la vida adulta.

En cuanto a la relación con los trastornos mentales, una historia de ideas suicidas (pero no de intentos de suicidio) se asoció con la depresión mayor comórbida a lo largo de la vida. Por otro lado, una historia de intentos suicidas (pero no de ideas suicidas) se asoció con trastornos como el trastorno de la personalidad límite (TEP), trastornos alimentarios o trastornos por consumo de

sustancias a lo largo de la vida.

- **Trastornos adaptativos:**

Son síntomas conductuales (incluso autolíticos) o emocionales (como depresión o ansiedad) que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables. La gravedad del factor estresante no siempre predice la intensidad del trastorno adaptativo, ya que esta es una variable compleja en la que intervienen la intensidad, la cantidad, la duración y el contexto personal de los factores estresantes. Entre los acontecimientos que desencadenan trastornos adaptativos están relacionados con la edad, problemas familiares y laborales, enfermedades o fallecimiento de algún familiar. Para Harris y Barraclough (1998) los trastornos adaptativos pueden aumentar el riesgo de suicidio hasta 14 veces en las personas.

5.5.3. Factores genéticos y neurobiológicos:

Tener antecedentes familiares de suicidio aumenta el riesgo de que un individuo desarrolle conductas suicidas. Algunos estudios sugieren que existe una relación entre la historia familiar de suicidio y la gravedad o violencia del acto suicida. Sin embargo, persisten dudas sobre si esta asociación se debe a factores no genéticos, como las características culturales y el entorno en el que crece el individuo, o si se debe a la transmisión genética de trastornos psiquiátricos asociados con el suicidio. Además, algunos investigadores plantean la posibilidad de que exista un factor genético independiente, como la impulsividad, que también podría aumentar el riesgo de suicidio en estos casos. Los hijos de madres que realizaron actos suicidas probablemente presentarían mayores riesgos de tener pensamientos suicidas en comparación con descendientes de madres sanas. Es importante destacar que estos pensamientos suicidas podrían manifestarse en edades tempranas, como la adolescencia.

López-Ibor y Saiz (1990) relacionan las conductas suicidas con la disfunción del sistema serotoninérgico central de una persona. Estos investigadores encontraron bajos niveles de serotonina en personas que han consumado el suicidio. Además, establecieron una relación directa entre la disminución de

serotonina con un bajo control de impulsos, mayor violencia y letalidad en los actos suicidas.

Se considera que diversos factores que reducen la actividad serotoninérgica pueden ser relevantes para la conducta suicida. Entre estos factores se incluyen aspectos genéticos, como polimorfismos en el gen de la enzima Triptófano Hidroxilasa (TPH) y en el gen del receptor 5-HTA36, así como factores bioquímicos que influyen en la regulación de la serotonina en el sistema nervioso central (bajos niveles de proteína transportadora de serotonina SERT), bajos niveles de proteína MAO en la sangre, altos niveles de receptores 5 – HT 1A y 5 – HT 2A, postsinápticos o bajos niveles de colesterol en la sangre.

En un estudio realizado con 444 pacientes con depresión unipolar, el 29,5% reportó haber tenido pensamientos y comportamientos suicidas, lo que refuerza la asociación entre la depresión y el riesgo de suicidio (marcadores de 3 o 4) en la línea de base. Estos disminuyeron a 0 después de 1 semana (3 sesiones de ECT), en el 38,2% de los pacientes, después de 2 semanas (6 sesiones de ECT), en un 61,1% y en un 80,9%, al final del curso del tratamiento.

Los intentos de suicidio en pacientes con trastorno de depresivo alta están relacionados con múltiples factores, como la ausencia de pareja, antecedentes de intentos suicidas previos, entre otros. En este sentido, la reducción de la depresivo es considerado como una estrategia preventiva y muy efectiva para disminuir el riesgo de suicidio.

6. Operacionalización de Variables:

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA
Intento de suicidio	Designar todo acto que busque 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.
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Edad	Tiempo de una persona desde que nació.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Discreta	Para el estudio se categoriza de la siguiente manera: De 13 a 65 años de edad.
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina de los seres vivos.	Diferenciación biológica 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 con servicios básicos de saneamiento. • Urbana-marginal: zona con algunos servicios básicos de saneamiento. • Rural: zona sin servicios básicos.
Estado Civil	Es la relación de una persona con sus deberes y derechos dentro de una sociedad.	El Tipo de relación del paciente con actos suicidas respecto a su relación en pareja.	Nominal	Soltero, casado, conviviente o divorciado.
Nivel de instrucción	Cantidad de conocimientos adquiridos y nivel alcanzado.	Nivel de conocimientos adquiridos en un centro educativo de estado o particular.	Ordinal	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.
Desencadenante	Razón del por qué una persona intenta suicidarse.	Razón o motivo por el cual el paciente ha intentado suicidarse.	Nominal	Conflicto con ser querido, maltrato físico, pérdida del ser querido, problemas laborales, sensación de soledad, salud psíquica.
Método empleado	Son los elementos, recursos o medios que una persona usa para intentar poner fin a su vida.	Elemento o procedimiento mediante el cual el paciente decidió atentar contra su vida.	Nominal	Ahogamiento, ahorcamiento, ingestión medicamentosa, otros, organofosforado.
Antecedente de suicidio	Se refiere los actos suicidas previos que haya realizado un sujeto.	Son los intentos de suicidio previos de un familiar o del paciente.	Nominal	- Con antecedente de suicidio - Sin antecedente de suicidio
Ideación previa / Suicidio premeditado	Se refiere a una idea suicida altamente planificada, en donde la persona analiza minuciosamente como realizara dicho acto.	Se refiere al paciente que había pensado con anterioridad el cómo y cuándo iba a realizar el acto suicida.	Nominal	- Si tuvo ideación previa - No tuvo ideación previa

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA
Intensidad suicida	Finalidad o logro que desea alcanzarse con el intento de suicidio.	Objetivo del pensamiento suicida.	Nominal	Morir, modificar una situación familiar, terminar con un sufrimiento, evitar situaciones negativas, llamar la atención, asustar a otros, sin fin claro.
Riesgo suicida	Es el riesgo de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o aquellos que lo pudieran cometer durante sus vidas.	Paciente que luego de haber realizado un intento de suicidio, se encuentra en riesgo para un próximo evento, de acuerdo al interrogatorio ¿Si volvería a intentarlo?	Nominal	- Si volvería a intentarlo - No volvería a intentarlo
Tipo de familia	Se refiere a la variedad de estructuras familiares que existen dentro de la sociedad moderna.	Variedad de estructura familiar, a la que pertenece el paciente con intento de suicidio. Familia nuclear o completa: padre, madre e hijos comunes de ambos. Familia incompleta: Las cuales faltan algunos de los cónyuges. Otros: personas que viven solos o con otro familiar. En pacientes con relación conyugal, se tomará en cuenta la familia de origen. Referencia: INEI	Nominal	- Familia nuclear - Familia incompleta
Tamaño familiar	Número de miembros que integran una familia.	Número de miembros que integran una familia del paciente con intento de suicidio: Familia grande (7 a más) Familia mediana (4 a 6) Familia pequeña (3) Referencia: INEI	Nominal	- Familia grande - Familia mediana - Familia pequeña
Características clínicas	Son las manifestaciones mediante signos y síntomas ante la existencia de un estado mórbido.	Signos y síntomas que presenta el paciente de tipo orgánico o psíquico como consecuencia del acto suicida.	Nominal	Orgánicos: Fiebre, cefaleas, náuseas, vómitos, taquicardia, dolor de estómago, visión borrosa, estado inconsciente, sudoración profusa, convulsiones. Psíquicos: Alucinaciones, lenguaje incoherente, ansiedad, depresión, agitación motriz, negativismo.

7. Hipótesis:

Dicha investigación no posee hipótesis por ser de régimen descriptivo, transversal-retrospectivo.

8. Aspectos metodológicos:

8.1. Tipo de Investigación:

El tipo de estudio es “no experimental”, epidemiológico clínico, porque trata de determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con intento de suicidio atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021. Se describirán las características de la población estudiada en función a variables que determinan el comportamiento del evento en estudio.

8.2. Nivel de Investigación:

El estudio pertenece al nivel descriptivo (se señalará cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno o evento, se busca especificar las propiedades importantes para medir y evaluar aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a estudiar) y es correlacional (se pretende hacer ver o determinar el grado de relación que puede tener dos o más variables) (**Hernández**, 1991).

8.3. Diseño de Investigación:

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

8.4. Población de la Investigación:

La población de estudio está compuesta por todos los pacientes que fueron atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021.

8.5. Muestra:

La muestra se recolectó mediante los registros de los pacientes atendidos por intento de suicidio, tanto en el servicio de emergencias, como por consultorio de psiquiatría y psicología en el registro de unidad estadístico, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021, llegando así obtener un total de 103 pacientes.

8.6. Criterios de Inclusión:

Fueron incluidos todos los pacientes atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, por emergencia, servicio de psiquiatría o psicología con historial de intento de suicidio.

8.7. Criterios de Exclusión:

Fueron excluidos todos los pacientes con historias clínicas incompletas o llenadas inadecuadamente. Pacientes que no cuenten con la hoja protocolar de un paciente hospitalizado con intento de suicidio.

8.8. Técnicas e Instrumentos:

Se elaboraron los siguientes instrumentos:

La observación indirecta, mediante una ficha de recolección de información elaborada desde el 2003 por el departamento de Psiquiatría del Hospital Apoyo Iquitos “César García Garayar”, ejecutada anteriormente en la investigación del tesista en su investigación del Lic. Jhonatan Mego, cuya validez se realizó tanto en lo técnico, basado en la literatura clínica, con el juicio del mismo y del departamento de Psiquiatría, quienes evaluaron los ítems en su concordancia con dicho estudio.

Ficha de registro de información a partir de las historias clínicas de todos los pacientes atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, con el diagnóstico de intento de suicidio en el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021 y que no tengan criterios de exclusión, y dicha ficha está dividida de la siguiente forma:

- a) Datos de filiación: día, mes, hora, sexo, procedencia, estado civil, nivel de instrucción y ocupación.
- b) Características epidemiológicas relacionadas al intento de suicidio: desencadenante, método empleado, morbilidad mental asociada, antecedente de suicidio, ideación previa, uso de drogas, finalidad de intento de suicidio, riesgo suicida, características familiares, tipo de familia, tamaño familiar, características de los miembros de la familia.
- c) Características clínicas de los pacientes con intento de suicidio pueden

ser tanto orgánicas como psíquicas. Los síntomas orgánicos van desde la fiebre, náuseas, taquicardia hasta convulsiones. Por otro lado, los síntomas psíquicos van desde alucinaciones, ansiedad, depresión hasta pensamientos negativos.

8.9. Recolección de datos:

Se solicitó permiso al jefe encargado de la unidad estadística del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, con el propósito de recopilar las historias clínicas de los pacientes que recibieron atención con diagnóstico de intento de suicidio durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021.

La toma de datos, se hará a partir de la historia clínica, tomando en cuenta: la historia clínica de emergencia, la historia de hospitalización, y la ficha adjunta denominada: “protocolo de pacientes hospitalizados con intento de suicidio”. Del cual solo se extraerá los datos que se consideran de importancia para este estudio.

La información recolectada fue analizada en conjunto con los asesores de la tesina, previamente codificados se introducirán en una base de datos (SPSS).

8.10. Análisis estadístico:

Los datos obtenidos se introdujeron en una tabla elaborada en el software SPSS versión español para la elaboración de los cuadros.

8.11. Ética de la investigación:

Es necesario tener en cuenta que, en psicología, las cuestiones éticas vinculadas a la investigación, al igual que en otros campos, se encuentran estrechamente relacionadas con la problemática ética general. Los principios éticos anteceden, acompañan y atraviesan el proceso investigativo, influyendo directamente en los valores epistémicos.

Cumpliendo de esta manera con lo establecido en el Código de Núremberg en el que se establecen que: “los requisitos de consentimiento informado que deben cumplirse toda vez que haya persona que participen como sujetos de investigación; dichos requisitos son los siguientes: 1) las personas que participen como sujetos en una investigación deben hacerlo de manera voluntaria, 2) deben

tener la capacidad legal para decidir su participación, 3) deben recibir completa información acerca de la investigación de la que participan y 4) dicha información debe serles presentada en un lenguaje que les resulte comprensible". En conclusión, es necesario recalcar que esta investigación busca el equilibrio entre los derechos de los alumnos que participan del estudio y los intereses avances y beneficios del conocimiento científico.

9. Resultados:

9.1. Objetivo específico n°01:

- Analizar las características epidemiológicas: edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, ocupación de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021.

TABLA N° 01.

Administración de casos de intento de suicidio en función a EDAD (13 años – 65 años) en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

EDAD	Frecuencia	%	% válido	% acumulado	EDAD	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
13	2	1,9	1,9	1,9	29	1	1,0	1,0	81,6
14	3	2,9	2,9	4,9	30	2	1,9	1,9	83,5
15	10	9,7	9,7	14,6	31	1	1,0	1,0	84,5
16	6	5,8	5,8	20,4	34	1	1,0	1,0	85,4
17	7	6,8	6,8	27,2	35	3	2,9	2,9	88,3
18	7	6,8	6,8	34,0	36	1	1,0	1,0	89,3
19	5	4,9	4,9	38,8	37	2	1,9	1,9	91,3
20	6	5,8	5,8	44,7	40	1	1,0	1,0	92,2
21	5	4,9	4,9	49,5	41	1	1,0	1,0	93,2
22	7	6,8	6,8	56,3	42	1	1,0	1,0	94,2
23	8	7,8	7,8	64,1	46	2	1,9	1,9	96,1
24	6	5,8	5,8	69,9	47	1	1,0	1,0	97,1
25	3	2,9	2,9	72,8	54	1	1,0	1,0	98,1
26	1	1,0	1,0	73,8	59	1	1,0	1,0	99,0
27	4	3,9	3,9	77,7	65	1	1,0	1,0	100,0
28	3	2,9	2,9	80,6	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 01: Los resultados obtenidos muestran que, del total del 100%, podemos observar que el grupo de edades de 15 y 23 años obtuvieron el mayor porcentaje con el 9,7% y 7,8% de los resultados.

TABLA N° 02

Distribución de casos de intento de suicidio según SEXO (masculino – femenino) en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

SEXO					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	FEMENINO	68	66,0	66,0	66,0
	MASCULINO	35	34,0	34,0	100,0
Total		103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 02: Los hallazgos indican que de un total de 100%, podemos observar que el grupo del sexo “femenino” obtuvieron el mayor porcentaje con el 66% y el sexo “masculino” con un 34% de los resultados.

TABLA N° 03

Distribución de casos de intento de suicidio según PROCEDENCIA (urbana – urbana marginal – rural) en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

PROCEDENCIA					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	URBANA	33	32,0	32,0	32,0
	URBANA MARGINAL	61	59,2	59,2	91,3
	RURAL	9	8,7	8,7	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 03: Se puede observar que el grupo de procedencia “urbana marginal” obtuvieron el mayor porcentaje de 59,2%, y en mínimo porcentaje de parte de la procedencia “rural” con un 8,7% de los resultados.

TABLA N° 04

Administración de casos de intento de suicidio en función a ESTADO CIVIL (soltero – casado – convivencial – divorciado) en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

ESTADO CIVIL					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	SOLTERO	64	62,1	62,1	62,1
	CASADO	12	11,7	11,7	73,8
	CONVIVENCIONAL	25	24,3	24,3	98,1
	DIVORCIADO	2	1,9	1,9	100,0
Total		103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 04: Observamos que el grupo de estado civil “soltero” obtuvieron el mayor porcentaje con un 62,1%, consiguientemente “convivencial” con un 24,3% y finalmente un mínimo porcentaje el grupo “divorciado” con un 1,9% de los resultados.

TABLA N° 05

Distribución de casos de intento de suicidio según NIVEL DE INSTRUCCION (primaria – secundaria – superior) en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

NIVEL DE INSTRUCCION					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	PRIMARIA	23	22,3	22,3	22,3
	SECUNDARIA	57	55,3	55,3	77,7
	SUPERIOR	23	22,3	22,3	100,0
Total		103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 05: Los hallazgos indican que de un total de 100%, podemos observar que el grupo “secundaria” obtuvieron el mayor porcentaje con el 55,3%, y los niveles “primario y superior” obtuvieron el 22,3% de los resultados.

TABLA N° 06

Distribución de casos de intento de suicidio según OCUPACION (estudiante – dependiente – independiente – desocupado) en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

OCUPACION					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	ESTUDIANTE	36	35,0	35,0	35,0
	DEPENDIENTE	19	18,4	18,4	53,4
	INDEPENDIENTE	43	41,7	41,7	95,1
	DESOCUPADO	5	4,9	4,9	100,0
Total		103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 06: Se puede observar que el grupo ocupacional “independiente” obtuvieron el mayor porcentaje de 41,7%, y en mínimo porcentaje de parte de “desocupado” con un 4,9% de los resultados.

9.2. Objetivo específico n°02:

- Describir las características familiares (tipo de familia, hijos, hermanos, cantidad de familia) de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021.

TABLA N° 07

Administración de casos de intento de suicidio en función a TIPO DE FAMILIA (completa – incompleta) en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

TIPO DE FAMILIA					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	FAMILIA COMPLETA	73	70,9	70,9	70,9
	FAMILIA INCOMPLETA	30	29,1	29,1	100,0
Total		103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 07: Se evidencia que el grupo correspondiente al entorno familiar “completa” obtuvieron el mayor porcentaje con un 70,9%, y en mínimo porcentaje de parte de “familia incompleta” con un 29,1% de los resultados.

TABLA N° 08

Distribución de casos de intento de suicidio según HIJOS en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

HIJOS					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	SI	28	27,2	27,2	27,2
	NO	75	72,8	72,8	100,0
Total		103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 08: Podemos observar que el grupo “SI” tienen hijos obtuvieron el mayor porcentaje con un 72,8%, y en mínimo porcentaje “no” tienen hijos con un 27,2% de los resultados.

TABLA N° 09

Clasificación de los intentos de suicidio según HERMANOS en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

HERMANOS					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	SI	83	80,6	80,6	80,6
	NO	20	19,4	19,4	100,0
Total		103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 09: Los hallazgos indican que de un total de 100%, podemos observar del grupo que “si” tienen hermanos obtuvieron el mayor porcentaje con el 80,6%, y el “no” tienen hermanos con un 19,4% de los resultados.

TABLA N° 10

Distribución de casos de intento de suicidio según CANTIDAD DE MIEMBROS DE FAMILIA (familia grande, familia mediana, familia pequeña) en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

¿CUÁNTOS MIEMBROS TIENE SU FAMILIA?					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	FAMILIA GRANDE	5	4,9	4,9	4,9
	FAMILIA MEDIANA	36	35,0	35,0	39,8
	FAMILIA PEQUEÑA	62	60,2	60,2	100,0
Total		103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 10: Se puede observar que el grupo “familia pequeña” obtuvieron el mayor porcentaje con el 60,2%, y el grupo “familia grande” con un mínimo de 4,9% de los resultados.

9.3. Objetivo específico n° 03:

- Identificar el desencadenante de la conducta de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021.

TABLA N° 11

Distribución de casos de intento de suicidio según DESENCADENANTE (conflicto con ser querido – maltrato físico – pérdida del ser querido – problemas laborales – sensación de soledad – salud psíquica) en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

DESENCADENANTE					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	CONFLICTO CON SER QUERIDO	52	50,5	50,5	50,5
	MALTRATO FÍSICO	13	12,6	12,6	63,1
	PÉRDIDA DEL SER QUERIDO	7	6,8	6,8	69,9
	PROBLEMAS LABORALES	4	3,9	3,9	73,8
	SENSACIÓN DE SOLEDAD	25	24,3	24,3	98,1
	SALUD PSÍQUICA	2	1,9	1,9	100,0
Total		103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 11: Los hallazgos indican que de un total de 100%, podemos observar que el grupo “conflicto con ser querido” obtuvieron el mayor porcentaje con un 50,5%, y el mínimo porcentaje en “salud psíquica” con un 1,9% de los resultados.

9.4. Objetivo específico n° 04:

- Identificar el método empleado de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021.

TABLA N° 12

Distribución de casos de intento de suicidio según MÉTODO EMPLEADO (ahogamiento – ahorcamiento – ingestión medicamentosa – otros – organofosforado) en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

MÉTODO EMPLEADO					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	AHOGAMIENTO	1	1,0	1,0	1,0
	AHORCAMIENTO	4	3,9	3,9	4,9
	INGESTIÓN MEDICAMENTOSA	14	13,6	13,6	18,4
	OTROS	2	1,9	1,9	20,4
	ORGANOFOSFORADO	82	79,6	79,6	100,0
Total		103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 12: Podemos observar que el grupo “organofosforado” obtuvieron el mayor incidencia con un 79,6%, consecutivamente un 13,6% en el grupo “medicamentosa” y un resultado mínimo de 1% del grupo “ahogamiento” de los resultados.

9.5. Objetivo específico n° 05:

- Analizar la intención del paciente atendido por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021.

TABLA N° 13

Distribución de casos de intento de suicidio según INTENCIÓN SUICIDA (para morir, modificar una situación familiar, terminar con un sufrimiento, evitar situaciones negativas, llamar la atención, asustar a otros, sin fin claro) en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

INTENCION SUICIDA					
Válido		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
	PARA MORIR	24	23,3	23,3	23,3
	MODIFICAR UNA SITUACIÓN FAMILIAR	8	7,8	7,8	31,1
	TERMINAR CON UN SUFRIMIENTO	35	34,0	34,0	65,0
	EVITAR SITUACIONES NEGATIVAS	19	18,4	18,4	83,5
	LLAMAR LA ATENCIÓN	12	11,7	11,7	95,1
	ASUSTAR A OTROS	4	3,9	3,9	99,0
	SIN FIN CLARO	1	1,0	1,0	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 13: Los hallazgos indican que de un total de 100%, podemos observar que el grupo “terminar con un sufrimiento” indican el mayor porcentaje con el 34%, el grupo “para morir” manifiesta un 23,3% y el grupo “evitar situaciones negativas” indica un 18,4% de los resultados.

9.6. Objetivo específico n° 06:

- Identificar a los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021, que estén en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro.

TABLA N° 14

Distribución de casos de intento de suicidio según MORBILIDAD MENTAL ASOCIADA en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

MORBILIDAD MENTAL ASOCIADA					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	SI	6	5,8	5,8	5,8
	NO	97	94,2	94,2	100,0
Total		103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 14: Los hallazgos indican que de un total de 100%, podemos observar que el grupo “no” antecede morbilidad mental indican el mayor porcentaje con el 94,2%, mientras que el grupo “si” antecede morbilidad mental manifiesta un 5,8% de los resultados.

TABLA N° 15

Distribución de casos de intento de suicidio según ANTECEDENTE DE SUICIDIO (¿sí? – ¿no?) en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

ANTECEDENTE DE SUICIDIO					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	SI	10	9,7	9,7	9,7
	NO	93	90,3	90,3	100,0
Total		103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 15: Podemos observar que, en el grupo “no” muestran antecedente de suicidio tienen mayor porcentaje de un 90,3%, y posteriormente el grupo “si” indica antecedente de suicidio con un 9,7% del resultado.

TABLA N° 16
Distribución de casos de intento de suicidio según ANTECEDENTES DE SUICIDIO (¿Cuántas veces?) en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

¿HA INTENTADO EN OTRA OPORTUNIDAD SUICIDARSE? ¿CUÁNTAS VECES?					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	2 VECES	6	5,8	60,0	60,0
	3 VECES	1	1,0	10,0	70,0
	4 VECES	2	1,9	20,0	90,0
	5 VECES	1	1,0	10,0	100,0
Total		10	9,7	100,0	
Perdidos	Sistema	93	90,3		
Total		103	100,0		

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 16: Se observa que, en el grupo “2 veces” intentaron en otra oportunidad suicidarse muestran un alto porcentaje de un 60%, y posteriormente los grupos “3 veces” y “5 veces” indica un bajo porcentaje de 10% del resultado.

TABLA N° 17
Distribución de casos de intento de suicidio según IDEACIÓN PREVIA (¿sí? – ¿no?) en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

IDEACIÓN PREVIA					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	SI	24	23,3	23,3	23,3
	NO	79	76,7	76,7	100,0
Total		103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 17: Podemos observar que, el mayor rango muestra el grupo que “no” tuvo una ideación previa con el 76,6%, y el menor porcentaje el grupo “si” con un 23,3% del resultado.

TABLA N° 18

Distribución de casos de intento de suicidio según IDEACION PREVIA (¿desde cuándo ha pensado suicidarse?) en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

¿DESDE CUÁNDO HA PENSADO SUICIDARSE?					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	12	1	1,0	5,9	5,9
	14	2	1,9	11,8	17,6
	15	3	2,9	17,6	35,3
	16	2	1,9	11,8	47,1
	17	4	3,9	23,5	70,6
	18	1	1,0	5,9	76,5
	20	2	1,9	11,8	88,2
	22	1	1,0	5,9	94,1
	32	1	1,0	5,9	100,0
Total		17	16,5	100,0	
Perdidos	Sistema	86	83,5		
Total		103	100,0		

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 13: Los hallazgos indican que de un total de 100%, podemos observar que el grupo de “17” años pensaron suicidarse, manifiestan el alto porcentaje con el 23,5%, y los grupos de “12”, “18”, “22” y “32” años manifiesta el mínimo con 5,9% de los resultados.

TABLA N° 19

Clasificación de los intentos de suicidio según el uso de BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DROGAS en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

¿INGIRIÓ BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DROGAS ANTES DEL INTENTO DE SUICIDO?					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	SI	6	5,8	5,8	5,8
	NO	97	94,2	94,2	100,0
Total		103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 19: Los hallazgos indican que de un total de 100%, podemos observar que el grupo que “si” ingirió bebidas alcohólicas indican el menor porcentaje con el 5,8%, mientras que el grupo que “no” manifiesta un alto rango de 94,2% de los resultados.

TABLA N° 20

Distribución de casos de intento de suicidio según RIESGO SUICIDA en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

¿VOLVERIA A INTENTARLO?					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	SI	7	6,8	6,8	6,8
	NO	96	93,2	93,2	100,0
Total		103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 20: Podemos observar que, el mayor rango muestra el grupo que “no” volvería a intentarlo con el 93,2%, y el menor porcentaje el grupo “si” con un 6,8% del resultado.

9.7. Objetivo específico n° 07:

- Analizar las características clínicas de los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021.

TABLA N° 21

Distribución de casos de intento de suicidio según CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (orgánicos) en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

ORGÁNICOS					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	FIEBRE	5	4,9	4,9	4,9
	NÁUSEAS	29	28,2	28,2	33,0
	VÓMITOS	31	30,1	30,1	63,1
	DOLOR DE ESTÓMAGO	20	19,4	19,4	82,5
	VISIÓN BORROSA	7	6,8	6,8	89,3
	ESTADO INCONSCIENTE	11	10,7	10,7	100,0
Total		103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 21: Se puede observar que, el mayor rango muestra el grupo que presentó “vomito” con un 30,1%, un rango moderado de 28,2% del grupo que presentó “nauseas”, y el menor porcentaje el grupo que presentó “fiebre” con un 4,9% del resultado.

TABLA N° 22
Distribución de casos de intento de suicidio según CARACTERÍSTICAS
CLÍNICAS (psíquicos) en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el
periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

PSIQUICOS					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	ALUCINACIONES	2	1,9	1,9	1,9
	ANSIEDAD	8	7,8	7,8	9,7
	DEPRESIÓN	93	90,3	90,3	100,0
Total		103	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 22: Se puede observar que el grupo con “depresión” obtuvieron el mayor porcentaje de 90,3%, y el mínimo porcentaje que presentó “alucinaciones” manifiesta 1,9% de los resultados.

9.8. Objetivo específico n° 08:

- Relacionar de acuerdo al sexo las características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021.

TABLA N°23

Distribución de casos de intento de suicidio según relación SEXO - EDAD (13 años – 65 años) en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

SEXO*EDAD tabulación cruzada																																			
		EDAD																																	Total
		13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	34	35	36	37	40	41	42	46	47	54	59	65			
SEXO	FEMENINO	1	1	8	4	6	6	4	4	3	4	3	3	2	1	4	1	1	0	0	1	2	1	1	1	1	1	2	0	1	1	0		68	
	MASCULINO	1	2	2	2	1	1	1	2	2	3	5	3	1	0	0	2	0	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1		35	
Total		2	3	10	6	7	7	5	6	5	7	8	6	3	1	4	3	1	2	1	1	3	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1		103	

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 23: Los hallazgos indican que existe una mayor incidencia del género femenino por intento suicida en referencia a los 15 años de edad, a diferencia del género masculino.

TABLA N°24

Distribución de casos de intento de suicidio según relación SEXO – PROCEDENCIA en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

SEXO*PROCEDENCIA tabulación cruzada					
		PROCEDENCIA			Total
		URBANA	URBANA MARGINAL	RURAL	
SEXO	FEMENINO	19	45	4	68
	MASCULINO	14	16	5	35
Total		33	61	9	103

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 24: Podemos observar que existe una mayor incidencia del género femenino por intento suicida en referencia a la procedencia “marginal urbana”, a diferencia del género masculino.

TABLA N°25

Distribución de casos de intento de suicidio según relación SEXO – ESTADO CIVIL en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

SEXO*ESTADO CIVIL tabulación cruzada						
		ESTADO CIVIL				Total
		SOLTERO	CASADO	CONVIVENCIONAL	DIVORCIADO	
SEXO	FEMENINO	41	9	17	1	68
	MASCULINO	23	3	8	1	35
Total		64	12	25	2	103

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 25: Se observa que existe una mayor incidencia del género femenino por intento suicida en referencia al estado civil “soltero”, a diferencia del género masculino.

TABLA N°26

Distribución de casos de intento de suicidio según relación SEXO – NIVEL DE INSTRUCCIÓN en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

SEXO*NIVEL DE INSTRUCCION tabulación cruzada					
		NIVEL DE INSTRUCCION			Total
		PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	
SEXO	FEMENINO	14	40	14	68
	MASCULINO	9	17	9	35
Total		23	57	23	103

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 26: Se observa que existe una mayor incidencia del género femenino por intento suicida en referencia al nivel de instrucción “secundaria”, a diferencia del género masculino.

TABLA N°27

Distribución de casos de intento de suicidio según relación SEXO – OCUPACION en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021

SEXO*OCUPACION tabulación cruzada						
		OCUPACION				Total
		ESTUDIANTE	DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	DESOCUPADO	
SEXO	FEMENINO	25	15	24	4	68
	MASCULINO	11	4	19	1	35
Total		36	19	43	5	103

Fuente: Base de datos SPSS / Ayala 2020

Tabla N° 27: Según los resultados, se puede observar que existe una mayor incidencia del género femenino por intento suicida en referencia a la ocupación “estudiante”, a diferencia del género masculino.

10. Discusión:

Cabe destacar que, en los países en desarrollo, la falta de estadísticas confiables representa un desafío, estimándose que por cada suicidio consumado existen 18 intentos (**Mosquera, A.** 2003).

EDAD:

Se comprueba que en la franja juvenil y adulto joven (15 y 23 años) indican los más altos índices de intento de suicidio con un 17,5% del resultado de la investigación, datos relativamente similares en la investigación de **Parimango Álvarez** (Mego, 2015), donde el grupo de 13 a 35 años corresponden a un 45,2%, y seguido del grupo etéreo de 20 a 34 años con un 43,3%, otros estudios.

Estudios Europeos asienten que los índices de intento de suicidio aumentan con la edad, sin embargo, en este estudio resulta que el patrón epidemiológico más frecuente del intento de suicidio está entre 15 y 23 años de edad.

SEXO:

El estudio realizado demuestra que el grupo del sexo “femenino” obtuvieron el mayor porcentaje por intento de suicidio, con el 66%, datos que coinciden relativamente con otros estudios, **Parimango Álvarez** refiere que el 77,1% corresponde al sexo femenino.

La relación de hombre/mujer es de 2/1, aunque los resultados de los diferentes trabajos nacionales difieren considerablemente, por ejemplo, **Parimango Álvarez** encuentra la relación mujer/varón 3,3/1.

PROCEDENCIA:

Respecto al resultado de este estudio, el grupo de procedencia “urbana marginal” obtuvieron el mayor porcentaje con un 59%, lo cual denota que en esta zona existe altos índices de depresión, y por ultimo con un 8,7% por la zona rural, que como en muchos estudios nos indica que los pobladores de dicha zona viven mantienen estilos de vida "mucho más saludables", con pocos agentes estresantes, que los convierte de cierta manera personas más sencillas y la marcada influencia de ideas animistas juega un papel muy importante en sus

creencias de vida.

ESTADO CIVIL:

En dicho estudio, el grupo de estado civil “soltero” obtuvieron el mayor porcentaje con un 62,1%, consiguientemente “convivencial” con un 24,3% y finalmente un mínimo porcentaje el grupo “divorciado” con un 1,9% de los resultados. Haciendo mención del trabajo de **Parimango Álvarez**, relativamente coincidente el grupo solteros con un 68,8%, el grupo “convivencial” con un 21,9% y casados con un 7,1%.

Durkheim (1897) destaca la importancia de la familia y el estado civil de una persona para influencias conductas suicidas. Este investigador resalta que el desinterés de la familia puede conducir a un individuo a tener impulsos suicidas. Por el contrario, si existe una verdadera integridad familiar, esta podría servir de protección frente al suicidio. De la misma forma Cranney y Wilkinson (2025) menciona que el estado civil puede intensificar el estado de estrés en las personas y provocar conductas suicidas. Esto investigadores confirmaron que un soltero joven tiene 3 veces más probabilidad que los casados de considerar, planear e intentar suicidarse. Por lo tanto, sugieren prestar más atención clínica a las personas que no están casadas o aquellos jóvenes que no ven al matrimonio como un propósito de vida.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

En dicho análisis, se observó que el 55,3% de los casos correspondían a personas con formación educativa de nivel secundario, mientras que los niveles primario y superior representaron, cada uno, el 22,3% del total, relativamente similares a los hallazgos de **Parimango Álvarez** siendo el mayor índice de 66% en personas con formación "secundaria".

OCUPACIÓN:

El desempleo y el intento de suicidio esta ligeramente relacionada y este grupo constituye un alto riesgo del mismo, en el presente estudio el grupo ocupacional “independiente” obtuvieron el mayor porcentaje de 41,7%, y en mínimo porcentaje de parte de “desocupado” con un 4,9% de los resultados.

Sin embargo, en el estudio de **Parimango Álvarez**, encuentra un mayor número de estudiantes con 51,9% e independientes con 15,2%.

Así durante las sucesiones y depresiones económicas, y alto desempleo, aumenta las tasas de suicidio, esto puede explicarse por la interacción de las circunstancias socio-económicas, la vulnerabilidad psicológica, y los eventos existenciales estresantes.

TIPO DE FAMILIA:

En el presente estudio, el grupo de tipo familiar “completa” obtuvieron el mayor porcentaje con un 70,9%, y en mínimo porcentaje de parte de “familia incompleta” con un 29,1% de los resultados.

Diversos estudios han evidenciado que, entre las características familiares, los índices más elevados se registran en contextos de conflictos dentro de la familia nuclear. No obstante, al considerar también situaciones como la separación de los padres, la presencia de madres como jefas de hogar y la responsabilidad asumida por las familias de origen, se configura un escenario de desestructuración familiar y ausencia de figuras significativas. Este panorama puede tener un impacto relevante en adolescentes con conductas suicidas.

HIJOS:

En este estudio, podemos observar que el grupo que “SI” tienen hijos obtuvieron el mayor porcentaje con un 72,8%, y en mínimo porcentaje “no” tienen hijos con un 27,2% de los resultados. Dicho resultado que significaría que a pesar de que **SI** existe responsabilidades económicas y afectivas hacia los hijos, nos está diciendo que son otros factores intrafamiliares estén desembocando en los hijos dichas ideas de intento de suicidio. La **WHO/EURO** (Mego, 2015), observaron que, para las mujeres, tener un hijo menor de 2 años, es un factor de protección para la conducta suicida, lo que coincidentemente en este estudio se corrobora probablemente este factor de que serían familias jóvenes o probablemente el factor económico entró a tallar en el mismo.

HERMANOS:

En el presente estudio, podemos apreciar que del grupo que “si” tienen

hermanos obtuvieron el mayor porcentaje con el 88,6%, y el “no” tienen hermanos con un 19,4% de los resultados. Lo que evidencia que múltiples dimensiones como una mala estructura familiar como el favoritismo o la falta de atención equitativa en los hijos desencadene ciertas ideaciones suicidas en los hijos que no tienen dichas necesidades satisfechas.

Mientras que en un estudio del Lic. Noé Gonzales Gallegos en la Universidad de Guadalajara (**Valadez Figueroa I, 2005**), plantea que una de las principales fuentes de perturbación psicológica en los adolescentes proviene de los intentos de los padres por ejercer un control excesivo, dominar sus vidas o dirigirlas según sus propios criterios. Esto genera relaciones familiares marcadas por conflictos inevitables, cuyos resultados pueden variar. Un manejo inadecuado de dichos conflictos dentro del entorno familiar se identifica como un factor de riesgo relevante en la aparición de conductas suicidas. En este contexto, también se destaca la repercusión negativa que pueden tener las disputas entre hermanos.

TAMAÑO FAMILIAR:

En este estudio, el grupo “familia pequeña” obtuvieron el mayor porcentaje con el 60,2%, y el grupo “familia grande” con un mínimo de 4,9% de los resultados.

Lo cual denota que en este estudio no resultó ser significativo el tamaño, por ende, nos manifiesta que la violencia social estructural ha generado un tipo de violencia estructural personal que resulta a la ideación suicida.

DESENCADENANTE:

En el presente estudio, el grupo identificado como “conflicto con ser querido” registró el mayor porcentaje, alcanzando un 50,5%. Este grupo incluye situaciones como discusiones, desengaños amorosos y separaciones de pareja. En contraste, el porcentaje más bajo se observó en el grupo relacionado con “salud psíquica”, con un 1,9%. Estudios nacionales mencionan que el 14% de los adolescentes ya experimentaron deseos suicidas, esto fuertemente relacionado con problemas familiares. De la misma forma, existen evidencias científicas donde se menciona que el 17% de los intentos de suicidios en adolescentes está relacionado

con los maltratos físicos dentro del ambiente familiar. Es importante destacar que la mayoría de los casos de maltratos físico lo sufren las mujeres en comparación a los hombres. Por otro lado, nuestros resultados mostraron que la profunda sensación de soledad, problemas laborales y la pérdida de un familiar presentaron cada una un valor del 8% respectivamente. Es importante destacar que en relación a los problemas laborales fueron los hombres quienes tuvieron más pensamientos suicidas en comparación a las mujeres. Esto se debe porque la pérdida del empleo o la expulsión del sistema laboral perjudica a la economía de su familia ya que son cabeza de hogar.

MÉTODO EMPLEADO:

En el presente estudio, el grupo que recurrió a la ingesta de “organofosforado” obtuvieron la mayor incidencia con un 79,6%, consecutivamente un 13,6% en el grupo de ingesta “medicamentosa” y un resultado mínimo de 1% del grupo “ahogamiento”. Relativamente coincide con el trabajo de **Parimango Álvarez** en su estudio, donde encuentra un 69,9% que ingirió raticidas, y el 21,4% con sobredosis de ansiolíticos. Esta situación puede atribuirse, en parte, a la fácil accesibilidad de ciertos fármacos, los cuales suelen estar disponibles sin receta en farmacias y bodegas, y cuyo bajo costo los convierte en un recurso al alcance de los jóvenes, especialmente aquellos que no cuentan con ingresos propios. Por lo tanto, la elección del método suicida está relacionada a factores como la disponibilidad y la letalidad del mismo. En este sentido, muchas investigaciones recomiendan tener un mejor control o fiscalización de estos elementos para reducir significativamente las tasas de suicidio en muchos países.

INTENCIÓN SUICIDA:

Este estudio muestra que el grupo que buscaba “terminar con un sufrimiento” indican el mayor porcentaje con el 34%, el grupo que buscaba “para morir” manifiesta un 23,3% y el grupo que buscaba “evitar situaciones negativas” indica un 18,4% de los resultados.

Si tomamos en cuenta que investigaciones previas indicaban que un porcentaje significativo de los intentos de suicidio presentaban un componente

histórico o de búsqueda de atención, los resultados obtenidos en este estudio sugieren que el nivel de violencia estructural social puede ser un factor clave que impulsa a los pacientes a llevar a cabo lo que constituyen verdaderos intentos suicidas.

MORBILIDAD MENTAL ASOCIADA:

En este estudio podemos observar que el grupo que “no” antecede morbilidad mental indican el mayor porcentaje con el 94,2%, mientras que el grupo “si” (esquizofrenia) antecede morbilidad mental manifiesta un 5,8% de los resultados.

ANTECEDENTE DE SUICIDIO:

El intento de suicidio que se antecede al mismo, quizá sea un indicador relevante que un paciente corra riesgo de suicidio. En este estudio comprobamos que el grupo “no” muestran antecedente de suicidio tienen mayor porcentaje de un 90,3%, y posteriormente el grupo “si” indica antecedente de suicidio con un 9,7% del resultado. Un hallazgo similar se encuentra en el estudio de Parimango Álvarez (Mego, 2015), en el que un 14,3% de los pacientes reportaron antecedentes de suicidio. Estos resultados coinciden con los de otros autores, quienes han documentado que los pacientes con antecedentes de intentos suicidas previos presentan, al menos, un episodio previo de intento de suicidio. En los años 80, la manifestación de pacientes reincidentes de la tentativa de suicidio oscilaba entre 18% al 40%, mientras que en los 90, en el estudio europeo multicéntrico **WHO/EURO** (Mego, 2015), evidenció un 55%. Según el resultado, nos evidenciaría que la mayoría de pacientes estarían frente a un previo evento, o que bien podría haber estado ocultando esa información por razones personales o de vergüenza. Por lo tanto, nuestro hallazgo resalta la importancia de considerar los antecedentes de suicidio de cada persona como un indicador para prevenir problemas mayores, como la muerte de la persona.

VECES DE INTENTO DE SUICIDIO:

En el presente estudio, el grupo de “2 veces” intentaron en otra oportunidad suicidarse muestran un alto porcentaje de un 60%, y posteriormente los grupos “3

veces” y “5 veces” indica un bajo porcentaje de 10% del resultado. Lo que se podría corroborar en otros estudios, que exista la probabilidad de que no tomaron consciencia aún, y no pasan todavía por un soporte profesional respecto a la ideación de intento suicida.

IDEACIÓN PREVIA:

En este estudio, podemos observar que, el mayor rango muestra el grupo que “no” tuvo una ideación previa con el 76,6%, y el menor porcentaje el grupo “si” con un 23,3% del resultado. Lo que podríamos afirmar que la mayoría de los pacientes actuaron de manera impulsiva y el menor grupo si tuvieron ideaciones previas antes de intentar el acto. En general, se observa en niños y adolescentes una marcada susceptibilidad ante la frustración, lo que dificulta el manejo adecuado de los acontecimientos negativos en sus vidas. El comportamiento suicida suele estar precedido, con frecuencia, por eventos estresantes para el adolescente. Estos eventos reactivan sentimientos de abandono, desesperanza y desamparo, los cuales pueden desencadenar conductas disruptivas e ideas suicidas.

Analizando los resultados de dicho estudio, el 23% de los pacientes estarían pasando por un cuadro depresivo, por lo cual se debería optar medidas para mejorar la calidad de atención a los mismos, de modo que es importante no sesgar esta información, como también podríamos diferir esta información con el estudio realizado de **Parimango Álvarez** (Mego, 2015), donde el 18,6% de pacientes ideó suicidarse, es decir, que el 81,4% no lo pensó.

USO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DROGAS:

En este estudio, podemos apreciar que el grupo que “si” ingirió bebidas alcohólicas indican el menor porcentaje con el 5,8%, mientras que el grupo que “no” manifiesta un alto rango de 94,2%, el alcohol y en menor medida otras drogas, frecuentemente es asociado al suicidio, tanto como precipitante de conductas suicidas como factor de riesgo. Esto se contradice con los resultados de Harris y Barraclough (1998) donde mencionan que existe una mayor

predisposición al suicidio en personas que consumen bebidas alcohólicas o drogas.

El alcohol aumenta más el riesgo de la conducta suicida, agrava los sentimientos de depresión y disminuye la voluntad de autocontrol. Puesto que el alcoholismo en sí, en su consumo de exagerado, desinhibe sentimientos profundos de remordimientos de periodo entre una ingestión a otra.

RIESGO SUICIDA:

Nuestros resultados mostraron que el 93,2% de los participantes respondieron que “no” lo volverían a intentar suicidarse. Por el contrario, el grupo de menor valor respondieron que “sí” lo volverían a intentar (6,8%). Un análisis profundo de las intenciones de vivir mostro las personas que intentan suicidarse tienen 2,5 veces más probabilidad de ejecutar dicho acto a futuro en comparación con aquellos que desea vivir.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (ORGÁNICOS):

Sobre la tentativa Se puede observar que el mayor rango muestra el grupo que presentó vómito con un 30,1%, un 28,2% presentó náuseas, y el menor resultado con 4,9%.

No obstante, es importante destacar que un signo clave de intoxicación por organofosforados es la presencia de pupilas mióticas, lo que sugiere que la cantidad de raticida ingerida fue probablemente mínima. Al día siguiente algunos pacientes, comentaron que no pudieron consumir la totalidad del veneno debido a un fuerte sentimiento de culpa por la ingestión, el sabor desagradable del producto, o, en otros casos, porque su intención era simplemente llamar la atención.

CARACTERÍSTICAS CLINICAS (PSIQUICAS):

Se pudo constatar en este estudio que el grupo con "depresión" obtuvieron el mayor porcentaje de 90,3% , y un 1,9% presentaron "alucinaciones".

Dado dichos resultados, podríamos coincidir con otros resultados en una particularidad, que las personas que intentan suicidarse son pacientes con antecedentes "ansiosos - depresivos".

11. Conclusiones:

- 1** Obtuve los siguientes resultados: Las edades de 15 y 23 años obtuvieron el mayor porcentaje con el 9,7% y 7,8% de los resultados que el grupo del sexo “femenino” obtuvieron el mayor porcentaje con el 66% y el sexo “masculino” con un 34%.
- 2** El grupo de nivel “secundaria” obtuvieron el mayor porcentaje con el 55,3%, y los niveles “primario y superior” obtuvieron el 22,3% de los resultados menos afectados.
- 3** El grupo ocupacional “independiente” obtuvieron el mayor porcentaje de 41,7%, y en mínimo porcentaje de parte de “desocupado” con un 4,9% de los resultados.
- 4** El grupo de tipo familiar “completa” obtuvieron el mayor porcentaje con un 70,9%, y en mínimo porcentaje de parte de “familia incompleta” con un 29,1%.
- 5** El 88,6% de los atendidos si tuvieron hermanos, y el 19,4%no tuvieron hermanos. Para el grupo que “Si” tienen hijos obtuvieron el mayor porcentaje con un 72,8%, y en mínimo porcentaje “no” tienen hijos con un 27,2% siendo los menos afectados.
- 6** El 79,6% de atendidos llegaron por afección “organofosforado, consecutivamente un 13,6% en el grupo “medicamentosa” y un resultado mínimo de 1% por “ahogamiento”. Un 90,3% no mostró antecedente de suicidio mientras que un 9,7% si manifestó antecedentes del mismo.
- 7** El grupo que intentó suicidarse por “terminar con un sufrimiento” indica el mayor porcentaje con el 34%.
- 8** El 94,2% no antecede morbilidad mental asociada mientras que el grupo “si” antecede morbilidad mental manifiesta un 5,8%.
- 9** Un 76,6%, “no” tuvo una ideación previa de suicidio mientras que el menor porcentaje el grupo “si” con un 23,3%.
- 10** Un 5,8% de atendidos “si” mostraron evidencias que usaron bebidas alcohólicas, mientras que el grupo que “no” manifiesta un alto rango de

94,2%.

- 11** El 93,2% manifiesta que no volvería a intentarlo mientras que un 6,8% si manifiesta que volvería a intentarlo.
- 12** Se manifiesta también las siguientes características clínicas en diferentes grupos: “vomito” manifiesta un alto rango de 30,1%, un rango moderado que presentó “nauseas” de 28,2% y el menor porcentaje con “fiebre” con un 4,9%.
- 13** El 90,3% de los pacientes atendidos por intento de suicidio presentaron síntomas depresivos.

12. Recomendaciones:

1. Se recomienda capacitar y asesorar a los profesionales de los centros médicos para detectar y prevenir salud futuros suicidios en los pacientes.
2. En el ámbito de la prevención está dirigido a la comprensión de los factores de riesgo y de la identificación de los grupos de mayor vulnerabilidad.
3. La sensibilización de la población: que incluye la sensibilización de la población general, la identificación de la población de riesgo, la sensibilización de la familia y de quienes cuidan a personas en riesgo, con la finalidad de desmitificar el acto suicida y proponer acciones dirigidas al conocimiento de esta problemática. Acciones que ayuden a las personas en riesgo, más que las reacciones habituales de miedo y la tendencia a ocultar este comportamiento.
4. Las campañas de concienciación sobre depresión y sobre suicidio en colegios mejoran los conocimientos y las actitudes hacia la enfermedad mental y hacia las personas que padecen este problema, existe acuerdos en que éstas mejoran la actitud de la población hacia la enfermedad mental y disminuyen el estigma, romper mitos y creencias acerca de este comportamiento, ofrecer teléfonos y contactos claros como los "centros de salud mental comunitarios" o el programa "de vida" con la idea de transmitir que existen personas preparadas que pueden ayudar al individuo que está pensando en el suicidio como una salida a una situación problemática en su vida.
5. Se recomienda trabajar estrechamente con las autoridades sanitarias para resaltar especialmente las alternativas al suicidio, proporcionando información sobre los recursos disponibles en la comunidad y explicando los signos de alerta y las señales de advertencia. Este apartado es el que necesita mayor profundización, esta población generalmente corre a cargo de los agentes de salud, educación y servicios sociales, son, por tanto, responsables de identificar las diferentes variables que se ponen en juego ante cada situación particular. Con el objeto de mostrar un esquema

didáctico se presentan los factores y situaciones de riesgo, diferenciando cada realidad, que darían lugar a perfiles específicos y que se deberían tener presentes en la actuación con la comunidad.

6. Promover la asistencia a los centros de salud mental comunitario, entidades encargadas de trabajar con diversos casos de salud mental entre tantos como orientación, consejería y terapia por intento de suicidio y otros, que si bien tenemos claro después de toda la narrativa expresa, son multifactoriales: problemas de disfunción familiar, transición de la adolescencia, ausencias paternas, cambios vitales importantes como problemas económicos, dificultades laborales, etc. Acontecimientos que generan emociones muy negativas, como la culpa o la vergüenza, son de suma importancia dar atención a aquellos acontecimientos para poder equilibrar una vida digna y saludable no solo para quien sufra dicha crisis, sino también para quienes viven con aquella persona, dando así un efecto multiplicador de bienestar.

13. Referencias Bibliográficas:

- Abbar, M; Caer, Y; Schenk, L; Castelnau, D. (1993). Cap. 39 *Facteurs de stress psychosociaux et conduites suicidaires*. En *Pshychosocial stress factors and suicidal acts* (pp.179 - 185). Francia.
- Alonso-Fernández, F. (1985). Conducta suicida en la adolescencia (un ensayo de penetración comprensiva en las estadísticas). *Psicopatología*.
- Amador Rivera, Gonzalo H. (2015). SUICIDIO: CONSIDERACIONES HISTÓRICAS. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98. Recuperado en 09 de diciembre de 2024, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es&tlng=es.
- Baader, M. T, Urra, P. E., Millán, A. R., & Yáñez, M. L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 303-309.
- Baxter, D., & Appleby, L. (1999). Case register study of suicide risk in mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 175(4), 322-326.
- Brádvik, L. (2018). *Suicide Risk and Mental Disorders*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), 2028. <https://doi.org/10.3390/ijerph15092028>
- Brent, D. A., & Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *The Psychiatric clinics of North America*, 31(2), 157–177. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.001>
- Cranney S. & Wilkinson S. (2025). The relationship between marital status and risk for suicidal thoughts, plans, and attempts: Evidence for a growing association. *Journal of Affective Disorders*; Volume 391. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119862>
- CDC - MINSA. (2023). *Vigilancia epidemiológica de problemas priorizados de salud mental*. Recuperado el 16 de setiembre del 2024, de https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE4_7/mental.pdf
- Colbert, SMC, Lepow, L., Fennessy, B. et al. (2025). Distinción entre factores de riesgo clínicos y genéticos para la ideación y el comportamiento suicida en

- una población hospitalaria diversa. *Transl Psychiatry* 15, 63.
<https://doi.org/10.1038/s41398-025-03287-6>
- 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.
- Druss, B., & Pincus, H. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Archives of internal medicine*, 160(10), 1522-1526.
- Durkheim, E (1897). *Le suicide. Etude de sociologie*. Paris: Alcan.
- Freud, S. (1976). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu. J. Strachey, Etcheverry y Wolfson (Trads.), 80, 24.
- García-Resa, E., Braquehais, D., Blasco, H., Ramírez, A., Jiménez, L., Díaz-Sastre, C, Sáiz, J. (2002). Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(2), 112-119.
- Garmendia, Fausto. (2016). La violencia en el Perú 2015. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(2), 153-161.
<https://doi.org/10.15381/anales.v77i2.11838>
- Harris, C; & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British journal of psychiatry*, 173(1), 11-53.
- Hernández, R.; Fernández, C. Y Baptista, P. (1991): *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw-Hill Interamericana de México, SA. México.
- Horruitiner AA; González AF. (2020) *Asociación entre Altitud y Suicidio a nivel distrital entre los años 2017 y 2019 en Perú*. Tesis de licenciatura. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima - Perú.
- Isometsa, E., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Aro, H., & Lonnqvist, J. (1997). Differences between urban and rural suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(4), 297-305.
- Kernan, A.; Jones, M.; Lehmann, P.; Meldrum, R. (2023). The intersection of race, ethnicity, and gender and the prevalence of suicidal thoughts and behaviors. *Preventive Medicine Reports*. Volume 36.
<https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102426>
- Khan, A., Leventhal, R. M., Khan, S., & Brown, W. A. (2002). Suicide risk in

patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *Journal of affective disorders*, 68(2-3), 183- 190.

Ladame, F. (1987). *Les tentatives de suicide des adolescents*. Paris: Masson.

López-Ibor, J. J., Lana, F., & Saiz Ruiz, J. (1990). Conductas autolíticas impulsivas y serotonina= Autolytic impulsive behavior and serotonin. *Actas luso-espanolas de neurologia, psiquiatria y ciencias afines*, 18(5), 316-325.

Mann, J. J., McBride, P. A., Brown, R. P., Linnoilam, M., Leon, A. C., DeMeo, M., ... & Stanley, M. (1992). Relationship between central and peripheral serotonin indexes in depressed and suicidal psychiatric inpatients. *Archives of general psychiatry*, 49(6), 442-446.

Mego Serrantes, J. W. (2015). Características epidemiológicas y clínicas de pacientes atendidos por intento de suicidio en, el Hospital Iquitos" Cesar Garayar García", del año 2010 al 2014.

Menninger, K. (1938). *Man Against Himself*. New York: Har court Brace and World.

Minois, G., Cochrane, L., (2001). *History of suicide: Voluntary death in western culture*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press

MINSA (2025). Ministerio de Salud. *Día Mundial de la Prevención del Suicidio: Minsa registró más de 6000 casos de autolesiones en los establecimientos durante el 2024*. Nota de prensa. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1243788-dia-mundial-de-la-prevencion-del-suicidio-minsa-registro-mas-de-6000-casos-de-autolesiones-en-los-establecimientos-durante-el-2024>

Mosquera, A. (2003). Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el hospital" Hermilio Valdizán" durante febrero 2000-enero 2001. *Trabajo de investigación para optar el título profesional de: especialista en psiquiatría*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Orellana J. D., Balieiro A. A., Fonseca F. R., Basta P. C.; Ponte de Souza M. L. (2016). *Spatial-temporal trends and risk of suicide in Central Brazil: an ecological study contrasting indigenous and non-indigenous populations*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2016;38:222–230. Associação Brasileira

de Psiquiatria. doi:10.1590/1516-4446-2015-1720

Organización mundial de la salud (OMS). (1976). *Prevención del suicidio*. Ginebra.

Organización Mundial De La Salud (OMS). (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial De La Salud (OMS) (2025). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

Pérez Barreto, S.(2011). El suicidio infantojuvenil. Lima. Universidad Cayetano Heredia.

Rihmer, Z. (2005). Suicide prevention. *Bipolar Psychopharmacotherapy: Caring for the Patient*, 353-365.

Rodríguez, A; López, P. (1985). Cap 5(2) *Ideal de yo y conducta suicida*. *Psicopatología* (pp 181 - 184). APA.

Sartorius, N. (1985). Cap. 5 (2) *Introducción al Simposio Internacional sobre el suicidio*. *Psicopatología* (pp. 81 - 84). APA

Schneider, P.B. (1954). *La tentative de suicide. Etude statistique, clinique, psychologique et catamnestique*. Geneve: Delachaux & Niestlé.

Schneidman, E. S. (1998). Perspectives on suicidology: Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and life- threatening behavior*, 28(3), 245.

Troya, M. I., Spittal, M. J., Pendrous, R., Crowley, G., Gorton, H. C., Russell, K., Byrne, S., Musgrove, R., Hannah-Swain, S., Kapur, N., & Knipe, D. (2022). Suicide rates amongst individuals from ethnic minority backgrounds: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 47, 101399. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101399>

Valadez - Figueroa, I., Quintanilla-Montoya, R., González-Gallegos, N., & Amezcua-Fernández, R. (2005). El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. *Salud pública de México*, 47, 1-2.

Vásquez, F. (1998). Seguimiento de Pacientes que Presentaron Intento de Suicidio Atendidos en el Servicio de Emergencia del INSM Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (1996 - 1998).: Publicado: 22 de diciembre de 2022. *Anales De Salud Mental*, 14(1 y 2), 65-76.

Vega, F. (2023). Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en Perú.: Publicado: 30 de diciembre de 2011. *Anales De Salud Mental*, 27(2), 29-32.

ANEXOS

Anexo N°1: Matriz de Consistencia

TÍTULO	PROBLEMA GENERAL Y ESPECÍFICOS	OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS GENERAL Y ESPECÍFICAS	VARIABLES E INDICADORES	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS POR INTENTO DE SUICIDIO EN EL HOSPITAL IQUITOS “CESAR GARAYAR GARCÍA” DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 2020 - MARZO 2021.	Problema General: ¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021, por intento de suicidio?” Problemas Específicos: • ¿Cuáles son las características epidemiológicas: edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, ocupación de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 - Marzo 2021? • ¿Cuáles son las características familiares de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 - Marzo 2021? • ¿Cuál es el desencadenante de la conducta suicida de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 - Marzo 2021? • ¿De qué manera podemos identificar el método empleado de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 - Marzo 2021? • ¿Cómo podemos conocer la intención del paciente atendido por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 - Marzo 2021? • ¿Cómo identificar a los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 - Marzo 2021, que estén en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro? • ¿De qué manera podemos conocer las características clínicas de los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 - Marzo 2021? • ¿Cómo relacionar, de acuerdo al sexo las características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021?	Objetivo General: Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 - Marzo 2021. Objetivos Específicos: • Conocer las características epidemiológicas: edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, ocupación de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 - Marzo 2021. • Describir las características familiares de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 - Marzo 2021. • Identificar el desencadenante de la conducta suicida. De los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 - Marzo 2021. • Identificar el método empleado de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 - Marzo 2021. • Conocer la intención del paciente atendido por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 - Marzo 2021. • Identificar a los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021, que estén en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro. • Conocer las características clínicas de los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 - Marzo 2021. • Relacionar de acuerdo al sexo las características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el periodo Octubre 2020 – Marzo 2021.	Hipótesis General: No se trabajará con Hipótesis General. Hipótesis Específicas: No se trabajará con Hipótesis Específicas.	VARIABLE Dependiente Intento de suicidio. VARIABLE Independiente • Edad • Sexo • Procedencia • Estado Civil • Nivel de instrucción • Ocupación • Desencadenante • Método empleado • Antecedente de suicidio • Ideación previa • Intensidad Suicida • Riesgo suicida • Tipo de familia • Tamaño familiar • Características Clínicas	No experimental Transversal.	Métodos: Descriptivo. Técnicas: Observación Técnica psicométrica	Población: La población de estudio está compuesta por todos los pacientes que fueron atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”. Muestra: La muestra se recolectó mediante los registros de pacientes atendidos por intento de suicidio, tanto en el servicio de emergencias, como por consultorio psiquiátrico, psicológico en el registro de unidad estadístico durante el periodo Octubre 2020 - Marzo 2021.

Anexo N°2: Carta de presentación a la Institución:

**UNIVERSIDAD
CIENTÍFICA
DEL PERÚ**

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

San Juan, 09 de Agosto del 2022.

OFICIO N° 1141-2022-UCP-FCS

SEÑOR:
MED. CARLO MARIO AREVALO VARGAS
DIRECTOR DEL HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCÍA"
Presente.-



ASUNTO: Solicito facilidades para aplicación de instrumentos psicológicos de investigación.

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle un cordial saludo y al mismo tiempo solicitarle autorización para ingresar a las instalaciones del Hospital Iquitos César Garayar García, al bachiller MARLON ENRIQUE AYALA LAYCHE, en calidad de bachiller en Psicología de la Universidad Científica del Perú, se encuentra realizando su trabajo de Suficiencia Profesional, titulado **"Estudio epidemiológico de pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital César Garayar García, distrito de Iquitos 2022"**. Actualmente se encuentra en la etapa inicial de aplicación de los instrumentos de recojo de información para el trabajo de campo, motivo por el cual solicito dicho permiso, con el fin de conseguir los datos requeridos.

Sin otro particular agradezco su aporte en esta acción de apoyo a la investigación clínica en el distrito de Iquitos.

Atentamente,


UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ
Facultad de Ciencias de la Salud
Mgr. Ricardo Chacaltana
DECANO

Iquitos – Perú
065 - 26 1088 / 065 - 26 2240
Av. Abelardo Quiñones Km. 2.5

Unidos: 20 años: 1979

Universidad Científica del Perú
www.ucp.edu.pe

**Anexo N°3: Consentimiento informado de participación en la
investigación sobre el estudio epidemiológico de pacientes atendidos
por intento de suicidio en el hospital “César Garayar García”.**

Yo, _____, por medio del presente documento manifiesto:

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación, es confidencial. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto, sin que esto traiga perjuicio alguno para mi persona.

Que, en el estudio de referencia, el que será ejecutado por el investigador, en coordinación con el Departamento de Personal del Hospital Apoyo Iquitos "Cesar García Garayar", se administrará a cada uno de los participantes varios cuestionarios relacionados con el intento de suicidio, los que serán tratados como documentos confidenciales, de uso exclusivo del equipo de investigadores y destruidos una vez procesados los datos.

Que no se trata de un examen doloroso o que implique riesgo alguno para mi integridad física o mental.

Que la información que se derive del estudio será útil para conservar y/o mejorar el bienestar del paciente en respectiva atención.

Que la información sobre mi persona que se obtenga del estudio es absolutamente confidencial y que no podrá ser entregada a otra persona sin mi expreso consentimiento. La misma, no podrá utilizarse con otros fines ajenos a los objetivos de la investigación.

Que tengo pleno derecho a recibir toda la información que solicite concerniente a mis resultados individuales.

Que tengo derecho a recibir orientación o ayuda profesional durante la ejecución de la investigación por parte del equipo que la ejecuta, aún cuando haya decidido retirar mi participación de la misma.

Que mi participación en el estudio es absolutamente voluntaria y que puedo abandonarlo retirando este consentimiento en cualquier momento, sin ninguna consecuencia laboral o personal. Habiendo tomado conocimiento de todo lo anterior, consiento en participar voluntariamente en el ESTUDIO en calidad de EVALUADO, comprometiéndome a seguir las orientaciones que se derivan de dicha participación, a saber, asistir puntualmente a la citación y cooperar en la aplicación de los cuestionarios.

Para que así conste, firma:

Iquitos, 10 de Octubre del 2020

Anexo N°4: Instrumentos de estudio

FICHA DE REGISTRO DE PACIENTES

(Recolección de información de los pacientes con intento de suicidio a partir de la historia clínica).

N° de ficha :

Data :

Día :

Mes :

Hora :

I. DATOS DE FILIACIÓN

Edad :

Sexo :

Procedencia :

1.- Urbana 2.- Urbana 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

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

DESENCADENANTE :

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

MÉTODO EMPLEADO :

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.- Ahogamiento | ☐ si | ☐ no |
| 2.- Ahorcamiento | ☐ si | ☐ no |
| 3.- Precipitación | ☐ si | ☐ no |
| 4.- Armas de fuego | ☐ si | ☐ no |
| 5.- Heridas superficiales | ☐ si | ☐ no |
| 6.- Arma blanca | ☐ si | ☐ no |
| 7.- Ingestión medicamentosa | ☐ si | ☐ no |

Ansiolíticos :

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1.- Antidepresivos | ☐ |
| 2.- Neurolépticos | ☐ |
| 3.- Otros Psicofármacos | ☐ |
| 4.- Analgésicos | ☐ |
| 5.- Veneno | ☐ |
| 6.- Otros | ☐ |
| 7.- Cáusticos | ☐ |
| 8.- Organofosforado | ☐ |

ANTECEDENTES PERSONALES

MORBILIDAD MENTAL ASOCIADA :

1.- SI 2.- NO

ANTECEDENTE DE SUICIDIO :

¿Ha intentado en otra oportunidad

suicidarse? 1.- SI 2.-

NO

Si la respuesta es SI, ¿Cuántas veces?...

IDEACIÓN PREVIA :

1.- SI 2.- NO

Si la respuesta es SI, ¿Desde cuándo ha pensado suicidarse?

USO DE DROGAS :

¿Ingirió 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

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

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 Superior : 1.- Analfabeto 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.-

¿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.- Jubilada

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

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

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

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

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

ORGÁNICOS :

- 1.- Fiebre
- 2.- Cefalea
- 3.- Náuseas
- 4.- Vómitos
- 5.- Dolor de estómago
- 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
- 7.- Otros...