

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO EN EL INTENTO DE SUICIDIO DE
LOS PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL
VICTOR LARCO HERRERA, MAGDALENA DEL MAR,
PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2014**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

PANZERA TORRES DANTE EDUARDO

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA-PERÚ

2017

ASESOR

Dr. Walter Bryson Malca

AGRADECIMIENTO

Gracias a todos mis parientes y amigos que brindaron su apoyo y tiempo a la elaboración de esta investigación. Se agradece a cada una de las personas que brindaron también su apoyo al desarrollo y ejecución de la presente investigación.

DEDICATORIA

A DIOS

Por cuidarme, y darme fuerzas para seguir adelante y nunca dejarme caer.

A MIS PADRES Y FAMILIARES

Por toda su confianza vertida en mí, que siempre a pesar de todo han estado a mi lado aconsejándome y guiándome, dándome una oportunidad más siempre, y a mi ESPOSA por su infinita paciencia, amor y comprensión.

RESUMEN

La presente tesis trata acerca de la problemática en el intento de suicidio que hoy en día tiene cifras alarmantes a nivel nacional. Por ese motivo de acuerdo a la investigación realizada se plantea la pregunta ¿Cuáles los factores de riesgo observados en el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Nacional VICTOR LARCO HERRERA, Magdalena del Mar, periodo Enero – Diciembre 2014? Para investigar cómo se encuentra esta situación se realizó un estudio cuantitativo, retrospectivo, analítico observacional, transversal. La población estuvo constituida por 176 personas, de los cuales 125 es la cifra de mujeres y 51 el número de hombres. Se observa que, a través de los niveles de riesgo atendidos en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera, el género más vulnerable y sensible a intentos de suicidio se da en las mujeres de entre 15 y 30 años. También se observa como un numero de factores de riesgo que están asociados al intento de suicidio pueden agruparse en factores de un mismo tipo específico, como son: los factores de riesgo asociados a factores de riesgo emocional de tipo directo, factores de riesgo físicos asociados a daño directo, y factores de riesgo psiquiátricos asociados a daño directo.

Palabras clave: *Intento de suicidio en jóvenes, suicidio en jóvenes, pensamiento y tentativa suicida en niños y adolescentes, factores sociales y factores de riesgo.*

ABSTRACT

This thesis deals with the problem of the suicide attempt that today has alarming figures at the national level. For this reason according to the research carried out, the question arises: "Is there a relationship between risk factors and social factors that influence the suicide attempt of patient over 12 years of age treated at the emergency service of the National Hospital VICTOR LARCO HERRERA , Magdalena of the Sea, period January - December 2014? To investigate how this situation is, a quantitative, retrospective, observational, cross-sectional study was carried out. The population consisted of 176 people, of which 125 are the number of women and 51 the number of men. It is observed that, through the levels of risk treated at the National Hospital Víctor Larco Herrera, the gender most vulnerable and sensitive to suicide attempts occurs in women between 15 and 30 years. It is also observed how a number of risk factors that are associated with the suicide attempt can be grouped into factors of the same specific type, such as: risk factors associated with direct-type emotional risk factors, physical risk factors associated with Direct damage, and psychiatric risk factors associated with direct harm.

Keywords: *Attempted suicide in young people, suicide in young people, suicidal thoughts and attempts in children and adolescents, social factors and risk factors.*

PRESENTACION

La realización de esta investigación tiene como fin manifestar los factores de riesgo en el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años atendidos en el servicio de Emergencia del hospital Nacional Víctor Larco Herrera, Magdalena del Mar, periodo Enero – Diciembre 2014. Aplicando la encuesta específica se demostró datos conceptuales en relación a tres factores de riesgo que son: los factores de riesgo asociados a factores de riesgo emocional de tipo directo, factores de riesgo físicos asociados a daño directo, y factores de riesgo psiquiátricos asociados a daño directo.

De tal manera este trabajo se le ha esquematizado de la siguiente manera, en el capítulo I se muestra el problema que interesa esta investigación, como afecta a nivel mundial y a nivel nacional.

El capítulo II se exponen los aspectos teóricos tales como la revisión de antecedentes tanto internacionales como nacionales sobre intentos de suicidio en mayores de 12 años, donde la connotación de estos se vea reflejada en la problemática que se manifiesta en la sociedad.

El universo de pacientes que abarca el estudio se inserta en el capítulo III, donde se presenta el tipo de estudio realizado, el área de estudio, el instrumento para la obtención de datos, y procesamiento de los mismos.

Los motivos por los cuales se llevó este estudio se abordan en el capítulo IV, la discusión de los mismos para luego comparar las tablas de resultados en relación a la población objeto de estudio.

En el capítulo V concluye con las conclusiones y recomendaciones de la tesis, las cuales hacen énfasis en las medidas que se deben de tomar ante la tentativa del suicidio.

INDICE

CARATULA	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	V
PRESENTACION	VII
LISTA DE TABLAS.....	XI
LISTA DE GRAFICOS.....	VII
LISTA DE ANEXOS.....	VIII
CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA	3
1.3. JUSTIFICACION.....	3
1.3.1 TEORICA.....	3
1.3.2 PRACTICA.....	3
1.3.3 METODOLOGICA.....	4
1.3.4 ECONOMICA SOCIAL	4
1.4. OBJETIVOS.....	5
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	5

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
1.5. PROPOSITO	5
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	7
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS	7
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	7
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	13
2.2. BASE TEORICA	18
2.2.1 SUICIDIO OMS	18
2.2.2 DEFINICION DEL SUICIDIO	19
2.2.3 ETIOLOGIA DEL SUICIDIO	19
2.2.4 FISIOPATOLOGIA.....	22
2.2.5 EPIDEMIOLOGIA SUICIDA EN EL PERU	23
2.2.6 FACTORES PREDISPONENTE Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	23
2.2.7 PREVALENCIA INTENTO SUICIDA EN EL PERU.....	24
2.3. HIPOTESIS	25
2.3.1 HIPOTESIS GENERAL.....	25
2.3.2 HIPOTESIS ESPECIFICA.....	25
2.4. VARIABLES	26
2.5. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS	26
CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	27
3.1. TIPO DE ESTUDIO	27

3.2. ÁREA DE ESTUDIO	27
3.3. POBLACION DE ESTUDIO.....	28
3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION.....	28
3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	28
3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	28
3.5. DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS.....	28
3.6. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	29
CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS	30
4.1. RESULTADOS.....	30
4.2. DISCUSION:.....	43
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	46
5.1. CONCLUSIONES	46
5.2. RECOMENDACIONES.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	50
BIBLIOGRAFIA	52
ANEXOS.....	55

LISTA DE TABLAS

TABLA 01: FACTORES DE RIESGO EMOCIONAL DE TIPO DIRECTO EN EL INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS	35
TABLA 02: FRECUENCIA ESPERADA PARA HALLAR CHI CUADRADO EXPERIMENTAL.....	36
TABLA 03: FACTORES DE RIESGO FISICOS ASOCIADOS A DAÑO DIRECTO EN EL INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS.....	37
TABLA 04: FRECUENCIA ESPERADA PARA HALLAR CHI CUADRADO EXPERIMENTAL	38
TABLA 05: FACTORES DE RIESGO PSIQUIATRICOS ASOCIADOS A DAÑO DIRECTO EN EL INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS.....	40
TABLA 06: FRECUENCIA ESPERADA PARA HALLAR CHI CUADRADO EXPERIMENTAL.....	41

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICO 01: CUADRO GENERAL PORCENTUAL FACTORES DE RIESGO EN EL INTENTO DE SUICIDIO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL” VICTOR LARCO HERRERA”, MAGDALENA DEL MAR, PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2014.....	30
GRAFICO 02: VALORES PORCENTUAL SOBRE FACTORES DE RIESGO EMOCIONAL DE TIPO DIRECTO EN EL INTENTO DE SUICIDIO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, MAGDALENA DEL MAR, PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2014.....	31
GRAFICO 03: VALORES PORCENTUAL SOBRE FACTOR DE RIESGO FISICOS ASOCIADOS A DAÑO DIRECTO EN EL INTENTO DE SUICIDIO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, MAGDALENA DEL MAR, PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2014.....	32
GRAFICO 04: VALORES PORCENTUAL SOBRE FACTOR DE RIESGO PSIQUIATRICOS ASOCIADOS A DAÑO DIRECTO EN EL INTENTO DE SUICIDIO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, MAGDALENA DEL MAR, PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2014.....	33

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	56
ANEXO 02: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	58
ANEXO 03: INSTRUMENTO – ENCUESTA.....	60
ANEXO 04: VALIDACION DE INSTRUMENTO.....	63
ANEXO 05: ATENCION A PACIENTES POR INTENTO DE SUICIDIO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, MAGDALENA DEL MAR, PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2014 - GRAFICOS POR ATENCION, VARIABLE SITUACIONAL ESTACIONAL, Y PROCEDENCIA.....	68
ANEXO 06: CUADRO DE TABULACION DE RESULTADOS OBTENIDOS	73

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El intento de suicidio tiene una morbilidad varias veces superior a la mortalidad por suicidio en si concreto, se cree que por cada suicidio realizado hay de 5 a 10 intentos realizados. Por otro lado, cada vez que hay un intento de suicidio, un 6 a un 16 % reintentaran querer hacerlo en de los 12 meses siguientes, logrando su objetivo ⁽²⁾.

El suicidio tiene precedentes a través del tiempo, la misma historia relata como las personas realizaban estos actos en si, ponerse a pensar en una definición para la auto eliminación resulta difícil por la gran cantidad de opiniones respecto en este trabajo se toma en cuenta la definición de Gutiérrez, quien menciona el suicidio como en un acto de auto eliminarse de forma voluntaria, en el que se ven involucrados las ideas suicidas (Ideación suicida) como la realización suicida en sí (suicidio consumado) ⁽⁹⁾.

La OMS indico en el año 2009, que se suicidan 3,000 personas aproximadamente al día, poniendo al suicidio como la 13va causa de mortalidad en el mundo, número que llama mucho la atención ya que se enfoca en jóvenes que ponen al suicidio en la segunda y tercera causa de muerte, se cree que para el 2020 se podría llegar a 1.5 millones de muertes al año por suicidio. ⁽¹⁹⁾

Es una acción que desea mandar un aviso de una persona a otra (agregando grupos sociales). Es una realidad que siempre estará relacionada con el otro, una persona determinada o comunidad social que se aspira capte el aviso del suicidio.

Al día se observa que hay entre 8.000 a 10.000 intentos de suicidio, de los cuales 1.000 personas lo consiguen. La OMS dice, que el suicidio estaría en los países civilizados como la décima causa de muertes. ⁽¹⁵⁾

Las razones que pueden desatar un suicidio en la juventud, son muchos y no claros, ya que también se realizan en niños que nunca han intentado contra su vida, **Vinoda** un experto del tema, menciona que el suicidio es un trastorno difícil que engloba a factores sociales, físicos y psicológicos que se ayudan entre si ⁽²⁰⁾.

Los jóvenes en su proceso de desarrollo que todo individuo atraviesa, se pueden ver que los jóvenes presentan cambios difíciles los cuales les producen depresión, otras veces ansiedad que podrían inducirlos al intento de suicidio, en otras ocasiones, a la realización del mismo acto. El querer intentarlo pone el problema de la depresión como vivencia existencial y como una crisis de la adolescencia difícil de superar. El acto suicidio en adolescentes es un área que suele silenciarse y evadirse por que impacta y cuestiona el módulo familiar y social en la cual vivimos; pero, hay que reconocer y reflexionar en las causas que inducen a un joven a auto destruirse, así como saber el significado de hacer este acto y cómo puede evitarse.

El suicidio del adolescente es una conducta de difícil evaluación por los prejuicios culturales que existen, en el público en general y entre profesionales de salud; más aún, este trastorno debe analizarse teniendo en cuenta variados factores cognitivos, sociales, psicológicos. En el mundo, la cantidad de autolesiones se aproxima en 3% a un 5 % en la población de mayores de 16 años, junto a los suicidios en si. Anualmente la UE manifiesta de 800 a 1000 episodios por cada 100.000 personas. Los pacientes que se autolesionan son de un 15% a un 30 %, y se repite esta conducta antes del año, un 1% a 2 % se suicidan entre los 5 y 10 años luego de intentarlo. ⁽¹⁶⁾

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo observados en el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Nacional VICTOR LARCO HERRERA, Magdalena del Mar, periodo Enero – Diciembre 2014?

1.3 JUSTIFICACION

1.3.1 TEORICA

La meta de evitar las emergencias de salud mental es apremiante cada vez más, dado que la tendencia del problema suicida por los jóvenes aumenta constantemente y se origina en una edad más prematura. La idea suicida es relacionada a otros comportamientos como las drogas, violencia y otros, especialmente en los adolescentes. Se reconocido que las condiciones de afecto y emocional están insertadas en una manera por demás significativa.

1.3.2 PRACTICA

En el mundo, la cantidad de autolesiones se aproxima en 3% a un 5 % en la población de mayores de 16 años, junto a los suicidios en si. Al año la Unión Europea reporta 800 a 1000 casos por cada 100.000 habitantes. Los pacientes que se autolesionan son de un 15% a un 30%, y se repite esta conducta antes del año, un 1% a 2 % se suicidan entre los 5 y 10 años luego de intentarlo, se cree que por cada suicidio realizado hay de 5 a 10 intentos realizados. Por otro lado, cada vez que hay un intento de suicidio, un 6 a un 16 % reintentaran querer hacerlo en de los 12 meses siguientes, consumando su objetivo. Es de interés médico general el atender a estos casos de modo diario en cualquier nosocomio, donde si bien el paciente no presta la información necesaria por estar ya en un estado inconsciente por alguna sustancia ingerida o auto agresión, el médico debe de estar preparado para afrontar dicha situación para resolverla a través de signos o síntomas. ⁽¹⁶⁾

1.3.3 METODOLOGICA

El paciente como tal, después de auto generarse el intento de suicidio es un indicio y causa un problema en sí mismo como de su entorno, día tras día suceden nuevos casos que son ingresos a emergencia de cualquier nosocomio a nivel nacional y mundial, la problemática de dicho acto muchas veces está relacionada a un factor como a varios asociados agregados. El médico tratante en si debe de rescatar a la persona de su estado crítico al de salvaguardar la vida del paciente.

1.3.4 ECONOMICA SOCIAL

En el Perú se tiene una incidencia significativa importante sobre intentos de suicidio, que por su mismo problema genera gastos en torno a cuidados individuales, alojamiento en algún hospital nacional por mucho tiempo, tratamiento a causa de la auto lesión, tratamiento psiquiátrico, medicamentos para tratar, monitoreo del paciente, y controles luego de salir. El costo por cada paciente muchas veces puede semejarse al del tratamiento de un paciente con alguna enfermedad aguda y rara vez al de una crónica.

Por tal motivo este trabajo se justifica en la preocupación de intentos de suicidio que llevan a los adolescentes terminar con su vida, en las tasas estadísticas de Lima se observa que el 29% de casos de intento de suicidio es de hombres y el 71% de casos de intento de suicidio es de mujeres, ambos entre las edades de 13 y 20 años, por tal causa este trabajo trata de concientizar a la sociedad de los problemas de las personas que sufren y tratan de darle solución a sus problemas a través del suicidio, y tratar de bajar las tasas de suicidio premeditados y sucedidos en nuestra sociedad.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo en el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, Magdalena del Mar, periodo Enero – Diciembre 2014.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Analizar los factores de riesgo:

- 1) Identificar factores de riesgo emocional de tipo directo en el intento de suicidio en pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera, Magdalena del Mar periodo Enero – Diciembre 2014.
- 2) Identificar factores de riesgo físicos asociados a daño directo en el intento de suicidio en pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera, Magdalena del Mar periodo Enero – Diciembre 2014.
- 3) Analizar factores de riesgo psiquiátricos asociados a daño directo en el intento de suicidio en pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera, Magdalena del Mar periodo Enero – Diciembre 2014.

1.5 PROPOSITO

Al término de este trabajo de investigación en nuestro medio, basados en la realidad y problemática de nuestro entorno, se desea concientizar a la población sobre potenciales signos de alarma en una población de personas mayores de 12 años que resulta en un intento de suicidio si no es que consuma el acto en sí, todo intento de suicidio en

estas personas es a causa de uno o múltiples factores hogareños, sociales, intra o extra personales. De acuerdo a nuestra realidad nacional a diario se recibe personas que han perpetrado intento de suicidio sin haber dado signos o muestras de alarma, lo que hace más difícil saber si alguien va a autolesionarse en las próximas horas, el medico de turno a diario debe de estar preparado para estas situaciones en el rescate y como manejar situaciones de intentar de suicidarse, como llegar al paciente, a los familiares y prevenirlo posteriormente.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Dr. Alejandro Rocamora Bonilla (2016): El suicidio: Una puerta falsa a la vida – (pag.1)., Señala: *“El acto suicida puede llevarse a pensarlo y realizarlo como “la liberación” del ser humano por los conflictos que lo invaden en dicho momento. “No podre más tiempo” o “Estoy cansado de sufrir” son unas de las expresiones de persona con ideas suicidas “. (1)*

Se contempla el suicidio como una salida fácil y rápida, ya que la circunstancia personal, en familia o en la sociedad parece no soportarse. Después de la muerte, no importara lo que uno va a encontrar, como lo que se dejara: sufrimiento, dolor y pena. Es así, como apremia es salir de esa vía sin salida, en el que el pre-suicida se encuentra hundido. Y tratará de alguna manera buscar, sobre pasar la intranquilidad presente, sin ver en lo que podrá hallar detrás del acto voluntario de morir. Pero con ello, lo que en realidad consigue es no encontrar otra alternativa a su problema. También el suicidio se puede considerar como abertura de entrada a un momento de paz y serenidad, donde no haya ni el dolor ni la pena. Entonces la vivencia intolerable no tiene un pico, ni en el deseo de cambiar, sino el querer encontrar la gloria plena (como el útero de una madre gestando que guarda a su bebe sin daño alguno). También aquí se da por supuesto, de forma errónea, que el problema es irresoluble y que la única posibilidad es la muerte. Es como querer acceder a un edificio por una ventana. (1)

Dr. Gonzalo H. Amador Rivera (2015): Suicidio – Consideraciones Históricas; Rev. Med La Paz vol.21 no.2., Afirma: *“Platón y Aristóteles y un poder divino, ante todo el suicidio llegara a ser clasificado como un delito ante ciertas condiciones. Para Platón (427-347 AC) el acto de quitarse la vida era un quebrantamiento para la sociedad, pero había singulares excepciones ante la función de la ley del pueblo o la solución a sucesos desagradables graves.”*

Se encuentran dos escritos que nos dan idea del concepto Platónico, la más apremiante se observa en el compendio de las Leyes y dice:

“El que asesine al más cercano y del que se habla que es el más amado por todos, ¿qué pena debe padecer? Me refiero al que se auto elimine a sí mismo, evitándolo con crueldad el cumplimiento de su vida, sin que se lo pida la ley de la ciudad, ni coaccionado por una suerte mala que lo hubiera perturbado con una pena desmesurada e ineludible, ni porque lo aflige una humillación ponga a su vida en un vía sin salida y la haga incapaz de ser sobrevivida, sino que se hace poco a poco una pena injusta en sí mismo por desgano y por un miedo propio de la falta de valentía...Pero las criptas son para los no vivos y de esta manera deben ser, en primer lugar, propios y no divididas con otro. Además, deben sepultarlos sin pena ni gloria en los páramos de las doce comarcas en aquellos sitios que sean estériles y sin fama, sin escribir sus tumbas de ningún tipo que los identifique”.⁽⁸⁾

Es interesante el escrito por Platón, ya que aun cuando condena al suicidio, no lo rechaza en sucesos amorosos, en alguna enfermedad, o como un castigo propio ante una infamia grave contra el estado (el suicidio por parte de Sócrates, por ejemplo).

Aristóteles (384-322 AC) sentencia implícitamente al suicidio como una acción de cobardía y delito contra el Estado, pues así lo dice: " (...) y el que, en un golpe de ira, se corta el cuello voluntariamente, lo hace en contra del razonamiento, cosa que la ley no ampara, luego obra ilícitamente. Mas aun ¿contra quién? ¿No es verdad que contra el pueblo, y no contra uno mismo? padece en efecto, a deseo propio, pero nadie es cosa de tratar injustamente a su voluntad. Por esa razón el pueblo lo castiga, y se pone cierto límite de derechos civiles al que intenta matarse a sí mismo, por tomarse que realiza un delito en contra de la ciudad". (8)

F. Navarro Pellicer-(2014): Gaceta internacional de ciencias forenses, ISSN-e 2174-9019, Nº. 12, 2014, págs. 21-25., Menciona: *“Entorno a un millón de personas fallecen al año por un suicidio, y se estima una proporción en torno a 40 veces superior si el suicidio no se consuma. Es imperante observar factores de riesgo para actuar cuándo hay una postura de querer suicidarse.”*

Es primordial reconocer los precedentes y la historia clínica de la persona para saber sus factores de riesgo. El galeno, ha de ser puntual y preciso en los detalles del escenario y de las marcas o lesiones, para que el testimonio entre los demás galenos y forenses sea más precisa. La comunicación entre el clínico y el forense en estos casos es importante porque permite al forense una valoración más completa y veraz sobre el suceso. (7)

Martha Cordova Osnaya (2013): Características del estudiante con y sin ideación suicida del colegio de bachilleres de San Luis Potosí (México) indica: *“Por parte de la OMS (2006) el suicidio se tomó como un problema grave de salud mental pública, este organismo propone como manera de evitar la acción, detectar a las personas propensas y en algún tipo riesgo: "Si una persona tiene ideas de tipo suicidas*

[ideación], es primordial iniciar rápidamente las técnicas de control" (p. 14). Por lo que la indagación de querer suicidarse resulta importante."⁽¹³⁾

En Latinoamérica se han realizado investigaciones notables como la de: Ventura-Junca et al. (2010) de Chile, en el que encuentra que 62% de los jóvenes entre 14 y 20 años manifiestan ideas suicidas. En el Perú en el 2006; Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales, encontraron que el 30% de los jóvenes estudiantes pre-universitarios manifestaron ideas suicidas. Por otra lado en el 2004, Roselló y Berríos midió la creación de ideación suicida y los sentimientos de alto grado en jóvenes adolescentes en Puerto Rico de Colegios Nacionales entre los 14 y 18 años, manifestándose que un 82% de los adolescentes exhibió riesgo suicida.

Solo en México, la urgencia de guiar un estudio de la ideación suicida en los jóvenes mexicanos se hace notable por el número de personas entre los 15 y 24 años que se auto eliminan cada año. Acorde a Geografía e Informática (INEGI) y la Institución Nacional de Estadística, para el año de 2009 en México se registró un total de 5190 de suicidios, lo cual arrojó un estimado general de 4.1, donde el porcentaje pico se ubicó en las edades de 15 a 24 años, dando un total de suicidios de 1420 (INEGI, 2011).

La investigación del intento de suicidio en México ha insertado diversos grupos: individuos que asisten a consulta externa en hospitales habitantes de zonas urbanas o rurales, estudiantes en formación, con estudios superiores, estudiantes universitarios, y parientes de los pacientes de intento de suicidio (Rosales & Córdova, 2011).⁽¹³⁾

Dra. Edith Serfaty (2004): Suicidio en la Adolescencia – SASIA sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente; Pag 1., Expresa: *“Toda intención de autoeliminación por parte de un adolescente está conducido a tratar de manifestar un ruego de cariño, de ternura, de ser oído y comprendido como persona. Debe ser aceptado como una pregunta que ansía ser respondida”*

En estos últimos años se han manifestado un aumento de suicidios en personas de entre 15 a 24 años. Encontrándose con las investigaciones del Sr. M Rutter, el bienestar físico de los jóvenes ha ido en aumento, más aun han aumentado los trastornos de conducta antisocial, el consumo de drogas con alcohol, y las conductas suicidas.⁽⁵⁾

Realizando un seguimiento en los adolescentes que han elaborado un intento de suicidio, se ha observado que un 10% se suicidan en los 10 años próximos. Solo una cuarta parte de ellos que elaboran un intento no asisten a consulta médica; porque creen que deben arreglárselas ellos mismos, no necesitan ayuda. ⁽⁵⁾

Juan Carlos Gonzales Seijo (2004): Tentativas de Suicidio en la Adolescencia, Pag. 4., Menciona: *“El suicidio realizado y el intento de suicidarse son un camino final común para muchos problemas en el adolescente, son acciones de auto eliminación primordialmente complejas que se manifiestan con diversos factores de motivación, complicando el entendimiento de sus causas.*

“Dado que los suicidios consumados presentan notables limitaciones para su estudio, limitaciones que se intentan paliar acudiendo a la llamada “autopsia psicológica”. Toda intención suicida que un joven en la adolescencia manifiesta debe ser tomada en cuenta antes de la acción, teniendo siempre en cuenta los factores.⁽¹²⁾

Dr. Sergio Andrés Pérez Barrero (1995): El suicidio, comportamiento y prevención – Rev. Cubana Med Gen Integr v.15 n.2, menciona: *“El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de esta conducta, aunque no las únicas. Desafortunadamente hay muchos libros que sólo poseen en cuenta dos puntos, los que, por mucho son los más importantes, y no otros que observándoles y manteniéndolos en presunción de forma pertinente, eludirá que ambas sucedan.”*

Las muertes por suicidio entre los menos y mayores de edad están aumentando, peculiarmente en los hombres, por lo que se hace urgente su prevención eficaz. Para realizarlo es imperioso la promoción de salud mental, el apoyo especial de los grupos de riesgo, el diagnóstico temprano y tratar puntual y adecuado a aquellas dolencias que llevan a suicidarse y a intentar autodestruirse en cualquiera de sus formas. ⁽¹⁸⁾

La promoción de salud para prevenir esta conducta debe involucrar no sólo a profesionales de la salud pública, sino a otras personas que se relacionan, muchas veces durante mayor cantidad de tiempo, con los adolescentes, como son: los familiares, los maestros y los propios adolescentes.

Es útil también que el adolescente, que aún no ha conformado plenamente su personalidad, desarrolle características que le sirvan como tampón contra el comportamiento suicida. Por tanto, debemos adecuarlo en el amor a la patria, su historia, sus héroes y mártires, de manera que los vivencie cercanos a él; incrementar el estoicismo, la humildad, la modestia, la perseverancia en el logro de objetivos elevados, así como la renuncia, cuando sea necesaria, lo cual indica flexibilidad sin dejar de ser uno mismo; el altruismo, la sensibilidad y el sentimiento solidario; el autocontrol, la búsqueda de enfrentamientos o respuestas disímiles a un mismo problema; el amor al estudio, al trabajo,

a los futuros hijos, a la familia y saber ser amigo; la generosidad, los buenos modales, la caballerosidad, el respeto a su semejante en su persona, costumbres y opiniones; tolerar frustraciones, aceptarse tal y cual es; pensar positivamente, no con sobrevaloración ni subvaloración; confiar en sí mismo y en los demás, así como desarrollar una sana desconfianza e incertidumbre frente a lo no conocido aún. ⁽¹⁸⁾

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Erika Daniela Avalos Mendocilla (2013): Factores más frecuentes en el intento de suicidio en niños y adolescentes, Pag 7., Lima – Perú.

Menciona: *“La observación empírica del aumento de las conductas suicidas en el niño y el adolescente, registradas en las estadísticas de los centros de atención de las emergencias locales, nacionales y mundiales, a motivado el interés de estudios poblacionales que explican este tema no solo entre los profesionales de la salud, sino también entre maestros, padres y otros grupos sociales.”* ⁽⁶⁾

Así como la idea suicida como el intento de suicidarse en jóvenes sugieren un intento de suicidio en la adolescencia. En el Perú los números esconden un grave problema en la salud mental pública, el porcentaje de niños y adolescentes pasa a corresponder en el 2009 al 10%, y en el 2010 un 12%. Ha aumentado no solamente la tasa de menores que idean en suicidarse, sino que además el de los que lo intentan y el de los que se suicidan consumando en acto, fue lo que dijo Freddy Vásquez, médico reconocido en el área Psiquiátrica de Suicidiología. ⁽⁶⁾

Horacio B. Vargas, Javier E. Saavedra (2012): Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes, pag 20., Lima – Perú. sustenta:

“La idea suicida antes de realizarlo es un factor de riesgo más sobresaliente para el suicidio en si, y ha sido poco menos investigada que el mismo intento de suicidarse, y el suicidio como acto consumado. El intento de suicidarse es una acción en que la cercanía de consumarse el acto mostrara su propósito fatal (preparación, infringirse daño con objetos) o su severidad factual (lacerarse las venas, consumir un raticida). Son advertencias o expresiones suicidas las palabras o acciones que si llegan a manifestarse, darían paso a un daño severo o a la muerte misma”

El suicidio en el adolescente se ha transformado en un principal problema de salud mental pública. Mas aun, la mayor parte de estudios epidemiológicos no afronta a la adolescencia de manera sola y hay cierto solapamiento de años en cuanto a los grupos establecidos. Según la OMS se estima, que uno de los aciertos más preocupantes en el mundo es el incremento del porcentaje de suicidios que se está produciendo entre los jóvenes (15-24 años), que se localiza como una parte de las causas de muerte más común en estas (1,21,22). La mayor parte de los estudios internacionales han posicionado evidentemente este aumento en edades jóvenes. ⁽¹⁰⁾

Pablo Cano, César Gutiérrez, Martín Nizama (2009), Rev. Perú. Med. Exp. Salud publica v.26 n.2: Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía Peruana, pag 02. Lima Abril/Junio – Perú. Afirma:

“Los actos violentos e idear suicidarse en adolescentes conforma una rareza persistente en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaro en 1996 en Ginebra, los actos violentos comienzan a tomarse como uno de los primeros problemas de la salud pública en el mundo. A pesar de que los actos violentos siempre se mantuvieron, el

mundo no opta por aceptarla como un pedazo obligatorio de la situación humana. Se estimo que en año 2000 habrían 199 000 homicidios por parte de adolescentes (9,2 por 100 000) sucedió en todo el mundo y, aproximadamente, 565 jóvenes adolescentes mueren al día por violencia entre contra otros, con cambios en el mundo”

Se cree que hay una relación entre la violencia sometida externamente y actos de suicidarse ya que comúnmente los que intentan suicidarse tienen predominantemente mayor nivel de agresión y nerviosismo en comparación a los que no lo intentaron normalizados para el mismo desorden mental; así también, la violencia puede cumplir delimitada acción en el agravamiento de otros factores de riesgo suicida y favorecer el intento. La violencia y nerviosismo son rasgos relacionado con la conducta suicida en jóvenes y adolescentes, además se conoce que altos niveles de violencia favorecen a contribuir en el suicido entre individuos jóvenes, con el descenso principalmente conforme aumenta la edad. En USA una muestra de 11 631 escolares, Sosin et al. observaron que los estudiantes más proclives a estar involucrados en actos de violencia son los que más probabilidad presentaron intentos de suicidio. ⁽¹⁷⁾

Jerson Muñoz M, Verónica Pinto M, Héctor Callata C, Nilton Napa D, Alberto Perales C. (2006), Rev Peru Med Exp Salud Publica: IDEACIÓN SUICIDA Y COHESIÓN FAMILIAR EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS ENTRE 15 Y 24 AÑOS, LIMA - Perú, Afirma: “El suicidio se ha transformado en un problema de gran interés en salud pública en el mundo, en característico en la jóvenes de 15 a 24 años, donde conforman en la actualidad la segunda causa de muerte en muchos países. En este conjunto etario el porcentaje de mortalidad por suicidio ha aumentado, en contraste con el resto de otros grupos etarios, los últimos 40 años han alcanzado el numero de 14,2 por

100 000 en hombres y 12 por 100 000 en mujeres en el año 2003 en todo el mundo.”

En los habitantes peruanos se cree existen 2,7 millones de habitantes entre los 15 y 24 años, ellos conforman un grupo heterogéneo, constituido por estudiantes de los últimos años de colegio, estudiantes pre-universitarios, estudiantes nivel superior, trabajadores y no contratados; cada uno es sometido a situaciones de estrés de distinta condición. La conducta suicida puede comprender como una transformación que empieza con la idea en la mente de suicidarse, evoluciona por el intento de suicidio hasta concluir con el suicidio auto infligido, es decir, el acto del suicidio consumado. La idea suicida, inicia de este desarrollo, se toma, así como un desarrollo heterogéneo. La ideación suicida puede tomar desde pensamientos de falta de consistencia de la vida hasta la preparación de un acto mortal, pasando por deseos de regular intensidad de muerte y, en algunos casos, una agobiante preocupación de autodestrucción propia. ⁽¹¹⁾

Castro Paredes P, Oswaldo Orbegoso R, Paul Rosales T (2006), Rev Peru Med Exp Salud Publica 23(4): CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO EN UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA, 1995-2004., Menciona: *“La idea de suicidio es descrita por la OMS como “una acción con un resultado no fatal en el que el individuo crea premeditadamente una conducta poco común con advertencia de muerte, que sin el control de otros se causará auto daño, o tragara una droga superior a la dosis terapéuticas establecidas y cuyo fin es producir alteraciones que él o ella quieren a través de los resultados físicas y psíquicos imaginados cercanos a la muerte”*

En nuestro país, el intento de suicidio tiene una prevalencia de vida que varía según las regiones siendo; 5,2%, 2,9% y 3,6% en Lima metropolitana, sierra andina y selva respectivamente, otros análisis

realizados en el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. En lo que respecta a registros hospitalarios, en la misma institución, el Dr. Vásquez notifica un porcentaje cercano de intentos de suicidio al 0,04 para 1994, y 0,05 para el año 1995 y 1996. El Dr. Castañeda en un análisis similar, en el mismo nosocomio, registro un porcentaje al 0,04 para un período entre los años 1985 y 1993. ⁽⁴⁾

Dr. Augusto Mosquera del Aguila (2003): Perfil Epidemiológico de Pacientes Hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital “Hermilio Valdizan” Durante Febrero 2000 – Enero 2001. Lima – Perú. Reitera: *“Es vital indicar que las personas que intentan suicidarse proponen numerosos problemas sanitarios. Primero recalcar, por la enorme petición de atención en los servicios de salud pública. En Inglaterra, el intento de suicidio, “el auto envenenarse” es la principal causa de ingreso en los servicios de emergencia en los hospitales para las mujeres, más aún que en los hombres conforma la segunda causa, luego de las crisis cardíacas. El segundo lugar, la póstuma consumación del acto suicida, cuya mortalidad varía entre el 10-15% a los próximos 10 años, siendo más en los dos años posteriores al intento suicida. Y, en tercer lugar, la posibilidad de reintentar un nuevo intento de suicida es muy alta, llegando a veces a 45-55%.”* ⁽³⁾

Es notable decir que, en los países en desarrollo, la falta de porcentajes confiables, parece ser un dilema, calculándose una relación de 18 intentos de suicidio ante a uno logrado, concordando en indicar que las personas más afectada son los jóvenes y principalmente las mujeres. El intento de suicidio es una emergencia médica que pasa a llegar a los servicios de los hospitales generales en mayor cantidad que a las emergencias de los hospitales psiquiátricos y, por consecuente, muchos otros pacientes no son mal evaluados.

Hay que observar la conducta y los factores de riesgo del trastorno suicida en nuestra población es lo principal, elemental e inevitable, para iniciar cualquier manera para evitarlo y control precoz. ⁽³⁾

2.2. BASE TEORICA

2.2.1 SUICIDIO OMS

Según la OMS el suicidarse es la segunda causa de muerte en la edad juventud. Los dilemas psiquiátricos son más comunes de lo que imaginamos, daña a un 10- 15 % de la población. Los más enlazados con el acto suicida es la depresión, la bipolaridad, y otras psicopatías. Por eso, un 0,4 y 8,3 % de los jóvenes tiene depresión, cifra que se dobla en las mujeres, coincidencia que los profesionales cargan a factores psicosociales y biológicos que se dan en las mujeres menores de edad.

El acto suicida es el fin de un acto de la víctima conducido en contra de uno mismo, acción que puede ser un daño autoproducido o suicidio, o la acción de una actividad altamente peligrosa que, ante la expectativa, conduce a un final fatal. Una variante de suicidio es el que se sabe cómo premeditado, en donde el deseo de morir no es consciente, de modo que la víctima -sin saberlo- se auto elimina lentamente. Es el caso de las pacientes que padecen una patología inducida por sentimientos negativos o estados psicológicos que afectan la salud física. ⁽¹⁶⁾

Otra manera indirecta de auto eliminación consiste en ingerir elementos dañinos para la salud como alcohol, tabaco y drogas.

En 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS), empleo la expresión “acción suicida” ante la falta de transparencia hacia el “Intento de suicidio” y “suicidio”. La “acción suicida”, sería toda acción por la cual un individuo se hace a sí mismo una lesión, variando el grado de deseo letal y de conocer el verdadero móvil. Define “suicidio” como la acción suicida con final fatal, y “intento suicida” a la misma acción cuando no

hay muerte. Luego, en 1971 la comisión de Nomenclatura y Clasificación, sugirió tres amplias categorías: a) el suicidio total, definido como el acto propio, auto generado, de advertencia vital y que finaliza con la muerte; b) el intento suicida como la misma forma de acto, con agravio físico, sin muerte; y c) la idea suicida como forma y anhelo suicida que marcan una pérdida del deseo de vivir, pero de los cuales no son agravios físicos.

Aun no existe total claridad respecto a la conceptualización del suicidio, aunque la psiquiatría ha sabido imponer su perspectiva y la mayor parte del tiempo se tiende a ver el suicidio desde una perspectiva individual, concretamente como si solo fueran aspectos anormales y/o patológicos en el sujeto. ⁽¹⁶⁾

2.2.2 DEFINICION DEL SUICIDIO

CONDUCTA SUICIDA. - Es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. Se puede originar esta conducta en función a una decisión voluntaria, motivos inconscientes, en estados psicopatológicos que cursan con alteraciones del afecto, del pensamiento, de la conciencia y de los impulsos. ⁽¹⁴⁾

2.2.3 ETIOLOGIA DEL SUICIDIO

El estado suicida en si no es una enfermedad, sino que está dentro en una serie de patologías psicológicas, siendo primero el Trastorno depresivo, por tanto se habla a una sola etiología. ⁽¹⁴⁾ Se exponen las siguientes teorías:

a. TEORIA NEUROBIOLOGICA

Una baja en la acción de la hormona serotonina, 5 HT (5HT) está comprometida en conductas agresivas, depresivas, y de desorden del

control de los estímulos, relacionados a los suicidios agresivos o violentos. Es así, como la conducta suicida se relaciona con una disminución de los rangos serotoninérgicos de la corteza ventral pre-frontal. Igualmente, se vio rangos bajos de serotonina (5-HT) y su molécula principal, ácido 5-hidróxiindolacético (5-HIAA) en cerebros de muertos.

También se ha indicado la falta de procesos adecuados en la corteza pre-frontal del cerebro de la que necesita la toma de decisiones, y que se verá disminuido por los estados depresivos, abusar de sustancias psicoactivas, alcohol y otros estados psicopatológicos.

Personas con intento de suicidio la disminución de los rangos de 5-HIAA en el LCR se relaciona con la valoración de la letalidad y del intento psiquiátrico.

Estudios mencionan que hay una relación entre los trastornos del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y el suicidio. Lo primero en observarse fue en 1965 por Buney y Fawcett , quienes mencionaron una alta evacuación urinaria de 17-hidroxycorticosteroides por víctimas de intentar suicidarse y suicidios realizados. Pero han sido reportadas niveles altos de cortisol en sangre en suicidas y también rangos de 20 mg/dl podría cogerse como indicador biológico de alto riesgo de letalidad en el suicidio.

Los rangos de colesterol en sangre, principalmente la hipocolesterolemia (menos de 160 mg/dl), viene siendo tratada en varios países, como un indicador que puede estar vinculado con la asimilación del triptófano, iniciador de la serotonina, sin que se tome relación en muchas de las series analizadas, pero por la simpleza y bajo costo es un indicador a considerar. ⁽¹⁴⁾

b. ASPECTOS GENETICOS

Ciertos análisis refieren un porcentaje elevado de relación del suicidio en los gemelos similares. En un análisis danés en gemelos monocigóticos se vio que un 20% de los casos en que el hermano se suicidaba, de la misma manera también el otro fallecía.

En investigaciones locales se hayo que parientes de primer grado que aspiraban a suicidarse habían realizado suicidio (26.7 %).

Investigaciones acerca adopciones hechas en Dinamarca dieron una mayor cifra de suicidios en parientes de personas suicidas contrastadas con parientes controles. ⁽¹⁴⁾

c. TEORIAS PSICOLOGICAS

En las teorías psicológicas, Aarón Beck ha revisado la acción de las condiciones emocionales como el desamparo la desesperanza en la enfermedad del suicidio y depresión. El autor ha vinculado una triada negativa, del suicidio con la depresión apoyándose en que el pensamiento de la persona se transforma cuando la víctima está en estado deprimido; de este modo toma un pensamiento negativo así mismo, del mundo y futuro. De manera que la ideación suicida simboliza un mejoramiento ante a la situación de ese momento.

En 1917 Sigmund Freud en su teoría psicoanalítica, fue primero en dar respuestas emocionales sobre suicidio, quien mencionaba que las causas del acto eran intraemocionales, asociados al instinto de letalidad y a la función suicida con imposiciones suicidas dirigidas hacia sí mismo, donde hay veces que la víctima es consciente de sus acciones. Así sus formas de defenderse (negación...) es una forma de escapar de la vida (de sus problemas) consumando el acto suicida.

Hace poco se está analizando el proceder impulsivo que excede los límites del desarrollo o realización a cota de la corteza pre-frontal del cerebro, ante ciertos sucesos en algunos casos. ⁽¹⁴⁾

d. TEORIA DE LA CRISIS

El comportamiento suicida es una condición crítica en la que existe una caída momentánea del equilibrio emocional, fundamentalmente por la insuficiencia de poder manejar momentos dolorosos y agraviantes, por en truncamiento de recursos de adaptarse a la persona.

A raíz de los suicidios consumados durante la guerra mundial, surge la Teoría de la Crisis en los años 60, la corriente de prevenir el suicidio se acrecentó con fluidez en los EEUU, tras avalar en parte a la teoría de la crisis de Kaplan. ⁽¹⁴⁾

2.2.4 FISIOPATOLOGIA

Es conocido que la conducta suicida tiene múltiples causas. Si los gatillos pueden ser mayormente atribuidos a factores ambientales, la predisposición puede ser asociada con estresores tempranos y predisposición genética. Las últimas décadas de investigación han documentado anormalidades en el eje hipotálamo-adrenal, así como los sistemas noradrenergicos y serotoninergicos en la conducta suicida. Se ha estudiado en especial el sistema serotoninergico en pacientes con conductas suicidas debido al rol de la serotonina en dichas conductas. La regulación de los factores neurotróficos también se encuentran comprometida, en especial la regulación del factor neurotrófico derivado del cerebro (siglas en ingles: BDNF) que en múltiples estudios pre y post mortem se encuentran disminuido. Este factor a su vez se relaciona con predisposición genética aún en estudio. ⁽¹⁴⁾

2.2.5 EPIDEMIOLOGIA SUICIDA EN EL PERU

En el año 2000 el Ministerio de Salud reporto 228 actos de suicidio, de los que solo 63% eran hombres. en el análisis del año 2002 de Epidemiología de Salud Mental en Lima y Callao, que se realizó por el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, en lo concerniente a la persistencia de la ideación suicida fue de 30.3% con superación del sexo femenino. La persistencia de ideas de conductas suicidas concerniente al intento suicida fue 5.2% con auge del sexo femenino.

En el análisis Epidemiológico de salud Mental hecho en la Sierra de Perú en el 2003 por la misma institución, se observó que la prevalencia al año de querer de morir fue de 34.2%, y la intención de querer intentar suicidarse fue de 2.9%.

Un análisis similar en el 2004 en la selva peruana, no manifestó mucha diferencia en relación a porcentajes en estudios previos. Se transforma de idea a la realización suicida solo un 34% y de la ideación al intentarlo un 72%, como otras investigaciones mencionan. ⁽¹⁴⁾

2.2.6 FACTORES PREDISPONENTE Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

El género masculino tiene 4.5 veces más riesgo de suicidio que el femenino al usar métodos más letales, mientras que las mujeres suelen intentarlo tres veces más.

Diversos acontecimientos o circunstancias estresantes, como la pobreza, el desempleo o inestabilidad laboral, el bajo nivel educativo, la perdida de personas queridas, las discusiones con la familia o los amigos, la ruptura de las relaciones y los problemas legales o relacionados al trabajo, el no pertenecer a ninguna religión, pueden aumentar el riesgo de que las personas atenten contra sí mismas. El

antecedente de conducta suicida en la familia es considerado factor de riesgo. Se asocia la orientación homosexual o bisexual con riesgo de intento y suicidio consumado.

Los antecedentes de maltrato físico, psicológico o sexual no han demostrado relación directa con el acto suicida salvo que se asocie a algún otro factor como la depresión. Los problemas interpersonales, principalmente con la pareja y en segundo lugar con familiares directos, son considerados los principales desencadenantes del intento suicida en nuestro medio.

El método de suicidio consumado más prevalente en latinoamérica, incluido el Perú, es el envenenamiento por carbamatos. Otros métodos frecuentes son el uso de armas de fuego, seguidos por el ahorcamiento, lanzamiento desde lugares altos, ingesta de cáusticos u otras sustancias peligrosas y con menos frecuencia el uso de psicofármacos asociados a ingesta de alcohol y cortes profundos. ⁽¹⁴⁾

2.2.7 PREVALENCIA INTENTO SUICIDA EN EL PERU

El plan de suicidarse por adolescentes ha sido estudiado en diferentes análisis. En la observación ordenada de la literatura internacional sobre persistencia de la rareza de suicidios en adolescentes, ejecutado por Evans y otros, donde se estudiaron varias fundamentos de datos de estudios apoyadas en poblaciones de varios países en el mundo, se descubrió una prevalencia de querer intentar suicidarse por adolescentes en un 9.8% (IC96%: 8.6% - 11%), una prevalencia en el último año de 6.5% (IC96%: 5.5% - 7.6%) y una prevalencia en el último mes (parecida a la prevalencia de ahora en este estudio) de 6.4% (IC96%: 0.6% - 11.9%). La persistencia descubierta en nuestro análisis son pocas a las reportadas en la revisión de otros. El resultado obtenido de la revisión ordenada quizás pueda estar alterada por la cifra de estudios captados para cada una de estas variantes (59

estudios que calcularon la prevalencia de vida, 31 análisis que calcularon la prevalencia en el último año y solo uno que caculo la prevalencia de ahora).⁽¹⁴⁾

2.3. HIPOTESIS

2.3.1 Hipotesis General

- Los factores de riesgo son independientes con en el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, Magdalena del Mar, periodo Enero – Diciembre 2014.

2.3.2 Hipotesis Especifica

- Los factores de riesgo emocional de tipo directo son independientes con el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, Magdalena del Mar periodo Enero – Diciembre 2014.
- Los factores de riesgo físico asociados a daño directo son independientes con el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, Magdalena del Mar periodo Enero – Diciembre 2014.
- Los factores de riesgo psiquiátricos asociados a daño directo son independientes con el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, Magdalena del Mar periodo Enero – Diciembre 2014.

2.4. VARIABLES

✓ Factores de Riesgo – VARIABLE INDEPENDIENTE

- Factores de riesgo emocional de tipo directo que influyen en el intento de suicidio.
- Factores de riesgo físico asociados a daño directo que influyen en el intento de suicidio.
- Factores de riesgo psiquiátricos asociados a daño directo que influyen en el intento de suicidio.

✓ Edad – VARIABLE DEPENDIENTE

- Pacientes mayores de 12 años atendidos en el servicio de emergencia del HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, Magdalena del Mar periodo Enero – Diciembre 2014.

2.5 DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

- ✓ **Factores de riesgo emocional de tipo directo:** Conjunto de factores que se encuentran asociados o están directamente sujetos a riesgos emocionales, dañinos y perjudiciales hacia la persona y esta pueda inducirse en la idea del intento de suicidio.
- ✓ **Factores de riesgo físico asociados a daño directo:** Conjunto de factores que se encuentran asociados directamente al daño físico de alguna parte o la integridad del mismo, que pueda de alguna forma estar asociada al intento de suicidio.
- ✓ **Factores de riesgo psiquiátricos asociados a daño directo:** Son todas aquellas alteraciones mentales psiquiátricas que son parte de la psicosis, que pueden pasar desapercibidas o no, pero son directamente asociadas al intento de suicidio.

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es de tipo analítico, observacional, transversal.

- Según el carácter de la medida. - Se analizará el número de pacientes, cuantificándose cada historia clínica en función al problema tratado en pacientes mayores de 12 años.
- Según el tiempo de estudio. - Es una investigación retrospectiva, ya que debido al tiempo de estudio se tomarán todos los casos registrados durante los meses de Enero a Diciembre del año 2014.
- Según su finalidad. - Es un estudio único de múltiples variables, que se dirige al incentivo del saber más de la problemática y poner alerta sobre los múltiples casos que suceden a diario en todos los hospitales de nuestro país.
- Según la participación del investigador. - Es una investigación analítica observacional, debido a que el investigador no intervendrá en la modificación o manipulación de las variables a estudiar.
- Según la dimensión temporal. - Es una investigación de tipo transversal, ya que, solo se hará un corte en el tiempo exacto para la recolección de datos.

3.2. AREA DE ESTUDIO

Este estudio se realizó en el servicio de emergencia del HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, Magdalena del Mar, periodo Enero – Diciembre 2014.

3.3. POBLACION DE ESTUDIO

La población de estudio son las personas mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, Magdalena del Mar, periodo Enero – Diciembre 2014

3.3.1 Criterios de inclusion:

- En este tipo de estudio incluimos solo a las personas mayores de 12 años, con intento de suicidio, atendidos en el servicio de emergencia del HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, Magdalena del Mar, periodo Enero – Diciembre 2014.

3.3.2 Criterios de exclusion:

- En este tipo de estudio excluirémos a todos los pacientes que no hayan ingresado con diagnostico intento de suicidio al servicio de emergencia del HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, Magdalena del Mar, periodo Enero – Diciembre 2014.

3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

En este estudio utilizaremos los siguientes instrumentos para la realización de nuestro proyecto de investigación:

- ✓ Encuestas
- ✓ Textos especializados
- ✓ Bibliografía de internet
- ✓ Revistas especializadas

3.5 DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS

Se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario el que constaba de 15 preguntas, de tipo anónima por

protección de su identidad, en las cuales son preguntas enfocadas a factores de riesgo más comunes que puedan influir en el intento de suicidio, las preguntas son de carácter personal, interpersonal, emocional, grupal, y psiquiátricas.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

El proceso de recolección de datos se realizó con previa autorización de los pacientes que acudieron al Hospital Nacional Víctor Larco Herrera. El cuestionario fue realizado tomando en cuenta los factores de riesgo más comunes y marcados en el entorno.

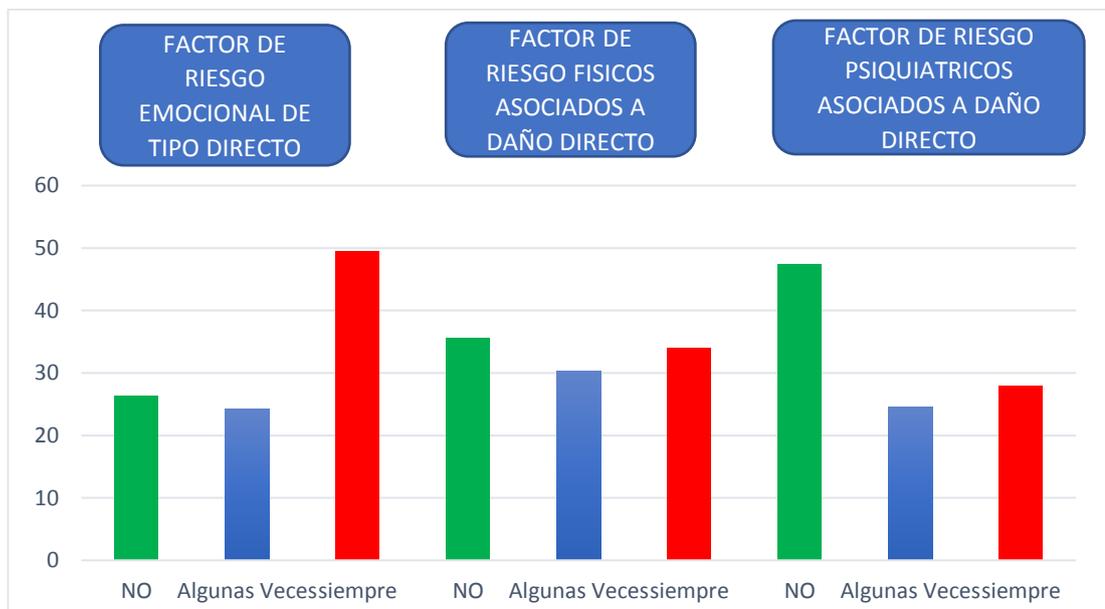
Una vez obtenida la información y con la finalidad de facilitar el manejo de los datos recolectados, acerca de los factores de riesgo en el intento de suicidio en personas mayores de 12 años, sobre las coincidencias entre los factores y personas que sufren esta ideación suicida, con esto se procede a realizar la matriz, con la cual permitió obtener información del total de casos, para luego clasificar los resultados mediante la escala de calificación o medición de grados, los cuales así mismo fueron procesados en forma manual mediante el sistema de tabulación por paloteo. La información contenida en la ficha de Procesamiento de datos será registrada en hojas de Excel, donde se verán los resultados en números y porcentajes demostrados en cuadros.

CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

GRAFICO 01

CUADRO GENERAL PORCENTUAL FACTORES DE RIESGO EN EL INTENTO DE SUICIDIO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, MAGDALENA DEL MAR, PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2014.

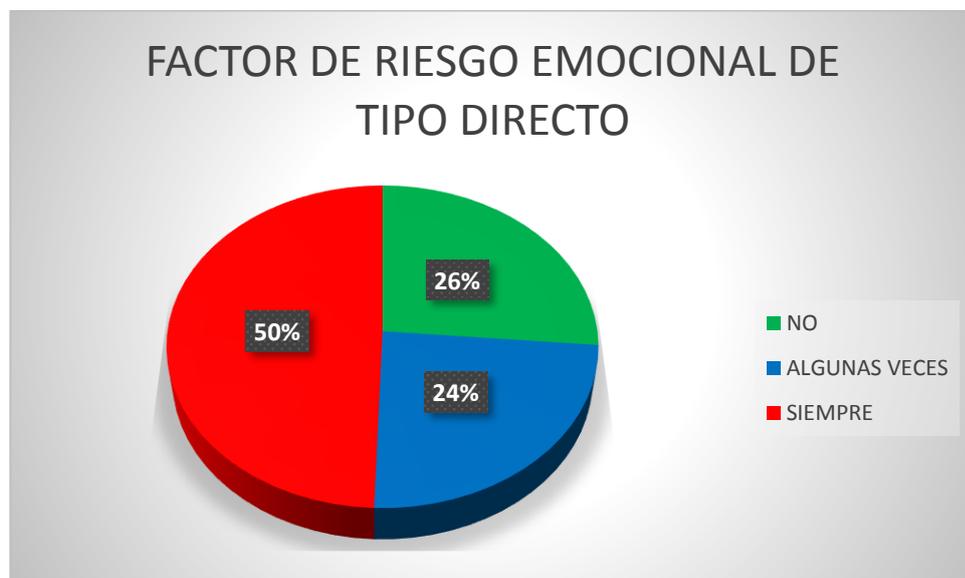


Fuente: Instrumento - Elaboración propia del Autor.

INTERPRETACION: Según el resultado del análisis de los factores de riesgo en el intento de suicidio, es el factor de riesgo emocional de tipo directo el que mayor predominancia tiene con un índice positivo de daño de 50%, marcando esta diferencia ante los factores de riesgo físicos asociados a daño directo que entra en 2do lugar ante la idea de intento de suicidio, y en menor porcentaje se sitúa los factores de riesgo psiquiátricos asociados a daño directo, no siendo menos importante que los anteriores.

GRAFICO 02

VALORES PORCENTUAL SOBRE FACTORES DE RIESGO EMOCIONAL DE TIPO DIRECTO EN EL INTENTO DE SUICIDIO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, MAGDALENA DEL MAR, PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2014.

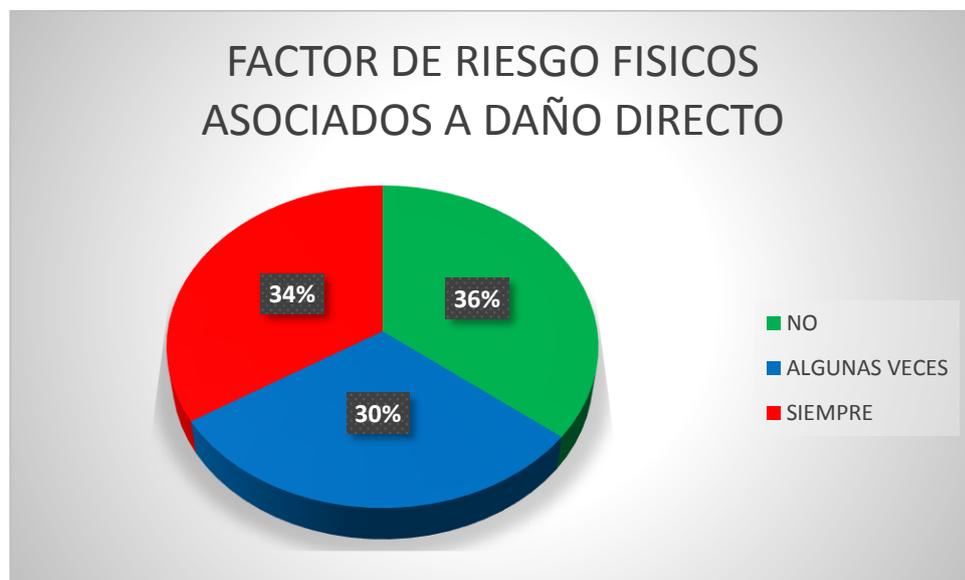


Fuente: Instrumento - Elaboración propia del Autor.

INTERPRETACION: En el factor de riesgo emocional de tipo directo se ve y marca como el 50% de la población de estudio dio positivo ante la idea de intentar suicidarse, dando a entender que los problemas psicológicos provocados dentro o fuera de casa, en centros laborales, problemas sentimentales, por una o más personas entro otros, son un punto clave a tratar en la prevención de este tipo de sucesos que terminaran en fatalidades a corto plazo.

GRAFICO 03

VALORES PORCENTUAL SOBRE FACTOR DE RIESGO FISICOS ASOCIADOS A DAÑO DIRECTO EN EL INTENTO DE SUICIDIO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, MAGDALENA DEL MAR, PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2014.

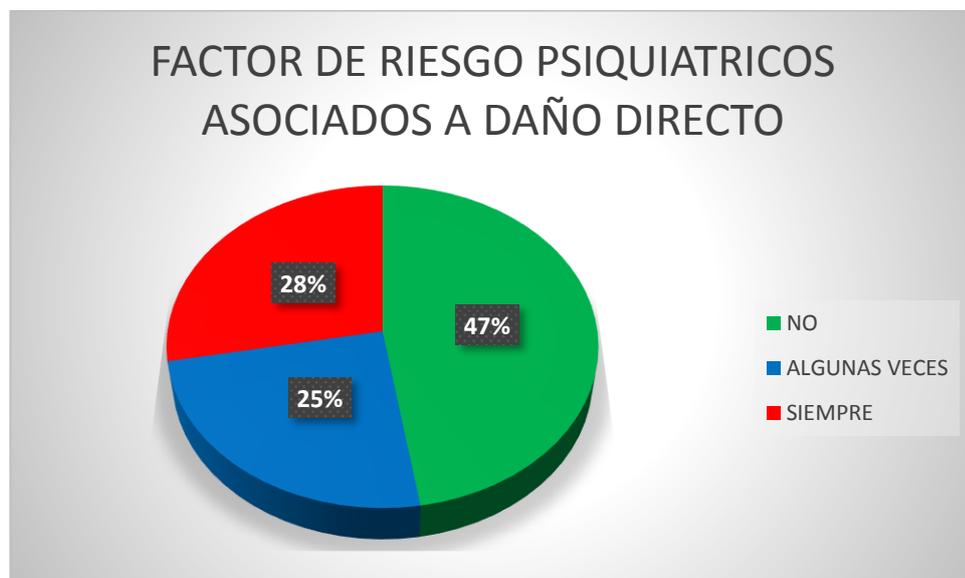


Fuente: Instrumento - Elaboración propia del Autor.

INTERPRETACION: Se observa como el factor de riesgo físico asociado a daño directo puede asociarse al intento de suicidio, la tercera parte de la población en estudio fue agredida directamente fuese la causa que fuese, dando pie a crea en la mente una puerta de escape a través del suicidio de su sufrimiento, se observa también que otro 30% también algunas veces fue víctima de abuso físico en alguna manera, poniendo un margen más amplio entorno a la población de estudio sobre cómo podría terminar esta aflicción.

GRAFICO 04

VALORES PORCENTUAL SOBRE FACTOR DE RIESGO PSIQUIATRICOS ASOCIADOS A DAÑO DIRECTO EN EL INTENTO DE SUICIDIO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, MAGDALENA DEL MAR, PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2014.



Fuente: Instrumento - Elaboración propia del Autor.

INTERPRETACION: Es un 28% de la población de estudio que tiene problemas psiquiátricos asociados a daño directo, y aunque los porcentajes sean menores a los anteriores, no son menos importantes ya que estas personas sufren muchas veces de psicopatías que se desarrollan a lo largo de su vida en alguna enfermedad psiquiátrica más grave aún, que a su vez podría llevar al intento de suicidio de manera individual como colectiva.

Los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a los pacientes en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera año 2014, dieron como resultado los siguientes valores, donde se observan cuantas personas tienen riesgo leve, moderado y severo.

Riesgos Leve: 83 encuestas

Riesgo Moderado: 67 encuestas

Riesgo Grave: 26 encuestas

Las personas con riesgo leve son los puntajes más bajos en la encuesta, que están entre los 0 y 9 puntos, son 83 personas – las cuales indica que son pacientes recuperables a manera de terapia prevención, donde su ideación suicida es poco marcada por el número de factores de riesgo que pueda contener esta, más aún la idea suicida si bien está ya en su mente, pero no en su realización, es solo un esbozo de una actitud que se puede corregir a tiempo. Se obtienen también 67 encuestas de riesgo moderado, este número de personas está en el medio de realizar el acto suicida premeditadamente en el futuro, como también es sujeto a ser recuperado de este acto si se toman las medidas provisionales adecuadas, son más frágiles emocionalmente que los pacientes de riesgo leve ya que ellos tienen muchos más factores de riesgo que los induce al intento de suicidio, más aun si se les deja en el momento de la indiferencia esto va a evolucionar a un intento de acto más directo y concreto. El riesgo grave se encuentra en 26 personas, las cuales son pacientes muy delicados emocionalmente, el número de factores de riesgo que ellos puedan tener es todo lo que necesitan para realizar este acto, si es que no lo han realizado antes y no han tenido éxito en su concertación de auto eliminarse, el intento de suicidio en los pacientes de riesgo grave es un acto que amerita a no dejarlos solos, brindarles ayuda psiquiátrica de mayor profundidad en sus problemas, medicarlos y vigilarlos de manera continua para el éxito de este.

**AGRUPACION DE FACTORES DE RIESGO DE TIPO EMOCIONAL,
FISICO, Y PSIQUIATRICO DE MODO DAÑO DIRECTO EN EL INTENTO
DE SUICIDIO**

**TABLA 01
FACTORES DE RIESGO EMOCIONAL DE TIPO DIRECTO EN EL
INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS.**

CATEGORIA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
NO	46.4	26.36
ALGUNAS VECES	42.6	24.21
SIEMPRE	87.0	49.43
TOTAL	176.0	100.00%

Fuente: Instrumento - Elaboración propia del Autor.

INTERPRETACION

El 26.36 % de los pacientes encuestados sostienen que **no existe** afinidad entre los factores de riesgo emocional de tipo directo y el intento de suicidio de las personas mayores de 12 años

El 24.21% de los pacientes encuestados consideran que **algunas veces** existe afinidad entre los factores de riesgo emocional de tipo directo y el intento de suicidio de las personas mayores de 12 años

El 49.43 % de los pacientes encuestados opinan que **siempre** existe afinidad entre los factores de riesgo emocional de tipo directo y el intento de suicidio de las personas mayores de 12 años.

**PRUEBA DE HIPOTESIS UTILIZANDO CHI CUADRADO
PARA HALLAR LA FRECUENCIA ESPERADA**

Es necesario utilizar la definición que da el Dr. Robert R. Pagano, en su libro Estadística de la Ciencia del Conocimiento en la página 426 dice que para hallar la frecuencia esperada, del total de los encuestados solo un quinto es lo esperado que responderían en cada pregunta. Es decir $176 / 5 = 35.2$ que es el valor de la frecuencia esperada que se usará en cada una de las respuestas.

TABLA 02

**FRECUENCIA ESPERADA PARA HALLAR CHI CUADRADO
EXPERIMENTAL:**

CATEGORIA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA ESPERADA
NO	46.4	$\frac{(46.4 - 35.2)^2}{35.2} = 3.56$
ALGUNAS VECES	42.6	$\frac{(42.6 - 35.2)^2}{35.2} = 1.56$
SIEMPRE	87.0	$\frac{(87.0 - 35.2)^2}{35.2} = 76.23$
TOTAL	176.0	$\chi^2 = 81.35$

Fuente: Instrumento - Elaboración propia del Autor.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = \mathbf{\chi^2 = 81.35}$$

HALLANDO CHI CUADRADO TEORICO:

Considerando un nivel de significancia $\alpha=0.05$ y $(n-1) = (3-1) = 2$ grados de libertad cuyo valor critico tomado de la tabla es de **$\chi^2(0.05, 2) = 5.991$**

que luego será comparado con el Chi cuadrado experimental para el no rechazo o rechazo de la hipótesis nula.

PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS

HIPOTESIS 1

- **H₀:** LOS FACTORES DE RIESGO EMOCIONAL DE TIPO DIRECTO **son independientes** CON EL INTENTO DE SUICIDIO DE LAS PERSONAS MAYORES DE 12 AÑOS
- **H₁:** LOS FACTORES DE RIESGO EMOCIONAL DE TIPO DIRECTO **no son independientes** CON EL INTENTO DE SUICIDIO DE LAS PERSONAS MAYORES DE 12 AÑOS.

INTERPRETACION

El valor que alcanza Chi cuadrado experimental $X^2 = 81.35$ es superior al valor Chi cuadrado tabular (valor critico) $\chi^2 (0.05, 2) = 5.991$. Lo que permite que la hipótesis nula **H₀** sea rechazada a un nivel de significancia de 5% y la hipótesis alternativa **H₁** no sea rechazada. Demostrando así que LOS FACTORES DE RIESGO EMOCIONAL DE TIPO DIRECTO no son independientes es decir **se relacionan** CON EL INTENTO DE SUICIDIO DE LAS PERSONAS MAYORES DE 12 AÑOS.

TABLA 03

FACTORES DE RIESGO FISICOS ASOCIADOS A DAÑO DIRECTO EN EL INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS.

CATEGORIA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
NO	62.8	35.68 %
ALGUNAS VECES	53.4	30.34 %
SIEMPRE	59.8	33.98 %
TOTAL	176.0	100.00%

Fuente: Instrumento - Elaboración propia del Autor.

INTERPRETACION

El 35.68 % de los pacientes encuestados sostienen que **no existe** afinidad entre los factores de riesgo físicos asociados a daño directo y el intento de suicidio de las personas mayores de 12 años

El 30.34 % de los pacientes encuestados consideran que **algunas veces** existe afinidad entre los factores de riesgo físicos asociados a daño directo y el intento de suicidio de las personas mayores de 12 años

El 33.98 % de los pacientes encuestados opinan que **siempre** existe afinidad entre los factores de riesgo físicos asociados a daño directo y el intento de suicidio de las personas mayores de 12 años.

TABLA 04

FRECUENCIA ESPERADA PARA HALLAR CHI CUADRADO

EXPERIMENTAL:

CATEGORIA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA ESPERADA
NO	62.8	$\frac{(62.8 - 35.2)^2}{35.2} = 21.64$
ALGUNAS VECES	53.4	$\frac{(53.4 - 35.2)^2}{35.2} = 9.41$
SIEMPRE	59.8	$\frac{(59.8 - 35.2)^2}{35.2} = 17.19$
TOTAL	176.0	$\chi^2 = 48.24$

Fuente: Instrumento - Elaboración propia del Autor.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = \chi^2 = 48.24$$

HALLANDO CHI CUADRADO TEORICO:

Considerando un nivel de significancia $\alpha=0.05$ y $(n-1) = (3-1) = 2$ grados de libertad cuyo valor critico tomado de la tabla es de $\chi^2(0.05, 2) = 5.991$ que luego será comparado con el Chi cuadrado experimental para el no rechazo o rechazo de la hipótesis nula.

PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS

HIPOTESIS 1

- **H₀:** FACTORES DE RIESGO FISICOS ASOCIADOS A DAÑO DIRECTO son independientes CON EL INTENTO DE SUICIDIO DE LAS PERSONAS MAYORES DE 12 AÑOS
- **H₁:** FACTORES DE RIESGO FISICOS ASOCIADOS A DAÑO DIRECTO no son independientes CON EL INTENTO DE SUICIDIO DE LAS PERSONAS MAYORES DE 12 AÑOS.

INTERPRETACION

El valor que alcanza Chi cuadrado experimental $X^2 = 48.24$ es superior al valor Chi cuadrado tabular (valor critico) $\chi^2(0.05, 2) = 5.991$. Lo que permite que la hipótesis nula **H₀** sea rechazada a un nivel de significancia de 5% y la hipótesis alternativa **H₁** no sea rechazada. Demostrando así que LOS FACTORES DE RIESGO FISICOS ASOCIADOS A DAÑO DIRECTO no son independientes es decir **se relacionan** CON EL INTENTO DE SUICIDIO DE LAS PERSONAS MAYORES DE 12 AÑOS.

TABLA 05

FACTORES DE RIESGO PSIQUIATRICOS ASOCIADOS A DAÑO DIRECTO EN EL INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS.

CATEGORIA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
NO	83.5	47.44 %
ALGUNAS VECES	43.3	24.60 %
SIEMPRE	49.2	27.96 %
TOTAL	176.0	100.00%

Fuente: Instrumento - Elaboración propia del Autor.

INTERPRETACION

El 47.44 % de los pacientes encuestados sostienen que **no existe** afinidad entre los factores de riesgo psiquiátricos asociados a daño directo y el intento de suicidio de las personas mayores de 12 años

El 24.60 % de los pacientes encuestados consideran que **algunas veces** existe afinidad entre los factores de riesgo psiquiátricos asociados a daño directo y el intento de suicidio de las personas mayores de 12 años

El 27.96 % de los pacientes encuestados opinan que **siempre** existe afinidad entre los factores de riesgo psiquiátricos asociados a daño directo y el intento de suicidio de las personas mayores de 12 años.

TABLA 06

FRECUENCIA ESPERADA PARA HALLAR CHI CUADRADO EXPERIMENTAL:

CATEGORIA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA ESPERADA
NO	83.5	$\frac{(83.5 - 35.2)^2}{35.2} = 66.28$
ALGUNAS VECES	43.3	$\frac{(43.3 - 35.2)^2}{35.2} = 1.86$
SIEMPRE	49.2	$\frac{(49.2 - 35.2)^2}{35.2} = 5.57$
TOTAL	176.0	$\chi^2 = 73.71$

Fuente: Instrumento - Elaboración propia del Autor.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = \mathbf{\chi^2 = 73.71}$$

HALLANDO CHI CUADRADO TEORICO:

Considerando un nivel de significancia $\alpha=0.05$ y $(n-1) = (3-1) = 2$ grados de libertad cuyo valor critico tomado de la tabla es de **$\chi^2(0.05, 2) = 5.991$** que luego será comparado con el Chi cuadrado experimental para el no rechazo o rechazo de la hipótesis nula.

Planteamiento de la Hipotesis

HIPOTESIS 1

- **H₀:** FACTORES DE RIESGO PSIQUIATRICOS ASOCIADOS A DAÑO DIRECTO son independientes CON EL INTENTO DE SUICIDIO DE LAS PERSONAS MAYORES DE 12 AÑOS

- **H₁:** FACTORES DE RIESGO PSIQUIATRICOS ASOCIADOS A DAÑO DIRECTO no son independientes CON EL INTENTO DE SUICIDIO DE LAS PERSONAS MAYORES DE 12 AÑOS.

INTERPRETACION

El valor que alcanza Chi cuadrado experimental $X^2 = 73.71$ es superior al valor Chi cuadrado tabular (valor critico) $\chi^2 (0.05, 2) = 5.991$. Lo que permite que la hipótesis nula **H₀** sea rechazada a un nivel de significancia de 5% y la hipótesis alternativa **H₁** no sea rechazada. Demostrando así que LOS FACTORES DE RIESGO PSIQUIATRICOS ASOCIADOS A DAÑO DIRECTO no son independientes es decir **se relacionan** CON EL INTENTO DE SUICIDIO DE LAS PERSONAS MAYORES DE 12 AÑOS.

4.2 DISCUSION:

El intento de suicidio en nuestro territorio peruano, es una problemática diaria latente con un tiempo de incubación de meses - en su mayoría el cual solo se plantea en la mente de la persona, en este trabajo de investigación se encontró que el 14.7% del universo investigado manifestaron el más alto nivel de intento de suicidio, el cual mostrara como síntomas iniciales de este problema a los conflictos que muestra en su entorno, la retracción del mismo por otros que se agregan como los abusos, sin embargo **Vinoda KS** ⁽²⁰⁾ el que es un experto en el tema de suicidios menciona que - el suicidio del adolescente es una conducta de difícil evaluación por los prejuicios culturales que existen, en el público en general y entre profesionales de salud; sin embargo este fenómeno debe estudiarse tomando en cuenta diversos factores sociales, psicológicos, cognitivos.

Tomando lo antes mencionado se observa que cada persona tiene un perfil común y marcado en la vida habitual, de esta manera no se es muy difícil observar los cambios en una persona y seguir su trascendencia con el paso del tiempo, el detalle en este punto de la investigación es la indiferencia del entorno hacia una persona que necesita ayuda.

Según la **OMS** ⁽¹⁵⁾ hay un 15% a 30% de la población que se autolesiona con intenciones suicidas y un 1% a 2% del total de una población se suicidara en un periodo de entre 5 a 10 años, dato importante que contrastar ya que en nuestro país hay un 15% de casos en total que ya han intentado suicidarse, más aun las victimas por suicidio en nuestro entorno según el **MINSA** ⁽¹⁴⁾ en el 2015 menciona en sus estadísticas que son 3 personas al día las que se suicidan en nuestro territorio, lo que demuestra que un intento de suicidio llevado a consumarse no tiene un periodo de tiempo de espera de 5 a 10 años,

sino más bien puede hacerse en un mismo año dependiendo de cuantos factores sobre agregados tenga esta persona. ⁽¹⁵⁾

En Perú análisis previos a esta investigación en el año 2006 ⁽¹¹⁾ descubrieron que el 30% de su universo de estudiantes preuniversitarios manifestaron ideas suicidas, un alto nivel de número de personas, mientras que en 2014 se toman solo los datos de este trabajo de investigación que indican solo como detectados a los pacientes atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, los estudiantes observados en este estudio reflejan un bajo nivel académico, que se caracteriza como un ítem al problema de intento de suicidio, es aquí donde se estratifican menores de edad en sus colegios, estudiantes en preparación para la universidad, y estudiantes universitarios o de institutos, lo que no se expresa con más detalles en los autores iniciales del estudio del 2006, es a que nivel de clase social pertenecen estos estudiantes en su ideación suicida, con los datos obtenidos podemos dejar claro que son los factores de riesgo emocional de tipo directo los que tienen mayor impacto en la ideación suicida.

Es un problema de carácter general el que una persona idee, intente y realice el acto de quitarse la vida, el **Dr. Augusto Mosquera del Aguila**⁽³⁾ en su tesis menciona que el intento de suicidarse es una emergencia médica, que siempre llegara a los servicios de urgencias de los nosocomios generales en alta proporción que a las de emergencias de nosocomios psiquiátricos y que, seguido muchos pacientes no obtienen buena evaluación, ni tratamiento psiquiátrico. Entonces hay que saber y conocer la conducta y los factores de riesgo del trastorno suicida en nuestros pacientes es lo primero, elemental y obligatorio, para iniciar cualquier manera para intervenir y prevenir precozmente.

Es por esta razón que este trabajo de investigación tiene la finalidad de alguna manera de detectar a las personas con intento de suicidio,

porque son estas personas las que nos dirán cuáles fueron los factores más destacados que los llevaron a esta situación a través de preguntas, en las cuales veremos como un mismo ítem se repite en otros pacientes y se toma como punto de alerta, como los abusos sexuales, víctimas de violencia psicológica, el maltrato físico, el bajo rendimiento académico, los problemas sentimentales, y entre otro el problemas psiquiátricos desapercibidos como la esquizofrenia agregada a este problema, puede resultar doblemente dañino y mortal, ya que se habla de una persona que pueda estar siendo manipulada por las voces que oye llevando a la persona a su propia muerte y en el peor de los casos llevándose a más personas dentro de su idea ejecutada de suicidio.

No hay muchos precedentes donde se pueda observar y catalogar un suicidio en sus fases, ya que lo principal de este trabajo de investigación es mostrar como la ideación en la mente de un intento suicida evoluciona a un suicidio en concreto. Es una realidad como la que se menciona que son más los casos de intentos de suicidio los que entran por una puerta de emergencia de un Hospital Nacional NO PSIQUIATRICO, que a los Hospitales de Salud Mental, donde si es cierto se pierde un gran número de casos registrados en un conteo nacional posterior, un gran número de casos opta por una Clínica Particular, y otro porcentaje de estas personas no se detectan en ningún nosocomio ya que lo tratan a manera propia entre sus familiares dado el evento de intento suicida, donde no tendrán una buena esperanza de vida por su salud mental, no recibir ningún tratamiento adecuado, y vuelva a reincidir en un tiempo en la ejecución de su intento de suicido y lo consume directamente con su muerte.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. Se Los porcentajes del universo de pacientes (176) muestran cifras significativamente altas ante los factores de riesgo emocional de tipo directo y físicos asociados a daño directo, ante el intento de suicidio y ante esto poder saber y entender la razón de fondo que involucra este acto, es por eso que este estudio a través de la encuesta que se realizó, pudo desglosar muchos ítems en relación al estado mental y físico del paciente en sí, más aun esto solo se llega a saber cuándo el paciente entra por la puerta del nosocomio como paciente y no pudo prevenirse de alguna manera o sospechado para poder tener medidas ante este suceso.
2. Se observa que, a través de los resultados obtenidos, el factor de riesgo emocional de tipo directo, conformado por conflictos familiares, conflictos con amigos, episodios familiares de intento de suicidio, problemas sentimentales, y víctimas de violencia psicológica, tiene el más alto índice de los factores de riesgo que más se repiten agrupados en el intento de suicidio, en los 3 niveles de riesgo, el leve, moderado y grave, es un buen indicador de cómo y por donde se puede abordar este problema en los pacientes.
3. Los factores de riesgo físicos asociados a daño directo, como actuar de manera violenta en el centro laboral, víctimas de abuso sexual, haber recibido maltrato físico, padres consumidores de drogas o alcohol, ingesta de drogas que induzcan al daño físico son parte agregada importante de la ideación suicida de la persona, dado que una tercera parte de la población del estudio fue víctima de daño físico de alguna manera, y son estas causas que muchas veces se quedan en silencio por parte de la misma víctima, no se toma importancia o credibilidad cuando se pide ayuda.

4. Existe un tercer grupo de factores que pueden llevar al intento de suicidio, son los factores de riesgo psiquiátricos asociados a daño directo, donde los pacientes lo mencionan en las encuestas, donde se presentan las alucinaciones o pensamientos extraños, oyen voces, tienden a sentir que tienen la culpa de algo, desean desaparecer o estar muertos, presentan un rendimiento académico bajo, son pocos los casos pero no menos importantes que también pueden estar relacionados a los problemas emocionales y físicos de daño directo, cuyo tratamiento será aún más especial por la singularidad de los casos.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Los resultados obtenidos demuestran la importancia de la salud mental de las personas en general, a través de la prevención en la población enseñando como detectar posibles casos y terapias de control ante haber detectado personas potencialmente vulnerables, no esperando sea primero la respuesta del intento de suicidio lo que nos llame la atención, sino más bien evitar suceda y se llegue a fatídicos actos.
2. Se recomienda tomar medidas preventivas dentro de las campañas de salud médica a nivel nacional, no dejando de lado la salud mental de las personas, ya que estos pueden manifestar factores de riesgo emocional de tipo directo, se puede proponer programas de salud mental en instituciones educativas básicas, a centros laborales, con la finalidad de detectar a través de entrevistas, posibles personas con ideación suicida y poder corregirlo de manera temprana.
3. Es de manera importante poder detectar algún tipo de abuso físico de cualquier tipo hacia otra persona, y que esta sea susceptible a la agresión, no dejando pasar se prolongue este daño en esa persona, la salud física externa muestra como una persona ha pasado la historia de su vida, y más aún cuando las marcas son recientes es sinónimo de algún tipo de agresión nueva o latente en su entorno, el apoyo que se debe brindar en estos casos están a cargo de muchas instituciones, pero es el miedo de las personas afligidas el cual no se hace escuchar por más represalias hacia su persona, por eso debe hacerse campañas de apoyo a los derechos e integridad de cada persona dentro de las campañas de salud.
4. Son los Hospitales a nivel nacional los cuales, si bien son los que más porcentaje reciben de este tipo de pacientes, los que deben hacer un seguimiento a través de controles con apoyo de amistades y familiares del paciente con intento de suicidio y diagnóstico psiquiátrico, y en lo que se implemente referir los casos graves o avanzados a Hospitales

especializados como Víctor Larco Herrera o al Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, para su seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Alejandro Rocamora Bonilla: El suicidio: Una puerta falsa a la vida – (2016).
- 2) Araujo González, R, Barroto Cruz R.. El problema de la determinación del proceso salud enfermedad. Análisis crítico para su evaluación” I.S.C.M.H. - 2005
- 3) Augusto Mosquera del Aguila (2003): Perfil Epidemiológico de Pacientes Hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Hermilio Valdizan, Lima – Peru: Durante Febrero 2000 – Enero 2001.
- 4) Castro Paredes P, Oswaldo Orbegoso R, Paul Rosales T (2006), Rev Peru Med Exp Salud Publica 23(4): CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO EN UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA, (1995-2004)
- 5) Edith Serfaty (2004): Suicidio en la Adolescencia – SASIA sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente; Pag 1.
- 6) Erika Daniela Avalos Mendocilla: Factores más frecuentes en el intento de suicidio en niños y adolescentes, Pag 7., Lima – Perú. 2013
- 7) F. Navarro Pellicer: Gaceta internacional de ciencias forenses, ISSN- e 2174-9019, Nº. 12, 2014, págs. 21-25. - 2014
- 8) Gonzalo H. Amador Rivera : Suicidio – Consideraciones Históricas; Rev. Med La Paz vol.21 no.2 – (2015)
- 9) Gutiérrez García, A. G., Contreras, C. M., & Orozco Rodríguez, R.. El suicidio conceptos actuales. redalyc , 29 (005), 66-74 (2006)
- 10) Horacio B. Vargas, Javier E. Saavedra: Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes, pag 20., Lima - Perú-2012
- 11) Jerson Muñoz M, Verónica Pinto M, Héctor Callata C, Nilton Napa D, Alberto Perales C., Rev Peru Med Exp Salud Publica: IDEACIÓN SUICIDA Y COHESIÓN FAMILIAR EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS ENTRE 15 Y 24 AÑOS, LIMA – Perú - 2006

- 12) Martha Cordova Osnaya: Características del estudiante con y sin ideación suicida del colegio de bachilleres de San Luis Potosí (México - 2013)
- 13) MINSA – Guía Clínica en manejo de Intento de Suicidio, Clínica en Salud Pública; 2008 (Fecha de acceso: 11 de junio del 2014)
- 14) OMS (WHO) – Intento de Suicidio_ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>, pag. 2 - (Fecha de acceso: 4 de abril del 2014)
- 15) OMS (WHO) http://www.who.int/mental_health/resources/preventing_suicide/en/ - http://www.who.int/entity/mental_health/media/primary_healthcare_workers_spanish.pdf?ua=1 - (Fecha de acceso: 16 de junio del 2014)
- 16) Pablo Cano, César Gutiérrez, Martín Nizama, Rev. Perú. Med. Exp. Salud publica v.26 n.2: Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía Peruana, pag 02. Lima 2009 Abril/Junio – Perú.
- 17) Sergio Andrés Pérez Barrero: El suicidio, comportamiento y prevención – Rev. Cubana Med Gen Integr 2005 v.15 n.2,
- 18) Valdivia, M. P., Schaub, C. M., & Díaz, M. P. Intento de suicidio en niños: algunos aspectos biodemográficos. Chilena Pediatría 1998 69 (2), 64-67
- 19) Vinoda KS, Características de la personalidad en el intento de suicidio, Brit.J. Psiquiatría 1966 (112) : 1143-1150.

BIBLIOGRAFIA

1. Araujo González, R, Barroto Cruz R. El problema de la determinación del proceso salud enfermedad. Análisis crítico para su evaluación I.S.C.M.H. - 2005
2. Bernaldo D. La transformación del delito en la sociedad moderna. Madrid. Suárez. 1902. P.5.
3. Blumenthal, Susan J. Suicidio: Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Médicas. Ansiedad y depresión. Clínicas de Norteamérica. 1988 - Volumen 4.
4. Carpenter BD. A review and new look at ethical suicide in advance AGR. Gerontologist. 2009, 33(3): 359'365.
5. Chris T. - British Med. Journal, pag. 284-july 26. (1988)
6. Clavijo A. Manual de Psiquiatría para médicos de la familia. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas, (1989: 96'7.)
7. De la Parte L. Aspectos clínicos y diagnósticos de casos con intento suicida ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Rev Cubana Med. 1987; 26(5): 532'538.
8. Diekstra R.F. the epidemiology of suicide and Health Psychology. University of Leiden, the Netherlands. - 1990
9. Diccionario Enciclopédico de Tecnología Moral. Segunda Edición. Editora Paulinas. Madrid. 1974.
10. Diccionario Enciclopédico Salvat Universal. Ed. Salvat. Barcelona, España. 1969.
11. Durkheim, E. Suicidio. New York: The Free Press, 1951.
12. Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-americana. Historia del suicidio. Vol. 58 p. 559-570, España, Calpo. S.A. 1980.
13. Freedman, Et al. Urgencias psiquiátricas: Suicidio. Tratado de Psiquiatría. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1982. T 3- p. 1950-1962 (Ed. Revolucionaria).

14. García T. El suicidio. Instituto de Medicina Legal. La Habana. 1995. Ponencia.
15. Gutiérrez García, A. G., Contreras, C. M., & Orozco Rodríguez, R. El suicidio conceptos actuales. redalyc , 29 (005), 66-74 - (2006)
16. John Leivis: Hombre y evolución. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana. 1972. P. 149-152.
17. Kerkhof AJ. El I suicida y las tentativas de suicidio. Rev. Salud Mundial No. 2 marzo-abril 1994.
18. Madrigal D; Labrada M, Sánchez I. El suicidio social general. Trabajo de Curso de Historia y Crítica. Santiago de Cuba. 1995.
19. Morales Catalayud F, El estrés psicológico en el riesgo de enfermar. Su atención en el nivel primario. Rev. Cubana Med. Gen. Integral. 1991, 1: 32.
20. Nieto, D. Psiquiatría. Desarrollo histórico y corrientes actuales, p 13. Méjico, 1961.
21. Palechane V, Matud y de Miguel A. Estrés, Personalidad y salud: un modelo no sexista del estrés. Editorial Valencia 2004.
22. Pérez Barrero, S y Reytor Solé F. El suicidio y su atención por el médico de la familia. Rev Cubana de Med Gen Integral 1995, 7 (4): 319.
23. Pis Betancourt, O. El suicidio por fuego: su frecuencia en Cuba. Tesis para el Doctorado en Medicina. La Habana. 1951.
24. Riera Betantourt C, Alonso Fernández O, Chaarnas E. La conducta suicida y su prevención. SL: Sn, 2007.
25. Román Hernández J; Rodríguez Notorio, R. Eergón Manual Cuestionario para el estudio de la valoración de las condiciones de trabajo, de salud y de vida. IMT, 1990.
26. Sarrías Oteo F. Estrés en la población general. Rev. Tiempos Médicos. 1995; (520): 9-55.
27. Shneimand, E.S. (1996) La Mente Suicida – USA. Universidad de Oxford.
28. Sigmund Freud. El malestar en la cultura – 1930 (23-25)

29. Valdivia, M. P., Schaub, C. M., & Díaz, M. P. (1998). Intento de suicidio en niños: algunos aspectos biodemográficos. *Chilena Pediatría* , 69 (2), 64-67
30. Vinoda KS, Características de la personalidad en el intento de suicidio, *Brit.J. Psiquiatría* 1966 (112) : 1143-1150.

ANEXO

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

	PREGUNTAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS
G E N E R A L	¿Cuáles son los factores de riesgo observados en el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Nacional "VICTOR LARCO HERRERA", Magdalena del Mar, periodo Enero – Diciembre 2014?	Determinar los factores de riesgo en el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del HOSPITAL NACIONAL "VICTOR LARCO HERRERA", Magdalena del Mar, periodo Enero – Diciembre 2014	Los factores de riesgo son independientes con el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del HOSPITAL NACIONAL "VICTOR LARCO HERRERA", Magdalena del Mar, periodo Enero – Diciembre 2014.
E S P E C I F I C O S	¿Cuáles son los factores de riesgo emocional de tipo directo en el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del hospital nacional "VICTOR LARCO HERRERA", Magdalena del Mar periodo Enero – Diciembre 2014?	Identificar los factores de riesgo emocional de tipo directo en el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del hospital nacional "VICTOR LARCO HERRERA", Magdalena del Mar periodo Enero – Diciembre 2014	Los factores de riesgo emocional de tipo directo son independientes con el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del hospital nacional "VICTOR LARCO HERRERA", Magdalena del Mar periodo Enero – Diciembre 2014
	¿Cuáles son los factores de riesgo físico asociados a daño directo en el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años?	Identificar los factores de riesgo físico asociados a daño directo en el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años	Los factores de riesgo físico asociados a daño directo son independientes con el intento de suicidio de los pacientes

	<p>años, atendidos en el servicio de emergencia del hospital nacional "VICTOR LARCO HERRERA", Magdalena del Mar periodo Enero – Diciembre 2014?</p>	<p>años, atendidos en el servicio de emergencia del hospital nacional "VICTOR LARCO HERRERA", Magdalena del Mar periodo Enero – Diciembre 2014</p>	<p>mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del hospital nacional "VICTOR LARCO HERRERA", Magdalena del Mar periodo Enero – Diciembre 2014</p>
	<p>¿Cuáles son los factores de riesgo psiquiátricos asociados a daño directo en el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del hospital nacional "VICTOR LARCO HERRERA", Magdalena del Mar periodo Enero – Diciembre 2014?</p>	<p>Identificar los factores de riesgo psiquiátricos asociados a daño directo en el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del hospital nacional "VICTOR LARCO HERRERA", Magdalena del Mar periodo Enero – Diciembre 2014</p>	<p>Los factores de riesgo psiquiátricos asociados a daño directo son independientes con el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del hospital nacional "VICTOR LARCO HERRERA", Magdalena del Mar periodo Enero – Diciembre 2014</p>

ANEXO 02: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

HIPOTESIS GENERAL	VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADORES	DEFINICIONES OPERATIVAS	TIPO DE RESPUESTA	INSTRUMENTO
<p>Los factores de riesgo son independientes con el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años, atendidos en el servicio de emergencia del HOSPITAL NACIONAL "VICTOR LARCO HERRERA", Magdalena del Mar, periodo Enero - Diciembre 2014.</p>	<p>Factores de Riesgo</p>	<p>Factores de riesgo emocional de tipo directo.</p>	<p>Conjunto de factores que se encuentran asociados o están directamente sujetos a riesgos emocionales, dañinos y perjudiciales hacia la persona y esta pueda inducirse en la idea del intento de suicidio.</p>	<p>a) Nunca b) Algunas veces c) Siempre</p>	<p>ENCUESTA</p>
		<p>Factores de riesgo físico asociados a daño directo.</p>	<p>Conjunto de factores que se encuentran asociados directamente al daño físico de alguna parte o la integridad del mismo, que pueda de alguna forma estar asociada al intento de suicidio.</p>	<p>a) Nunca b) Algunas veces c) Siempre</p>	
		<p>Factores de riesgo psiquiátricos asociados a daño directo.</p>	<p>Son todas aquellas alteraciones mentales psiquiátricas que son parte de la psicosis, que pueden pasar desapercibidas o no, pero son directamente asociadas al intento de suicidio.</p>	<p>a) Nunca b) Algunas veces c) Siempre</p>	

	DEPENDIENTE	Mayores de 12 años	Todas las personas mayores de 12 años que se atendieron en servicio de emergencia del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera	a) Nunca b) Algunas veces c) Siempre		
	EDAD					

ANEXO 03 - INSTRUMENTO

ENCUESTA



IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO EN EL INTENTO DE SUICIDIO EN LOS PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, MAGDALENA DEL MAR, PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2014

DATOS DEL PACIENTE:

EDAD		
GENERO	MASCULINO	FEMENINO
DISTRITO		

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con un aspa (X), la respuesta según crea conveniente. Este cuestionario es anónimo; solicito que responda con veracidad y precisión estas preguntas, agradeciendo de antemano su sinceridad y colaboración.

	CUESTIONARIO	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
1	¿Tienes conflictos frecuentemente con tu familia?			
2	¿Tienes conflictos frecuentemente con tus compañeros o amigos?			

3	¿Actúas de forma violenta en casa o en tu centro laboral?			
4	¿En tu familia ha habido algún episodio de intento de suicidio?			
5	¿Inquieres algún tipo de drogas o bebida alcohólica?			
6	¿Tienes problemas sentimentales?			
7	¿Has sido víctima de abuso sexual?			
8	¿Has sido víctima de violencia psicológica?			
9	¿Has recibido maltrato físico?			
10	¿Tu rendimiento académico es bajo?			
11	¿Tus padres consumen drogas o alcohol?			
12	¿Tienes algún tipo de alucinaciones o pensamientos extraños?			
13	¿Oyes voces de algún tipo?			
14	¿Sientes que tienes la culpa de algo y que sin ti todo se solucionara?			
15	¿Has deseado alguna vez desaparecer o estar muerto?			

El puntaje de la encuesta se basará en una escala de 0, 1 y 2 puntos para cada ítem. El valor del intento de suicidio también se puntuará en RL, RM y RG, según el riesgo que se vea manifestado en el puntaje, donde la sumatoria va a variar desde los 0 puntos hasta los 30 puntos como máximo.

Los riesgos de intento de suicidio son:

Riesgo Leve: De 0 a 10 puntos, donde hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño. No hay intención evidente, aunque si hay ideación suicida. La persona es capaz de rectificar su conducta y hacerse auto crítica.

Riesgo Moderado: De 11 a 20 puntos, si existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos quizás, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.

Riesgo Grave: De 21 a 30 puntos, hay una intención concreta para hacerse un daño. Puede tener un intento de auto eliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo.

ANEXO 04: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA POR EXPERTOS

ESTUDIO TITULADO: FACTORES DE RIESGO EN EL INTENTO DE SUICIDIO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, MAGDALENA DEL MAR, PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2014

ENCUESTA TIPO ANONIMA

	PREGUNTA/ PUNTAJE	0	1	2	PUNTOS
1	¿Tienes conflictos frecuentemente con tu familia?				
2	¿Tienes conflictos frecuentemente con tus compañeros o amigos?				
3	¿Actúas de forma violenta en casa o en tu centro laboral?				
4	¿En tu familia ha habido algún episodio de intento de suicidio?				
5	¿Ingieres algún tipo de drogas o bebida alcohólica?				
6	¿Tienes problemas sentimentales?				
7	¿Has sido víctima de abuso sexual?				
8	¿Has sido víctima de violencia psicológica?				
9	¿Has recibido maltrato físico?				
10	¿Tu rendimiento académico es bajo?				
11	¿Tus padres consumen drogas o alcohol?				

12	¿Tienes algún tipo de alucinaciones o pensamientos extraños?				
13	¿Oyes voces de algún tipo?				
14	¿Sientes que tienes la culpa de algo y que sin ti todo se solucionara?				
15	¿Has deseado alguna vez desaparecer o estar muerto?				

PERSONA ENCUESTADA:

EDAD		
GENERO	MASCULINO	FEMENINO
DISTRITO		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Puntaje de la encuesta, calificado por el especialista:

Irrelevante: De 0 a 9 puntos alcanzados.

Poco relevante: De 10 a 18 alcanzados

Relevante: De 19 a más puntos alcanzados.

LA ENCUESTA EN SU CRITERIO CREE QUE ES:

Aplicable (✓) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Apellidos y Nombres del juez evaluador: Rodriguez Yauri Eduardo Jesús

DNI: 07472553

Especialidad del evaluador: PSIQUIATRA

Lima, 18 de agosto del 2017


MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Dr. Ricardo Palma" Unánue

Dr. EDUARDO RODRIGUEZ YAURI
C.M.P. 30213 - R.N.E. 15568
Médico Psiquiatra

FIRMA

LA ENCUESTA EN SU CRITERIO CREE QUE ES:

Aplicable () Aplicable después de corregir () No aplicable ()

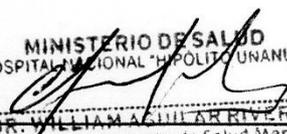
Apellidos y Nombres del juez evaluador: _____

DNI: 10192485

Especialidad del evaluador: Medico Psiquiatra

Lima, _____ de _____ del 201__

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"


DR. WILLIAM AGUILAR RIVERA
Jefe de Departamento de Salud Mental
CMP:30030 RNE:14222

FIRMA

LA ENCUESTA EN SU CRITERIO CREE QUE ES:

Aplicable () Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Apellidos y Nombres del juez evaluador: MIRAVAL ROJAS EDOBAR JESVS

DNI: 07342268

Especialidad del evaluador: PSIQUIATRA

Lima, 21 de AGOSTO del 2017

Ministerio De Salud
Hospital "Victor Larco Herrera"
Servicio de Psiquiatría Agudos

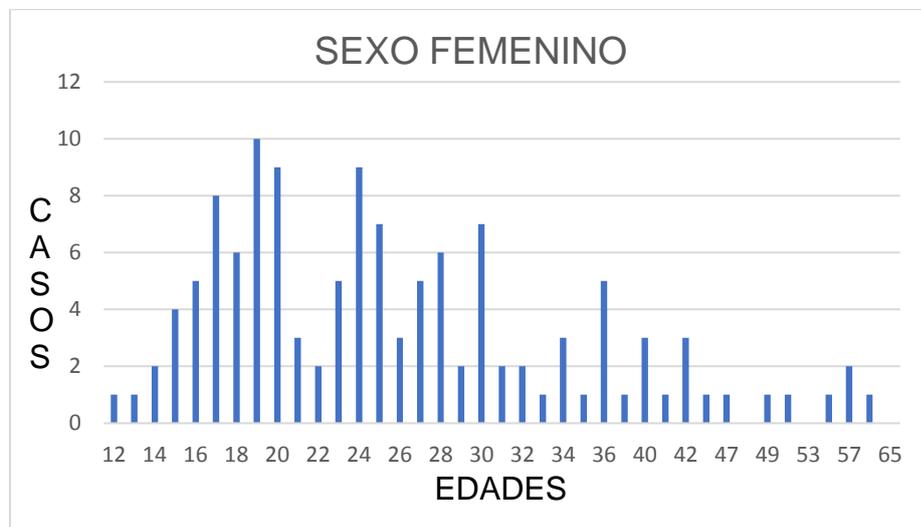
Dr. Edgar J. Miraval Rojas
Médico Psiquiatra
19027 RNE 8617

FIRMA

ANEXO 05

ATENCION A PACIENTES POR INTENTO DE SUICIDIO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, MAGDALENA DEL MAR, PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2014

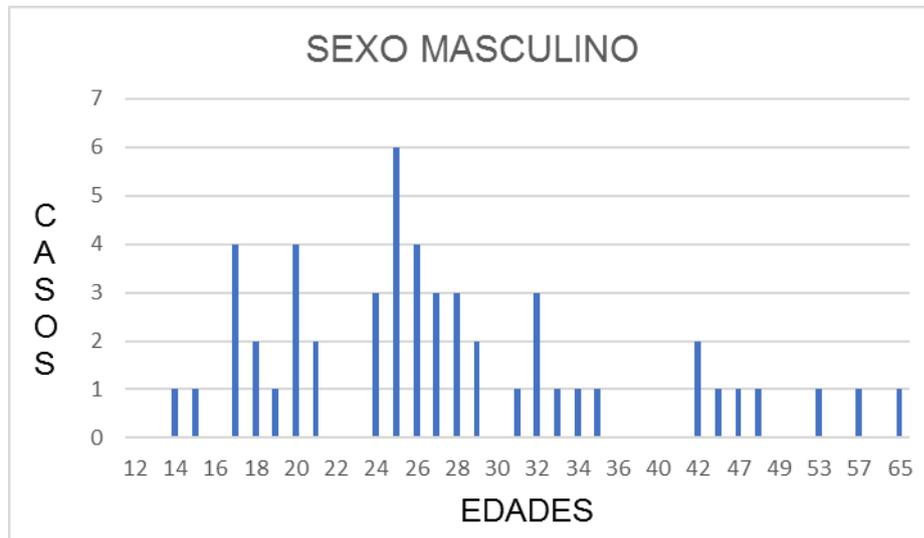
NUMERO DE ATENCIONES POR EDADES DEL SEXO FEMENINO



Fuente: Instrumento - Elaboración propia del Autor.

INTERPRETACION: En el grafico se observa en número de casos en relación a las edades de las pacientes mujeres, donde se percibe que el mayor número de casos esta entre las edades de 17 a 30 años.

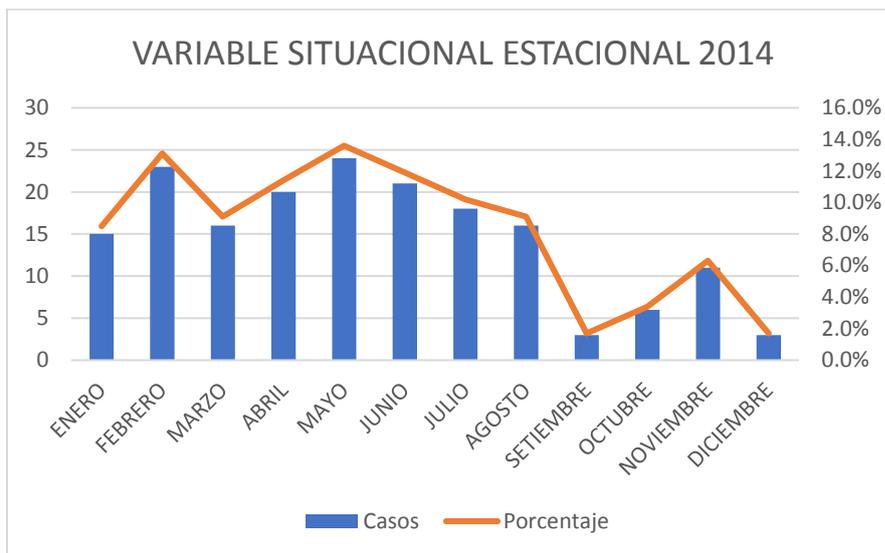
NUMERO DE ATENCIONES POR EDADES DEL SEXO MASCULINO



Fuente: Instrumento - Elaboración propia del Autor.

INTERPRETACION: Se puede observar en el grafico como el número de pacientes masculinos tienen mayor número de casos entre las edades de 17 a 32 años primordialmente.

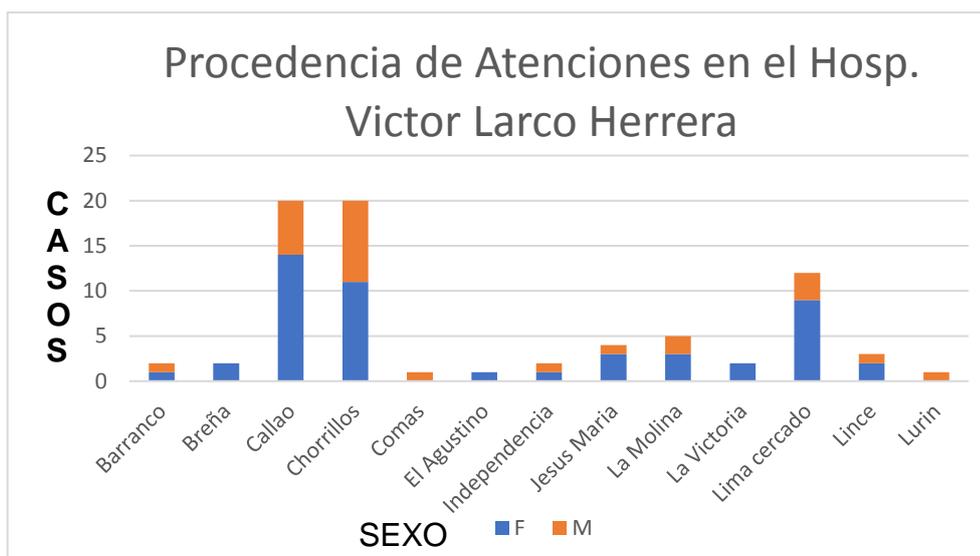
**VARIABLE SITUACIONAL ESTACIONAL POR MESES ATENDIDOS EN
EL HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, MAGDALENA
DEL MAR, PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2014**



Fuente: Instrumento - Elaboración propia del Autor.

INTERPRETACION: En el grafico se puede observar el número de casos por cada mes de estudio en el cual refleja que los meses con mayor número de casos fueron Febrero, Abril, Mayo y Junio principalmente.

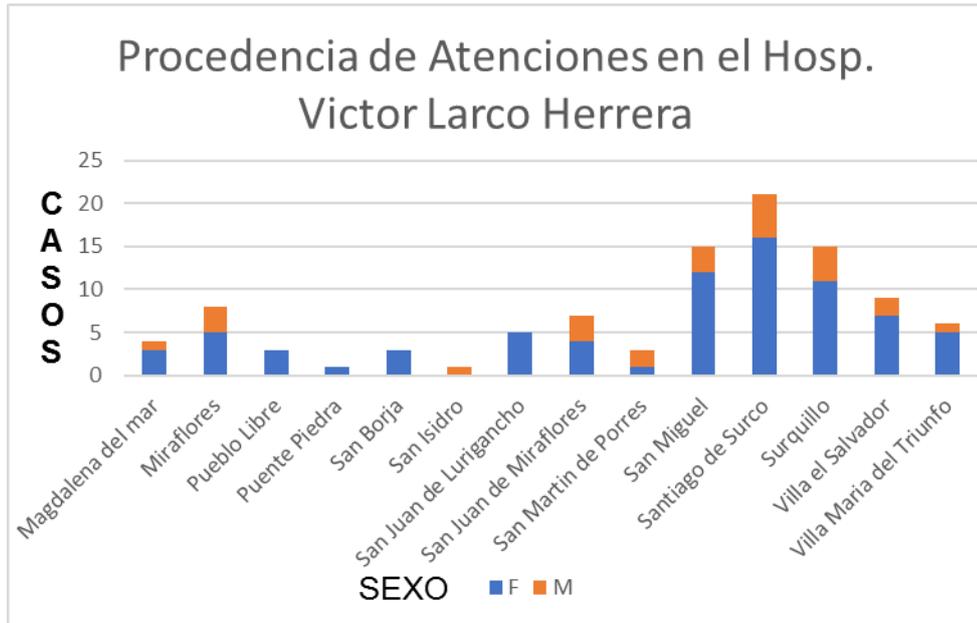
**PROCEDENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, MAGDALENA DEL MAR,
PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2014**



Fuente: Instrumento - Elaboración propia del Autor.

INTERPRETACION: En el grafico revela que el primer grupo de distritos de Lima con mayor número de casos están situados en los distritos de Callao, Chorrillos, y el Cercado de Lima – en estos mismos se observa que es el sexo femenino el de mayor porcentaje que el de los varones.

**PROCEDENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA, MAGDALENA DEL MAR,
PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2014**



Fuente: Instrumento - Elaboración propia del Autor.

INTERPRETACION: En el grafico se observa al segundo grupo de distritos de Lima, donde las cifras mayores de casos se observan en los distritos de San Miguel, Santiago de Surco, Surquillo y un poco menos en los distritos de Miraflores y Villa el Salvador, donde claramente se manifiesta más la predominancia del sexo femenino que el sexo masculino.

ANEXO 06

CUADRO DE TABULACION DE RESULTADOS OBTENIDOS

FACTOR DE RIESGO EMOCIONAL DE TIPO DIRECTO					
	PREGUNTAS	NO	ALGUNAS VECES	SIEMPRE	TOTAL
1	¿En tu familia ha habido algún episodio de intento de suicidio?	143	25	8	176
2	¿Tienes problemas sentimentales?	45	48	83	176
3	¿Haz sido víctima de violencia psicológica?	32	52	92	176
4	¿tienes conflictos frecuentemente con tu familia?	25	33	118	176
5	¿tienes conflictos frecuentemente con tus compañeros o amigos?	20	29	127	176
6	¿Tu rendimiento académico es bajo?	13	69	87	176
		46.4	42.6	87	176

FACTOR DE RIESGO FISICOS ASOCIADOS A DAÑO DIRECTO					
	PREGUNTAS	NO	ALGUNAS VECES	SIEMPRE	TOTAL
1	¿Actúas en forma violenta en casa o en tu centro laboral?	86	61	29	176
2	¿Has sido víctima de abuso sexual?	103	27	46	176
3	¿Has recibido maltrato físico?	31	40	105	176
4	¿Ingieres algún tipo de drogas o bebida alcohólica?	73	66	37	176
5	¿Tus padres consumen drogas o alcohol?	21	73	82	176
		62.8	53.4	59.8	176

FACTOR DE RIESGO PSIQUIATRICOS ASOCIADOS A DAÑO DIRECTO					
	PREGUNTAS	NO	ALGUNAS VECES	SIEMPRE	TOTAL
1	¿Oyes voces de algun tipo?	159	3	14	176
2	¿Tienes algún tipo de alucinaciones o pensamientos extraños?	62	51	63	176
3	¿Sientes que tienes la culpa de algo y que sin ti todo se solucionara?	84	39	53	176
4	¿Has deseado alguna vez desaparecer o estar muerto?	29	80	67	176
		83.5	43.3	49.2	176