

AGRADECIMIENTOS:

Para la realización de este trabajo, debo agradecer a mi asesor: Dr. Aldo Vargas Molineros y al Dr. Ramón Del Carpio Torres quienes me alentaron para la culminación de mi tesis; a mi familia, por su apoyo incondicional, sus consejos y por siempre estar dedicados a mi; a todos los doctores y amigos quienes durante mi formación me dejaron sabias enseñanzas, consejos y gracias a ellos aprendí infinidades; a Dios, por ser fuente inagotable de inspiración, por darme la oportunidad de vivir, de estar rodeado y conocer a personas maravillosas y sobre todo por darme el encargo de poder ayudar a los demás.

DEDICATORIA:

A mis padres: Marlene y Jorge, por inculcarme que la educación es el pilar fundamental en la vida de todo ser humano y ser participes de mi crecimiento moral, intelectual y personal.

A mis hermanos, a quienes quiero mucho y con quienes compartimos muchos momentos de alegría y de tristeza y que a pesar de las adversidades siempre nos mantuvimos unidos.

A mi mamá María, mi mamá Delfina y mi papá Angelo, mis abuelos, quienes siempre me dieron su apoyo, su amor; quienes me vieron crecer y me ayudaron a dar mis primeros pasos.

A los niños de la Aldea Infantil San Pedro, que con su inocencia y cariño desinteresado hicieron que mis peores días fueran los mejores y que mis tristezas se convirtieran en alegrías.

A Marquitos quien a su corta edad otorga gran amor y con su sonrisa alegra nuestra vida

En especial dedico este trabajo a una gran mujer, Karla, que desde el día que la conocí me enseñó a ser una mejor persona; me enseñó a dar sin esperar nada a cambio, lo hermoso que es poder ayudar y me ayudo a perseverar dándome el aliento y el apoyo que en momentos de debilidad necesitaba. A ella dedico este trabajo por el sentimiento que representa en mí, por que ella es quien mas lo merecería en esta vida y por ser con ella con quien comparto triunfos y esta hermosa profesión.

INDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Fundamentación del Problema	6
1.2 Formulación del Problema	7
1.3 Objetivos de la Investigación	
1.3.1. Objetivo General	7
1.3.2. Objetivos Específicos	7
CAPITULO II REVISIÓN DE LA LITERATURA	
2.1 Antecedentes de la investigación	8
2.2 Marco teórico	14
CAPITULO III VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	
3.1 Definición de Términos	41
3.2 Operacionalización de Variables	43
CAPITULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 Diseño	45
4.2 Ámbito de Estudio	45
4.3 Población y muestra.	45
4.3.1 Criterios de Inclusión	45
4.3.2 Criterios de Exclusión	46
CAPITULO V PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	
5.1 Análisis de Datos	47
CAPITULO VI RESULTADOS	48
CAPITULO VII. DISCUSIÓN	64
CAPITULO VIII. CONCLUSIONES	70
CAPITULO IX. RECOMENDACIONES	71
BIBLIOGRAFÍA	72
ANEXO	76

RESUMEN

El presente estudio fue realizado en el Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009, con el objetivo de poder determinar las características de los intentos de suicidio de los pacientes ingresados en dicho Hospital.

Este estudio fue descriptivo y de corte transversal. El universo y la muestra lo constituyeron el 100% de los pacientes ingresados por intento de suicidio durante el periodo de estudio que fueron de 231 en total. La unidad de análisis fueron las historias clínicas de los pacientes.

Entre los resultados más relevantes podemos mencionar los siguientes: La población más afectada fue de los 20 a 29 años, correspondiendo a los grupos de edades de los adolescentes y adultos jóvenes; de sexo femenino, procedencia urbana, escolaridad secundaria, estudiantes y solteros en mayor proporción. La mayoría de los intentos de suicidio se efectuaron entre los meses de Enero, Febrero, Noviembre y Diciembre.

Entre los motivos presentes se encontró en la mayoría de los casos a las decepciones amorosas, seguido de los conflictos de familia tanto conflictos conyugales como violencia intrafamiliar. El trastorno depresivo fue el más frecuente en todos los casos.

El método utilizado en su mayoría fue el envenenamiento por ingesta de sustancias, de las cuales las de mayor uso fueron los órganos fosforados y la combinación de los órganos fosforados y el alcohol. De los que usaron como método las lesiones autoprovocadas la mayoría se presentó en el sexo masculino y el uso de arma blanca fue el más frecuente. En cuanto a su ingreso hospitalario el servicio de mayor atención fue el de Medicina seguido por Psiquiatría. En cuanto a la condición de egreso la mayoría fueron dados de alta luego de una permanencia en el servicio de 3 días. El 1.73% del total de la población estudiada fallecieron como consecuencia del intento de suicidio.

INTRODUCCION

La conducta suicida en las ultimas décadas ha mostrado un aumento en sus tasas de incidencia en el ámbito mundial, a pesar de grandes dificultades para el registro fiable de los suicidios en casi todos los países, debido a prejuicios religiosos, cuestiones políticas o hábitos culturales, algunos investigadores opinan que probablemente las tasas efectivas son considerablemente superiores a las que resultan de los casos notificados.

En los últimos 45 años las tasas por suicidio han aumentado en 60 % a nivel mundial, en el año 2000 la tasa de mortalidad global por suicidio fue de 14.5 por 100.000 habitantes. Siendo los jóvenes y los adolescentes los más afectados, la relación entre suicidios frustrados y consumados se ha estimado en 40:1 en la mayoría de los países industrializados, mientras en los mayores de 55 años es de 2:1.²

Además, el suicidio consumado es mucho más común en los jóvenes varones que en las mujeres, aunque éstas, en cambio, cometen intentos de suicidio con mucha más frecuencia. A medida que avanza la edad es menor la proporción intento de suicidio/suicidio, y aumenta la letalidad del intento.

En el presente proyecto de investigación nos enfocaremos en tratar de esclarecer las causas que están permitiendo que aumente la frecuencia de suicidios a nivel regional trataremos de determinar los diferentes motivos que conllevan a la toma de esta decisión del suicidio como un medio de escape o de resolver sus problemas.

Dentro de la evolución de este proyecto apreciamos los diferentes factores que pueden desencadenar una reacción suicida así como los factores mas comunes que la predisponen, teniendo en cuenta que para la resolución de este proyecto fue necesario la toma de una muestra de población siendo el total de estudio todos los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el periodo de un año.

CAPITULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA:

En la actualidad una de las problemáticas más importantes y de mayor interés para la humanidad son los diversos trastornos que sufrimos los humanos los cuales inician desde nuestra niñez acentuándose en nuestra adolescencia y finalmente trayendo consecuencia para nuestra vida diaria.

Encontramos que la problemática familiar, aunado a la crisis social y económica se configuran en situaciones de extrema tensión que dificultan los canales de comunicación adecuados y en la mayoría de casos al carecer el ser humano de un afronte más adecuado toman la opción de suicidio como una forma de encarar las dificultades del medio ambiente.

Durante la adolescencia de todo ser humano, se presentan cambios difíciles que pueden llegar a producir ansiedad y depresión hasta llegar, en muchas ocasiones, a una tentativa de suicidio. Este intento es una consecuencia del problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis del ser humano y en mayor riesgo del adolescente. La manipulación de la idea de la muerte suele ser frecuente, pero debe hacerse la diferencia entre el que piensa en el suicidio como una llamada de auxilio, como una manera de comunicar su descontento a los demás o de llamar la atención y aquél que realmente lo lleva a cabo. De esta determinación aproximadamente el 65% de suicidas usan la idea del suicidio como una llamada de auxilio, de los cuales el 40% lo hacen luego de una desilusión amorosa, el 15% luego de una riña con algún familiar o persona cercana y el 5% a la falta de atención en los hogares; del englobe general tenemos un 35% que usan el suicidio como una forma de liberación es decir para demostrar su valor como muestra de superioridad o simplemente como un juego.¹

El suicidio es un tema que suele callarse y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en que vivimos; sin embargo, es importante conocer y reflexionar en las causas que llevan a un individuo a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

Hay un incremento en la atención de pacientes que ingresan a los Servicios de Emergencia habiendo atentado contra su vida, siendo preocupante el incremento de casos en pacientes de corta edad, es por eso que sería de suma importancia conocer cuáles son los motivos que llevan a la toma de estas decisiones.

- ¿Cuáles son las características de los intentos de suicidio en pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar las características de los intentos de suicidio en pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar las características socio demográficas de los intentos de suicidio en los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009.
- Determinar cuál es el motivo que conlleva al intento de suicidio en pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009.
- Determinar las modalidades más frecuentes en los casos de intento de suicidio en pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009.
- Determinar la tasa de mortalidad como consecuencia del intento de suicidio en los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009.
- Determinar cuál es el diagnóstico psiquiátrico de mayor porcentaje en pacientes que intentaron suicidarse y fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009.

CAPITULO II REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en Hospital Roberto Calderón. Managua. Enero 2004 - Diciembre 2005. Martínez Jaenz Jacqueline². Este estudio fue descriptivo y de corte transversal. El universo y la muestra lo constituyeron el 100% de los pacientes ingresados por intento de suicidio durante el periodo de estudio que fue de 79 en total. La unidad de análisis fueron los expedientes clínicos de los pacientes.

Entre los resultados más relevantes podemos mencionar que la población más afectada fue de los 15 a 30 años, correspondiendo a los grupos de edades de los adolescentes y adultos jóvenes, de sexo femenino, procedencia urbana, escolaridad primaria, estudiantes, solteros y sin hijos. La mayoría de los intentos de suicidio se efectuaron en horas de la tarde y la noche.

Entre los factores presentes se encontró en la mayoría de los casos a los conflictos de familia tanto conflictos conyugales como violencia intrafamiliar, la depresión y el alcoholismo, además la autoestima baja, las enfermedades crónicas, el antecedente de intento de suicidio y el desempleo.

El método utilizado en su mayoría fue el envenenamiento por *fosfinas* y bajo la influencia del alcohol, en cuanto a la condición de egreso la mayoría fueron dados de alta, un tercio de ellos fallecieron y aunque el suicidio se consumó en éstos pacientes, se incluyeron en el estudio ya que cumplían con los criterios de inclusión del mismo, también se encontró un pequeño porcentaje de pacientes que abandonaron la unidad hospitalaria.

Factores de Riesgo del Intento de Suicidio en pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia de Cinco Hospitales Generales del Municipio de Managua entre Agosto y Octubre del 2000. Cordero Jarquin Franklin Alfonso³. Concluimos que los factores de riesgo de los pacientes que intentan suicidarse en nuestro estudio

son Actos impulsivos, necesidades básicas insatisfechas, antecedentes de intentos de suicidio, conflictos familiares y conyugales, antecedentes de enfermedad física y mental, pérdida de su padre o de su madre antes de los 13 años, exposición a alguna tragedia en la cual murió alguien en forma violenta, amigos con intento de suicidio, familiares con antecedente de intentos de suicidio y con antecedentes psiquiátricos asociados con sexo femenino y entre las edades de 15 a 34 años, solteros, desempleados, amas de casa, estudiantes con escolaridad de primaria y secundaria.

Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali – Colombia 2003. Campo Gerardo, Arturo Roa Jaime, Pérez Ángela, Salazar Omar, Piragauta Carolina, López Luz, Ramírez Clara⁴. Consultaron 18 menores de edad; 2 mujeres menores fallecieron y de los restantes, sólo 8 menores (7 mujeres y 1 hombre) aceptaron participar. El envenenamiento auto infringido por ingestión de sustancias es el método suicida más utilizado y además más frecuente en mujeres; todos tienen enfermedad mental asociada; la mitad un retardo mental. La mayoría presenta compromiso de la atención, comportamientos violentos, disociales, delictivos, aislamiento, etc⁴. Como características psicológicas predominantes está perturbación en el ámbito sexual, represión emocional, negación de la situación penosa y agresividad, además de disfunción familiar severa en todos los casos.

Conclusiones. Las características biopsicosociales encontradas coinciden con las descritas previamente en la literatura pero se requieren investigaciones adicionales que validen los hallazgos.

Estimación De La Tasa Global De Suicidios Estocolmo, Suecia Según La OMS 2005. Wasserman D, Cheng Qi Y Jiang G⁵. En este artículo se examinan las tasas globales de suicidio entre los adolescentes del grupo de 15 a 19 años de edad. Se han podido utilizar los datos correspondientes a 90 países (en algunos casos, áreas geográficas) de los 130 estados miembro de la OMS. La tasa media de suicidio en este grupo de edad, fundamentada en los datos correspondientes al último año, ha sido de 7,4/100.000. Las tasas de suicidio fueron mayores en los varones (10,5) que en las mujeres (4,1), y esta diferencia se observó en casi todos los países.

Las excepciones fueron China, Cuba, Ecuador, El Salvador y Sri Lanka, países en los que el suicidio femenino fue más frecuente que el masculino. En los 90 países (o áreas geográficas) estudiados, el suicidio constituyó la cuarta causa más frecuente de muerte entre los varones jóvenes y la tercera causa entre las mujeres jóvenes. El suicidio fue la causa del 9,1 % de los 132.423 fallecimientos que tuvieron lugar en personas jóvenes de los 90 países estudiados.

También se ha evaluado la tendencia de las tasas de suicidio en 26 países (o áreas geográficas), según los datos disponibles del período 1965-1999. Se ha observado un incremento en la tendencia al suicidio en los varones jóvenes, especialmente en los años anteriores a 1980 y en los países no europeos. La base de datos de la OMS es la de mayor envergadura de su clase y representa la única fuente de información que se puede utilizar en la actualidad para el análisis de la mortalidad global debida al suicidio. Se exponen las limitaciones metodológicas del estudio.

Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005 En Colombia. Espinosa Palacios Ximena; Barrera Lora Ángela María; Ordóñez Rodríguez Mónica; Peña Ayala María Eugenia⁶.

Durante el año 2004 se presentaron 1817 necropsias cuya probable forma de muerte fue el suicidio; 121 casos menos que en el año 2003, con un descenso del 6%, para una tasa nacional de 4 casos por cada 100.000 habitantes, reducción que, aunque no es estadísticamente significativa, comparada con el año anterior, seguía siendo constante. Durante el 2004 fallecieron 160 menores de edad, de los cuales el 86% (138) eran de sexo femenino. De las 64 mujeres que se suicidaron en Bogotá durante el 2003, el 25% (16) eran menores de edad. Entre los factores personales asociados se encontró que las edades de las mujeres oscilaron entre los 12 y los 17 años. El 6% tenía 12 años, el 19% 13 años, el 6% 14 años, el 19% 15 años, el 25% 16 años y otro 25% 17 años (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2004).

Intentos de suicidio y contactos previos con el sistema de salud. Actas Esp. Psiquiatria 1999. Madoz-Gurpide A, Baca-García E, Díaz-Sastre C, Ceverino A, Guerra D, Saiz J⁷. Madoz-Gurpide et al. en un estudio sobre 219 pacientes con intento de suicidio que se atendieron en el Servicio de Psiquiatría del Hospital

General Ramón y Cajal en Madrid, España, buscando cuales fueron los últimos contactos que tuvieron las personas que tenían intentos de suicidio con el sistema de salud se determinó que una tercera parte de ellos tenían una visita en el mes previo y el 60% de la población con antecedentes de patología psiquiátrica tuvo una visita a servicios de salud mental en los meses previos, determinando como factor de riesgo y modo de identificación en pacientes en atención primaria⁷.

Injury Prevention & Control: Data & Statistics (WISQARSTM). Centers for Disease Control and Prevention 1600 Clifton Rd. Atlanta, GA 30333, USA. 1999⁸. En estudios realizados por la CDC en EEUU se obtuvo que, el suicidio ocupa el lugar No. 11 entre las primeras causas de muerte entre los estadounidenses, y es la tercera causa más importante de muerte entre jóvenes de 15 a 24 años de edad.

En 1999, el 72% de todos los intentos de suicidios ocurrió en mujeres blancas.. No obstante, en el período 1979-1992, las tasas de intentos de suicidio entre los indígenas estadounidenses (una categoría que incluye a los indios estadounidenses y a los naturales de Alaska) fueron 1.5 veces más altas que las tasas nacionales. En este período el número de intentos de suicidios entre jóvenes indígenas estadounidenses fue desproporcionado, pues las mujeres entre 15 y 24 años de edad representaron el 64% de todos los intentos de suicidios entre los indígenas estadounidenses.

Las personas menores de 25 años representaron el 15% de los intentos de suicidios en 2000. Entre 1952 y 1995, la incidencia de intentos de suicidios entre adolescentes y jóvenes adultos casi se triplicó. En el período 1980-1997, la tasa de intentos de suicidios entre individuos de 15 a 19 años de edad aumentó en un 11% y en 109% entre los individuos de 10 a 14 años de edad. Entre 1980 y 1996, la tasa aumentó en 105% entre las mujeres afro-americanas de 15 a 19 años de edad.

Cerca de 500,000 personas al año cometen un intento de suicidio lo suficientemente serio como para recibir atención en salas de urgencias. Y millones más sufren de pensamientos suicidas.

ANTECEDENTES NACIONALES

Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años. Lima 2005. Muñoz M Jerson; Pinto M Verónica; Callata C Héctor; Napa D Nilton; Perales C Alberto⁹. Determinar la prevalencia de ideación suicida y su asociación con el pertenecer a familias de muy bajos muy altos niveles de cohesión familiar en estudiantes entre 15 y 24 años del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CEPUSM). Materiales y métodos: Estudio transversal analítico, se aplicó un cuestionario auto administrado formado por la subescala de cohesión familiar del Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III y cinco preguntas sobre conducta suicida del Cuestionario de Salud Mental adaptado. Se seleccionaron aleatoriamente 1500 estudiantes de una población de 4500 del CEPUSM, divididos en adolescentes (15 - 19 años) adultos jóvenes (20 - 24 años). Resultados: Prevalencias de vida: 48% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 30% ideación suicida, 15% elaboró un plan suicida y 9% intentó suicidarse. La prevalencia de ideación suicida fue 15% en el último año y 6% en el último mes. Las familias fueron, según el nivel de cohesión familiar, desligada (22%), separada (32%), conectada (31%) y amalgamada (15%).

Al asociar ideación suicida y familia desligada obtuvo un OR de 2,17 (IC95 1,26-3,74) en adolescentes y 1,35 (IC95 0.21-8.64) en adultos jóvenes. Se identificaron otros factores de riesgo en ambos subgrupos como el antecedente familiar de intento suicida y el hecho de vivir Conclusiones: Existe una prevalencia elevada de ideación suicida en estudiantes entre 15 y 24 años del CEPUSM está asociada, sólo en adolescentes, a pertenecer a familias con niveles muy bajos de cohesión familiar.

Intento de Suicidio y Depresión mayor en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. Duran Dante, Mazzotti Guido y Vivar Aldo. 1999¹⁰. Se realizó un estudio transversal, descriptivo y analítico de 62 pacientes que acudieron con historia de intento de suicidio al Servicio de Emergencia del Hospital General "Arzobispo Loayza" (HAL). Se efectuó por medio de una entrevista que consistió en la aplicación de dos encuestas; la primera constó de tres partes: filiación, episodio actual y antecedente; y la segunda fue el SCID-I (DSM-IV).

Se determinó las características socio demográficas, motivaciones, antecedentes y la prevalencia de episodio depresivo mayor en la población de estudio. Se concluye que el paciente que acude con historia de intento de suicidio a la emergencia de un hospital general en nuestro país suele ser de sexo femenino, joven, soltera, con grado de instrucción secundaria, desempleada, católica, de procedencia urbana, que llega a la emergencia somnolienta por la ingesta de raticidas o sobredosis de fármacos, motivada por un problema familiar o de pareja.

La prevalencia de episodio depresivo mayor en esta población fue de 41.9%. La presencia de episodio depresivo mayor estuvo asociada con sexo femenino, edad mayor de 35 años y antecedente personal de enfermedad psiquiátrica.

Caracterización Del Paciente Con Intento De Suicidio En Un Hospital General De Lima, 1995-2004 Paredes Castro, Orbegoso Oswaldo, Rosales Paul¹¹. Se realizó un estudio descriptivo, tipo serie de casos, para determinar las características de los pacientes con intento de suicidio, atendidos en el Hospital “José Agurto Tello” de Chosica; las historias clínicas se revisaron durante el periodo 1995-2004 e incluyeron 380 casos; de 13 pacientes en 1995 se llegó a 41 en el año 2004. Se presentó con más frecuencia en mujeres (63,7%), 74% estuvo entre 15 a 29 años y 61,2% eran solteros. El 13% de los casos atendidos fueron reintentos.

Entre las principales causas tenemos a las discusiones familiares (33,9%) y de pareja (27,6) y los métodos más frecuentes fueron el uso de compuestos órgano fosforados (75,3%) e intoxicaciones medicamentosas (20,3%). La tasa interna en el servicio de emergencia es de 0,0017 en el año 2004. Se requiere profundizar el conocimiento de estos casos por las posibilidades que puedan surgir de ello para acciones de prevención.

Características Asociadas al Intento de Suicidios atendidos en el Hospital José Casimiro Ulloa, Lima 2006. Taype Juan y Chamorro Antonia¹².

El 73.7% de los intentos de suicidio fueron en mujeres adultas y adolescentes; la sustancia más usada fue benzodiazepinas (47.4%) seguido por carbamatos (34.2%).

El grupo de edad donde ocurrió la mayoría de los intentos de suicidio fueron de 16 a 25 años que equivale a 63.2%. El 50% de estos sucesos ocurrieron en solteros. Entre los factores asociados figuran las dificultades de pareja (42.1%) seguido de muy mala relación (23.7 %). El 21.1% de estos pacientes llegaron en estado de sopor al hospital y el resto despiertos o somnolientos con 39.5% respectivamente.

El 34.2% de estos casos proceden del distrito de Chorrillos y el 28.9% de Barranco.

2.2 MARCO TEÓRICO:

1. DEFINICION

La palabra "suicidio" es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. Es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia él, actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura. Como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades.¹³

El suicidio es el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida, acto que puede ser una lesión auto-producida o suicidio, o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal.

El suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases¹⁴:

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

EL SUICIDIO SEGUN OTROS AUTORES:

DURKHEIM 1897, lo define como "todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado"; donde "acto positivo" implica hacer algo para llegar a ese objetivo, como por ejemplo, dispararse un tiro en la sien; y "acto negativo", dejar de hacer algo para lograr ese fin, tal como no abandonar una casa en llamas o rehusar todo alimento hasta dejarse morir. Una huelga de hambre llevada hasta la muerte es un ejemplo de acto negativo.¹⁵

STENGEL, 1965. Suicidio significa el acto fatal e intento de suicidio el acto no fatal de auto perjuicio, llevado a cabo con consciente intento autodestructivo, no obstante vago y ambiguo.^{14,15}

VINODA 1966, uno de los expertos en el tema, dice que el suicidio es un fenómeno complejo que comprende factores físicos, sociales y psicológicos que actúan e interactúan; sin embargo, la forma en que el individuo se relaciona con su medio ambiente y cómo afecta este último su personalidad, son causas que determinan que el individuo intente suicidarse o no.^{14,15}

EDWIN SHNEIDMAN 1969. definió el suicidio como "el acto consciente de auto aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución"^{14,15}.

BAECHLER, 1975. El suicidio es toda conducta que busca y encuentra la solución de un problema existencial en el hecho de atentar contra la vida del sujeto.^{14,15}

OMS, 1976.

- Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
- Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida.
- Intento de suicidio: “un acto con una consecuencia no fatal en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza

de muerte, que sin la intervención de otros le causará auto daño, o ingiere una sustancia superior a la dosis terapéuticas generalmente reconocidas y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desean a través de las consecuencias físicas y psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte”.^{14,15}

SLAIKU 1988, define el suicidio como un estado temporal de trastornos y desorganización, caracterizado fundamentalmente por la incapacidad de un individuo para manejar una situación particular, usando los métodos frecuentes de resolución de problemas y por la tendencia hacia un resultado radicalmente positivo o negativo.^{14,15}

ULLOA 1994 señala que “el suicidio es el término que una persona, en forma voluntaria e intencional, hace de su vida”.^{15,16}

ALTAMIRANO 1995, realiza un planteamiento similar, refiriendo que el suicidio “se entendería como el rechazo definitivo de la vida y como una indicación de la necesidad de abandonar toda relación humana”.¹⁶

OMS 1996, la lesión a sí mismo con diversos grados de intención mortal y de conciencia del motivo. Suicidio es entonces una autoagresión con resultados mortales⁵.

AAPS, 2003. En la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio, como producto de la reflexión crítica acerca de la tarea del equipo asistencial, se llegó a la siguiente definición:

OTROS CONCEPTOS

a. SUICIDIO CONSUMADO

Acto por el cual el paciente logra su cometido de auto eliminarse.

b. SUICIDIO SUB-MEDITADO

Otro tipo de suicidio es el que se conoce como sub-meditado, en donde la intención de morir no es consciente, de manera que la víctima sin

reconocerlo se autodestruye lentamente. Es el caso de las personas que padecen una enfermedad provocada por sentimientos negativos o estados emocionales que afectan la salud física. Otra forma indirecta de autodestrucción consiste en la ingestión de sustancias dañinas para la salud como drogas, alcohol y tabaco.^{17,18}

c. 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^{17,18}

d. IDEACION SUICIDA

Se denomina así en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como las fantasías o prefiguración de la propia muerte. Sinónimo de pensamiento suicida.^{17,18}

e. INTENCION Y TENTATIVA SUICIDA

Es el concepto general que sirve para designar a todo acto que busque la muerte propia, manipular, y del cual se sobrevive.^{17,18}

STENGEL 1961, diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio. En el intento, hay intención auto lítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado. En la tentativa, conducta para suicida o comúnmente llamado gesto auto lítico, no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. No obstante, hay conductas para suicidas que han acabado en suicidios consumados.^{18, 19}

KOVACS 1979, por su parte, menciona que no puede considerarse la conducta suicida del joven como un acto plenamente dirigido por el deseo de morir; dice que el intento suicida involucra un debate interno, una lucha entre el deseo de morir y el de seguir vivo.

El adolescente que intenta suicidarse, lucha internamente entre ambos deseos. Este dato es importante para las personas que desean ayudar a los adolescentes, pues se sabe que en su interior sí existe un deseo de seguir viviendo^{18, 19}

ROCAMORA BONILLA, 1992. La conducta suicida es toda conducta humana impregnada de fantasías, deseos e ideas de muerte.¹⁸

PFEFFER (CITADO EN MONTENEGRO & GUAJARDO, 2000), la conducta suicida en niños y adolescentes puede definirse como “una preocupación o acto que intencionalmente pretende infligir un daño o la muerte a sí mismo”.¹⁷

OPS 2003, la conducta suicida constituye una de las formas en que se presenta la violencia, en este caso autoinflingida, y que también abarca otro tipo de conductas como las automutilaciones.¹⁷

Por otro lado, algunos autores consideran que la impulsividad propia del adolescente explica en parte el acto suicida. Así, mientras mayor sea la impulsividad de un individuo, mayor será la posibilidad de autodestrucción.

SIGNIFICADO DEL ACTO SUICIDA:

Puede tener varios significados, aparte de los mencionados. Éstos son aplicables a todas las edades de la vida, pero debe advertirse que, en función de la madurez del individuo, hay significados que se aplican preferentemente a ciertos períodos de la vida.

BEACHLER describe varios significados posibles²¹:

1. La huida, es decir, el intento de escapar de una solución dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de su vida, ya que ésta se percibe como insoportable.
2. El duelo, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante de la persona.

3. El castigo, cuando el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria. Aquí el joven se siente responsable por un acto negativo y desea auto castigarse para mitigar la culpa.
4. El crimen, cuando el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte.
5. La venganza, es decir, cuando se atenta contra la vida para provocar el remordimiento de otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad
6. La llamada de atención y el chantaje, cuando mediante el intento suicida se intenta ejercer presión sobre otro.
7. El sacrificio, en donde se actúa contra la vida para adquirir un valor o un estado considerado superior, es morir por una causa.
8. El juego, común en los adolescentes, cuando se atenta contra la vida para probarse a sí mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo.

2. ETIOLOGÍA:

TEORÍA NEUROBIOLÓGICA

Una disminución en la acción de la serotonina, 5 HT (5MT) está implicada en conductas depresivas, agresivas, y de trastornos del control de los impulsos, asociados al pensamiento suicida. Asimismo, la conducta suicida se asocia con una disminución en los niveles serotoninérgicos de la corteza ventral pre-frontal. Igualmente, se encontró niveles bajos de serotonina (5-HT) y su metabolito principal, ácido 5-hidróxiindolacético (5-HIAA) en cerebros post-mortem^{21, 23}.

En sujetos con intento de suicidio la reducción de los niveles de 5-HIAA en el LCR se correlacionó con el diagnóstico psiquiátrico y la letalidad del intento^{21,23}.

Estudios sugieren que existe una asociación entre alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y suicidio. Las primeras observaciones fueron hechas por Buney y Fawcett (1965) quienes encontraron una elevada excreción urinaria de 17-hidroxicorticosteroides en víctimas de intentos de suicidio y suicidios consumados. También han sido informadas elevaciones de cortisol en

sangre en suicidas e incluso valores arriba de 20 mg/dl podrían tomarse como marcador biológico de alto riesgo de suicidio^{21, 23, 24}.

TEORIA GENETICA

Ciertas investigaciones sugieren una tasa elevada de concordancia de suicidio en gemelos idénticos. En un estudio danés sobre gemelos homocigóticos se observó que, en 20% de los casos en los que un hermano se suicidaba, el otro moría de la misma manera²¹.

Estudios sobre adopción realizados en Dinamarca muestran un mayor número de suicidios en familiares de personas suicidas comparadas con familiares de los controles²¹.

TEORÍAS PSICOLÓGICAS

En las teorías Cognitivas, Aaron Beck ha examinado la función de los estados emocionales como la desesperanza y el desamparo en la patogenia de la depresión y el suicidio. Este autor ha relacionado la “triada negativa” de la depresión con el suicidio basándose en que el pensamiento del individuo se deforma cuando la víctima se encuentra deprimida; de esta manera adquiere una opinión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo. De manera que la idea de suicidio represente una mejoría respecto a la situación actual.^{21, 23}

En la teoría Psicoanalítica, Sigmund Freud (1917), fue el primero en ofrecer explicaciones psicológicas al suicidio, quien postulaba que los motivos del acto eran intrapsíquicos, vinculándolas al instinto de muerte y a la pulsión suicida con cargas tanáticas dirigidas contra el propio yo, donde no siempre la persona es consciente de sus actos. Así sus mecanismos de defensa (negación...)son una forma de huir de la vida (de sus problemas) optando así por el suicidio²³.

TEORÍA DE LA CRISIS

La Conducta suicida es una situación crítica en la cual existe una pérdida temporal del equilibrio psíquico, principalmente por la incapacidad de manejar

situaciones dolorosas y amenazantes, por colapso de los recursos adaptativos de la persona.²¹

La Teoría de la Crisis aparece a raíz de los suicidios durante la guerra mundial, a inicios del '60 el movimiento de prevención del suicidio creció con rapidez en los Estados Unidos, al apoyarse en parte sobre la teoría de la crisis de Caplan.²¹

3. EPIDEMIOLOGIA

Se estima que la tasa de suicidio mundial es aproximadamente de 15 por 100000 habitantes según OMS el año 2002. Los países de América Latina con mayor prevalencia de suicidio son Cuba con 11 por 100000 y Puerto Rico con 10 por 100000 habitantes.¹⁷

En el Perú la cifra es en el año 2005 es de 337 suicidios, hasta agosto del 2006 se habían realizados 175 varones (72%) y 69 mujeres (28 %).^{25, 29}

Las edades fluctuaron entre los 18 a 33 años (50%) y los menores de 18 años (12%), el 62% eran solteros y el 72% residían en Lima. Con una ideación suicida en Lima de 30.4% y en los Andes 34.2%^{25,29}

Los motivos más frecuentes eran los conflictos de pareja (50%), y el desempleo (25%). Entre los métodos empleados el ahorcamiento era el más frecuente (45%), el envenenamiento (25%) y por arma de fuego (12%).²⁹

El 50% o más de ingesta cáusticas en adultos con intención suicida, tienen historia de enfermedad psiquiátrica o problemas sentimentales. En alcohólicos puede ocurrir accidentalmente. Los pacientes con intento de suicidio generalmente ingieren grandes cantidades de sustancias cáusticas, produciendo severas injurias en esófago y estómago. La distribución de la edad es de tipo bimodal, ocurriendo en menores de 5 años de edad y adultos jóvenes de 20 a 30 años.^{25, 29}

El MINSA en el año 2000 reporta 228 suicidios consumados, de los cuales el 63% eran varones. En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao en el año 2002 realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, en lo referente a la prevalencia de vida de pensamiento suicida es de 30.3% con predominio del sexo femenino. La prevalencia de vida de conductas suicidas con referencia al intento es 5.2% con predominio del sexo femenino.^{25, 29}

En el estudio Epidemiológico de salud Mental realizado en la Sierra peruana en el año 2003 por el IESM “H.D-HN”, encontramos que la prevaecía anual de deseos de morir esta en 34.2%, y la prevalencia de vida del intento suicida esta en 2.9%. Pasan del pensamiento a la concreción suicida en un 34% y de la planificación al intento en 72%.²⁸

Según últimos estudios del Instituto Especializado De Salud Mental 2H. Delgado-H. Noguchi” Oficina De Estadística E Informática, el mayor número de suicidios en el interior ocurre en Junín. Por eso los profesionales de la salud tratan de hacer todo para disminuir esa cifra cada historia es diferente, pero el método casi no difiere: Veneno o una viga para colgarse. El centro del Perú, en particular Huancayo, se ha convertido en un lugar donde el número de suicidios, en lo que va del año, se elevó considerablemente: 71. Si se tiene en cuenta que en todo el país los suicidios suman 330, según dicho estudio, entonces los ocurridos en el valle del Mantaro representan el 20% de esa trágica cifra.²⁷

Para Mercedes Jesús Peña, decana del Colegio de Sociólogos de Junín, se trata de un problema muy complejo porque la población se ha convertido en hipersensible por causa de factores históricos (terrorismo), climatológicos (desastres naturales), económicos (pobreza) y emocionales (depresión, alcoholismo, esquizofrenia, celos). "Todos los actores sociales, empezando por las autoridades, deben trabajar para cambiar esto, por lo que se sugiere campañas educativas a largo plazo en los centros educativos, incluso itinerantes en las comunidades y pueblos alejados El psicólogo Saúl Jesús Mallqui manifestó que, durante la campaña realizada en Huancayo, se pudo conocer que

la falta de comunicación al interior de las familias causa gran estrés entre sus miembros. Indicó que una persona con depresión debe buscar a alguien en quien confiar y desfogar todo lo que tiene reprimido^{30, 31}.

Problemas familiares entre las parejas, que muchas veces llegan hasta la agresión física, son observados por los hijos, quienes se llegan a convencer de que son culpables y por ello creen que si se matan, sus padres vivirán más felices.

El sociólogo Rubén Santana Onoc dice que una perspectiva muy errónea de la realidad que se arrastra desde la época de la violencia política, en que la gente se acostumbró a convivir con la muerte y que las nuevas generaciones heredaron-- es la causa por la que los pobladores de esta parte del país atentan contra su vida, convirtiendo el suicidio en una práctica que se considera normal^{31, 32}.

Los adultos que tienen problemas económicos, familiares, sentimentales o de salud cometen suicidio para librarse de la carga y ese mal ejemplo es el que transmiten a los jóvenes^{31, 32}.

Eso lleva, por ejemplo, a casos como el suicidio de adolescentes por causas tan inverosímiles como que les compraron un objeto que no les gustaba, les prohibió salir a una fiesta, los reprendieron por mal comportamiento, sacaron malas calificaciones o tuvieron decepciones amorosas.

De otra manera no se puede explicar cómo es que un adolescente de 14 o 15 años planifique quitarse la vida; es decir, escoja el lugar, llegue hasta allí provisto de los productos para matarse como veneno y alguna bebida para mezclarlo y escriba una carta de despedida. Es decir planifica el hecho con tal frialdad que no corresponde a su edad³².

El menosprecio por la vida se refuerza a través de los medios masivos de comunicación, que difunden diariamente crímenes cuyos autores apenas son sancionados, lo cual da la sensación de que la vida no vale nada.

Huancayo, Arequipa y Trujillo concentran la mayor cantidad de suicidios en el interior, reveló el jefe del Programa de Prevención del Suicidio del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Freddy Vásquez Gómez²⁸.

El suicidio constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida solo la prevención y el manejo de factores solucionarían este problema. Entre los factores de protección contra el suicidio cabe citar una alta autoestima y unas relaciones sociales ricas, sobre todo con los familiares y amigos, el apoyo social, una relación estable de pareja y las creencias religiosas o espirituales^{30, 31, 32}.

La pronta identificación y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales son una importante estrategia preventiva. Asimismo, existen datos que demuestran que la formación del personal de atención primaria en la identificación y el tratamiento de las personas con trastornos del estado de ánimo puede hacer disminuir los suicidios entre los grupos de riesgo, y así se ha observado en países como Finlandia y el Reino Unido³³.

Las intervenciones basadas en el principio de conexión social y el fácil acceso a la ayuda, como las líneas de ayuda benévola y los programas de chequeo telefónico de las personas de edad, han tenido resultados alentadores. Además, las intervenciones psicosociales, los centros de prevención del suicidio y la prevención escolar son todas ellas estrategias prometedoras³³.

4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

- Género: Los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres en relación de 3 : 1 mientras que el suicidio consumado es más frecuente en los varones en la misma relación.^{34,35}

- Edad: En referencia a los suicidios consumados, cerca de la mitad están entre 18 a 33 años. Existe una tendencia a nivel mundial del aumento de las tasas de suicidio en niños y adolescentes, las cuales se han triplicado en relación a la década anterior. También se aprecia un aumento de estas tasas en las población de la tercera edad. ^{34,35}
- Estado Civil: Los solteros constituyen el mayor grupo de riesgo en suicidio consumado e intento de suicidio. En el Programa de Prevención de Suicidio (PPS) del Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” se encontró que el 62.2% pacientes con intento de suicidio eran solteros. ^{34,35}
- Ocupación: Los desocupados constituyen el grupo de riesgo más relevante. Se ha visto un incremento de conductas suicidas violentas en militares, policías y vigilantes de seguridad, así como sus familiares, ya que cuentan con mayor disponibilidad de medios letales. ^{34,35}
- Condiciones Socioeconómicas: Es mayor en el estrato social bajo.
- Antecedentes Familiares de Enfermedad Mental: La depresión constituye el trastorno mental mas frecuentemente encontrado en los familiares de pacientes suicidas, seguido de esquizofrenia y dependencia a alcohol y drogas. ^{34,35}
- Antecedentes Familiares de Conducta Suicida: Los antecedentes de intento de suicidio en familiares de primer grado es 10.4%, predominando aquel de los hermanos con 50%; y los familiares de segundo grado 7.5% de acuerdo a los datos encontrados en el Programa de Prevención de Suicidio (PPS) del IESM “HD-HN”, 2003. ^{30, 34,35}
- Enfermedades Físicas y/o Mentales: En estudios post mortem se muestra que entre 25% a 75% de suicidios consumados padecían algún tipo de afección somática. Entre la patologías presentes tenemos SIDA, cáncer, enfermedades del SNC, cardiovasculares y otras. En relación a los trastorno mentales y los intentos de suicidio, encontramos que la depresión es hallada en un 75% de los pacientes, trastorno borderline de la personalidad 37.3% y alcohol y dependencia de drogas con 21.7%, los trastorno de adaptación con 23.2%, de acuerdo a la fuente anteriormente citada. ^{34,35}

- Consumo de Alcohol y Sustancias Psicoactivas: Existen estudio en que se encuentra que el riesgo de suicidio en alcohólicos es de 60 a 120 veces mayor en alcohólicos que en la población general.^{34,35}
- Antecedente de Maltrato Físico, Sexual y Psicológico: Son factores directamente vinculados al síndrome de conductas suicidas.^{34,35}
- Conflictos Familiares y/o Pareja: Se les considera los estresores psicosociales mas fuertemente vinculados con la conducta suicida^{34,35}
- Pérdida Parental: Se ha encontrado que las féminas son mas vulnerables a pérdidas parentales tempranas, con relación al intento suicida, según los estudios realizados por el PPS del IESM”HD-HN”, 2003^{30, 34,35}
- Carencia de Soporte Socio-Familiar: La conducta suicida se presenta con mayor frecuencia en la población con déficit en el soporte socio familiar. Anticona y col. Epidemiologia de la conducta suicida en el Hospital Víctor Larco Herrera (1999).^{30, 34,35}
- Intentos Suicidas Previos: Es el indicador mas importante del riesgo de suicidio consumado, todo intento de suicidio previo se debe tomar seriamente con factor predictor independientemente de su letalidad. Se ha encontrado su presencia en 47.9% de los pacientes atendidos como intentos suicidas^{34,35}.
- Problemas de Identidad Sexual: Estudios publicados encuentran evidencias que en personas que tienen atracción por el mismo sexo presentan un incremento en los grados de autoagresión^{34,35}.

La seriedad del intento suicida radica en lo que el joven hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si el fin del acto es comunicar un estado de descontento en general, el joven provocará ser descubierto antes de alcanzar su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de un adolescente que arregla todo para no ser descubierto, siempre debe prestarse la atención debida y ayudar al joven a elaborar y superar la crisis por la que pasa.

Se ha llegado a la conclusión que existen factores a nivel familiar que influyen completamente en la decisión del suicidio pero la variabilidad de estos factores nos

obliga a hacernos la siguiente pregunta: ¿Qué factores familiares pueden llevar a un joven a desear quitarse la vida?³⁴

Existen desde luego factores que fomentan el suicidio en los adolescentes, pero que en sí mismos no son decisivos para que se decida hacer un intento suicida. Muchos de ellos pueden contribuir a la confusión y a la depresión del joven, pero se requiere la conjunción de una diversidad de factores para que se llegue al extremo de la autodestrucción.³⁴

Recientemente se ha observado que en las familias de adolescentes suicidas los padres tienden a ser débiles internamente y que a su vez padecen fuertes sentimientos de depresión, desesperanza y desaliento. El joven que por el momento en que pasa, sufre esos mismos sentimientos, no posee las herramientas para manejarlos, pues ha visto en casa una incapacidad para manejar sentimientos negativos. Por otro lado, las familias del individuo autodestructivo suelen tener problemas para controlar sus impulsos, es decir, los miembros de la familia tienden a ser impulsivos en su enfrentamiento diario con la vida. También puede existir una tendencia familiar a manejar el estrés de manera inadecuada, y el joven aprende que éste o cualquier tipo de presión son situaciones intolerables que deben evitarse a toda costa³⁴.

En este tipo de familias suele haber conflictos constantes, particularmente separaciones, y antecedentes patológicos especialmente de alcoholismo o alguna adicción en uno o ambos padres.

En general, en estas familias existe una estructura alterada que se caracteriza por un sistema cerrado que inconscientemente prohíbe a sus miembros comunicarse entre sí y relacionarse estrechamente con el exterior. De manera que el joven se siente aislado dentro y fuera de casa, en donde tampoco la comunicación se da abiertamente³⁶.

En relación con el manejo afectivo, las familias de los adolescentes que tienden al suicidio, suelen mostrar un patrón agresivo de relación, con dificultades para

expresar el enojo y la agresión, así como una depresión familiar generalizada. Las relaciones intrafamiliares se encuentran desbalanceadas y el adolescente -por norma- sirve de chivo expiatorio que carga con las culpas, los defectos o las partes malas de la familia. De esta manera, el joven deprimido siente que no es deseado y que no se le quiere, tiene un sentimiento doloroso de abandono que expresa por medio del aislamiento y, posteriormente, de un intento suicida.³⁶

5. CLASES O TIPOS DE SUICIDOS

CLASIFICACION DE LA CONDUCTA SUICIDA:

SCHNEIDERMAN clasifica la conducta suicida en cuatro tipos³⁵:

- La conducta suicida impulsiva, que generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.
- La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Aquí, el adolescente considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán.
- Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que "no hay otra salida".
- El intento suicida como medio de comunicación, en donde el joven no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio y, así, cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean. También puede ser un intento por atraer el interés de los demás o un medio para expresar sus sentimientos de enojo.

La prevalencia de los intentos auto líticos está entre 0,7-5,9 %. La existencia de antecedentes personales de intentos auto líticos en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado. En el meta-análisis de HARRIS Y BARRACLOUGH, encuentran que las personas con intentos auto líticos previos tienen 40 veces más de riesgo de suicidio que la población general. El 82% de aquellos que realizaron intentos previos y que consumaron el suicidio finalmente, cambiaron el método a otro más letal.³⁹

Durkheim distingue cuatro clases de suicidios¹⁵:

- a. Suicidio Egoísta, típico de sociedades deficientes o carencia de integración social
- b. Suicidio Armónico, característico de falta de regulación social (anomia), o sea, las normas sociales no son interiorizadas como propias por parte del individuo
- c. Suicidio Fatalista, cuando existe un alto grado de regulación social
- d. Suicidio Altruista, característico de sociedades con alto grado de integración social.

SUICIDIO EGOÍSTA:

La inclinación al suicidio se agrava de debido a un debilitamiento de las creencias tradicionales y al estado de individualismo moral resultante de ello, este desaparece respondiendo a la instrucción a otras necesidades. El hombre busca instruirse, cuando su doctrina religiosa no responde a esta necesidad, por haber perdido cohesión, se mata¹⁵.

En la religión se protege al hombre contra el deseo de destruirse porque forma parte de una comunidad, de una sociedad, no porque se predique el respeto de su persona. La sociedad en este caso religioso, está constituida por un conjunto de creencias y prácticas comunes a sus fieles. Este conjunto es tradicional y, por lo tanto, obligatorio. Mientras más numeroso y fuerte sea, mayor capacidad preservadora y de integración logrará una sociedad¹⁵.

- **Suicidio egoísta en la familia.**

En el suicidio puede observarse un acto de desesperación, determinado por las dificultades de la existencia. El matrimonio conlleva una serie de dificultades y responsabilidades. Por esta razón, en épocas pasadas llegó a afirmarse que el matrimonio y la vida familiar multiplicaban las probabilidades de suicidio. Veremos a continuación que esta afirmación resulta falsa¹⁵.

Los matrimonios demasiados precoces ejercen una influencia negativa sobre el suicidio: los matrimonios prematuros determinan un estado moral de acción nociva¹⁵.

A partir de los 20 años las personas casadas, corren un riesgo menor ante el peligro de suicidio: Esta inmunidad se debe a una de las siguientes causas:

- La acción de la familia, neutraliza la acción o inclinación al suicidio, o bien, le impide manifestarse.
- La selección matrimonial: Sólo son admitidos al acceso a la vida familiar aquellos que ofrecen serias garantías de salud, tanto física como moral.
- En cuanto a la viudez podemos destacar que los hijos "atan" a la vida a su padre o madre, pero a la vez hacen más profunda la etapa de crisis por la que este/a está atravesando. La familia, que antes funcionaba como un "sistema de organizador" del todo, ahora está "desconcertada" por la falta de una pieza elemental.

Mientras más fuertemente esté constituida una familia, ejerce una preservación "poderosa" frente al suicidio¹⁵.

Suicidio egoísta en la sociedad.

Está comprobado a través de la historia, que el suicidio es poco frecuente en aquellas sociedades que se encuentran en proceso de evolución y de concentración. Contrariamente, se multiplican en aquellas en etapa de desintegración. Pero cabe destacar que no todas las crisis políticas o nacionales inducen al suicidio, sólo influyen en esta decisión aquellas en que existan las pasiones¹⁵.

Las conmociones sociales, las grandes guerras populares, etc. generan y avivan el sentimiento colectivo, concentran las actitudes de una sociedad hacia un mismo fin, determinando así una integración social más fuerte. Por

esta razón el individuo piensa menos en si mismo y más en el objetivo común que se desea alcanzar¹⁵.

El suicidio varía en forma inversa según el grado de integración:

- Religioso
- Doméstico o familiar
- Político o social

La sociedad se desintegra en la medida en que el individuo se desprende de la vida social, pretendiendo imponer su personalidad sobre la personalidad colectiva¹⁵.

Se llama egoísmo al estado en el que el yo, individual se afirma con exceso sobre el yo social. Por esta razón se denomina "egoísta" al tipo particular de suicidio que resulta de una individualización desmesurada¹⁵.

El sentimiento de inutilidad frente a la sociedad en que nos desarrollamos puede generar deseos, acciones suicidas "si la vida no vale la pena ser vivida, todo se convierte en un pretexto para deshacernos de ella¹⁵.

En este tipo de suicidio, el egoísmo es la causa generadora.

Es suicidio es excepcional en el niño y disminuye en el anciano debido a que tienen menos necesidades de completarse con algo exterior a ellos mismos, se bastan por si solos, por lo tanto están menos expuestos a carecer de lo necesario para vivir¹⁵.

SUICIDIO ALTRUISTA

Así como una individualización excesiva conduce al suicidio, aquella persona que se encuentra demasiado ligada a la sociedad puede suicidarse también. Pero para que el individuo se sienta tan "insignificante" en la vida colectiva como para suicidarse, es necesario primero que el grupo lo "absorba", que forme una masa compacta y continua, todos sus integrantes (no son grupos numerosos)

comporten todo, hasta la vida misma, ideas, ocupaciones, etc. En estos grupos, al poseer estas características resulta sumamente fácil y constante la "vigilancia colectiva". El individuo resulta ser distinto de sus compañeros, forma parte de un todo, sin valor por si mismo. Así su persona deja de tener valor. Para estas personas, los atentados que provienen de individuos particulares, resultan insignificantes; mientras que las exigencias colectivas resultan sumamente importantes, y por tanto, la sociedad le "exige" poner fin a su vida ante el menor motivo¹⁵.

Para quienes practican este tipo de suicidio, la virtud máxima es no tener apego a la existencia, quien renuncia a ella sin que las circunstancias la soliciten es la persona más virtuosa. Así podemos divisar una primacía social al suicidio, que se ve alentado. El individuo se sacrifica únicamente por el placer del sacrificio. El sujeto aspira a despegarse de su ser personal para "lanzarse" a otra cosa que es considerada como su verdadera existencia y su existencia propia¹⁵.

La naturaleza del suicidio altruista proviene de la "esperanza", pues responde a la expectativa de que más allá de esta vida hay mejores perspectivas. Además, implica el entusiasmo y una fe impaciente en su satisfacción mediante actos de gran energía¹⁵.

SUICIDIO ANÓMICO

La sociedad no sólo atrae hacia sí los sentimientos y la actividad de los individuos, sino que también es un poder que los regula. Esta regulación, mantiene una profunda relación con la tasa total de suicidios. La crisis económica no influye de manera considerable al suicidio. Las crisis financieras no conducen al suicidio por empobrecer a la gente, sino porque son crisis, rupturas del orden colectivo, del equilibrio que impulsan a la muerte voluntaria¹⁵.

Una persona no puede vivir ni ser feliz si sus necesidades no son suficientemente proporcionadas a sus medios. La tendencia a la vida es el resultado a todas las demás tendencias y, consecuentemente, se debilita si las otras se relajan¹⁵.

En ninguna sociedad se ven igualmente satisfechos los grados de la jerarquía social. Sin embargo, la naturaleza humana es casi la misma en todos los ciudadanos. Esta naturaleza no es la que asigna un límite a las necesidades; por lo tanto cuando dependen exclusivamente del individuo, son ilimitadas¹⁵.

Debido a que nuestra necesidad es imposible contener desde afuera, se constituye para sí mismo como "una fuente de tormentos", porque los deseos ilimitados son insaciables, no encuentran limitación, sobre pasando indefinidamente los medios de que disponen¹⁵.

Este estado de indeterminación se relaciona primero con las exigencias de la vida física, Perseguir un fin inaccesible provoca un continuo y permanente estado de descontento, este fin puede sostenerse por un tiempo, pero al repetirse las decepciones causadas por la experiencia, se abandonará. Es imposible permanecer en un estado alcanzado por mucho tiempo, debido a que "mientras más tenemos, más deseamos poseer". Esto se debe a que las satisfacciones, más que calmar, estimulan las necesidades. En la búsqueda de estas satisfacciones siempre encontramos obstáculos y en la medida en que estos se ausenten, se estará unido a la vida mediante un hilo muy tenue que puede "cortarse" en cualquier momento¹⁵.

Es necesario que, así como en el organismo regula las necesidades físicas, exista un "poder regulador" para las necesidades morales. Este poder no puede ser otra cosa que moral, por lo tanto, la conciencia es la única que puede proveer los medios para constituirlo. Los hombres consienten la limitación de sus deseos, debido a que no se consideran aptos para transgredir estos límites. Además, esta aceptación deviene que esta limitación no se la dictan ellos mismos sino que proviene, es recibida de una autoridad que respetan y en algunos casos veneran.

Es la sociedad, por mediación de sus integrantes, la que desempeña este papel moderador, ya que es el único "poder moral" superior al individuo y cuya superioridad es aceptada por este. Es la única "autorizada" para declarar el derecho y señalar a las pasiones su límite. En consecuencia moral de las

sociedades; sobre la cuál se asientan el bienestar de los trabajadores, opiniones, ideas admitidas. Es bajo este contexto de que cada individuo fija el punto extremo hasta el cual pueden llegar sus ambiciones, y si posee una sana construcción moral, sabe que no es correcto exigir más allá de esos límites. De esta manera señala sus pasiones, objetivos y términos, pero esta determinación no es rígida ni absoluta. La limitación relativa y la moderación resultante de ella, genera que los hombres "se sientan contentos con su suerte" y a la vez, los estimula a llevarla mejor a cabo. Este contentamiento genera un sentimiento de tranquilidad y actividad, un placer de ser y de vivir, constituyendo en estos signos, las características de la salud¹⁵.

Los casos de desastres económicos generan que algunos individuos, desciendan a una situación inferior a la que antes se encontraban. Por esta razón, deben reducir sus experiencias, restringir sus necesidades, aprender a contenerse, su educación moral debe rehacerse. En este momento se sienten "excluidos", la sociedad no puede en un instante plegarlos a esta nueva vida y enseñarles a ejercer sobre si mismos ese aumento de conciencia al que no estamos acostumbrados¹⁵.

La pobreza no protege contra el suicidio, porque es un freno por si misma; los deseos están obligados a contar con los medios. Mientras menos uno posee, menos inclinaciones se vayan a extender sin límites el circuito de sus necesidades. La impotencia, el obligarnos a la moderación, nos ha situado a ella y, como la mediocridad es normal, nada viene excitar el deseo. En oposición, mientras menos limitado se encuentra uno, más "insoportable" parece la limitación¹⁵.

6. COMPORTAMIENTO SUICIDA

El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y

determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor discapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio.¹³

Más de la mitad de la gente que se suicida está deprimida. A menudo, un factor como la ruptura de una relación personal, se considera la gota que desborda el vaso. La depresión combinada con una enfermedad orgánica puede llevar a intentar el suicidio. Una minusvalía física, especialmente si es crónica o dolorosa, tiene mayor probabilidad de acabar en un suicidio consumado. La enfermedad orgánica, especialmente aquella que es grave, crónica y dolorosa, tiene un papel importante en cerca del 20 por ciento de los suicidios entre las personas de edad avanzada.³³

El comportamiento autodestructivo es especialmente frecuente entre las personas con experiencias traumáticas en su niñez, especialmente las que padecieron abusos o negligencia o el sufrimiento de un hogar mono parental, quizás porque éstas son más propensas a tener mayores dificultades en establecer relaciones profundas y seguras. Los intentos de suicidio son más probables entre mujeres maltratadas, muchas de las cuales también sufrieron abusos de niñas.³³

El alcohol incrementa el riesgo de conducta suicida porque agrava los sentimientos depresivos y disminuye el autocontrol. Alrededor de la mitad de los que intentan el suicidio están intoxicados en el momento de hacerlo, los alcohólicos son particularmente propensos al suicidio incluso cuando están sobrios.

La autoagresión violenta puede ocurrir durante un cambio de humor hacia una depresión profunda pero transitoria. Los cambios de humor pueden estar causados por fármacos o por enfermedades graves. Los que padecen epilepsia, especialmente aquellos con epilepsia del lóbulo temporal, con frecuencia experimentan episodios depresivos breves pero intensos lo que, unido a la disponibilidad de fármacos para tratar su enfermedad, incrementa el factor de riesgo para la conducta suicida.¹³

Aunque no existe una sola causa para el suicidio, los investigadores nos dicen que el comportamiento suicida está asociado con un cierto número de factores de riesgo que frecuentemente se combinan. Entre estos factores están³³:

- La depresión clínica y otras enfermedades mentales: Más de un 60 por ciento de todas las personas que se suicidan sufren de depresión grave, si uno incluye a personas deprimidas que abusan del alcohol, la cifra aumenta al 75 por ciento, casi todas las personas que se quitan la vida sufren de algún desajuste mental diagnosticable o padecen el abuso de alguna sustancia, o ambos desórdenes.
- El abuso del alcohol y otras sustancias. El alcoholismo es un factor que aparece en el 30 por ciento de todos los suicidios que se cometen.
- Los eventos adversos en la vida. Tales eventos pueden ser: el sufrir una confusión acerca de la propia identidad o, en el caso de las personas jóvenes, el sentirse excluidos de los demás; una crisis familiar por el divorcio o la muerte de alguien cercano; la pérdida de los medios de subsistencia, ocasionado ya sea por una crisis económica rural, por reducción en los negocios o en las empresas, o por algún recorte de personal o la eliminación de programas gubernamentales. Otras causas pueden ser: el comportamiento adictivo, alguna enfermedad crónica, grave o fatal, o los efectos de un desastre natural o social. Para la mayoría de las personas, los eventos adversos de la vida no necesariamente conducen a un comportamiento suicida. Pueden contribuir a un comportamiento suicida si ya existe un contexto de enfermedad mental o abuso de sustancias tóxicas³
- Los factores familiares, tales como una historia clínica familiar de suicidio, de enfermedad mental o de abuso de sustancias, así como de violencia y abuso sexual.
- Los factores culturales y religiosos, tales como las creencias de que el suicidio es una resolución noble a un dilema personal, o la destrucción de la cultura tradicional de la gente, que puede conducir a sentimientos de separación del pasado, aislamiento y desesperanza.

- Los intentos de suicidio previos, la existencia de armas de fuego en el hogar, el encarcelamiento, tendencias impulsivas o agresivas, y exposición a comportamiento suicida de otros (por parte de miembros de la familia o compañeros, o a través de reportajes noticiosos inadecuados o de historias de ficción). Los suicidios entre las personas jóvenes a veces ocurren en grupo y pueden, incluso, llegar a convertirse en una epidemia. Las personas jóvenes son particularmente susceptibles a imitar el comportamiento que conduce a un suicidio no intencional.

FARBEROW menciona que, en la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que, generalmente, éste exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos. Estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular. El joven intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos. De esta manera el intento suicida puede ser la representación de su trabajo de duelo³³.

7. CUADRO CLINICO:

La conducta suicida es caracterizada por un espectro clínico que abarca desde ideas suicidas vagas hasta el suicidio consumado. Los pensamientos suicidas son mas frecuentes que los intentos de suicidio o suicidios consumados.

La conducta suicida debe ser explorada en todos los pacientes que presentan episodio depresivo, crisis de angustia, episodios psicóticos agudos, conducta impulsiva y consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades terminales como, cáncer, HIV, SIDA, neurológicas (hemiplejia, cuadriplejia), delirium tremens o condiciones como el embarazo no deseado, etc⁴⁰.

CRITERIOS DE SEVERIDAD

Relacionados con⁴⁰:

- Método Utilizado: Se considera de alta letalidad: Armas de fuego, sustancias cáusticas, ahorcamiento.
- Planificación del Acto Suicida: Plan activo, determinante.
- Persistencia del Pensamiento Suicida: Reiterativo.
- Alucinaciones Auditivas Comandatorias de Autoeliminación: Voces que ordenan que se elimine.
- Trastornos Psiquiátricos Mayores: Como por ejemplo, Depresión mayor, Esquizofrenia Paranoide, Trastorno de Estrés Post Traumático, Trastorno por Abuso de sustancias psicoactivas y alcohol, ludopatía, Trastorno de la Conducta Alimentaria, etc.

8. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

DATOS CLÍNICOS⁴¹

- Pensamiento: Presenta un compromiso de los valores existenciales. Desde cuestionamiento de la existencia hasta el pensamiento conviccional de autodestrucción.
- Afectividad: ánimo depresivo con sensación de vacío y desesperanza
- Lenguaje: Expresión verbal o no verbal del cuestionamiento de la existencia
- Impulsividad: Carencia del control de los impulsos

EXAMEN FÍSICO

- Evaluar las funciones vitales, en caso de envenenamiento, el paciente puede presentar vómitos, convulsiones, desvanecimiento, dolores abdominales que requieren urgente atención.
- Si se trata de una sobredosis de medicamentos ya sea tranquilizantes o antidepresivos, el paciente puede cursar con somnolencia, sedación, sopor, disartria, dificultad para caminar, desmayo, etc.

- En cuanto a las heridas con arma blanca, estas son inferidas principalmente en los antebrazos y en el abdomen debiendo considerarse la profundidad y el tipo de arma.
- Otros métodos como el lanzamiento de altura pueden tener repercusiones de fracturas o lesiones de consideraciones sobre todo en los miembros inferiores.
- Especial interés tendrá que ponerse en los intentos suicidas por ahorcamientos para auxiliar oportunamente al paciente⁴¹.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Intoxicaciones accidentales, Alérgicas
- Inhalación de gases
- Accidentes laborales, de tránsito o fortuitos
- Ahogamiento
- Caídas de altura
- Quemaduras
- Heridas de bala
- Fracturas, etc.

EXAMENES AUXILIARES

PATOLOGÍA CLÍNICA

- Hemograma Completo
- Dosaje Sustancias: Cocaína, Marihuana, Benzodiazepinas, Fenilciclidina y Éxtasis.
- Test de Embarazo en mujeres en edad fértil.
- Elisa para HIV o exámenes similares
- Evaluaciones psicológicas de acuerdo al problema presentado.
- Otros exámenes de acuerdo a lesiones presentadas
- Imágenes de acuerdo al cuadro clínico⁴¹.

EVALUCION DEL PACIENTE SUICIDA.

Ante la dificultad de realizar una correcta evaluación se postulan en la literatura distintas escalas.

- 1- La escala SAD PERSONS elaborada por Patterson et al en 1983, es una herramienta útil para detectar el riesgo de suicidio y tomar una determinación con respecto a la conducta a seguir ya que contiene la mayoría de los factores importantes de tener en cuenta para evaluar la posibilidad de que un intento se repita.⁴² (VER ANEXO)
- 2- Escala de IDEACIÓN SUICIDA elaborada por Beck et al en 1979, es un instrumento estandarizado muy útil que realiza una combinación de las preguntas más importantes. Según estos autores puntuaciones inferiores a 6, indicarían una tentativa de suicidio de bajo riesgo, puntuaciones de 10 indicarían riesgo moderado, mientras que puntuaciones por encima de 16 serían sugestivas de riesgo alto.⁴² (VER ANEXO)

Además, la valoración del paciente suicida en general, como en casi todos los pacientes psiquiátricos, debe incluir también un examen físico completo, máxime si se tiene en cuenta el hecho que el 92,5% de los intentos de suicidio se produce por ingestión de fármacos, especialmente ansiolíticos y analgésicos⁴².

El estudio físico que se efectúe dependerá del equipamiento con que se cuente en la unidad de urgencias en la que se realiza la práctica clínica. En todo caso, siempre que se sospeche un alto riesgo de suicidio, no debe descartarse totalmente que éste no se haya cometido por auto ingestión medicamentosa, por lo que conviene controlar constantes⁴².

9. COMPLICACIONES

- Infecciones agregadas
- Reacciones alérgicas
- Paro cardio-respiratorio
- Estados comatosos
- Úlceras gastrointestinales
- Dificultades socio familiares

CAPITULO III DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.1. DEFNICION DE TERMINOS:

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.

IDEACION SUICIDA

Se denomina así en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasías o prefiguración de la propia muerte. Sinónimo de pensamiento suicida.

INTENCION Y TENTATIVA SUICIDA

Es el concepto general que sirve para designar a todo acto que busque la muerte propia, manipular, y del cual se sobrevive.

MOTIVO DEL INTENTO SUICIDA

Corresponde a la causa desencadenante para la toma de la decisión suicida, puede estar submeditada al efecto de ciertas sustancias las cuales pueden aumentar o disminuir el pensamiento suicida.

MODALIDAD DEL SUICIDIO

Es la forma usada para incurrir en el intento de suicidio esta puede darse en dos formas: con la ingesta de sustancias nocivas para el organismo y la producción de lesiones autoinflingidas siendo dentro de las mas frecuentes los cortes con objetos punzo cortantes, uso de armas de fuego, ahorcamiento, inmersión y caída libre.

TASA DE MORTALIDAD

Es la cifra que se obtiene luego de la operacionalización de el numero total de fallecidos encontrados en nuestro estudio como consecuencia del intento de suicidio entre el numero total de pacientes de nuestro estudio.

LUGAR DE PROCEDENCIA

El lugar de procedencia de nuestro estudio estará regido por las redes de atención de Salud del departamento de Tacna, ya que son estas las que deberían de prestar la primera atención al paciente y además de realizar el seguimiento y la identificación de los casos.

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

GRUPO	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	EDAD	CUANTITATIVA	< DE 10 AÑOS 10 A 29 AÑOS 30 A 39 AÑOS 40 A 49 AÑOS 50 A 59 AÑOS > DE 60 AÑOS	INTERVALO
	SEXO	CUALITATIVA	MASCULINO FEMENINO	NOMINAL
	PROCEDENCIA	CUALITATIVA	RED CONO SUR RED CONO NORTE RED METROPOLITANO RED ALTO ANDINA RED LITORAL OTROS	NOMINAL
	OCUPACION	CUALITATIVA	DESEMPLEADO MECANICO AGRICULTOR COMERCIANTE VENDEDOR ESTUDIANTE UNIVERSITARIO OTROS.	NOMINAL
	ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	SOLTERO CASADO DIVORCIADO CONVIVIENTE OTROS	NOMINAL
	FECHA DE INGRESO	CUANTITATIVA	DIA MES AÑO	ORDINAL

**“ESTUDIO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE
MINSA DE TACNA EN EL AÑO 2009”**

DATOS DE LA ATENCION	MODALIDAD	CUALITATIVA	INGESTA DE SUSTANCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • ALCOHOL • ORGANO FOSFORADO • ALCALIS • CAUSTICOS • HIDROCARBUROS • MEDICAMENTOS LESIONES INFRINGIDAS <ul style="list-style-type: none"> • ARMA BLANCA • ARMA DE FUEGO • AHORCAMIENTO • AHOGAMIENTO • CAIDA 	NOMINAL
	MOTIVO	CUALITATIVA	<ul style="list-style-type: none"> • DECEPCION AMOROSA • PROBLEMAS LABORALES • PROBLEMAS FAMILIARES • PROBLEMAS DE SALUD • OTROS 	NOMINAL
	DIAS DE HSOPITALIZACION	CUANTITATIVA	NUMERO DE DIAS	ORDINAL
	INTERCONSULTA Y DIAGNSOTICO PSIQUIATRICO	CUALITATIVA	DIAGNOSTICO	NOMINAL
	FALLECIDO	CUALITATIVA	SI NO	NOMINAL
	DIAGNOSTICO DE EGRESO	CUALITATIVA	DIAGNOSTICO	NOMINAL

CAPITULO IV METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4.1. DISEÑO:

Este es un estudio descriptivo; retrospectivo, transversal y observacional por la interferencia del investigador en el estudio.

4.2. AMBITO DEL ESTUDIO:

- Ubicación Espacial:

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009.

El Servicio de Emergencia del Hospital de referencia se encuentra ubicado a 562msnm., cuya infraestructura esta equipado para casos de Alto Riesgo, con 20 camas de hospitalización y médicos asistentes de las especialidades de Cirugía, Medicina Interna, Pediatría y Ginecología además de enfermeras capacitadas e internos de medicina, enfermería y obstetricia.

- Unidades de Estudio:

Pacientes atendidos con intento de suicidio, diagnosticados y tratados en el servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009

4.3. POBLACIÓN

Se tomó como población todos los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna

4.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.4.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes hombres y/o mujeres atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna con el diagnóstico de tentativa de suicidio en el año 2009

4.4.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes con intento de suicidio que no hayan sido atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna.
- Pacientes con intento de suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna pero que no estén comprendidos dentro del periodo de estudio
- Pacientes con intento de suicidio cuya Historia Clínica contenga datos incompletos y/o enmendaduras.

CAPITULO V PROCEDIMIENTO DE ANALISIS DE DATOS

Los datos obtenidos fueron tabulados en cuadros y gráficos, la distribución porcentual de grupos se realizó en base a los resultados obtenidos durante la realización del estudio.

5.1 DIGITACION Y ANALISIS ESTADISTICO:

El procesamiento de datos se realizó utilizando una PC Intel Dual Core con 1GB de memoria RAM, Disco Duro de 160GB.

Debido que la muestra estuvo constituida por 231 UUA como casos, se tuvo que analizar los datos en busca de los objetivos, como estrategia para el manejo de resultados usamos los porcentajes por números de casos y promedios de las mediciones tomadas, se realizaron los cruces de variables pertinentes para poder obtener resultados acordes a los objetivos del trabajo.

Se utilizó para ello los programas EXCEL y SPSS 11 para el procesamiento de datos, se contó con la supervisión y asesoramiento de un especialista en estadística, además se decidió realizar la prueba estadística de CHI^2 , para poder determinar alguna relación estadística de importancia.

CAPITULO VI RESULTADOS

TABLA N° 1.
Pacientes con diagnóstico de intento de suicidio según edad y sexo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009

GRUPO ETAREO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Menor de 10	1	100.00%	0	0.00%	1	0.43%
10 a 19	9	30.00%	21	70.00%	30	12.99%
20 a 29	38	38.38%	61	61.61%	99	42.86%
30 a 39	25	43.10%	33	56.90%	58	25.11%
40 a 49	11	37.93%	18	62.07%	29	12.55%
50 a 59	4	36.36%	7	63.64%	11	4.76%
60 a más	1	33.30%	2	66.70%	3	1.30%
TOTAL	89	38.53%	142	61.47%	231	100%

CHI² = 1.09 (p=0.955)

En nuestro estudio luego de ser analizados 231 pacientes que ingresaron al Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna durante el año 2009 con el diagnóstico de intento de suicidio, se pudo obtener como resultado que la edad de mayor porcentaje de casos se presentó en el grupo etario de 20 a 29 años de edad con un total de 99 casos (42.86%), seguido por el grupo etario de 30 a 39 años con 58 casos (25.11%) y por el grupo de 10 a 19 años con un total de 30 casos (12.99%).

Así también observamos en forma general en todos los grupos de edad predominó el sexo femenino con un número de 142 casos (61.47%).

Evidenciamos que no existe asociación entre la edad y el sexo de los pacientes que intentan suicidarse con un p valor = 0.955, siendo indiferente el intento de suicidio para ambos casos.

TABLA N° 2

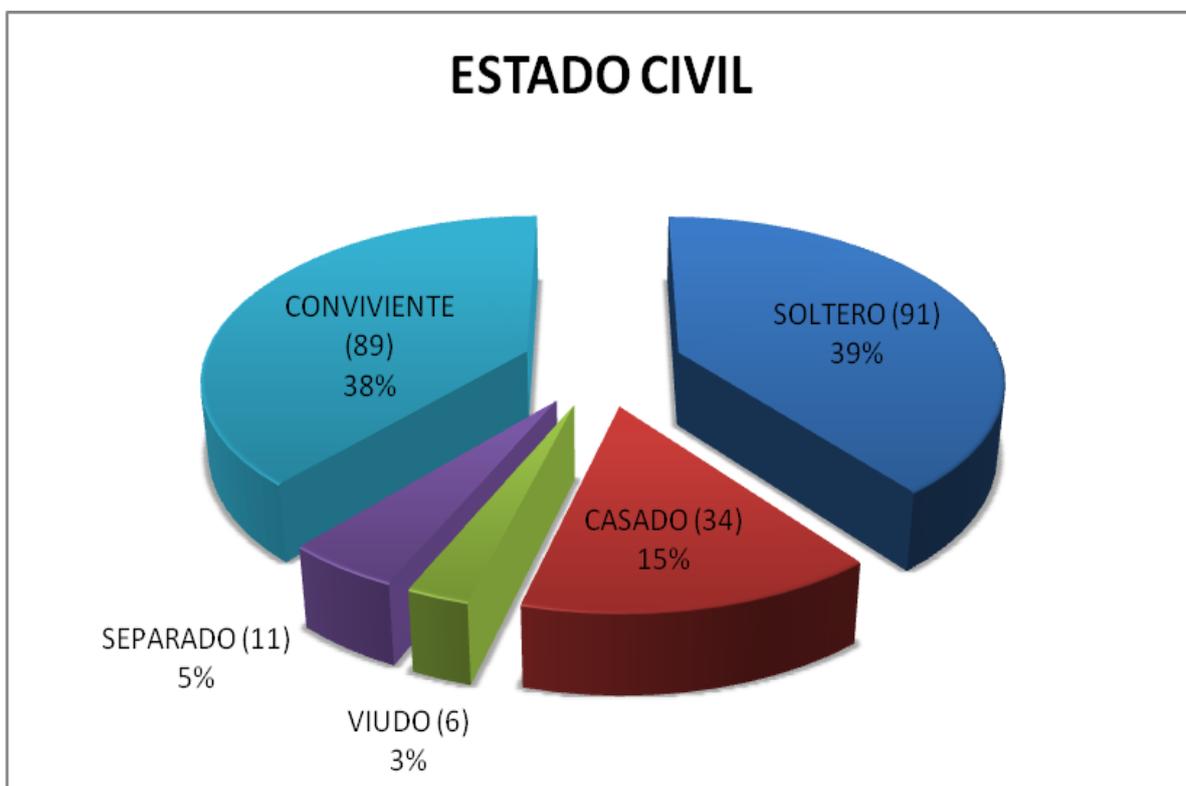
Pacientes con diagnóstico de intento de suicidio según ocupación atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009

OCUPACIÓN	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		N°	%
	N°	%	N°	%		
AGRICULTOR	8	34.78%	15	65.22%	23	9.96%
ALBAÑIL	4	100.00%	0	0.00%	4	1.73%
ESTUDIANTE	39	38.24%	63	61.76%	102	44.16%
CHOFER	6	100.00%	0	0.00%	6	2.60%
COMERCIANTE	13	29.55%	31	70.45%	44	19.05%
DESEMPLEADO	5	35.71%	9	64.29%	14	6.06%
SU CASA	0	0.00%	8	100.00%	8	3.46%
MECÁNICO	5	100.00%	0	0.00%	5	2.16%
OTROS	9	36.00%	16	64.00%	25	10.82%
TOTAL	89	38.53%	142	61.47%	231	100%

En la siguiente tabla, observamos que de 231 pacientes analizados, la ocupación con mayor número de casos de intento de suicidio se dio en estudiantes con 102 casos (44.16%), observándose también el predominio del sexo femenino con 63 casos representando el 61.76% de toda la población estudiantil. En segundo lugar tenemos a los comerciantes con un total de 44 casos (19.05%), de los cuales la mayor incidencia se presentó en el sexo femenino con 31 casos (70.45%) y en tercer lugar tenemos a los pacientes que tienen otras profesiones u oficios con 25 casos que representan el 10.82%, de los cuales 16 casos (64%) son de sexo femenino.

GRÁFICO N° 1

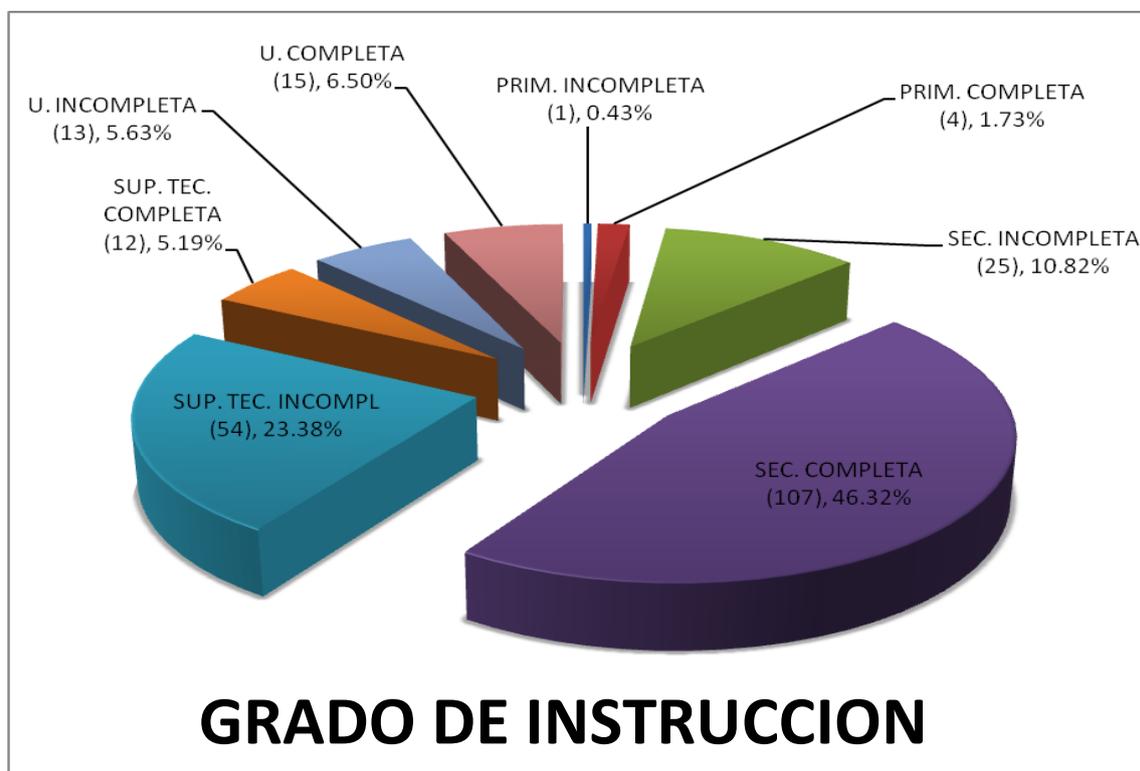
Pacientes con diagnóstico de intento de suicidio según estado civil atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009



En relación al estado civil, encontramos que el mayor porcentaje de casos se presentó en los pacientes solteros con 91 casos (39.39%), seguido de los convivientes con 89 casos (38.53%), luego encontramos en orden de frecuencia a los pacientes casados con 34 casos (14.72%) y en menor cantidad a los pacientes cuyo estado civil son separados con 11 casos (4.76%) y viudos con 6 casos (2.60%).

GRÁFICO N° 2

Pacientes con diagnóstico de intento de suicidio según grado de instrucción atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009

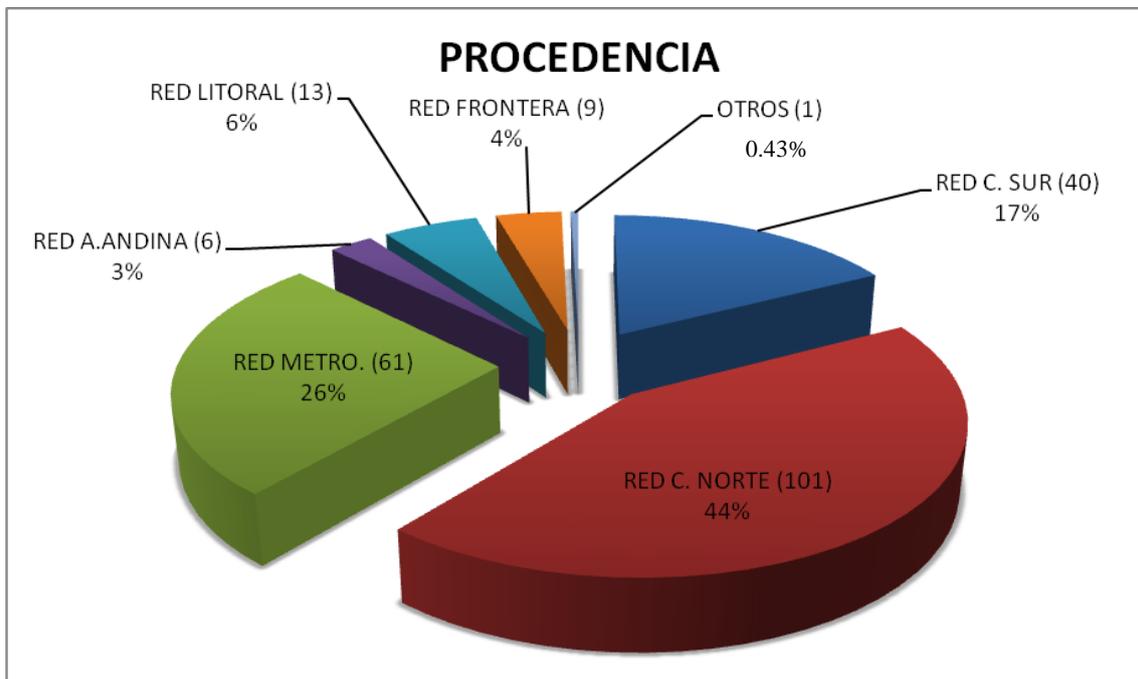


De acuerdo al grado de instrucción, en el siguiente gráfico vemos que el mayor número de casos se presentó en pacientes con secundaria completa con 107 casos (46.32%), seguido de superior técnico incompleto con 54 casos (23.38%) y en tercer lugar fue el de secundaria incompleta con 25 casos (10.82%).

En forma global el grado de instrucción de mayor casuística fue la educación secundaria con un total de 132 casos (57.14%), seguido de la educación superior con un total de 94 casos (40.69%) y en menor casuística la educación primaria con 5 casos (2.16%).

GRÁFICO N° 3

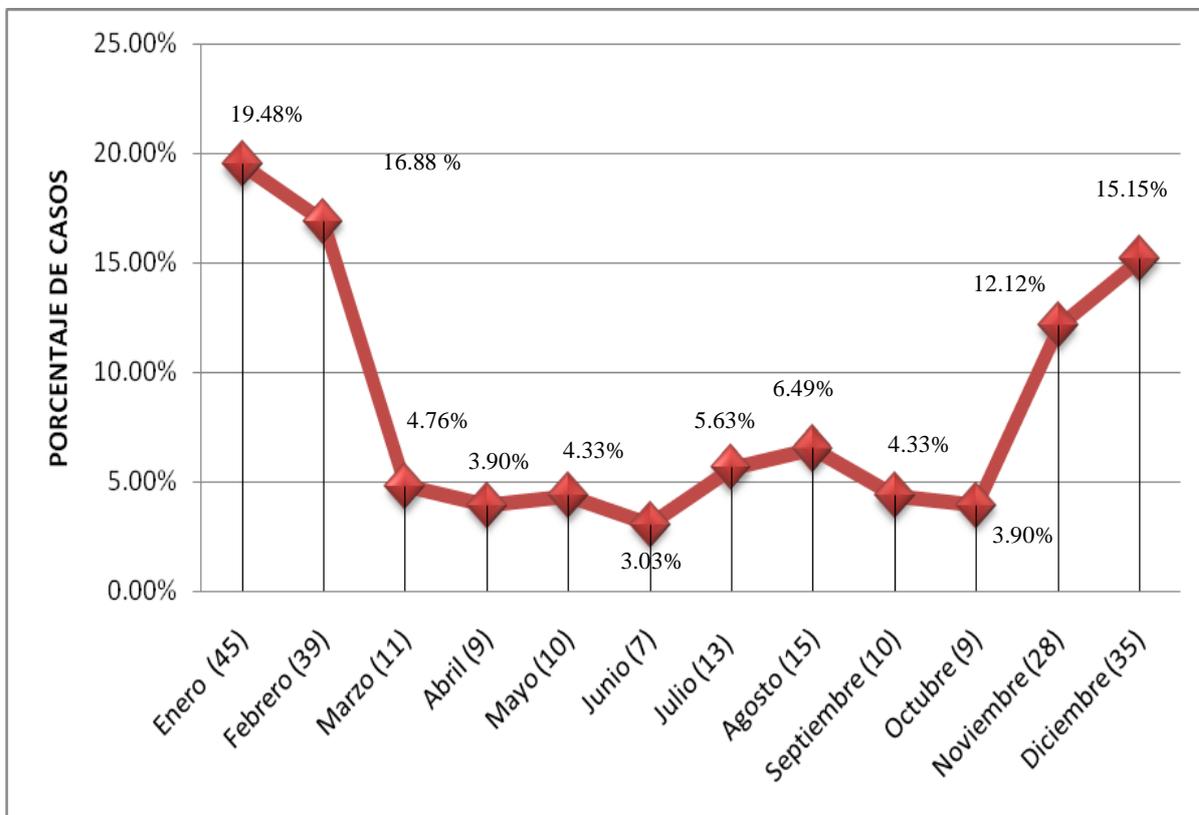
Pacientes con diagnóstico de intento de suicidio según procedencia atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009



En cuanto al lugar de procedencia, en nuestro estudio debemos mencionar que hemos agrupado a los pacientes en las diferentes redes de atención del sector salud. En primer lugar obtuvimos que el mayor número de casos se presentó a nivel de la Red Cono Norte con 101 casos (43.72%), dicha Red corresponde a las localidades de Alto Alianza y Ciudad Nueva; el segundo lugar lo ocupó la Red Metropolitana con 61 casos (26.41%), la cual abarca el Cercado de Tacna, el tercer lugar fue a nivel de la Red Cono Sur con 40 casos (17.32%), dicha red comprende a las localidades de Gregorio Albarracín Lanchipa y Viñani. Las Redes de menor porcentaje fueron Litoral, Alto Andina, Frontera y otros.

GRÁFICO N° 4

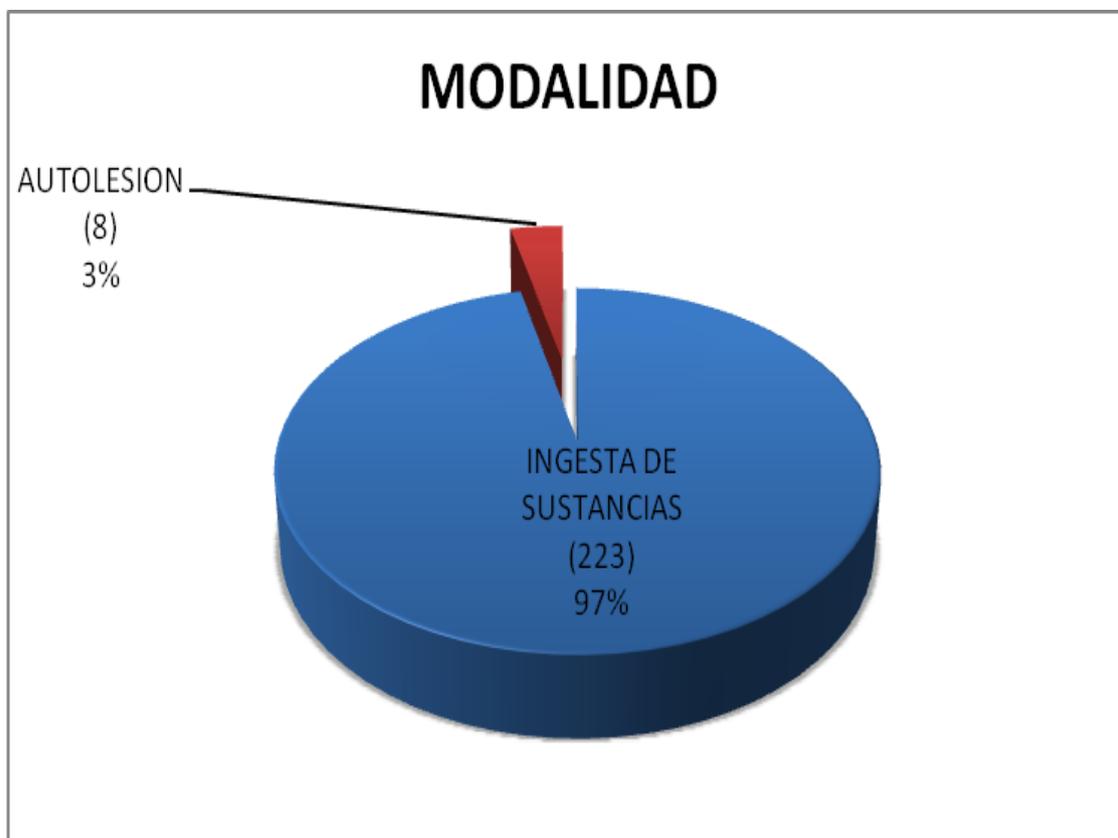
Frecuencia de casos por mes de pacientes con diagnóstico de intento de suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009



En el gráfico 4, podemos observar que los meses donde se presentan la mayoría de casos son Enero, Febrero, Noviembre y Diciembre; en el mes de Enero se obtuvieron un total de 45 casos (19.48%), seguido del mes de Febrero con un total de 39 casos (16.88%), se observa luego un considerable descenso en el número de casos en los meses de Marzo, Abril, Mayo, Junio, para luego presentar un leve incremento en los meses de Julio, Agosto; luego se observa un incremento en los meses de Noviembre con 28 casos (12.12%) y Diciembre con 35 casos (15.15%).

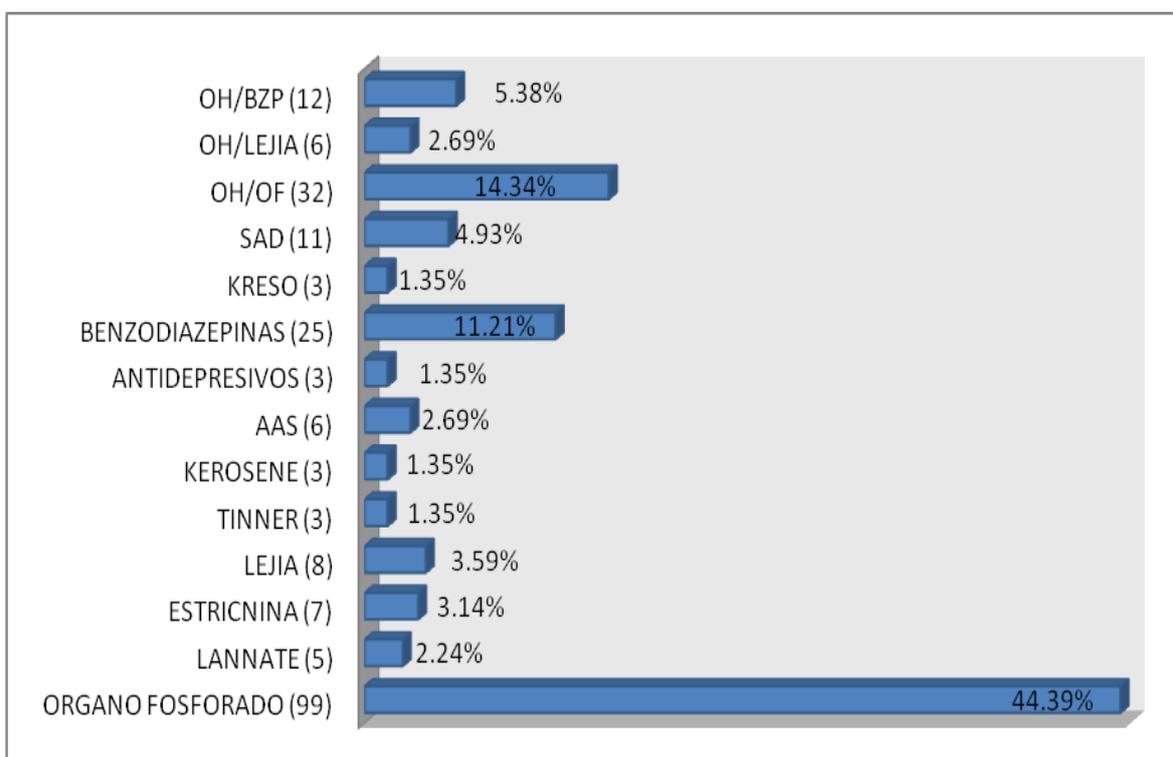
GRÁFICO N° 5

Modalidad del intento de suicidio en pacientes con diagnóstico de intento de suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009



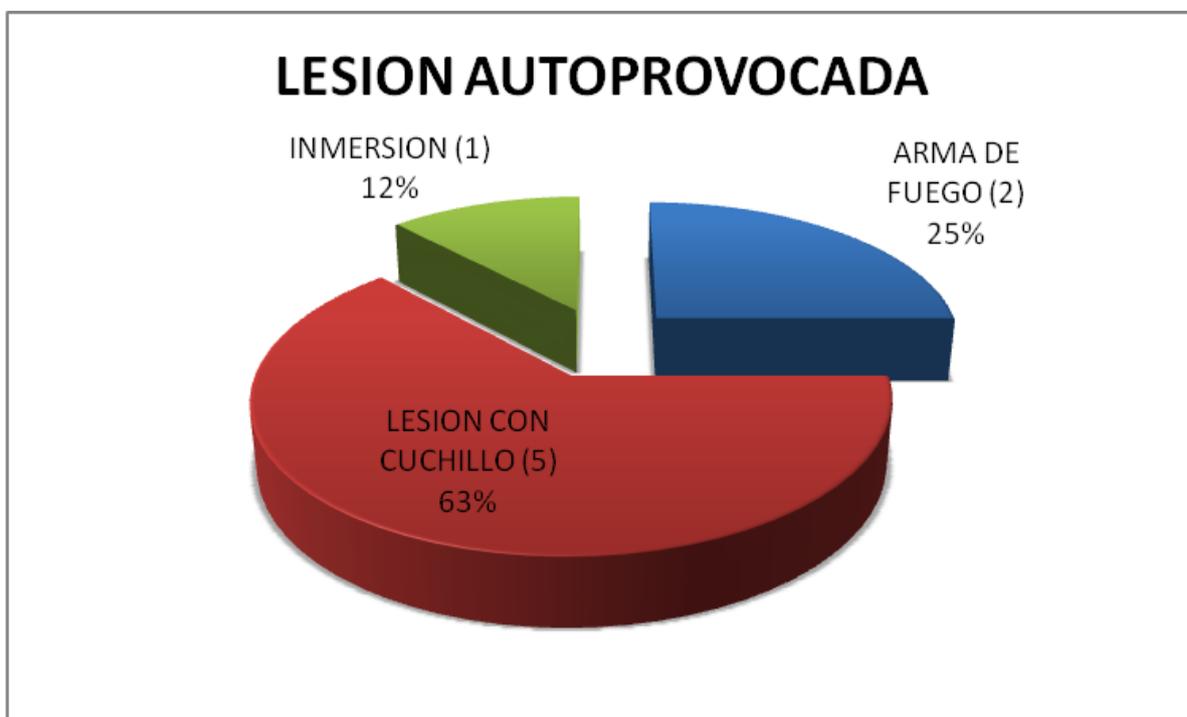
En el siguiente gráfico, se observa que la mayoría de los casos corresponden a la ingesta de diversas sustancias como modalidad para la tentativa de suicidio con 223 casos (96.54%) y en menor cuantía tenemos la autolesión con 8 casos (3.46%)

GRÁFICO N° 6
Sustancia que ingirieron pacientes con diagnóstico de intento de suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009



En el gráfico 6, correspondiente a la ingesta de sustancias como medio para el intento de suicidio, el mayor porcentaje fue para el uso de los órganos fosforado con 99 casos (44.39%), seguido de la combinación Órgano fosforado y alcohol (OH/OF) con 33 casos (14.34%), y en tercer lugar de frecuencia las benzodiazepinas con 25 casos (11.21%).

GRÁFICO N° 7
Lesión auto provocada en pacientes con diagnóstico de intento de suicidio atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009



En el gráfico 7, correspondiente al intento de suicidio por lesión auto provocada, se presentaron 8 casos de los cuales el 63% (5 casos) corresponden a lesión con arma blanca (cuchillo), el 25% (2 casos) correspondiente a lesiones con arma de fuego y se presentó un caso de inmersión (12%).

TABLA N° 3
Sustancia que ingirió y autolesión según sexo en pacientes con diagnóstico de intento de suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009

MODALIDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Alcohol/OF	10	31.25%	22	68.75%	32	13.85%
Alcohol/Legía	2	33.30%	4	66.70%	6	2.60%
Alcohol/BZP	7	58.33%	5	41.67%	12	5.20%
Órgano fosforado	37	37.37%	62	62.63%	99	42.86%
Lannate	4	80.00%	1	20.00%	5	2.16%
Estricnina	4	57.14%	3	42.86%	7	3.03%
Legía	3	37.50%	5	62.50%	8	3.46%
Tinner	3	100.00%	0	0.00%	3	1.30%
AAS	1	16.60%	5	83.40%	6	2.60%
Antidepresivos	0	0.00%	3	100.00%	3	1.30%
Kerosene	0	0.00%	3	100.00%	3	1.30%
Sust. No determinada	3	27.27%	8	72.73%	11	4.76%
Benzodiacepinas	7	28.00%	18	72.00%	25	10.82%
Otro (kreso)	2	66.60%	1	33.40%	3	1.30%
Inmersión	1	100.00%	0	0.00%	1	0.43%
Arma Blanca	3	60.00%	2	40.00%	5	2.16%
Arma de Fuego	2	100.00%	0	0.00%	2	0.87%
TOTAL	89	38.53%	142	61.47%	231	100%

En la siguiente tabla se puede evidenciar que el mayor porcentaje de los pacientes que ingirieron órganos fosforados lo representan el sexo femenino con 62 casos (62.63%).

De las sustancias ingeridas en combinación, tenemos con mayor frecuencia al Alcohol y los Órganos Fosforados con 22 casos (68.75%) en el sexo femenino y 10 casos (31.25%) en el sexo masculino.

El número de casos de acuerdo a la ingesta de sustancias es mayor en el sexo femenino a excepción de los pacientes que ingirieron Alcohol y Benzodiacepinas, Lannate, Estricnina, Tinner y Kreso.

En cuanto a las lesiones auto provocadas el mayor porcentaje se presentó en los que usaron armas punzo cortantes con 5 casos (2.16%), de los cuales 3 casos (60%) corresponden al sexo masculino; en las demás modalidades como inmersión y arma de fuego también se observa el predominio en el sexo masculino.

TABLA N° 4

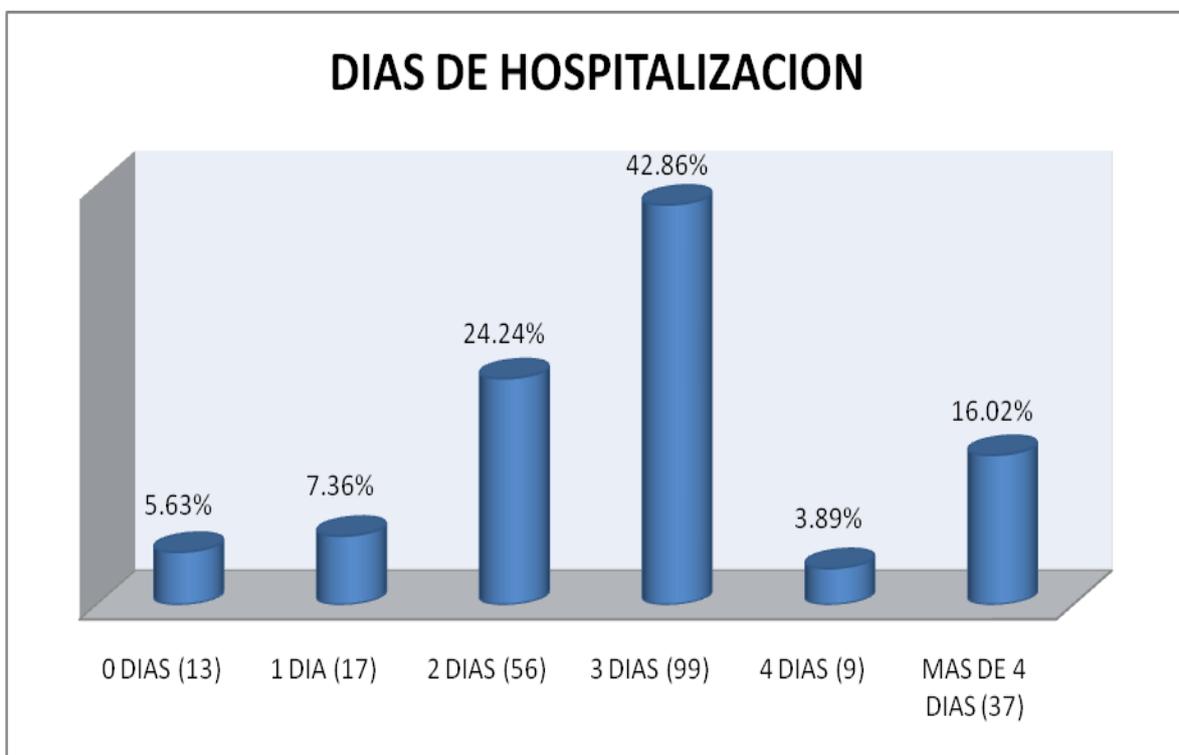
Motivo del intento de suicidio según edad y sexo en pacientes con diagnóstico de intento de suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSa de Tacna en el año 2009

EDAD Y SEXO

MOTIVO	Menor 10		10 a 19		20 A 29		30 A 39		40 A 49		50 A 59		60 A MAS		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	N°	%
Decepción amorosa	0	0	3	10	18	43	6	17	3	11	1	3	0	0	115	49.78%
Problemas laborales	0	0	0	0	7	3	13	5	6	1	0	0	0	0	35	15.15%
Problemas familiares	0	0	6	11	13	15	5	11	2	6	3	4	0	2	78	33.77%
Problemas de salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0	1	0.43%
Otras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
No determinado	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0.87%

En la tabla 4, con respecto al motivo por el cual se produce el intento de suicidio, observamos que 115 casos (49.78%) se debió a decepciones amorosas teniendo como edades de mayor riesgo de 20 a 29 años, seguido de 30 a 39 años. Según el sexo se observa que predominó el sexo femenino. Como segunda causa de mayor frecuencia, obtenemos los problemas familiares que representan 78 casos (33.77%), siendo el rango de edad de mayor riesgo de 20 a 29 años, seguido por 10 a 19 años, con igual predominio en el sexo femenino y como tercer motivo de intento de suicidio tenemos los problemas laborales que se presentaron en 35 casos (15.15%) y las edades de mayor riesgo son de 30 a 39 años, seguido de 20 a 29 años con predominio del sexo masculino.

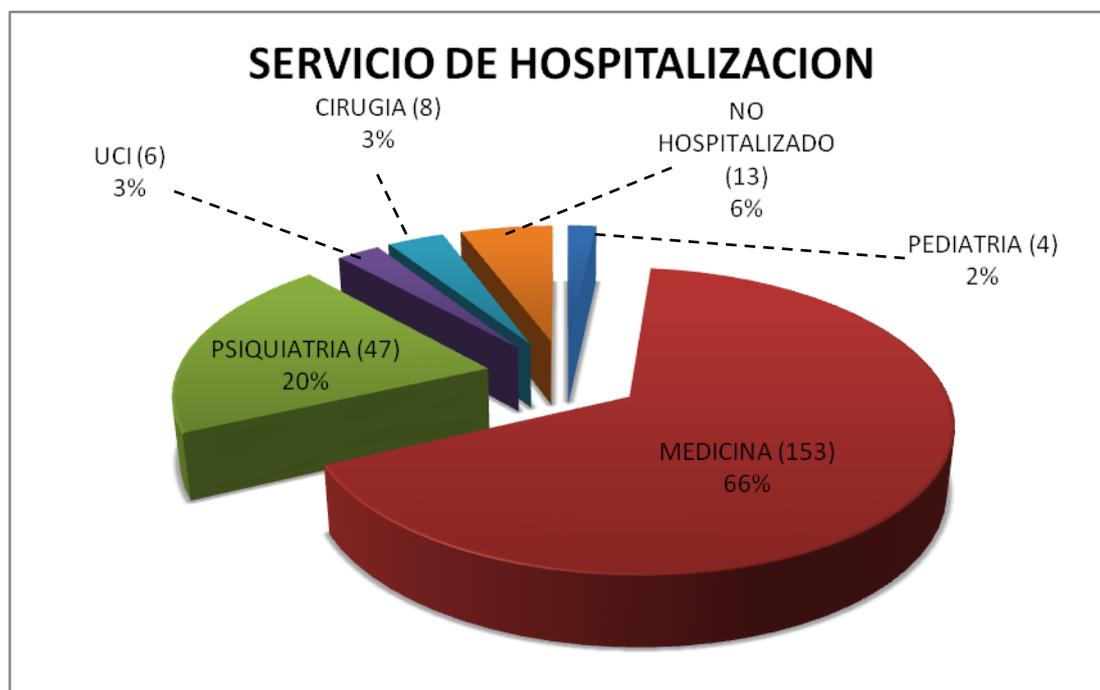
GRÁFICO N° 8
Días De Hospitalización en pacientes con diagnóstico de intento de suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009



En el gráfico 8 la estancia hospitalaria de mayor porcentaje fue de 3 días con 99 casos (42.86%), seguido de 2 días con 56 casos (24.24%) y en tercer lugar una estancia hospitalaria mayor de cuatro días con 37 casos (16.02%). Además obtuvimos 13 casos que no fueron hospitalizados con un porcentaje de 5.63%; estos pacientes corresponderían a los retiros voluntarios realizados en el Servicio de Emergencia y a pacientes que se fugaron del servicio.

GRÁFICO N° 9

Servicio de Hospitalización de los pacientes con diagnóstico de intento de suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009



En el gráfico 9, observamos que el mayor número de hospitalizaciones se presentó en el Servicio de Medicina con 153 casos (66.23%), seguido por el Servicio de Psiquiatría con 47 casos (20.35%), asimismo se observa hospitalizaciones en el Servicio de Cirugía con 8 casos (3.46%), Pediatría con 4 casos (1.73%) y por ultimo el Servicio de UCI con 6 casos (2.60%).

GRÁFICO N° 10

Interconsulta a Psiquiatría realizada a pacientes con diagnóstico de intento de suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009



En el gráfico 10, se observó que de los 231 casos, 223 que corresponden al 96.54%, se le realizó la interconsulta a Psiquiatría; la cual se produjo durante su estancia en el Servicio de Emergencia o durante su hospitalización.

TABLA N° 5
Diagnostico de Psiquiatría según edad y sexo en pacientes con diagnóstico de intento de suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna en el año 2009

DIAGNÓSTICO	SEXO														total	
	MENOR 10		10 a 19		20 A 29		30 A 39		40 A 49		50 A 59		60 A MAS		N°	%
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
T. Ansiedad Generalizada	0	0	4	6	16	9	11	3	9	3	0	3	0	1	65	28.14%
T. Depresivo	0	0	3	12	12	30	7	9	0	7	0	0	1	0	81	35.06%
T. Ansioso depresivo	0	0	2	0	6	3	3	11	0	2	0	2	0	1	30	12.99%
T. Ansioso depresivo severo	0	0	0	3	0	16	3	9	0	6	0	2	0	0	39	16.88%
T. de Personalidad	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	4	1.73%
T. Disociativo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0.43%
T. Histriónico	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1.30%
Sin interconsulta	1	0	0	0	2	0	0	1	2	0	2	0	0	0	8	3.47%
TOTAL	1	0	9	21	38	61	25	33	11	18	4	7	1	2	231	100%

En la tabla 5, el diagnóstico Psiquiátrico de mayor prevalencia fue el Trastorno Depresivo con 81 casos (35.06%), de los cuales 58 casos (71.60%) fueron de sexo femenino. El grupo etario de mayor casuística en esta patología es de 20 a 29 años. En segundo lugar encontramos al Trastorno de Ansiedad Generalizada con 65 casos (28.14%), siendo de mayor prevalencia en el sexo masculino con 40 casos (61.54%) y en el grupo etario de 20 a 29 años.

TABLA N° 6

**Características de Mortalidad en pacientes con diagnóstico de intento de suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital
“Hipólito Unanue” MINSa de Tacna en el año 2009**

EDAD	MORTALIDAD				SUSTANCIA QUE INGIRO						MOTIVO		total
	MASCULINO		FEMENINO		OF		OH/OF		OH/BZP		PF	PS	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%			
Menor de 10	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0	0
10 a 19	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0	0
20 a 29	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0	0
30 a 39	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0	0
40 a 49	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0	0
50 a 59	2	50%	0	0%	1	25%	1	25%	0	0%	2	0	2
60 a más	1	25%	1	25%	1	25%	0	0%	1	25%	1	1	2

LEYENDA:

OF: Órgano Fosforado, OH/OF: Alcohol mas Organofosforado, OH/BZP: Alcohol mas Benzodicepinas, PF: Problemas Familiares, PS: Problemas De Salud

El la tabla 6, obtuvimos que de 231 pacientes con diagnóstico de intento de suicidio, 4 pacientes fallecieron como complicación de este acto, de los cuales 2 casos (50%) corresponden al grupo etario de 50 a 59 años y 2 casos (50%) al grupo etario de 60 años a más, siendo mayor la prevalencia en el sexo masculino con 3 casos (75%). De las sustancias que ingirieron obtuvimos que 2 casos fue por uso de Órganos fosforados, un caso ingirió Alcohol más Órganos Fosforados y un caso Alcohol más Benzodicepinas. De los motivos que llevaron a la toma de esta decisión vemos que 3 casos fueron por problemas familiares y uno por problemas de salud.

La tasa de mortalidad alcanzada como complicación del intento de suicidio fue de 1.73%

CAPITULO VII. DISCUSIÓN

En el presente estudio, de los 231 casos de intento de suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna, el sexo que predominó fue el femenino con 61.47%, en forma similar a otros estudios realizados en Lima donde la mayor frecuencia de casos se presentó también en mujeres: Hospital Arzobispo Loayza de 62 pacientes el 88.7%¹⁰; Hospital José Argurto Tello de Chosica de 380 casos el 63.7%¹¹; Hospital Edgardo Rebagliati de 50 pacientes el 54%⁴³, Hospital Larco Herrera de 38 pacientes el 63.1%⁴⁴; Hospital Hermilio Valdizan de 100 pacientes el 76.1%.⁴⁵ A nivel internacional las cifras son similares, en México, en un Hospital General de 713 pacientes, 52,6% fueron mujeres y la relación mujer/hombre fue de 1,1/116.⁴⁶ En un Hospital en Nicaragua nos refiere que las poblaciones más afectadas fueron los adolescentes y adultos jóvenes, de sexo femenino.² En estudios realizados por la CDC en EEUU, se obtuvo que el suicidio ocupa el lugar No. 11 entre las primeras causas de muerte entre los estadounidenses, el 72% de todos los intentos de suicidios ocurrió entre mujeres blancas⁸. El hecho que los hombres presenten porcentajes bajos en cuanto a los intentos de suicidio, no evidencia que estos sufren menos de trastornos mentales; pues lo experimentan en la misma hasta en mayor intensidad que las mujeres, la diferencia radica en que ellos realizan intentos suicidas en menor porcentaje pero utilizan métodos más eficaces y letales lo cual incrementa el porcentaje de suicidios en los hombres a diferencia de las mujeres.

En nuestro estudio se encontró que las edades de mayor casuística estaban en el grupo etario de 20 a 29 años en un 42.86%, de 30 a 39 años en 25.11% y de 10 a 19 años en 12.99%, cifras similares las encontramos en estudios a nivel nacional. La prevalencia de ideación suicida y su asociación con el pertenecer a familias de muy bajos muy altos niveles de cohesión familiar se dio en mayor nivel en estudiantes entre 15 y 24 años del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CEPUSM)⁹. En el Hospital Arzobispo Loayza de 62 pacientes la mayoría perteneció al grupo de jóvenes y adultos jóvenes entre las edades de 19 a 35 años¹⁰; en el Hospital José Argurto Tello de Chosica de 380 casos el rango de edades de 15 a 29 años obtuvo un 74% de la población¹¹; en el Hospital Casimiro Ulloa el 73.7% de los intentos de suicidio fueron en mujeres adultas y adolescentes¹². A nivel internacional, en un estudio realizado en el Hospital Roberto Calderón Managua de Nicaragua, de 79 pacientes la población más

afectada fue de los 15 a 30 años, correspondiendo a los grupos de edades de los adolescentes y adultos jóvenes², , En estudios realizados por la CDC en EEUU se obtuvo que la edades de mayor prevalencia fueron entre 15 y 24 años de edad representaron el 64% de todos los intentos de suicidios entre los estadounidenses; las personas menores de 25 años representaron el 15% de los intentos de suicidios en el año 2000; entre 1952 y 1995, la incidencia de intentos de suicidios entre adolescentes y jóvenes adultos casi se triplicó, en el período 1980-1997, la tasa de intentos de suicidios entre individuos de 15 a 19 años de edad aumentó en un 11% y en 109% entre los individuos de 10 a 14 años de edad; entre 1980 y 1996, la tasa aumentó en 105% entre los 15 a 19 años de edad.⁸

Se puede afirmar con toda convicción y basándose en los resultados que hemos encontrado en nuestro estudio y los datos proporcionados por otros estudios que el intento de suicidio como parte de la patología Psiquiátrica se encuentra en alarmante aumento en la población general pero con predilección por los individuos jóvenes y de sexo femenino a comparación del aumento de los suicidios en donde hay predilección por los individuos jóvenes de sexo masculino.

Al obtener en nuestro estudio, que la mayor población corresponde a jóvenes y adultos jóvenes es concordante encontrar que de los 231 pacientes estudiados, el estado civil de mayor porcentaje lo representan los solteros con 39.39%, seguido de los convivientes con 38.53%. Los estudios realizados a nivel nacional e internacional concuerdan con el hecho de que al ser la mayoría de pacientes jóvenes el estado civil predominante es el de soltero. Este hallazgo se puede explicar porque en la etapa de la soltería durante la juventud tanto hombres como mujeres sufren de decepciones amorosas, el cual es uno de los principales motivos para el intento de suicidio y el suicidio, debido a que es en esta etapa donde el ser humano busca el equilibrio emocional y personal y siente la necesidad de compartir su vida con otra persona.

Caso similar a lo sucedido en el estado civil; obtenemos que la ocupación predominante por tratarse de una población joven es la de estudiante, lo cual esta corroborado por los estudios que no indican rangos de edades similares a los encontrados en nuestra localidad. Estos datos no concuerdan con algunas literaturas que nos dicen que son los

profesionales quienes tienen mayor riesgo suicida por las dificultades profesionales, tanto en sentido de problemas relativos a la comunicación como a cambio o traslado, muchos de estos profesionales tienen un trastorno mental de base¹⁴. Consideramos que en nuestro contexto la causa mas común del intento de suicidio es por causa amorosa lo cual prevalece mas en el grupo estudiantil; en caso de profesionales las causas derivan mas de problemas familiares y laborales los cuales en nuestro medio son la segunda y tercera causa o motivo para el intento de suicidio.

Los datos encontrados por nuestro estudio, sobre el grado de instrucción de nuestros pacientes, nos evidencia que de los 231 pacientes atendidos, el 57.14% tienen educación secundaria; seguida por 28.57% para la educación técnica superior. Datos similares fueron los que hallamos en estudios realizados por Mazzotti¹⁰ donde determinan que el 74.2% de suicidios tenían educación secundaria y un 17.7% el nivel superior¹⁰. Hay que tomar en cuenta que en la educación secundaria transcurre y una de las etapas más difíciles de la vida: la adolescencia, y es ahí donde se presentan muchas de las variaciones en el comportamiento: dificultades de rendimiento y aprendizaje, fugas, deserciones, conflictos con profesores compañeros, conflictos con padres, la curiosidad por ciertos hábitos nocivos, la integración a grupos sociales y los primeros desencantos o decepciones amorosas muchas de ellas traumáticas y donde no se actúa de la manera mas sana.

En cuanto a la procedencia, según las redes de atención de salud, obtuvimos que el 43.72% de casos se presentó a nivel de la Red Cono Norte correspondiente a las localidades de Ciudad Nueva y Alto Alianza, seguido por la Red Metropolitana con 26.41%, correspondiente al mercado de Tacna y la Red Cono Sur con 17.32% correspondiente a las localidades de Gregorio Albarracín y Viñani, siendo esta población englobada dentro de la zona urbana. En el estudio realizado en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima, se concluye que el paciente que acude con historia de intento de suicidio a la emergencia de un hospital general en nuestro país suele ser de sexo femenino, joven, soltera, con grado de instrucción secundaria, desempleada, católica, de procedencia urbana¹⁰. En el Hospital Casimiro Ulloa, el 34.2% de los casos proceden de las zonas urbanas del distrito de Chorrillos y el 28.9% de Barranco¹². En un estudio realizado en Cinco Hospitales de Nicaragua, encontramos que la procedencia

que predominó fue del casco urbano sobre el rural con 85.3% y 14.7% respectivamente³. Esto posiblemente se deba a la accesibilidad de los centros hospitalarios en el área urbana, observándose que el intento de suicidio es un problema predominantemente urbano, propio de ambientes industrializados y que a diferencia de la zona rural, son menos los intentos de suicidio posiblemente por la mayor integración social y familiar; pero también hay que recalcar que en nuestro medio la mayor parte de la población ubicada en las zonas urbanas son procedentes de zonas rurales y urbano marginales, lo cual nos haría suponer que la población no urbana también tiene un alto porcentaje de casos, pero la diferencia radica en que al llegar a zonas urbanas industrializadas, estos adoptan las costumbres y los problemas de la sociedad industrial y por consiguiente sus problemas.

En cuanto a la frecuencia de casos por mes, se obtuvo que de los 231 pacientes el 19.48% y el 16.88% pertenecen a los meses de Enero y Febrero seguido de los meses de Noviembre y Diciembre con 12.12% y 15.15% respectivamente, además se aprecia una gran disminución de casos en los meses siguientes para tener un ligero aumento en los meses de Julio y Agosto. Esto se debería a que los meses donde se evidencia mayor porcentaje de casos corresponde en mucho a fechas festivas importantes como Navidad, Año Nuevo y Día de la Amistad, así también en caso de los estudiantes Diciembre corresponde a fecha de entrega de calificaciones en los centros educativos similar a lo que se aprecia con el ligero aumento en los meses de Julio y Agosto, donde se produce la entrega de calificaciones de medio año, además de coincidir con fechas festivas: Fiestas Patrias y Fiestas de Tacna.

Como dato importante en nuestro estudio, fue encontrar que la modalidad más usada en nuestros pacientes es la ingesta de sustancias nocivas con 96.54%, frente a un 3.46% que optaron por auto infringirse lesiones. De las sustancias más usadas, encontramos que la ingesta de órganos fosforados ocupó el 44.39%, seguido de la ingesta de combinaciones como el OH/OF con 14.34% y las Benzodiacepinas con 11.21%, De los pacientes que optaron por auto infringirse lesiones como método para el intento de suicidio _ siendo este un método mas drástico y letal, encontramos que 63% usó objetos punzo cortantes, el 25% usó armas de fuego y el 12% optó como método la inmersión condicionando su estado con la previa ingesta de sustancias psicoactivas.

En el estudio realizado en el Hospital Roberto Calderón en Nicaragua, se encontró que el método utilizado en su mayoría fue el envenenamiento por *fosfinas* y bajo la influencia del alcohol². En un Hospital Universitario en el Valle de Cali Colombia se encontró que el envenenamiento por ingestión de sustancias nocivas es el método suicida más utilizado y además más frecuente en mujeres⁴⁷. A nivel nacional, en un estudio realizado en el Hospital José Arguto Tello de Chosica, de 380 casos los métodos más frecuentes fueron el uso de compuestos órgano fosforados (75,3%) e intoxicaciones medicamentosas (20,3%)¹¹. En el Hospital Casimiro Ulloa de Lima, las sustancias más usadas fueron las benzodiazepinas (47.4%), seguido por carbonatos (34.2%).¹² Resaltamos que la ingesta de sustancias es mas frecuente en el sexo femenino pero el uso de acciones más drásticas y letales es más frecuente en el sexo masculino motivo por el cual la mortalidad es mas alta en hombres que en mujeres.

El motivo de mayor porcentaje estuvo representado por los casos de decepciones amorosas con 49.78% de casos, seguido por los problemas familiares con 33.77% de casos, y por los problemas laborales con 15.15%. En estudios realizados por Mazzotti¹⁰, en el Hospital Arzobispo Loayza, se encontró que el mayor porcentaje de motivación para el intento de suicidio fue por causa amorosa en un 46.9% y un 30.6% para la causa de conflictos familiares¹⁰. En el Hospital José Arguto Tello de Chosica, entre las principales causas de intento de suicidio tenemos a las discusiones familiares (33,9%) y de pareja (27,6%)¹¹.

El servicio de Hospitalización a donde fueron derivados los pacientes fue en mayor porcentaje el Servicio de Medicina con 66.23%, seguido de Psiquiatría con 20.35%, Cirugía con 3.46%, UCI con 2.60% y Pediatría con 1.73%; la derivación de los pacientes estuvo regido por la gravedad de su caso, el motivo y por la edad. La estancia hospitalaria varía, siendo los de mayor porcentaje con 42.86% la estancia de 3 días, con 24.24% la de 2 días y 16.02% la estancia mayor de 4 días. No existe relación alguna sobre los días de hospitalización y las sustancias ingeridas, en muchos de los casos la hospitalización se prolongó por la demora de la consulta Psiquiátrica, por motivos económicos y por abandono familiar.

En nuestros resultados obtuvimos, que el diagnóstico médico psiquiátrico de mayor porcentaje fue el trastorno depresivo con 35.06% de casos, seguido del trastorno de ansiedad generalizada con 28.14% de casos y el trastorno ansioso depresivo severo con 16.88% de casos. De los pacientes estudiados, se obtuvo que de 231 casos en total solo el 96.54% tuvieron evaluación por el especialista psiquiatra y el 3.46% de casos restantes incluyen a pacientes fugados y/o retirados en forma voluntaria. Entre las causas obtenidas en los estudios en Nicaragua, se encontró en la mayoría a los conflictos de familia tanto conflictos conyugales como violencia intrafamiliar, la depresión y el alcoholismo, además la autoestima baja, las enfermedades crónicas son las causas más importantes para el intento de suicidio⁹. En el Hospital Arzobispo Loayza la prevalencia de episodio depresivo mayor en esta población fue de 41.9%.¹⁰

CAPITULO VIII. CONCLUSIONES

Del estudio de 231 pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital “Hipólito Unanue” MINSA de Tacna con el diagnóstico de Intento de Suicidio durante el año 2009, obtuvimos como resultados:

- El grupo etario de mayor riesgo fue entre los 20 a 29 años con 99 casos (42.86%), predominando el femenino con 142 casos (61.47%); la ocupación de estudiante estuvo presente con 102 casos (44.16%); el grado de instrucción de mayor porcentaje fue Secundaria con 132 casos (57.14%); siendo además 91 pacientes (39.39%) solteros y 101 pacientes procedentes de la Red Cono Norte. Los meses donde se presentaron más casos de intento de suicidio fueron: Enero, Febrero, Noviembre y Diciembre con 19.48%, 16.88%, 12.12% y 15.15% respectivamente.
- Los principales motivos de intentos de suicidio fueron por decepciones amorosas con 115 casos (49.78%) y problemas o conflictos familiares con 78 casos (33.77%).
- El 96.54% (223 casos) uso como modalidad la ingesta de sustancias y el 3.46% (8 casos) las lesiones auto provocadas. El 44.39% ingirieron órganos fosforados, el 14.34% ingirieron la combinación OF/OH, el 11.21% benzodicepinas. De las 8 lesiones auto provocadas el 63% uso armas punzo cortantes, el 25% usó armas de fuego y solo el 12% usó la inmersión.
- La tasa de mortalidad como consecuencia de los intentos de suicidio fue de 4 casos (1.73%), la mayoría varones.
- El diagnóstico psiquiátrico mas frecuente fue el Trastorno Depresivo con 81 casos (35.06%), seguido por el Trastorno de Ansiedad Generalizada con 65 casos (28.14%) y el Trastorno Ansioso Depresivo Severo con 39 casos (16.88%), siendo el sexo femenino el de mayor predominio.

CAPITULO IX. RECOMENDACIONES

- Dirigir esfuerzos en la prevención del intento de suicidio principalmente en los jóvenes haciendo una intervención directa por medio de la educación en salud en los centros escolares, universitarios y centros laborales dirigidos por el Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud.
- Capacitar y fortalecer a los equipos de salud mental, personal medico y a todos los involucrados en los servicios de salud en la detección temprana de los factores que pueden influir en los intentos de suicidio y la realización de normativas para el manejo del paciente con intento de suicidio.
- Llevar acabo campañas de prevención del intento de suicidio y del suicidio en el que exista una participación activa de los medios de comunicación.
- Incluir en las hojas de vigilancia epidemiológica el intento de suicidio.
- Ejecutar un plan de control y evaluación expendios de sustancias toxicas y medicamentos evitando la libre comercialización de los mismos para fines autodestructivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. CENDALES RICARDO; VANEGAS CLAUDIA; FIERRO MARCO; CÓRDOBA RODRIGO; OLARTE ANA. “Tendencias del suicidio en Colombia, 1985–2002”. Rev. Panam Salud Publica vol.22 no.4 Washington Oct. 2007.
2. MARTÍNEZ JAENZ JACQUELINE “Factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en Hospital Roberto Calderón. Managua”. Enero 2004 - diciembre 2005.
3. CORDERO JARQUIN, FRANKLIN ALFONSO. “Factores de riesgo del intento de suicidio en pacientes atendidos en el servicio de emergencia de cinco hospitales Generales del municipio de Managua” Agosto - Octubre 2000
4. CAMPO GERARDO, ARTURO ROA JAIME, PÉREZ ÁNGELA, SALAZAR OMAR, PIRAGAUTA CAROLINA, LÓPEZ LUZ, RAMÍREZ CLARA. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali – Colombia 2003.
5. WASSERMAN D, CHENG QI Y JIANG G. “Estimación De La Tasa Global De Suicidios” 2005 Estocolmo, Suecia Según la OMS
6. ESPINOSA PALACIOS XIMENA; BARRERA LORA ÁNGELA MARÍA; ORDÓÑEZ RODRÍGUEZ MÓNICA; PEÑA AYALA MARÍA EUGENIA “Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005”.
7. MADOZ-GURPIDE A, BACA-GARCIA E, DIAZ-SASTRE C, CEVERINO A, GUERRO D, SAIZ J. “Intentos de suicidio y contactos previos con el sistema de salud.” *Actas Esp Psiquiatr* 1999 Sep-Oct; 27(5):329-33.
8. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION USA. “Injury Prevention & Control: Data & Statistics (WISQARSTM).” Clifton Rd. Atlanta, GA 30333, USA. www.cdc.gov/ncipc/wisqars
9. MUÑOZ M JERSON; PINTO M VERÓNICA; CALLATA C HÉCTOR; NAPA D NILTON; PERALES C ALBERTO. “Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años”. Lima 2005. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342006000400002&script=sci_arttet
10. DURAN DANTE, MAZZOTTI GUIDO Y VIVAR ALDO. “Intento de Suicidio y Depresión mayor en el Servicio de Emergencia de un Hospital General.” **Revista de Neuropsiquiatría del Perú** - Tomo LXII Septiembre-Diciembre, N°3-4 1999.

11. CASTRO PAREDES, ORBEGOSO OSWALDO, ROSALES PAUL. Caracterización del paciente con intento De suicidio en un hospital general de lima, 1995-2004
12. TAIPE JUAN Y CHAMORO ANTONIA Características Asociadas al Intento de Suicidios atendidos en el Hospital José Casimiro Ulloa, Lima.
13. PÉREZ BARRERO, SERGIO ANDRÉS “El Suicidio, Comportamiento y Prevención” Rev. Cubana Med. Gen Integr. 1999; 15(2):196-217.
14. KAPLAN HI, SADOCK BJ. Sinopsis de Psiquiatría, 8ª edición, 983- 992; 1999.
15. DURKHEIM E., 1897 El Suicidio, Buenos Aires, Shapiro.
16. ULLOA CH., FRESIA. Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes. Revista Chilena de Pediatría. (Santiago, Chile), vol. 64, N° 4, julio-agosto, 1993. p.272-276.
17. CAMPOS FLORES VÍCTOR JOSÉ. Suicidios en el Perú, <http://www.monografias.com/trabajos71/suicidios-peru/suicidios-peru.shtml>
18. MORCILLO MORENO L, SAIZ MARTÍNEZ PA, BOUSOÑO GARCÍA M, BOBES GARCÍA J. En: Tratado de Psiquiatría Tomo II. BARCIA SALORIO D. 801- 819. Editorial Arán. 2000.
19. STENGEL E. Selbstmord und Selbstmordversuche. Psychiatrieder Genwart, III, 51. Berlin: Springer, 1961.
20. LADAME F. LAEDERACH J. et al, 1998, La Depresión y el suicidio antes de los 20 años, Neuropsy, Jan, pp.41-46.
21. M. GELDER, R. MAYOU, J. GEDDES “Suicídio e ideación suicida” Oxford Psiquiatria (2003).
22. SANTO-DOMINGO CARRASCO JOAQUÍN, BACA BALDOMERO ENRIQUE, CARRASCO PEREA JOSE LUIS, GARCIA-CAMBA DE LA MUELA EDUARDO; “Intento de suicídio” Manual de Psiquiatria (2003).
23. MANN JJ, OQUENDO M, UNDERWOOD MD, ARANGO V. The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. J Clin Psychiatry 1999; 60 (Suppl 2): 7-11.
24. ISOMETSÄ ET. Psychological autopsy studies- a review. Eur Psychiatry 2001; 16: 379-385.
25. MINSA Estadísticas e Indicadores Básicos de Salud, 2003. Perú.

26. INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL H.DELGADO-H.NOBUCHI OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA, Programa de Prevención del Suicidio. Cifra de Suicidios 2002, Lima Perú
27. IESM H.DELGADO-H.NOBUCHI Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana, Capítulo sobre Suicidio. 2002, Ed. Especial de Anales de Salud Mental, 2003, Lima-Perú.
28. IESM .H.DELGADO-H.NOBUCHI, 2003 Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana. Ed. Especial de Anales de Salud Mental 2004, Lima Perú.
29. MINSA, Protocolo Integral para la atención de la conducta Suicida, 2004. Cuaderno de Trabajo-
30. VÁSQUEZ F. Y COLS. El Panorama de los suicidios en el Perú durante el año 2003. Programa de Prevención del Suicidio IESM H.Delgado-H.Noguchi, Lima. Perú.
31. VASQUEZ F. Y COLS. El perfil del intentador de suicidio atendido en el IESM H.Delgado-H.Noguchi 2003, En Prensa. Lima-Perú.
32. VÁSQUEZ F. Y COLS .Análisis de la conducta suicida en el Perú año 2004. Cuaderno de trabajo. En prensa. IESM H.Delgado-H.Noguchi.
33. BOBES GARCÍA J, GONZÁLEZ SEIJO J, SÁIZ MARTÍNEZ PA. “Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas.” Psiquiatría Médica. Editorial Masson; 1997.
34. MIRÓ E. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2ª edición. J. Vallejo Ruiloba, C. Gastó Ferrer. Edit. Masson, 675-684, 2000.
35. SERVERA ENGUIX SALVADOR, CONDE LOPEZ VÁLENTIN, ESPINO GRANADO ANTONIO, GINER UBAGO JOSE, LEAL CERCOS CARMEN, TORRES GÓNZALES FRANCISCO “Manual Del Residente de Psiquiatria”. 1999
36. MINSAL: Libro Las Enfermedades Mentales En Chile; Capitulo V: “Muerte y discapacidad por enfermedades mentales”.
37. MARTINEZ CARLOS. Suicidiología “El gran desafío de la suicidiología latinoamericana es la predictibilidad” Argentina 2007.
38. C. DÍAZ-SASTRE. “Valoración del intento de suicidio en Urgencias” 1er Congreso Virtual de Psiquiatría del 1 de Febrero hasta el 15 de Marzo del 2000 http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa36/conferencias/36_ci_d.htm
39. HARRIS EC, BARRACLOUGH B. “Suicide as an outcome for mental disorders. A metaanalysis. Br. J. Psychiatry 1997; 170: 205-228

40. GARCIA DE JALON E, PERALTA V. “Suicidio y riesgo de suicidio” ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 3): 87-96.
41. LEON SILVA JAVIER. “Intento de Suicidio.” Sección de Psiquiatría Fundación Santa Fe de Bogotá Colombia.
42. VICUÑA ALBERTO, SEPULVEDA RAFAEL. “Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Salud mental para la atención primaria de la Salud.” “Elementos para el manejo de la conducta suicida en la atención Primaria de Salud.” 2003
43. ALEGRE C. “Factores de riesgo asociados al intento de suicidio en el servicio de emergencia del HNERM (Essalud)” [Tesis para título de psiquiatra]. Lima: Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría, Programa de segunda especialización, Unidad de Postgrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1999.
44. VILCHEZ L. “Intento suicida en pacientes que acuden al servicio de emergencia de un hospital psiquiátrico”. [Tesis para título de especialista en psiquiatría]. Lima: Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría, Programa de segunda especialización, Unidad de Postgrado Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2000.
45. MOSQUERA A. “Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el hospital Hermilio Valdizán 2000-enero2001”. [Tesis para título de especialista en psiquiatría]. Lima: Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría, Programa de segunda especialización, Unidad de Postgrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
46. CORONADO-SANTOS S, DÍAZ-CERVERA I, VARGAS-ANCONA L, ROSADO-FRANCO A, ZAPATA-PERAZA A, DÍAZ-TALAVERA S. “Prevalencia del intento de suicidio en el servicio de urgencias del hospital general “Dr. Agustín O’Horán”, en México de enero de 1998 a diciembre de 2003”. Rev Biomed 2004; 15(4): 207-13.
47. CAMPO GERARDO, ROA JAIME ARTURO, PEREZ ANGELA, SALAZAR OMAR, PIRAGAUTA CAROLINA, LOPEZ LUZ, RAMIREZ CLARA. “Intento de Suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle de Cali – Colombia 2003.

ANEXO

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“ESTUDIO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE MINSA DE TACNA EN EL AÑO 2009”

7. Días de Hospitalización:
- a. no fue hospitalizado
 - b. un día
 - c. dos días
 - d. tres días
 - e. Cuatro días
 - f. mas de cuatro días
8. Lugar De Hospitalización
- a. Medicina
 - b. Pediatría
 - c. Cirugía
 - d. UCI
 - e. Psiquiatría
 - f. No se hospitaliza
9. Se realizo interconsulta a Psiquiatría:
- a. SI
 - b. NO
10. Impresión diagnostica del Psiquiatra: _____
11. Fallecido:
- a. SI
 - b. NO
12. Diagnostico de Egreso:

RECUERDA QUE LA VIDA ES UNICA Y QUE SOLO TENEMOS UNA OPORTUNIDAD PARA VIVIRLA, NO DESPERDICIES LO MAS PRECIADO QUE DIOS TE A DADO, USALO PARA AYUDAR A LOS DEMAS Y HACER MEJORES COSAS, ACUERDATE QUE SIEMPRE HAY ALGUIEN QUE NECESITA DE TU AYUDA NO SE LA NIEGUES DESTRUYENDOTE A TI Y A LOS DEMAS.

ESCALA DE TENTATIVA DE SUICIDIO DE BECK ET AL

- I. *Circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio*
 - A. Aislamiento
 - 0. Algún presente
 - 1. Algún cerca, o en contacto visual o verbal
 - 2. Nadie
 - B. Momento
 - 0. Intervención probable
 - 1. Intervención no probable
 - 2. Intervención altamente improbable
 - C. Precauciones contra el descubrimiento/Intervención
 - 0. No precauciones
 - 1. Precauciones pasivas (evitar a otros pero no hacer nada para evitar su intervención: por ej., solo en la habitación sin cerrar con llave la puerta)
 - 2. Precauciones activas (cerrar la puerta con llave)
 - D. Buscar ayuda durante/después de la tentativa
 - 0. Informar al potencial “salvador” respecto a la tentativa
 - 1. Contactar, pero no informar específicamente al “salvador” respecto a la tentativa
 - 2. No contactar ni informar al potencial “salvador”
 - E. Gestiones (“poner en orden las cosas”) anticipando la muerte (testamento, bienes, etc.)
 - 0. Ninguna
 - 1. Idea sobre hacerlo o hacer alguna gestión
 - 2. Hace planes definitivos o completa las gestiones
 - F. Preparación activa de la tentativa
 - 0. Ninguna
 - 1. Mínima a moderada
 - 2. Minuciosa
 - G. Nota suicida (“de despedida”)
 - 0. Ausencia de nota
 - 1. Nota escrita, pero rota; ideas sobre la nota
 - 2. Presencia de nota
 - H. Comunicación abierta del intento antes de la tentativa
 - 0. Ninguna
 - 1. Comunicación equívoca
 - 2. Comunicación inequívoca
 - II. *Autoinforme*
 - A. Pretendidas propuestas de la tentativa
 - 0. Manipular el ambiente llamar la atención, venganza
 - 1. Componentes “0” y “2”
 - 2. Escapar, resolver problemas
 - B. Expectativas de fatalidad
 - 0. Idea que la muerte era improbable
 - 1. Idea que la muerte era posible, pero no probable
 - 2. Idea que la muerte era probable o cierta
 - C. Creencia de la letalidad del método
 - 0. Hizo menos de lo que creía que podía ser letal
 - 1. No estaba seguro de que lo que hizo podría ser letal
 - 2. Igualó o se excedió en lo que él creía que podía ser letal
 - D. Gravedad de la tentativa
 - 0. No intentó con seriedad quitarse la vida
 - 1. Dudoso sobre si intentó seriamente quitarse la vida
 - 2. Seriamente intentó quitarse la vida
 - E. Actitud sobre “vivir”/“morir”
 - 0. No quiso morir
 - 1. Componentes “0” y “2”
 - 2. Quería morir
 - F. Concepción sobre la recuperación médica
 - 0. Pensaba que la muerte sería improbable si recibía la atención médica
 - 1. Dudaba si la muerte se evitaría con atención médica
 - 2. Estaba seguro de morir aun si recibía atención médica
 - G. Grados de premeditación
 - 0. Ninguno, impulsivo
 - 1. Pensó en el suicidio durante menos de tres horas antes de la tentativa
 - 2. Pensó en el suicidio durante más de tres horas antes de la tentativa
-

