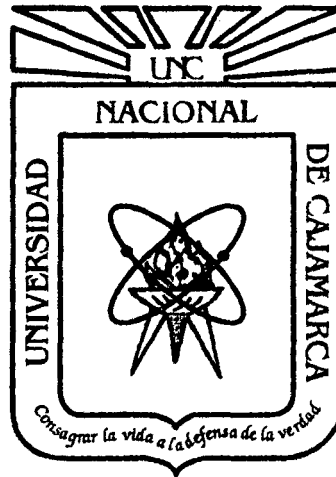


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CULTURALES Y
PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON INTENTO DE SUICIDIO
DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE APOYO
CELENDÍN -2014- CAJAMARCA”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA: Bach. Enf. ELITA JANETH ALIAGA ABANTO

ASESORA: M. Cs. DELIA ROSA YTURBE PAJARES

CAJAMARCA - PERÚ

DICIEMBRE - 2014

DEDICATORIA

A DIOS, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera profesional, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A MIS PADRES que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante, por ser los pilares más importantes de mi vida .

A MIS HERMANOS, que junto a sus ideas hemos pasado momentos inolvidables y que con sus consejos me han ayudado a afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida.

Y a todos mis docentes de la E. A. P. de Enfermería, por brindarme los conocimientos necesarios para culminar esta etapa tan importante, gracias por su ayuda y paciencia en estos 5 años.

AGRADECIMIENTOS

A mi Familia, por brindarme su amor y apoyo incondicional, por su maravilloso ejemplo de sacrificio y responsabilidad y por impulsarme a perseguir mis anhelos.

A la Directora M. Cs. Gladys Sagástegui Zarate por su apoyo incondicional y a las enfermeras del Hospital de Celendín, por permitirme unos momentos de su orientación brindada en el desarrollo de la presente tesis.

*A mi asesora, M. Cs. Yturbe Pajares Rosa, por la paciencia y dirección de este trabajo, porque desde un inicio me brindó su amistad y su tiempo.
Y a todas las pacientes que hicieron posible la culminación del presente trabajo de investigación.*

*A mi Alma Máter participe esencial en nuestra formación profesional;
UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAJAMARCA.*

RESUMEN

Estudio descriptivo, correlacional y analítico, cuyo objetivo general fue determinar y analizar los factores sociodemográficos, culturales y psicológicos relacionados con intento de suicidio en pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo Celendín. 2014 - Cajamarca. La muestra estuvo constituida por 19 pacientes a quienes se entrevistaron y aplicaron un cuestionario tipo escala de Likert y la escala de ideación suicida de Beck. Para el procesamiento de datos se utilizó el SPSS versión 20. Los resultados revelaron que 52.6% de los pacientes con intento de suicidio están entre las edades de 16 a 20 años; iguales porcentajes en cuanto al sexo y estado civil soltero (68,4%); 52.6 % son estudiantes y tienen un ingreso económico mayor de 750 soles; 42.1% dependen económicamente de ellos mismos; 94.7% y 84.2% con residencia y procedencia respectivamente ; 8.9 %, profesan la religión católica; 68.4% conviven con otras personas; 52.6% viven en vivienda alquilada, pertenecen al tipo de familia extensa y con presencia de los padres en el hogar; 73.7% no tienen hijos; 57,9% mantienen relaciones interpersonales regulares; 52,6% ven televisión de 1 a 2 horas diariamente; 57,9% consumen bebidas alcohólicas, 42.1% no reciben maltrato físico y a veces muestran desesperanza; 89,5% no consumen sustancias psicoactivas y no han sido abusados sexualmente; 94,7% sufren de maltrato psicológico; 47.4% a veces son impulsivos; 63.2% a veces están deprimidos; 68.4% son ansiosos y presentan trastornos de la conducta alimentaria. Se concluye que existe una relación significativa $P_v = 0.03$ entre la ocupación y el intento de suicidio; $P_v = 0.010$ entre el consumo de sustancias psicoactivas; el intento de suicidio; $P_v = 0.03$ entre la conducta de trastorno alimentario y el intento de suicidio.

PALABRAS CLAVES: factores sociodemográficos, culturales y psicológicos, intento de suicidio.

ABSTRAC

Descriptive, correlational and analytical study, who's overall objective was to determine and analyze the demographic, cultural and psychological factors associated with suicide attempts in patients treated at the Hospital de Apoyo Celendín. 2014 -Cajamarca. The sample consisted of 19 patients who were interviewed and applied a Likert scale questionnaire type and scale of suicidal ideation Beck. For data processing SPSS version 20. Results revealed that 52.6% of patients who attempted suicide are between the ages of 16-20 years used; equal percentages regarding sex and single marital status (68.4%); 52.6% are students and have a higher income than 750 soles; 42.1% are economically dependent on themselves; 94.7% with urban residence; 84.2% of urban origin; 8.9% are Catholic; 68.4% live with other people; 52.6% live in rented accommodation, belong to the type of extended family and parental presence in the home; 73.7% had no children; 57.9% have regular contacts; 52.6% watch television for 1-2 hours daily; 57.9% drink alcoholic beverages, do not receive physical abuse and sometimes show despair; 89.5% did not use psychoactive substances and have not been sexually abused; 94.7% suffer from psychological abuse; 47.4% are sometimes impulsive; 63.2% are sometimes depressed; 68.4% are anxious and have disordered eating behavior. We conclude that there is a significant relationship $P_v = 0.03$ between occupation and suicide attempts; $P_v = 0.010$ between the consumption of psychoactive substances; attempted suicide; $P_v = 0.03$ between the behavior of eating disorder and suicide attempt.

KEY WORDS: sociodemographic, cultural and psychological factors, suicide attempt.

INDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	Pág.
CAPITULO I: EL PROBLEMA	10
1.1 Definición y Delimitación del Problema	10
1.2 Formulación del Problema	14
1.3 Justificación del Problema	14
1.4 Objetivos	16
1.4.1 General	16
1.4.2 Específicos	16
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes del estudio	17
2.1.1 Nivel Intemacional	17
2.1.2 Nivel Nacional	19
2.1.3 Nivel Local	21
2.2. Teorías sobre el tema	22
2.3. Bases Teóricas	23
2.2.1 Intento de Suicidio	26
2.2.2. Factores sociodemográficos	28

2.2.3. Factores culturales	30
2.2.4. Factores psicológicos	31
2.3. Hipótesis	33
2.4. Variables del Estudio	33
2.4.1. Variable Independiente	33
2.4.2. Variable Dependiente	33
2.5 Operacionalizacion de variables	34
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION	37
3.1. Tipo de Estudio	37
3.2. Ámbito de Estudio	37
3.3. Población y Muestra	37
3.4. Unidad de Análisis	38
3.5. Criterios de Inclusión y Exclusión	38
3.6. Validez y confiabilidad	38
3.7. Técnicas de recolección de datos	38
3.8. Descripción del instrumento para la recolección de información	39
3.9. Consideraciones Éticas	39
3.10. Consentimiento Informado	40
CAPITULO IV :RESULTADOS Y ANALISIS DE LA INVESTIGACION	41
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	64

INTRODUCCIÓN

Alrededor del mundo el fenómeno del suicidio ha llegado a convertir en uno de los más trágicos problemas de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el suicidio es la decimotercera causa principal de muerte a nivel mundial. Suman cifras verdaderamente exorbitantes de seres humanos que optan día a día por auto agredirse con el fin de morir y escapar del dolor ya sea a nivel físico o psicológico. Del mismo modo los hallazgos más alarmantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio que se está produciendo entre los jóvenes (15-24) años y que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad.¹

Son múltiples los factores que pueden contribuir a esta conducta, entre los que se encuentran: provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional, estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz, presentar mayor problemas psicopatológicos; incluyendo depresión, abuso de sustancias tóxicas, psicoactivas y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva, mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales como las relaciones humanas tumultuosas. Los problemas socioeconómicos, tales como los bajos niveles educacionales y el desempleo son factores de riesgo para el intento suicida, limitando la participación social activa, impidiendo la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen.

La conducta suicida así como el intento de suicidio podría considerarse como una continuidad que va desde aspectos cognitivos hasta los conductuales. El deseo de morir puede ser considerado como el portal del comportamiento autodestructivo y representa la inconformidad e insatisfacción del individuo con su modo de vida en el momento actual. El trabajo tiene como propósito develar que factores sociodemográficos culturales y psicológicos se relacionan con el intento de suicidio de los pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo Celendín.

El trabajo está organizado en 4 capítulos:

Capítulo I. Aborda el problema de investigación, definición y la delimitación del problema, formulación del problema, justificación y objetivos.

Capítulo II. Trata el marco teórico: antecedentes correspondientes, fundamentos teóricos, marco conceptual, hipótesis y variables.

Capítulo III. Se ocupa del aspecto metodológico de la investigación.

Capítulo IV. Describe los resultados con su interpretación y análisis. Finalizando con las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

1.1 . DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El fenómeno del suicidio ha sido definido en distintas épocas y desde perspectivas diferentes. Instituciones morales, religiosas, sociales y legales, entre muchas otras, abordan esta problemática que implica el hecho de atentar contra la propia vida.

Se trata de un término de dos vocablos latinos: sui (“de sí mismo”) y caedere (“matar”), o sea, matarse a sí mismo.¹

Recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años, en contraste con la casi inexistente presencia del mismo en el siglo XIX, convirtiéndose este en un problema de aparición reciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por la persona, sabiendo y esperando su resultado letal, a través del cual pretende obtener los cambios deseados”.²

El suicidio es un grave problema de Salud Pública, pero en gran medida prevenible. La OMS estima que cada año se suicidan casi un millón de personas, con una tasa de mortalidad "global" de 16 por 100 000 habitantes, o una muerte cada 40 segundos. En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. Uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio que se está produciendo entre los jóvenes de 15-24 años, que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad.³

Un gran número de factores que podrían contribuir con la ocurrencia de la conducta suicida han sido identificados, los cuales incluyen factores individuales, familiares y sociales. El modelo diátesis-estrés ha sido propuesto para dar un sentido causal del amplio rango de factores que contribuyen con la conducta suicida. La diátesis refleja un incremento de la vulnerabilidad a lo largo del tiempo para la conducta suicida, por ejemplo, ser más impulsivo o agresivo y por lo tanto más posibilidades de actuar sobre sentimientos suicidas.⁴

A nivel mundial, la prevención del suicidio es una necesidad que no se ha abordado de forma adecuada debido básicamente a la falta de sensibilización sobre la importancia de ese problema y al tabú que lo rodea e impide que se hable abiertamente de ello. De hecho, solo unos cuantos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades. De otro lado la fiabilidad de los sistemas de certificación y notificación de los suicidios requiere importantes mejoras. Es evidente que la prevención del suicidio requiere también la intervención de sectores distintos de la salud y exige un enfoque innovador, integral y multisectorial, con la participación tanto del sector de salud como de otros sectores, como por ejemplo los de educación, el mundo laboral, la policía, la justicia, la religión, el derecho, la política y los medios de comunicación. En respuesta a ello se ha establecido el Día Mundial para la Prevención del Intento de Suicidio, celebrándose el 10 de septiembre, lo cual se fomentan en todo el mundo compromisos y medidas prácticas para prevenir los intentos de suicidios, sin embargo cada día hay en promedio casi 3000 personas en el mundo que ponen fin a su vida, y al menos 20 personas intentan suicidarse por cada una que lo consigue.⁵

Según la Asociación Psiquiátrica Americana las prevalencias de suicidios se dan en poblaciones con las siguientes características: dependencia de alcohol, personas irritables, coléricas, violentas, desesperanzadas, pesimistas, sexo masculino (las mujeres registran más intentos que consumación de suicidio), personas aisladas.

socialmente, episodios depresivos de larga duración, situaciones coyunturales trágicas (enfermedad, pérdidas materiales o humanas, etc.), individuos solteros, viudos o divorciados, personas en ambientes interpersonales y familiares conflictivos, ausencia de logros personales. Así mismo, algunos seres humanos son incapaces de soportar un determinado nivel de sufrimiento físico o mental. Este sufrimiento puede llevarle a una autoeliminación, acto máximo de agresión que uno puede infligirse a sí mismo. Para llegar a romper la dura línea del instinto de conservación y del respeto a la propia vida en su relación con los demás, el suicida necesita haber alcanzado una total marginación, fruto de un enorme conflicto interior.⁶

En América Latina, la región ha mantenido tradicionalmente bajos niveles de suicidios, si bien existen grandes diferencias entre países, como indica el 1,9 por cada 100 mil hombres peruanos que acaban con su vida, frente a los 26 por cada 100 mil de los hombres uruguayos. Pero vemos la misma tendencia que en el resto del mundo de que los índices aumenten, sobre todo entre los jóvenes”.⁷

Las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo que llevan a una persona a quitarse la vida. Sin embargo, puede ser predecible a través de la conducta suicida: ideación, planeación e intento, por lo que la OMS fomenta en todo el mundo compromisos y estrategias para prevenirlo.⁸

El Perú no es la excepción aunque no se presentan tasas elevadas es un problema que amerita la atención. A lo largo del 2013 se registraron 334 casos de suicidio, muchos de los cuales tuvieron como motivo un problema sentimental, revelaron especialistas del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Según explicó a Andina el jefe del Área de Prevención de Suicidios de dicha institución, Freddy Vásquez, advirtió que esta cifra es superior en 9% al año 2012, cuando se

reportaron 305 casos. Del total de casos en dicho año, el 85% de las víctimas fueron mayores de edad y el 15% niño y adolescente. El 65% de suicidios fue cometido por varones y el 30% por mujeres. En el grupo de mayores de edad, el 45% de los casos tuvo por motivo las dificultades de pareja y los problemas sentimentales, siendo para el especialista la principal causa de esta problemática. Además informaron en el caso de los varones, el machismo y el orgullo pueden ser un acelerador para tomar la decisión de auto eliminarse. Las mujeres en cambio, enfrentan con mayor cautela estos problemas, pero igual ambos deben buscar asesoría profesional. La principal problemática que afecta a los menores de edad son los conflictos familiares, que abarcan tanto la separación de los padres como el maltrato, con un porcentaje de 41% del total de casos. El segundo factor de riesgo en esta edad es el 'bullying' (28%), es decir, la violencia en los centros educativos por parte de los compañeros o de los profesores, que genera una sensación de impotencia en los alumnos, llevándolos a tomar decisiones extremas.⁹

En Cajamarca en un estudio realizado en el Hospital Regional de Cajamarca sobre la caracterización del intento de suicidio en el 2012 revelando que más de la mitad de pacientes por intento de suicidio eran mujeres, y en su mayoría jóvenes con mayor nivel de grado de instrucción.¹⁰

Manuel Cueva Rojas, Decano del Colegio de Psicólogos de Cajamarca mencionó que los casos de intento de suicidio que se registran en Cajamarca en los diferentes establecimientos de salud son 20 al mes en promedio, y generalmente el mayor número de estos casos son mujeres. Acotó además que en el caso de los varones, usan métodos violentos para quitarse la vida como el ahorcamiento o lanzarse al vacío. Respecto a las causas, dijo que las más frecuentes son violencia familiar y decepción amorosa, y esto hace ver la poca comunicación que existe en el hogar, por ello recomendó que se debe trabajar en el diálogo continuo.¹¹

Cifras alarmantes brindó el Jefe de Psiquiatría del Hospital Regional de Cajamarca, Edwin Santos Hurtado, al señalar que en dicha región se registra un suicidio diario, es decir hasta el momento han fallecido 240 jóvenes, además de tres intentos fallidos cada día.¹²

En Celendín según información estadística del Hospital de Apoyo de Celendín se registran 4 casos aproximadamente de intento de suicidio por mes, por ingesta de raticidas u otras sustancias nocivas. Lo cual demuestra que es un problema actual y real.

Lamentablemente a pesar de la gravedad del problema no se está teniendo en cuenta este tema, además del aumento de casos que se atienden en las diversas instituciones de salud como el Hospital de apoyo Celendín-Cajamarca. Por esta razón planteo la siguiente interrogante.

1.2 . FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores sociodemográficos culturales y psicológicos que se relacionan con el intento de suicidio de pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo Celendín. 2014-Cajamarca?

1.3 . JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El fenómeno del suicidio ha sido definido en distintas épocas y desde perspectivas diferentes, constituye un importante problema de salud pública, estimándose que es la causa de casi la mitad de todas las muertes violentas.

El aumento de las conductas suicidas ha dirigido la atención hacia factores situacionales capaces de producir cambios conductuales y por lo tanto, a influir sobre estas tendencias. Sin embargo, las formas de relacionarse el individuo con su

medio ambiente pueden afectar su personalidad y ser causas determinantes para que el individuo intente suicidarse o no.

En razón de ello, la OMS, viene enfatizando la importancia de realizar la mayor cantidad de estudios posibles sobre este tema, empleando métodos de recolección de datos para la identificación de los grupos más vulnerables o de mayor riesgo, afinando la precisión de características sociodemográficas y evaluando las causas y motivos del fenómeno suicida.

Asimismo, el suicidio en nuestro contexto social todavía es percibido con gran estigma tanto por las familias, profesionales de salud y en general. Así, nuestro interés en estudiarlo a través de una mirada científica permitirá que los profesionales de salud vayan eliminando aquellos sesgos de temor hacia las personas que se encuentran inmersas en dicha conducta de autoeliminación.

El desarrollo de la presente investigación es importante porque servirá para orientar las acciones y nuevas estrategias de prevención en los diferentes sectores, fomentando cambios negativos por positivos en beneficio de la población especialmente los más vulnerables como son los adolescentes.

Consideremos que es de utilidad para las autoridades del Hospital de Apoyo Celendín-Cajamarca, permitiéndoles incorporar en forma complementaria, mecanismos de identificación precoz de estas situaciones, planificando actividades (consejería) que sirvan de apoyo en la salud mental de dichos personas así como también la implementación de grupos de tutoría capacitados en el área, identificar los factores de riesgo del intento de suicidio, y así mismo permitirá sugerir a las autoridades a plantear las estrategias más adecuadas, además servirá como base para otras investigaciones.

El presente estudio fue factible por contar con los recursos humanos, financieros, logísticos y económicos pertinentes.

1.4 OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar y analizar los factores sociodemográficos culturales y psicológicos relacionados con intento de suicidio de pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo Celendín. 2014-Cajamarca.

ESPECÍFICOS

1. Identificar los factores sociodemográficos de los pacientes con intento de suicidio atendidos en el Hospital de Apoyo Celendín-2014.
2. Identificar los factores culturales de los pacientes con intento de suicidio atendidos en el Hospital de Apoyo Celendín-2014.
3. Identificar los factores psicológicos de los pacientes con intento de suicidio atendidos en el Hospital de Apoyo Celendín-2014.
4. Identificar el intento de suicidio de los pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo Celendín-2014.
5. Establecer la relación entre los factores sociodemográficos, culturales y psicológicos de los pacientes con intento de suicidio atendidos en el Hospital de Apoyo Celendín. 2014-Cajamarca.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A. Nivel Internacional

Villatoro V, Fleiz B. (2009) México, en su investigación: “Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México”. Obteniendo los siguientes resultados: Encontraron una prevalencia de cualquier ideación suicida de 8.79% (con variaciones de 4.2 a 6.2%, dependiendo de la pregunta utilizada). La prevalencia de plan suicida fue de 1.22% a 0.79% y de intentos de suicidio que requirieron atención médica fue de 0.13%. Donde encontraron que las personas propensas son las mujeres, las personas que no están casadas o en unión libre, las de menor escolaridad, los grupos más jóvenes y los subempleados tienen, en general, riesgos más elevados de presentar conducta suicida. Algunas áreas del país, en particular el sureste, se vieron más afectadas, mientras que las personas que viven en áreas rurales reportaron consistentemente menores prevalencias de las tres conductas suicidas.¹³

Pérez A, Rivera R. (2010) México, determinaron la: “Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana”. Obteniendo los siguientes resultados: 47% reportó al menos un síntoma de ideación; 9% refirieron antecedente de intento. Los factores asociados a la conducta suicida fueron: poca confianza en la comunicación hacia los padres; abuso sexual, sintomatología depresiva, consumo de tabaco alcohol y, para las mujeres, haber tenido relaciones sexuales.¹⁴

Cruz R, e tal, (2011) Realizaron el estudio sobre Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río. Cuba. Entre los principales resultados se encontró asociación estadística significativa al intento suicida, de los siguientes factores de riesgo: la presencia de adolescentes con desórdenes mentales como depresión y retraso mental, dificultades escolares e internamiento involuntario y el antecedente de suicidio por otro miembro del hogar.¹⁵

Mejía L, Sanhueza O, González H. (2011) Chile, en su investigación: “Factores de riesgo y contexto del suicidio”. Obteniendo los siguientes resultados: La frecuencia del suicidio entre varones es cuatro veces superior a la de las mujeres, Las tasas de suicidio aumentan con la edad, lo que destaca la importancia de la crisis de la mediana edad. Entre varones, la máxima incidencia de suicidios se observa a partir de los 45 años; entre mujeres, los números más altos de suicidios consumados se registran después de los 55 años. El matrimonio, reforzado por los hijos, parece disminuir el riesgo de suicidio de forma significativa. Estudios muestran que los intentos de suicidio y los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural.¹⁶

Cañón B. (2011) Colombia, en su investigación: “Estudios muestran que los intentos de suicidio y los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural”. Arribando a los siguientes resultados: que por cada tres mujeres se suicida un varón y la edad ocurrida está comprendida desde los 10-15 años. Más del 50% de los adolescentes que se suicidan, sufren de depresión mayor, de los cuales un 25 % hace un intento de suicidio en algún momento de su vida y el otro 15 % se suicida. Otro de los problemas son los conflictos familiares, mientras más se presentan hay un mayor riesgo de suicidio.¹⁷

B. Nivel Nacional

Mosquera A. (2003) Lima, investigó: Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital “Hermilo Valdizá”, encontrando que el 82.9 % de los casos que intentaron suicidarse estuvo comprendido en el grupo etario de 14 a 30 años. En ambos sexos predominan los solteros con 74.63 %, luego los convivientes con 16.42 % y el grupo de casados fue el menos afectado con 2.99 %. La modalidad más utilizada por las mujeres (53.73) fue la ingesta de fármacos y los insecticidas, mientras que el 45 % de los varones utilizan los métodos mecánicos (cortes con arma blanca), el 55.23 % había registrado un intento de suicidio previo, el 68.66 % provenían de hogares de padres separados.¹⁸

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2005) realizó un estudio donde analiza la salud mental de la población de la sierra peruana para el año 2003. En este estudio se halló que un 26,2% de la población adolescente ha presentado deseos suicidas alguna vez en su vida, un 13,9% en el último año y, un 5,8% en el último mes. En cuanto a la conducta suicida del adolescente, la cual denota una afectación más seria es el 2,2% de la población adolescente ha intentado suicidarse alguna vez en su vida, y el 1,8% lo habría realizado en el último año. Las cifras son significativamente más elevadas en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años. Por otro lado, un tercio de los adolescentes que intentaron hacerse daño considera todavía dicha conducta como una posibilidad de solución de sus problemas. En cuanto a los motivos por los cuales los adolescentes desean o intentan quitarse la vida, resaltan principalmente los problemas con los padres (51,6% y 61,0% respectivamente) lo que se hace más relevante entre los 15 y 17 años (57,1% y 65,1% respectivamente). Luego, siguen los problemas por separación de un familiar, salud familiar y experiencias traumáticas pasadas; estas últimas se manifiestan sobremanera entre los adolescentes de 15 a 17 años que llegaron al intento de suicidio (11,3%). Entre los 12 y 14 años, los más importantes son aquellos relacionados con sus estudios.¹⁹

Muñoz M, et al. (2005) Determinaron 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), encontrando que las 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, Concluyendo que existe una prevalencia elevada de ideación suicida en estudiantes entre 15 y 24 años del CEPUSM y está asociada, sólo en adolescentes, a pertenecer a familias con niveles muy bajos de cohesión familiar.²⁰

Vargas HB, Saavedra JE (2012) Investigaron los Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Encontrando que el estrés puede incluir factores, tales como, un divorcio parental y otros eventos de vida adversos y factores ambientales. Concluyendo que se pueden identificar varios factores que contribuyen con la vulnerabilidad (diátesis) para fenómenos suicidas en adolescentes y otros que actuarían como factores estresantes. En adición, hay varios factores que podrían actuar en ambas vías, dependiendo de su asociación temporal con fenómenos suicidas.²¹

C. Nivel Local

Leal Z., Vásquez R. (2012) Cajamarca, estudiaron: Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos: Prevalencia y Factores asociados. Obteniendo los siguientes resultados: En cuanto a la ideación suicida, los adolescentes que manifestaron que algunas vez en sus vidas experimentaron deseos de estar muertos (38.5%). Una quinta parte manifestaron experimentar el deseo de estar muerto alguna vez en el último mes (21.4%). Porcentajes también altos se hallaron respecto a los adolescentes que pensaron que no vale la pena vivir (prevalencia vida = 31.3% y prevalencia mes = 18.1%). De otro lado, se halló que 28.1% de los adolescentes entrevistados pensó en suicidarse alguna vez en sus vidas; mientras que 16.5%, lo pensó durante el último mes. Respecto a las modalidades de ideaciones suicidas, resultaron ser más prevalentes aquellos pensamientos de desesperanza y deseos de muerte así como aquellos concernientes a los beneficios asociados al suicidio se pudo confirmar que las adolescentes mujeres evaluadas presentan mayores niveles de riesgo suicida en comparación que los varones. Se pudo identificar a nueve adolescentes que viven solos, en ellos se encontró que sus niveles de ideación suicida son marcadamente superiores a los del resto de adolescentes.²²

Manuel C. (2012), Decano del Colegio de Psicólogos de Cajamarca declaró a RPP Noticias que los casos de intento de suicidio que se registran en Cajamarca son 20 al mes en promedio, y generalmente el mayor número de estos casos son mujeres. El profesional manifestó que en el caso de los varones, usan métodos violentos para quitarse la vida como el ahorcamiento o lanzarse al vacío. Respecto a las causas, acotó que las más frecuentes son violencia familiar y decepción amorosa, y esto hace ver la poca comunicación que existe en el hogar, por ello recomendó que se debe trabajar en el diálogo continuo. Así mismo refirió que por falta de la atención de los gobiernos central y regional no hay una adecuada atención a estos pacientes, pues ya es hora que Cajamarca cuente con un centro de salud mental.²³

Hurtado S. (2013), psiquiatra del Hospital Regional de Cajamarca, informó que en promedio se atienden a 20 pacientes con intentos de suicidios al mes, cuya edad fluctúa entre 17 y 24 años y agregó que de cada tres intentos, dos corresponden a mujeres, asimismo mencionó que las causas que conllevan a los jóvenes a tomar tal decisión son problemas familiares y sentimentales, mientras que en personas mayores, es por conflictos de pareja y económicos, enfatizando que “Esta cifra es alarmante, pues con estas acciones se demuestra un desequilibrio en la salud mental de los suicidas, quienes deben recibir un tratamiento adecuado”.²⁴

2.2. TEORIA SOBRE EL TEMA.

Se abordará y comentará la teoría del profesor de Psicología Thomas Joiner, de la Universidad Estatal de Florida, lo cual ha dedicado gran parte de su carrera a intentar averiguar las razones porque las personas se suicidan.

Joiner, sostiene que "Existe la idea de que el suicidio es un modo de morir diferente de los otros, pero hay razones claras de por qué las personas mueren por el suicidio", "Al igual que con las enfermedades cardíacas, si entendemos la causa, podemos adoptar medidas de prevención". Asevera que quienes se suicidan, no sólo quieren morir, sino que han aprendido a superar el instinto de auto conservación.

El deseo de la muerte, según Joiner, está compuesto de dos estados psicológicos: una percepción de ser una carga para los demás y un sentimiento de no pertenecer a nada. Por sí mismos, ninguno de estos dos estados es suficiente para despertar el deseo de la propia muerte, pero juntos producen un deseo que puede ser mortal cuando se combinan con la habilidad adquirida de producirse una autoagresión.

¿Cómo se supera el instinto natural del auto conservación? En una palabra: con la práctica. En la teoría de Joiner, las víctimas de suicidio se "entrenan" para el acto acostumbándose al peligro, al miedo y al dolor. Pueden hacer esto de muchas formas a lo largo de su vida.

Para algunos, esta práctica es deliberada, se empeñan en una conducta temeraria, se autolesionan o cometen repetidas tentativas de suicidio. Otros pueden tener un historial de accidentes o de intervenciones médicas, mientras que otros reciben daños indirectamente. Quizás, como les pasa a los médicos (que tienen un elevado riesgo de suicidio), los suicidas potenciales están expuestos por su trabajo a convivir a diario con el dolor y el sufrimiento. Con el tiempo, la autoagresión y las situaciones peligrosas se vuelven poco amenazadoras y hasta rutinarias, según Joiner, haciendo el suicidio más fácil de llevar a cabo.

"Algunas personas creen que quienes cometen suicidio son débiles", explica Joiner. "En realidad su acto es cuestión de audacia. Una persona normal no puede hacerlo a no ser que venza su miedo a la muerte, y esa es la conducta que los suicidas aprenden".

La teoría de Joiner explica por qué grupos aparentemente diferentes de personas, como los anoréxicos, los atletas, las prostitutas y los médicos, tienen tasas de suicidio por encima del promedio global de la población. Los estilos de vida de todas estas personas las exponen al dolor, ya sea el suyo propio o el ajeno, y en cierto sentido las endurece contra el sufrimiento.

Se escogió esta Teoría porque es la que explica más claramente los factores que inducen a las personas a suicidarse, guiando nuestro trabajo que tiene similar intención.

2.3. BASES TEÓRICAS.

2.2.1. Intento de suicidio

A. El suicidio:

La palabra suicidio viene del latín sui "de sí mismo" y caedere "matar", apareció hace un poco más de doscientos años. Es el abad Desfontaines, en el "suplemento del diccionario de Trevoux", publicado en 1752, que lo emplea por primera vez;

luego Voltaire lo universalizó. Fue enseguida retomado por los enciclopedistas, pero se tuvo que esperar hasta el siglo XIX, ávido de conocimientos científicos; para que su estudio sea verdaderamente abordado. Así, en sentido etimológico el concepto de la palabra suicidio sería la muerte de una persona provocada por sí mismo.²⁵

La (OMS) define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por la persona, sabiendo y esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados.”²⁶

Respecto a la definición sociológica, aquella propuesta por Durkheim (1877/1951), el suicidio sería de naturaleza no-psicológica o no-psiquiátrica. Se trataría de una muerte que sería resultado de un acto causado por la percepción positiva o negativa que tiene la víctima de la muerte. Esta definición imparcial fue un enfoque científico que puso al suicidio fuera de la categoría de la locura o demencia y fue paradigma durante el siglo XIX. Además de esto, Durkheim comprendió al suicidio como un síntoma de ausencia de involucramiento que el individuo no pudo establecer con la sociedad. Actualmente, los suicidólogos definen al suicidio como un estado multifacético que contiene elementos biológicos, culturales, sociológicos, interpersonales, intrapsíquicos, lógicos, conscientes, inconscientes y filosóficos, para satisfacer ciertas necesidades psicológicas. Así por ejemplo, Shneidman (1985) (citado por Ann, 2010) define al suicidio como un acto consciente de auto-destrucción, resultado de un malestar multidimensional en un individuo que enfrenta un problema, donde el suicidio es percibido como la mejor alternativa.²⁷

La conducta suicida podría considerarse una continuidad que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio. La ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación: el deseo

de morir, la representación suicida, la ideación suicida sin planeamiento de la acción, la ideación suicida con un plan indeterminado, la ideación suicida con una planificación determinada y en algunos casos una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva. El deseo de morir puede ser considerado el portal del comportamiento autodestructivo y representa la inconformidad e insatisfacción del individuo con su modo de vida en el momento actual. La ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio y ha sido mucho menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado. El intento suicida es un acto en que la inminencia de la consumación del hecho revela su intencionalidad fatal (planeamiento, hacerse daño a través de instrumentos) o su gravedad factual (cortarse las venas, ingerir un raticida). Son amenazas o gestos suicidas las verbalizaciones o actos que si llegaran a consumarse, darían lugar a un daño serio o a la muerte del sujeto. Las amenazas y los gestos suicidas generalmente son subestimadas, devaluadas e incluso ignoradas por las figuras significativas a quienes se pretende hacer llegar el mensaje del sufrimiento que se está padeciendo, sin que estas personas tengan en cuenta que ambas son manifestaciones muy frecuentes de la comunicación suicida.²⁸

Según las estimaciones de la OMS, uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio que se está produciendo entre los jóvenes (15-24 años), que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad. La mayoría de los estudios internacionales han puesto de manifiesto este incremento en edades jóvenes.²⁹

Un extenso número de factores que podrían contribuir con la ocurrencia de la conducta suicida.

B. Intento de suicidio

a. Definición:

Etimológicamente, suicidio proviene del latín: *sui* (si mismo) *cidium* (matar), “atentado contra la propia vida”, “matar-se”. Los griegos lo expresaban como *autokeiria* de *autos*: sí mismo, y *keiros*: mano, lo que significaría: muerte elegida por uno mismo, o sea ejecutada por mano propia. El término latino enfatiza la idea de matar y el griego la del acto con intención o deliberado.³⁰

Kreitman (1969) lo define como un acto no mortal en el que la persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere medicamentos a dosis superiores de las prescritas. Dicha definición al considerar además el deseo de morir, explica el intento de suicidio.³¹

Stengel (1965), define el intento suicida como cualquier acto de auto perjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua.³²

Dieskra (1993) lo define como un acto no habitual con un fin no fatal, que se realiza de forma deliberada por la persona que se causa autolesiones o se las causaría si los demás no interfirieran.³³

b. Dimensiones del intento de suicidio:

- La **Detención** y suspensión definitiva de la conciencia y la muerte.
- La **Irrupción** con suspensión transitoria de la conciencia para dejar de sentir.
- Como **Señal de Llamada** para influir y movilizar a terceros.³⁴

c. Tipos de intento de suicidio

1. **Suicidio altruista:** el altruista, se produce cuando el sujeto asume la necesidad de su muerte como acto heroico por el bien de la sociedad o del

grupo del que forma parte, generalmente con una marca fuerte de lo religioso en el amplio sentido de la palabra.

2. **Egoísta:** El suicidio egoísta se enmarca en el terreno de una decisión individual, que no considera a los otros, y que presenta cuando hay disgregación o pérdida de cohesión de una sociedad y fallas en su función de sostén social.
3. **Anómico:** se presentaría en una sociedad con un sistema normativo debilitado y con derrumbe de los valores sociales según Durkheim, lo cual se podría enlazar en lo individual con la ausencia de Ley y la desprotección total para los sujetos que se encontrarían entonces en total desamparo.³⁵

d. Categorías de intento de suicidio:

1. El suicidio propiamente dicho o completo, que termina con la muerte.
2. El intento suicida, que es acto con daño físico pero sin muerte.
3. Las ideas suicidas, que expresan pérdida del deseo de vivir, pero que no llevan a daño concreto.³⁶

e. Etapas del intento de suicidio:

1. **Etapas de ideas y consideración inicial del suicidio:** por diferentes causas, el potencial sujeto suicida, empieza a pensar en el suicida como una posible salida a su crisis o dificultades. Lo común es que en esta etapa el sujeto se asuste o rechace la idea, pues predomina en él aun el instinto de conservación, por encima de los motivos de autodestrucción.
2. **Etapas de ambivalencia, lucha y decisión suicida:** la crisis si persiste y las ideas suicidas continúan invadiendo a la persona, estas se tornan más familiar y habitual y él se acostumbra a convivir con ellas, sin que se produzca tanto temor, disminuyendo, a veces su rechazo a las mismas. El sujeto puede empezar a coquetear con ellas, puede asumir también las características de fantasías o ensueños suicidas. O puede estar esta etapa caracterizada por momentos de aceptación que alterna con otros de rechazo. En este periodo el

sujeto vive en una angustiante situación conflictiva de ambivalencia y dudas, donde el deseo de vivir coexiste con el deseo de morir. Culmina con la decisión suicida. Esta etapa suele acompañarse con amenazas o comentarios comunicados por el posible suicida a personas de confianza, las cuales deben ser interpretadas en algunos casos como grito, petición o señal de alarma en procura de ayuda; o constituir amenazas reales en otras.

- 3. Etapa de la planificación y ejecución de acto suicida:** con la decisión se introduce el potencial suicida en un periodo donde ya se ha resuelto la situación de ambivalencia. De una idea suicida, se pasa a una conducta suicida. Se entra en una fase de tranquilidad y calma, denominada calma siniestra. En este momento donde, con sigilo se piensa y planifica el mejor modo de llevar a cabo el fatídico acto final. Ya no se profieren amenazas, aunque puede haber alucinaciones y signos indirectos de que el sujeto podría atender contra su vida. Durante este periodo es cuando se escriben notas suicidas, se arreglan asuntos pendientes o se trata de dejar las cosas en orden. Si no hay cambio de planes o intervenciones que interrumpan el proceso culmina con la ejecución del acto suicida.³⁷

2.2.2. Factores Sociodemográficos:

- 1. Edad:** Antes de la pubertad, tanto el suicidio como el intento suicida son excepcionales. Sin embargo, aumentan en la adolescencia asociados con la presencia de comorbilidad, especialmente trastornos del ánimo y abuso de sustancias psicoactivas. Los porcentajes de suicidio consumado se incrementan marcadamente en la adolescencia tardía y continúan aumentando hasta cerca de los 20 años. En contraposición, el pico de intentos suicidas alcanzado entre los 16 y 18 años, luego disminuye marcadamente en frecuencia, particularmente en mujeres jóvenes.

2. **Sexo:** Existen patrones de suicidio en cuanto al sexo, pero no son iguales en todos los países. En general el suicidio es más común en varones, pero las mujeres realizan más intentos de suicidio. La prevalencia del fenómeno suicida fue reportada por separado en varones y mujeres en 88 de 128 estudios evaluados en una revisión sistemática. La prevalencia de vida de pensamientos e intentos suicidas fue significativamente mayor en mujeres comparado con varones en 11 estudios.
3. **Estado civil:** la tasa de suicidio y los intentos de suicidio en los solteros es dos veces mayor que en los casados. En los separados, viudos y divorciados es 4 a 5 veces más alta que los casados. David son y Philippe señalan que la tasa de intento de suicidio es multiplicada por tres en los solteros y por quince en los divorciados y los viudos. El matrimonio parece tener un efecto protector y la presencia de hijos aumenta esta protección que está ligado más al rol parenteral que al estado conyugal, mientras que la sensación de soledad y desesperación puede ser el motivo abrumador para llevar a cabo un suicidio.
4. **Ocupación:** tener un trabajo se considera, en general, un factor protector contra el suicidio, mientras que el desempleo se constituye en un riesgo. Así durante las recesiones y depresiones económicas y épocas de alto desempleo aumenta la tasa de suicidio. Esta tasa alta puede explicarse por la interacción de las circunstancias socioeconómicas, la vulnerabilidad psicológica y los eventos existentes estresantes. Vásquez registra un 39 % de desempleados con predominio de varones, seguido de estudiantes con 20 %.
5. **Religión:** la proporción de suicidios entre la población católica ha sido menor que la existente entre protestantes y judíos. Puede que el grado de ortodoxia individual y la integración en la religión sean parámetros más precisos del riesgo de suicidio que la simple afiliación religiosa institucional. La asociación entre suicidio y aumento en la secularización sugiere una influencia de cambio en los valores morales, con un decremento de la integración social, dado que las iglesias han funcionado como continentes sociales por siglos.

6. **Antecedentes familiares:** se estima que la dinámica familiar esta alterada en 40-100 % de los jóvenes suicidas. Estas familias suelen ser incapaces de proveer apoyo debido a la naturaleza y gravedad de su propia psicopatología generando mal desempeño parental, tasas más elevadas de abuso físico y sexual que incrementa la incidencia de conducta autodestructiva de todas las clases.
La pérdida del padre, muerte o separación a temprana edad, es considerada una situación de riesgo. Así entre 40 y 60 % de personas que intentaron suicidarse presentaron antecedentes de pérdida de un progenitor antes de los 17 años. No obstante, no solo va hacer crucial esta pérdida, sino también el grado de estabilidad en la relación familiar que se establezca entre los miembros que queden.
7. **Residencia rural/urbana:** En algunos países los suicidios son más frecuentes en áreas urbanas, mientras en otros ocurren con más frecuencia en áreas rurales.³⁸

2.2.3. Factores culturales:

Exposición a medios de comunicación: La exposición a determinado tipo de información en los medios de comunicación sobre suicidios, también se ha asociado con conductas suicidas en adolescentes.

La exposición al suicidio en la televisión fue asociada significativamente con autoagresión deliberada. Esta persiste en el análisis bivariado y multivariado después de controlar género, depresión, hábitos televisivos, eventos de vida (reales y en la televisión), conductas de riesgo y consumo de alcohol y drogas.²¹

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.

Antecedente de Maltrato Físico, Sexual y Psicológico: Son factores directamente vinculados las conductas suicidas, ya sea como antecedentes o recientes.

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 auto agresión.³⁹

2.2.4. Factores psicológicos:

Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son:

La impulsividad, el pensamiento, La rigidez cognitiva, La desesperanza, La dificultad de resolución de problemas, El recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo. Estos factores varían en función de la edad, aunque hay dos de especial importancia, la desesperanza y la rigidez cognitiva.

La desesperanza se considera el factor psicológico más influyente en relación con el riesgo de conducta suicida, ya que el 91% de los pacientes con conducta suicida expresan desesperanza en la escala de Beck.⁴⁰

Existen estudios que muestran que las preocupaciones de perfeccionismo, socialmente visto como autocrítica, la preocupación por los errores y las dudas acerca de las acciones, se correlacionan con la tendencia al suicidio. Los pacientes con trastornos mentales y conducta suicida presentan temperamentos y personalidades específicas, distintas de los que no la presentan. Entre los rasgos de personalidad más importantes para la conducta suicida está la presencia de agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad. La detección de estos rasgos pueden ser marcadores útiles de riesgo de suicidio.

Algunas variables como la rigidez cognitiva, la deficiencia de habilidades de resolución de problemas y estar más centrado en el presente que orienta al futuro, se han relacionado con intento de suicidio. En una revisión sistemática se encontró que las personas con conducta suicida previa en comparación con controles sanos o pacientes psiquiátricos, presentan una mayor deficiencia de habilidades de resolución de problemas, aunque estas diferencias desaparecen al controlar variables como la depresión y la desesperanza.

La desesperanza es también un factor de riesgo relacionado tradicionalmente con la conducta suicida y se emplea frecuentemente en la práctica clínica por su utilidad y fácil detección. Sin embargo, algunos autores han propuesto que la desesperanza por sí misma, sin existencia de depresión, no predice una tentativa. También se han identificado el neuroticismo, la tendencia a atribuir a factores externos el control de su propia vida y la impulsividad como factores de riesgo.⁴¹

Acontecimientos vitales estresantes: Se han relacionado con ideación e intento suicida. Los adolescentes con patología psiquiátrica pueden percibir ciertas situaciones como más estresantes de lo normal y su vez, la presencia de sucesos estresantes puede ser el resultado de una conducta desadaptativa.

Depresión

Es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general. Aparece en todos los rangos de edad, aunque existe un mayor riesgo cuando su comienzo es entre los 30 y los 40 años. La OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión,

Trastornos de ansiedad

Pueden asociarse con tasas elevadas de ideación suicida, tentativas y suicidio consumado. Sin embargo, no está demostrado si los trastornos de ansiedad representan factores de riesgo independientes o si se asocian a otras comorbilidades, como la depresión, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad.⁴⁰

Trastornos de la conducta alimentaria

En un estudio se observó que una de cada cuatro mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (especialmente cuando se acompañaban de comorbilidades, como depresión o ansiedad) tenían antecedentes de ideación o conducta suicidas, lo que supone una tasa cuatro veces superior a la de la población femenina general. Dentro de estos trastornos, la anorexia nerviosa es la que presenta un mayor riesgo de suicidio, sobre todo en mujeres durante la adolescencia tardía.⁴²

2.3. HIPOTESIS

Ha. Algunos factores sociodemográficos, culturales y psicológicos se relacionan con intento de suicidio de los pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo Celendín-2014.

Ho: Algunos factores sociodemográficos, culturales y psicológicos no se relacionan con intento de suicidio de los pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo Celendín-2014.

2.4. VARIABLES DE ESTUDIO

Variable Independiente: Factores sociodemográficos, culturales y psicológicos.

Variable Dependiente: Intento de suicidio.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, CULTURALES Y PSICOLÓGICOS.			
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	CATEGORIAS
Variable Independiente: Factores sociodemográficos.	Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios. http://es.slideshare.net/MiguelAngelCarmen/factores-demogrificos-y-sociales .	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Estado civil • Ocupación • Ingreso económico • Dependencia económica • Residencia • Procedencia 	16 a 20 años 20 a 26 años 26 a más años Femenino Masculino Soltero Casado/conviviente Divorciado/separado Estudia Estudia y trabaja Trabaja >750 soles <750 soles Padre Madre Ambos Uno mismo Urbano Rural Urbano Rural

		<ul style="list-style-type: none"> • Religión • Convivencia • Vivienda • Tipo de familia • Presencia de padres en el hogar • Relaciones interpersonales 	<p>Católico No católico</p> <p>Solo (a) Con hermanos Otras personas</p> <p>Alquilada Propia</p> <p>Nuclear Extensa</p> <p>Si No</p> <p>Buenas Regulares Malas</p>
		<p>Factores culturales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horas de televisión • Consumo de bebidas alcohólicas 	<p>1 a 2 horas 3 a más horas</p> <p>Si No</p>
<p>Variable dependiente: Intento de suicidio</p>	<p>Es el concepto general que sirve para designar a todo acto que busque la muerte propia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de sustancias psicoactivas • Maltrato físico 	<p>Si No</p> <p>Si No</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual 	<p>Si No</p>
		<p>Factores psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maltrato psicológico 	<p>Si No</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Impulsividad 	<p>Siempre A veces Nunca</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Desesperanza 	<p>Siempre A veces Nunca</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Depresión 	<p>Siempre A veces Nunca</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la ansiedad 	<p>Siempre A veces Nunca</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de conducta alimentaria 	<p>Siempre A veces Nunca</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Actitud hacia la vida / muerte 	<p>Bajo = 0-12</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos o deseos suicidas 	<p>Medio = 13-25</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de intento de suicidio 	<p>Alto = 26-38</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Realización del intento proyectado 	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es:

- **Descriptivo:** porque se midieron y describieron como son y operan las variables de estudio, y el modo sistemático de las características de la población en estudio.
- **Correlacional:** porque se determinó el grado de relación entre las variables objeto de estudio.
- **Analítico:** porque se hará un análisis de la correlación sobre las variables de estudio y se conocerán los fenómenos tal y como se presentan en la realidad.

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital de Apoyo de la provincia de Celendín, departamento de Cajamarca, ubicado en la Av. Túpac Amaru cuadra cuatro. Fue creado el 11 de diciembre de 1956 con Resolución Regional Sectorial N° 1025-2009-GR.CAJ/DRS-DESP Cuenta con los servicios de atención al Niño, Emergencia, Hospitalización que cuenta con los siguientes servicios: Medicina, Cirugía, Pediatría, y Gineco-obstetricia.

Los intentos de suicidio son atendidos inicialmente en el servicio de emergencia, posteriormente son trasladados al servicio de hospitalización para su recuperación. Dicho nosocomio atiende a una población de 25000 habitantes y en el laboran: 8 Médicos ,12 enfermeras y10 técnicos en enfermería .Tiene una capacidad resolutive de II-1.

3.3 POBLACIÓN/MUESTRA

POBLACIÓN:

La Población estuvo constituida por 25 pacientes atendidos en los meses de julio a octubre por intento de suicidio del Hospital de Apoyo de Celendín.

MUESTRA:

La muestra estuvo conformada por 19 casos de pacientes con intento de suicidio atendidos en el Hospital de Apoyo Celendín, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

Constituida por cada paciente que intentó suicidarse atendido en el Hospital de Apoyo de Celendín.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo de Celendín por intento de suicidio periodo 2014. Entre las edades de 15 a más de 26 años de edad.
- Pacientes que quieran participar voluntariamente del estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de edad en el que el familiar no desee que participe.
- Pacientes que no quieran participar voluntariamente del estudio.

3.6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD:

La validación fue mediante el juicio de expertos o entendidos en el tema, conformados por una doctora y dos magísteres, quienes analizaron los instrumentos y dieron las sugerencias respectivas, para mejorar el instrumento y se logre recabar la información pertinente.

3.7. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, se utilizó la técnica de la entrevista personal y como instrumento el cuestionario, el que se diseñó específicamente para la evaluación de los

factores sociodemográficos, culturales y psicológicos; para el intento de suicidio se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck (1979).

3.8. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Entrevista: Esta técnica permitió el acercamiento personalizado a la muestra de estudio y obtener la información respecto de las variables mediante la aplicación de los instrumentos. La duración de la misma estuvo supeditada a la aceptación del grupo de estudio y fue aplicada en el centro escolar y en la familia, si es permisible. Esta técnica fue realizada por la investigadora.

Instrumento: el cuestionario, constituido por un conjunto de preguntas, preparado cuidadosamente sobre los hechos y aspectos que interesan en la investigación y que se aplicó durante la entrevista para recoger información en un tiempo relativamente breve, y obtener los datos necesarios para someter a prueba los supuestos hipotéticos que hemos planteado en la investigación.

El cuestionario es de tipo Likert, estuvo estructurado de la siguiente forma: Primero por los factores sociodemográficos conformado por 14 preguntas abiertas, le sigue los factores culturales constituidos por 6 preguntas cerradas, después le continúa los factores psicológicos compuestos por 6 preguntas cerradas.

La Escala de Ideación Suicida de Beck (1979). Que está constituida por 19 ítems.

Este cuestionario fue aplicado directamente a los pacientes con intento de suicidio atendidos en el Hospital de Apoyo Celendín, previo consentimiento informado, brindándoles las orientaciones para el llenado correcto del instrumento.

3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

- ⊙ **Criterios éticos,** como se trata de un tema altamente personal, se tuvo en cuenta el principio de autonomía del paciente, quien decidió voluntariamente y libremente ser

entrevistado, se enfatizó en la confidencialidad en el manejo de la información, con fines netamente investigativos asegurando el anonimato del cuestionario; por ello se hizo firmar el consentimiento informado.

3.10. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, ya que la persona confirmó voluntariamente su deseo de participar en el estudio, después de haber sido informado sobre todos los aspectos de esta investigación. Respetando sus valores, intereses y preferencias del individuo, porque es libre de tomar la decisión de participar en la investigación clínica y si está de acuerdo con sus intereses.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y ANALISIS DE LA INVESTIGACION

Tabla 1A. Factores demográficos de los pacientes con intento de suicidio. Hospital de Apoyo de Celendín -2014.

FACTORES DEMOGRÁFICOS	Nº	%
Edad		
De 16 a 20	10	52,6
De 21 a 25	7	36,8
De 26 a más	2	10,5
Sexo		
Masculino	6	31,6
Femenino	13	68,4
Estado civil		
Soltero	13	68,4
Casado o conviviente	2	10,5
Divorciado o separado	4	21,1
Ocupación		
Estudia	10	52,6
Estudia y trabaja	2	10,5
Solo trabaja	7	36,8
Ingreso económico		
Menos de 750 nuevos soles	9	47,4
Más de 750 nuevos soles	10	52,6
Dependencia económica		
Padre	5	26,3
Madre	5	26,3
Ambos	1	5,3
De uno mismo	8	42,1
Residencia		
Urbano	18	94,7
Rural	1	5,3
Procedencia		
Celendín	16	84,2
Otros lugares	3	15,8
TOTAL	19	100

Fuente: Cuestionario aplicado por la autora

En la tabla 1A, podemos apreciar que 89,4% de los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital de Apoyo de Celendín están ubicados entre las edades de 16 a 25 años, es decir adolescentes y adultos jóvenes; 68,4% son de sexo femenino y solteros; 52,6 % estudiantes; 53,6 % con ingreso económico mayor a un mínimo vital actual, sin embargo 47,4% perciben un sueldo menor al mínimo vital con una pequeña diferencia de 4,8%; 52,6% dependen económicamente de los padres y 42,1 % de ellos mismos, con una diferencia de 10,5 %; 95,7 % y 84 % con residencia y procedencia urbana respectivamente.

Nuestra investigación se asemeja con algunos resultados de la investigación de Villatoro V, Fleiz B. (2009) México. Quien encontró que las mujeres, las personas que no están casadas o en unión libre, las de menor escolaridad, los grupos más jóvenes y los subempleados tienen, en general, riesgos más elevados de presentar conducta suicida. Algunas áreas del país, en particular el sureste, se vieron más afectadas, mientras que las personas que viven en áreas rurales reportaron consistentemente menores prevalencias de las tres conductas suicidas. Y se contradice con los hallazgos de Mejía L, Sanhueza O, González H. (2011) Chile, donde la frecuencia del suicidio entre varones es cuatro veces superior a la de las mujeres, Las tasas de suicidio aumentan con la edad, lo que destaca la importancia de la crisis de la mediana edad. Entre varones, la máxima incidencia de suicidios se observa a partir de los 45 años; entre mujeres, los números más altos de suicidios consumados se registran después de los 55 años. El matrimonio, reforzado por los hijos, parece disminuir el riesgo de suicidio de forma significativa. Estudios muestran que los intentos de suicidio y los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural.

Los factores demográficos reflejan que la población joven esta propensa a padecer un intento de suicidio ya sea porque no saben cómo enfrentar las situaciones que se les presenta en su vida diaria.

Tabla 1B. Factores sociales de los pacientes con intento de Suicidio. Hospital de Apoyo de Celendín -2014

FACTORES SOCIALES	N°	%
Religión		
Católico	15	78,9
No católico	14	21,1
Convivencia		
Solo (a)	5	26,3
Con sus hermano	1	5,3
Otros familiares	13	68,4
Vivienda		
Alquilada	10	52,6
Casa propia	9	47,4
Tenencia de hijos		
Si	5	26,3
No	14	73,7
Tipo de familia		
Nuclear	8	42,1
Extensa	11	52,6
Presencia de padres en hogar		
Si	10	52,6
No	9	47,4
Relaciones interpersonales		
Buenas	7	36,8
Regulares	11	57,9
Malas	1	5,3
TOTAL	19	100

Fuente: cuestionario aplicado por la autora.

En la tabla 1B, podemos apreciar que 78,9% de los pacientes con intento de Suicidio atendidos en el Hospital de Apoyo de Celendín, profesan la religión Católica, 68,4 % conviven con otros familiares, 52,6 % tiene casa propia, pero un 47 % viven en casa alquilada, 73,7 % no tienen hijos, 52,6 % pertenecen a familia extensa, 53,6 % tienen la presencia de sus padres en casa, sin embargo con una mínima diferencia (47,4 %) no la tienen 94,7 % con relaciones interpersonales regulares a buenas.

Los resultados de la investigación no concuerda con las apreciaciones hechas por el Dr. Manuel Cueva Rojas, Decano del Colegio de Psicólogos de Cajamarca quien declaró a RPP que las más frecuentes de intentos de suicidio son violencia familiar y decepción amorosa, y esto hace ver la poca comunicación que existe en el hogar, los pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo cuentan con una familia extensa, con presencia de padres y las relaciones interpersonales se consideran adecuadas.

Desde el punto de vista religioso el suicidio es considerado como una mala acción, debido a que el ser humano no tiene derecho a quitarse la vida que Dios le ha dado, y está condenado por el Cristianismo, Judaísmo e Islamismo. Desde el punto de vista jurídico y de los derechos humanos hoy el suicidio, se considera por muchos como un derecho. Apreciación que la mayoría por sus creencias no la acepta.

Las personas por su credo religioso tiende a criticar severamente a los suicidas, pero si somos cristianos verdaderos debemos tener una actitud de juzgar y en cambio mucha comprensión. Pero también es iluso considerar que quienes están en derredor de la persona que piensa en auto eliminarse, no actuar por un falso respeto y una definición equivocada de libertad.

La inclinación al suicidio se agrava debido a un debilitamiento de las creencias tradicionales y al individualismo moral reinante en la actualidad, pero también suele desaparecer respondiendo a los requerimientos de otras necesidades, autoestima, pertenencia, amor, con acciones que permita llenar carencias o vacíos emocionales, que en la mayoría de casos los proporciona la familia, y el círculo de amigos.

Tabla 1C. Factores culturales de los pacientes con intento de Suicidio. Hospital de Apoyo de Celendín -2014.

FACTORES	Nº	%
Familiar suicida		
Si	10	52,6
No	9	47,4
Consumo de bebidas alcohólicas		
Si	11	57,9
No	8	42,1
Consumo de sustancias psicoactivas		
Si	2	10,5
No	17	89,5
Maltrato físico		
Si	8	42,1
No	11	57,9
Abuso sexual		
Si	2	10,5
No	17	89,5
Maltrato psicológico		
Si	18	94,7
No	1	5,3
TOTAL	19	100,0

Fuente: cuestionario aplicado por la autora.

La tabla 1C, muestra los factores culturales de los pacientes que participaron en el estudio, donde 52,6 % tuvieron un familiar suicida, pero 47,6% escasa diferencia no lo tuvieron; 57,9% consumen bebidas alcohólicas, 89,5% no consumen sustancias psicoactivas, 57,9 % no sufrieron maltrato físico sin embargo 42,1 % si fueron maltratados físicamente, 89,5% no fueron abusados sexualmente y 94,7% fueron maltratados psicológicamente. Estos resultados son corroborados con el estudio de Pérez A, Rivera R. (2010) México, asemeja en algunos aspectos ya que ellos determinaron que los factores asociados a la conducta suicida fueron: poca confianza en la comunicación hacia los padres; abuso sexual, sintomatología depresiva, consumo de tabaco alcohol y, para las mujeres, haber tenido relaciones sexuales tempranamente sin planearlas.

Los intentos de suicidios es una manifestación de las presiones socioculturales estresantes que se originan en la competitividad escolar, los conflictos en casa, los cambios en el organismo, la imagen y la apariencia, la disponibilidad de alcohol, drogas y los conflictos relacionados con las relaciones amistosas y el sexo.

El intento de suicidio está relacionado con los factores culturales porque la población joven al estar en contacto con su entorno percibe conductas negativas ya sea de sus familiares o grupo de amigos, conllevando esto a que la persona adopte tales conductas originando cambios en su vida a nivel personal. Tal es el hecho de los pacientes con intento de suicidio del Hospital de Apoyo de Celendín.

Tabla 1D. Factores psicológicos de los pacientes con intento de Suicidio Hospital de Apoyo de Celendín -2014.

FACTORES	Nº	%
Impulsividad		
Siempre	8	42,1
A veces	9	47,4
Nunca	2	10,5
Desesperanza		
Siempre	6	31,6
A veces	11	57,9
Nunca	2	10,5
Depresión		
Siempre	5	26,3
A veces	12	63,2
Nunca	2	10,5
Trastorno de la ansiedad		
Siempre	4	21,1
A veces	13	68,4
Nunca	2	10,5
Trastorno de conducta alimentaria		
Siempre	4	21,1
A veces	13	68,4
Nunca	2	10,5
TOTAL	19	100,0

Fuente: cuestionario aplicado por la autora.

La información de la tabla 1D, acerca de los factores psicológicos que conllevan a intentar suicidarse a los pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo de Celendín, muestran que 89,5 % son impulsivos y sienten desesperanza a veces o siempre, 89,5 % se han sentido deprimidos, ansiosos y han tenido trastornos alimenticios a veces o siempre.

Los resultados de nuestra investigación son semejantes con algunos resultados encontrados por Leal Z, Vásquez R. (2012) sobre ideación suicida en adolescentes cajamarquinos: Prevalencia y Factores asociados. Una quinta parte manifestaron experimentar el deseo de estar muerto alguna vez en el último mes. Porcentajes también altos se hallaron respecto a los adolescentes que pensaron que no vale la pena vivir. Respecto a las modalidades de ideaciones suicidas, resultaron ser más prevalentes aquellos pensamientos de desesperanza y deseos de muerte.

La impulsividad es un factor psicológico que desinhibe el comportamiento y origina conductas de alto riesgo e incluso comportamientos suicidas, razón por la cual se asocia con intentos fallidos de suicidio o gestos suicidas, que no son valorados adecuadamente por los clínicos para identificar el riesgo de un nuevo intento de suicidio. Cuando ésta se asocia a la depresión, al abuso de alcohol o al consumo de sustancias psicoactivas suele los jóvenes suelen ser más violentos y casi siempre dejan secuelas físicas severas.

Respecto a la desesperanza se entiende como la percepción que la persona tiene sobre los acontecimientos venideros, y es el sentimiento de no encontrar alternativas de solución ante una determinada situación o de no tener expectativas de futuro. La desesperanza representa el componente de la depresión que se asocia con una variedad de creencias sobre la eficacia personal y el papel del destino contra el esfuerzo en meta-logro.

Casi siempre las personas deprimidas tienen cogniciones inapropiadas que median entre los acontecimientos externos y las emociones, culminando en un estado generalmente negativo o pesimista. El suicidio llega a ser la conclusión esperable de una evaluación negativa que hace el sujeto de sí mismo, en un estado de desesperación.

Tabla 2. Intento de suicidio de los pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo de Celendín -2014.

RIESGO	N	%
Bajo	5	26,3
Medio	13	68,4
Alto	1	5,3
TOTAL	19	100,0

Fuente: Escala de Ideación Suicida de Beck 1979.

En la tabla 2, se aprecia que 68,4% de la muestra presentan un nivel medio de intento de suicidio y el 5,3% un nivel alto.

Los hallazgos del trabajo coinciden con lo aseverado por el Dr. Edwin Santos Hurtado, psiquiatra del Hospital Regional de Cajamarca, quien informó que en promedio se atienden a 20 pacientes con intentos de suicidios al mes, cuya edad fluctúa entre 17 y 24 años y agregó que de cada tres intentos, dos corresponden a mujeres, asimismo mencionó que las causas que conllevan a los jóvenes a tomar tal decisión son problemas familiares y sentimentales, mientras que en personas mayores, es por conflictos de pareja y económicos.

Son múltiples los escritos que afirman que los pacientes que presentan conductas suicidas tienen baja tolerancia a la frustración, son incapaces de sentir afectos positivos, son muy irritables y son muy sensibles a las situaciones en las que se sienten rechazados por otros. Así mismo, la indecisión, la preservación y el retraimiento son rasgos bastante característicos de sujetos desesperanzados y con baja autoeficacia, ya que no confían en sus habilidades sociales y temen ser rechazados por los demás, mostrándose tímidos, desconfiados y solitarios. Además son poco emotivos e indiferentes socialmente, tienden a ser silenciosos y pasivos y a concentrar la atención en amenazas, caracterizándose por anticiparse constantemente a consecuencias.

El nivel medio de intento de suicidio de los pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo de Celendín indica que en estas personas influyen los factores sociales, culturales y psicológicos los cuales son aquellos que conllevan a que las personas intenten quitarse la vida. Frente a esta situación el Hospital de Apoyo de Celendín debe poner mayor énfasis en lo que respecta a la salud mental de la comunidad, brindando un trato cálido y un ambiente de confianza para que las personas acudan a realizar una consulta y ayudarles a resolver o presentarles alternativas de solución frente al problema que están conviviendo. También es importante realizar campañas de salud para que la población conozca sobre los problemas de salud mental que puede presentar una persona, fomentando así la prevención del intento de suicidio.

Tabla 3A. Relación entre los factores demográficos y el intento de suicidio de los pacientes atendidos. Hospital de Apoyo de Celendín -2014

FACTORES	PV	INTENTO DE SUICIDIO						TOTAL	
		BAJO		MEDIO		ALTO		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
Edad									
16-20 años	0,75	3	30,0	6	60,0	1	10	10	100
21-25 años		2	28,6	5	71,4	0	0,0	7	100
26 a más		0	0,0	2	100	0	0,0	2	100
Sexo									
Masculino	0,59	1	16,7	5	83,3	0	0,0	6	100
Femenino		4	30,8	8	61,5	1	7,7	13	100
Estado Civil									
Soltero	0,89	3	23,1	9	69,2	1	7,7	13	100
Casado/conviviente		1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	100
Divorciado/separado		1	25,0	3	75,0	0	0,0	4	100
Ocupación									
Estudia	0,03	4	40,0	6	60,0	0	0,0	10	100
Estudia y trabaja		0	0,0	1	50,0	1	50	2	100
Trabaja		1	14,3	6	85,7	0	0,0	7	100
Ingreso económico	0,24								
<750 nuevos soles		1	11,1	7	77,8	1	11	9	100
>750 nuevos soles		4	40,0	6	60,0	0	0,0	10	100
Padre		1	20,0	3	60,0	1	20	5	100
Madre		2	40,0	3	60,0	0	0,0	5	100
Ambos		1	12,5	7	87,5	0	0,0	8	100
Uno mismo		1	100	0	0,0	0	0,0	1	100
Residencia									
Urbana	0,78	5	27,8	12	66,7	1	5,6	18	100
Rural		0	0,0	1	100	0	0,0	1	100
Procedencia									
Urbano	0,44	5	31,3	10	62,5	1	6,3	16	100
Rural		0	0,0	3	100	0	0,0	3	100

Fuente: cuestionario aplicado por la autora.

Las tabla 3A, muestra la relación de los factores demográficos y el intento de suicidio de los pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo de Celendín, determinándose relación significativa entre la ocupación y el intento de suicidio con $p \text{ value} = 0,03$.

Nuestro trabajo se asemeja con los hallazgos de Muñoz J. quien determinó que existe una prevalencia elevada de ideación suicida en estudiantes entre 15 y 24 años del CEPUSM y está asociada, sólo en adolescentes, a pertenecer a familias con niveles muy bajos de cohesión familiar.

Tabla 3B. Relación entre los factores sociales y el intento de suicidio de los pacientes atendidos. Hospital de Apoyo de Celendín -2014

FACTORES	PV	INTENTO DE SUICIDIO							
		BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Religión									
Católico	0,0	5	33,0	10	66,7	0	0,0	15	100
No católico	7	0	0,0	3	75,0	1	25,0	4	100
Convivencia									
Solo(a)	0,4	1	20,0	3	60,0	1	20,0	5	100
Con hermanos	88	0	0,0	1	100	0	0,0	1	100
Otras personas		4	30,8	9	69,2	0	0,0	13	100
Vivienda									
Alquilada	0,5	2	20,0	7	70,0	1	10,0	10	100
Propia	41	3	33,3	6	66,7	0	0,0	9	100
Tipo de familia									
Nuclear	0,5	2	25,0	5	62,5	1	12,5	8	100
Extensa	15	3	30,0	7	70,0	0	0,0	10	100
Presencia de padres									
Si	0,3	4	40,0	6	60,0	0	0,0	10	100
No	25	1	12,5	6	75,0	1	12,5	8	100
Relaciones interpersonales	0,6								
Buenas	81	3	42,9	4	57,1	0	0,0	7	100
Regulares		2	18,2	8	72,7	1	9,1	11	100
Malas		0	0,0	1	100	0	0,0	1	100

Fuente: cuestionario aplicado por la autora.

La tabla 3B, revela la relación de los factores sociales y el intento de suicidio de los pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo de Celendín, la misma que muestra que no existe relación significativa entre las dos variables.

Los resultados de la investigación difiere con los hallados por Pérez A, Rivera R. donde determinó que los factores asociados a la conducta suicida fueron: poca confianza en la comunicación hacia los padres; abuso sexual, sintomatología depresiva, consumo de tabaco alcohol y, para las mujeres, haber tenido relaciones sexuales. Igualmente define con las apreciaciones hechas por el Dr. Manuel Cueva Rojas, Decano del Colegio de Psicólogos

de Cajamarca quien declaró a RPP que las causas más frecuentes de intentos de suicidio son por violencia familiar y decepción amorosa, y esto hace ver la poca comunicación que existe en el hogar.

Los resultados nos indican que los factores sociales no están ligados a intentar suicidarse en la población estudiada ya no dependen solamente de estos factores.

Tabla 3C. Relación entre los factores culturales y el intento de suicidio de los pacientes atendidos. Hospital de Apoyo de Celendín -2014

FACTORES	PV	INTENTO DE SUICIDIO							
		BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Familiar suicida									
Si	0,178	1	10,0	8	80,0	1	10,0	10	100
No		4	40,0	5	55,6	0	0,0	9	100
Consumo de bebidas alcohólicas	0,483								
Si		2	18,2	8	72,7	1	9,1	11	100
No		3	37,5	5	62,5	0	0,0	8	100
Consumo sustancias psicoactivas	0,010								
Si		0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	100
No		5	29,4	12	70,6	0	0,0	17	100
Maltrato físico									
Si	0,483	2	25,0	5	62,5	1	12,5	8	100
No		3	27,3	8	72,7	0	0,0	11	100
Abuso sexual									
Si	0,010	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	100
No		5	29,4	12	70,6	0	0,0	17	100
Maltrato psicológico									
Si	0,784	5	27,8	12	66,7	1	5,6	18	100
No		0	0,0	1	100	0	0,05	1	100
TOTAL		5	26,3	13	68,4	1	5,3	19	100

Fuente: cuestionario aplicado por la autora.

Las tabla 3C, muestra la relación de los factores culturales y el intento de suicidio de los pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo de Celendín, encontrándose relación altamente significativa entre el consumo de sustancias psicoactivas y el abuso sexual con $P v = 0,010$.

El consumo de sustancias psicoactivas se ha convertido en un problema de salud pública en Latinoamérica, igualmente las sustancias tradicionales de consumo a nivel nacional y sobre

todo en la población de estrato alto. Se estima que en la mayor población donde hay consumo de alcohol en los jóvenes de 12 a 17 años. Así mismo, la marihuana juega un importante papel en la epidemia del consumo de sustancias; es la droga ilegal de mayor consumo en los jóvenes, tanto en el país como en el ámbito mundial. Con respecto a esta sustancia es importante mencionar el desconocimiento de sus efectos reales; es frecuente que las personas describan la marihuana como poco peligrosa porque no produce adicción.

El consumo de sustancias psicoactivas presenta un riesgo eminente para los jóvenes ya que bajo sus efectos han intentado suicidarse, y cuando no se logra su objetivo, por la violencia con la que se intenta deja secuelas crónicas tanto físicas como emocionales.

Tabla 3D. Relación entre los factores psicológicos y el intento de suicidio de los pacientes atendidos. Hospital de Apoyo de Celendín -2014

FACTORES	INTENTO DE SUICIDIO									
	PV	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Impulsividad										
Siempre	0,66	2	25,0	5	62,5	1	12,5	8	100	
Nunca		3	33,3	6	66,7	0	0,0	9	100	
A veces		0	0,0	2	100	0	0,0	2	100	
Desesperanza										
Siempre	0,45	2	33,2	3	50,0	1	16,7	6	100	
A veces		2	18,2	9	81,8	0	0,0	11	100	
Nunca		1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	100	
Depresión										
Siempre	0,27	2	40,0	2	40,0	1	20,0	5	100	
A veces		2	16,7	10	83,3	0	0,0	12	100	
Nunca		1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	100	
Trastorno de la ansiedad										
Siempre	0,32	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	100	
A veces		3	23,1	10	76,9	0	0,0	13	100	
Nunca		1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	100	
Trastorno de conducta alimentaria										
Siempre	0,03	0	0,0	3	75,0	1	25,0	4	100	
A veces		3	23,1	10	76,9	0	0,0	13	100	
Nunca		2	100	0	0,0	0	0,0	2	100	

Fuente: cuestionario aplicado por la autora. Escala de Beck

Los datos de la tabla 3D, develan la relación de los factores psicológicos y el intento de suicidio de los pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo de Celendín, encontrándose relación significativa entre los trastornos de conducta alimentaria con $p \text{ value} = 0,03$.

Por el hecho que la población es joven y tienen ocupaciones surgen los trastornos alimentarios los cuales casi siempre están asociados con el comer más rápido de lo habitual, comer hasta sentirse demasiado lleno, continuar comiendo a pesar de no tener hambre, comer a solas por sentir vergüenza por todo lo que se come; sentir disgusto con uno mismo, culpabilidad o depresión después de los atracones y un marcado malestar por tal conducta.

El sentimiento de culpa, que no es manejado adecuadamente, los jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria tienen una mayor prevalencia de cualquier adversidad y un mayor número de adversidades vividas. Las adversidades que demuestran consistentemente una mayor prevalencia entre individuos con trastornos alimentarios son el maltrato físico y sexual y la violencia intrafamiliar, que lo sumergen en estado de depresión, despersonalización e intento de suicidio.

En los pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo de Celendín influyen en su intento de suicidio los factores psicológicos, el cual debe tener en cuenta el personal de salud de dicho hospital para que ayuden a las personas a afrontar estas situaciones, ya sea realizando visitas domiciliarias, manteniendo una comunicación con los miembros familiares o prestando atención en las instituciones educativas, para que así se prevengan tales situaciones de intento de suicidio.

CONCLUSIONES

Luego de analizar los resultados obtenidos en el presente estudio, podemos obtener las siguientes conclusiones:

1. En las características demográficas de los pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo de Celendín por intento de suicidio en el 2014, revela que en mayoría están comprendidas en el grupo etario de 19 a 25 años de edad, la mayoría son del sexo femenino, solteros, estudiantes, dependen económicamente de sí mismo, con ingreso económico de más de 750 nuevos soles, con residencia y procedencia urbana.
2. Los factores sociales de los pacientes investigados indican que la mayoría profesan la religión Católica, conviven con sus padres, tienen casa propia y/o alquilada en similares proporciones, no tienen hijos, pertenecen a una familia extensa, con similitud en presencia/ausencia de sus padres en el hogar y con relaciones interpersonales entre regulares a buenas.
3. Los factores culturales de los pacientes destacan que no han tenido antecedentes suicidas, consumen bebidas alcohólicas más no consumen sustancias psicoactivas, no son maltratados físicamente pero si psicológicamente, no han sido abusadas sexualmente.
4. Los factores psicológicos del grupo estudiado señala una tendencia impulsiva, de desesperanza y depresión, con trastornos de ansiedad y alimenticios a veces, factores determinantes para los intentos suicidas.
5. De acuerdo a los criterios de evaluación el intento de suicidio de los pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo de Celendín, se encuentra en un riesgo medio con 68, 4%.

6. En la relación a los factores demográficos, sociales, culturales y psicológicos y el intento de suicidio, se determinó que existe relación significativa entre la ocupación y el intento de suicidio (p value =0,03); relación altamente significativa entre el consumo de sustancias psicoactivas y el abuso sexual (p value = 0,01); relación altamente significativa entre el consumo de sustancias psicoactivas y el abuso sexual (p value=0,01) respectivamente y relación significativa entre los trastornos de conducta alimentaria (p value = 0,03).

7. Se comprueba la hipótesis de que algunos factores sociodemográficos, culturales y psicológicos se relacionan con intento de suicidio de los pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo Celendín-2014.

RECOMENDACIONES

1. A la Universidad Nacional de Cajamarca sede Celendín a realizar trabajos de proyección social en la provincia de Celendín, en los colegios e instituciones donde se puedan captar a los adolescentes y jóvenes para orientarlos hacia una visión positiva de la vida.
2. Al Hospital de Apoyo de Celendín, priorizar la atención de las mujeres en los consultorios de psicología y en los trabajos extramurales del personal de salud, con la finalidad de evitar que los diferentes aspectos que ponen en riesgo el estado psicológico de la mujer, sigan aumentando el número de intentos suicidas.
3. A los profesionales de enfermería a realizar medidas preventivas para concientizar a las personas que presentan intento de suicidio y a la familia para poder evitarlas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mejía M. Sanhueza P. factores de riesgo y contexto del suicidio [en línea]. Chile: memoriza.com; 2011; [accesado 22 Jul 2014]. Disponible en: http://www.memoriza.com/documentos/revista/2011/Suicidi02011_8_15-25.pdf
2. Vargas H, Saavedra. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev neuropsiquiatr* 75 (1), 2012.
3. Mejía M. Sanhueza P. factores de riesgo y contexto del suicidio [en línea]. Chile: memoriza.com; 2011; [accesado 22 Jul 2014]. Disponible en: http://www.memoriza.com/documentos/revista/2011/Suicidi02011_8_15-25.pdf
4. Vargas H, Saavedra. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev neuropsiquiatr* 75 (1), 2012.
5. Redgesam. OMS celebra Día de la Prevención del Suicidio [En línea]. El Salvador: Redgesam; 2012; [accesado 20 octubre 2014]. Disponible en: <http://www.redgesam.cl/wp/?p=1754>
6. Llorca G. Traver F. Aspectos evolutivos del suicidio [En línea]. El Salvador: Asociación Valenciana de trastorno bipolar; 2008; [accesado 20 setiembre 2014]. Disponible en: <https://pacotraver.wordpress.com/aspectos-evolutivos-del-suicidio/>
7. Perú 21. OMS: Cada 40 segundos una persona se suicida en el mundo [En línea]. El Salvador: Perú 21; 2012; [accesado 20 setiembre 2014]. Disponible en: <http://peru21.pe/mundo/oms-cada-40-segundos-persona-se-suicida-mundo-2041146>
8. Quo. 8 datos del suicidio en el mundo [En línea]. México: Quo; 2013; [accesado 20 setiembre 2014]. Disponible en: <http://quo.mx/noticias/2013/09/09/8-datos-del-suicidio-en-el-mundo>.

9. Redgesam. OMS celebra Día de la Prevención del Suicidio [En línea]. El Salvador: Redgesam; 2012; [accesado 20 octubre 2014]. Disponible en: <http://www.redgesam.cl/wp/?p=1754>
10. Leal R. caracterización del intento suicida en el Hospital Regional de Cajamarca. Cajamarca; 2012.
11. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia Y en la adolescencia. [En línea]. Galicia; 2011; [accesado 20 setiembre 2014]. disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_resum.pdf
12. http://www.rpp.com.pe/2011-10-11-cajamarca-piden-mejoren-area-de-psiquiatria-en-hospital-regional-noticia_411826.html.
13. Villatoro V, Fleiz B. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. Scielo [en línea] 2009 [accesado 12 setiem 2014]; 32 (5). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252009000500008&script=sci_arttext
14. Pérez A, Rivera R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. Scielo [en línea] 2010 [accesado 18 setiembre 2014]; 19 (3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592010000300008&script=sci_arttext
15. Cruz R, etal. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río. Cuba. Scielo [en línea] 2011 [accesado 11 setiembre 2014]; 15 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942011000400007&script=sci_arttext

16. Cruz R, et al. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río. Cuba. Scielo [en línea] 2011 [accesado 11 setiembre 2014]; 15 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942011000400007&script=sci_arttext
17. Castillo I, Gonzáles HI, Jiménez Y. Caracterización de intentos suicidas en adolescentes en el municipio de Rodas. Rev Psiquitr Niño Adoles. 2007; 7(1):125-42.
18. Pérez S. El suicidio: comportamiento y prevención. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1996. p. 7.
19. Perales A, Sogi C. Conducta suicida en estudiantes de medicina. Rev Psiquiatr Peru. 2000; 6(1): 8-13.
20. Correa H, Pérez S. Suicidio: una muerte evitable. Santiago de Cuba: Editorial Atheneu; 2006. p. 34. 8. Gonzales-Forteza C, Berenzon-Gom S, Tello-Granados AM, Facio-Flores D, Medina-Mora Icaza ME. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. Salud Publica Mex 1998; 40 (5):430-37.
21. Castro J. Manejo de la conducta suicida. En: Castro J. (ed). Psiquiatría de niños y adolescentes. Lima: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2009. p. 437-447.
22. Pérez S, Castro J. El suicidio infantojuvenil. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.
23. http://www.rpp.com.pe/2011-10-11-cajamarca-piden-mejoren-area-de-psiquiatria-en-hospital-regional-noticia_411826.html
24. Pfefferbaun B. Adolescent and illness. En : Frances A, Hales RE (Eds). Adolescent Psychiatry. Chapter 20. Washington DC: A.P.A. Annual Review; 1986.

25. Swanson JW, LinsKey AO, Quinteros-Salinas R, Pumariega AJ, Helzer CE. A binacional school survey of depressive symptoms, drug use and suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1992; 31: 669-678.
26. Thompson M, Kuruwita Ch, Foster M. Transitionsn suicide risk in a nationally representative sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2009; 44: 458-463.
27. Aneshensel CS, Huba GJ. An integrative causal modelo of the antecedents and consequences of depresión over one year. In: Geenley JR (ed). *Research in community and Mental Health*. Greenwich, CT: JAI Press; 1984.
28. Muñoz J. Pinto V. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Scielo [en línea] 2006 [accesado 20 Jun 2014]; 12 (31). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342006000400002&script=sci_arttext
29. Villatoro V, Fleiz B. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. Scielo [en línea] 2009 [accesado 12 setiem 2014]; 32 (5). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252009000500008&script=sci_arttext
30. Pérez A, Rivera R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. Scielo [en línea] 2010 [accesado 18 setiembre 2014]; 19 (3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592010000300008&script=sci_arttext
31. Cruz R, etal. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río. Cuba. Scielo [en línea] 2011 [accesado 11 setiembre 2014]; 15 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942011000400007&script=sci_arttext

32. Cruz R, et al. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río. Cuba. Scielo [en línea] 2011 [accesado 11 setiembre 2014]; 15 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942011000400007&script=sci_arttext
33. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y en la adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y la adolescencia. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxias Sanitarias de Galicia (avalía-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t No 2007/2009. 2009. URL disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_resum.pdf (Fecha de acceso: enero del 2012).
34. Muñoz J, Pinto V, Callata H, Napa N, Perales A. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2006; 23 (4): 239-246.
35. Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents part I: etiology and risk factors. Can J Psychiatry 2007; 52 (S1): 21-33S.
36. Castillo I, Gonzáles HI, Jiménez Y. Caracterización de intentos suicidas en adolescentes en el municipio de Rodas. Rev Psiquitr Niño Adoles. 2007; 7(1):125-42.
37. Pérez S. El suicidio: comportamiento y prevención. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1996. p. 7.
38. Perales A, Sogi C. Conducta suicida en estudiantes de medicina. Rev Psiquiatr Peru. 2000; 6(1): 8-13.

39. Correa H, Pérez S. Suicidio: una muerte evitable. Santiago de Cuba: Editorial Atheneu; 2006. p. 34. 8. Gonzales-Forteza C, Berenzon-Gorn S, Tello-Granados AM, Facio-Flores D, Medina-Mora Icaza ME. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Publica Mex* 1998; 40 (5):430-37.
40. Castro J. Manejo de la conducta suicida. En: Castro J. (ed). *Psiquiatría de niños y adolescentes*. Lima: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2009. p. 437-447.
41. Pérez S, Castro J. *El suicidio infantojuvenil*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.
42. Brausch AM, Muehlenkamp J. Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body Image* 2007 ; 4:207-212.

ANEXOS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Título: “factores sociodemográficos, culturales y psicológicos relacionado con intento de suicidio de pacientes atendidos en el hospital de apoyo Celendín-2014-Cajamarca”

I. Presentación

Estimado reciba usted mi cordial saludo, estoy realizando el trabajo de investigación cuyo objetivo es obtener información, sobre los factores sociodemográficos, culturales y psicológicos relacionado con intento de suicidio. Para lo cual solicito se sirva contestar con veracidad las preguntas que a continuación se exponen, expresándole que los datos son de carácter anónimo y de fines exclusivos para la investigación. Me despido agradeciéndole anticipadamente su participación.

II. Instrucciones

A continuación encontrará un cuestionario para evaluar los factores sociodemográficos, culturales y psicológicos relacionado con intento de suicidio, en donde que marcar con una “X” la respuesta que usted crea conveniente. Posteriormente encontrará una escala (**escala de ideación suicida (scale for suicide ideation, ssi)**) que permitirá evaluar el grado de intensidad o seriedad de intento de suicidio.

III. Factores sociodemográficos

1. Edad:

16 – 20 ()

20 – 25 ()

25 a más ()

2. Sexo:

Masculino ()

Femenino ()

3. Estado civil:

Soltero ()

Casado ()
Viudo ()
Divorciado ()
Conviviente ()

4. Tiene hijos: Si () No () N° de hijos: 1 () 2 () 3 a más ()

5. Ocupación:

Estudia ()
Estudia y Trabaja ()
Trabaja ()

6. Religión:

Católica ()
No católica ()

7. Convivencia

Solo (a) ()
Con sus padres ()
Con sus hermanos ()
Con sus padres y hermanos ()
Con otros familiares ()
Otras personas ()

8. Vivienda

Alquilada ()
Casa propia ()
Otros ()

9. Residencia

Urbana ()
Rural ()

10. Procedencia

Urbana ()
Rural ()

11. ¿De quién depende económicamente?

Padre ()
Madre ()

Ambos ()
Hermanos ()
De uno mismo ()

12. Antecedentes familiares

Tipo de familia: nuclear () extensa ()
Intento de suicidio y/o suicidas en la familia: SI () NO ()
Presencia de los padres en hogar: SI () NO ()

13. Ingreso económico

< 750 ()
750 ()
>750 ()

14. Relaciones Interpersonales.

Buenas ()
Regulares ()
Malas ()

IV. Factores culturales

Horas de televisión: 1 a 2 () 3 a más ()
Consumo de bebidas alcohólicas: SI () NO ()
Consumo de sustancias psicoactivas: SI () NO ()
Maltrato físico: SI () NO ()
Abuso sexual: SI () NO ()
Maltrato psicológico: SI () NO ()

V. Factores psicológicos

- Tiendo a ser muy impulsivo la mayor parte del tiempo
Siempre () A veces () Nunca ()
- Considero que las cosas estarían mejor si yo no estuviera
Siempre () A veces () Nunca ()
- Me siento incapaz de hacer bien las cosas y salir adelante
Siempre () A veces () Nunca ()

- Pienso en el suicidio siempre como posible solución a los problemas
Siempre () A veces () Nunca ()
- Consumo mis alimentos tres veces al día
Siempre () A veces () Nunca ()

VI. Escala de Ideación Suicida de Beck 1979

1. Deseo de vivir
 0. Moderado a fuerte
 1. Débil
 2. Ninguno
2. Deseo de morir
 0. Ninguno
 1. Débil
 2. Moderado a fuerte
3. Razones para vivir/morir
 0. Porque seguir viviendo vale más que morir
 1. Aproximadamente iguales
 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. Deseo de intentar activamente el suicidio
 0. Ninguno
 1. Débil
 2. Moderado a fuerte
5. Deseos pasivos de suicidio
 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)
 0. Breve, períodos pasajeros
 1. Por amplios períodos de tiempo
 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)
 0. Raro, ocasional
 1. Intermitente

- 2. Persistente o continuo

- 8. Actitud hacia la ideación/deseo
 - 0. Rechazo
 - 1. Ambivalente, indiferente
 - 2. Aceptación

- 9. Control sobre la actividad suicida
 - 0. Tiene sentido del control
 - 1. Inseguro
 - 2. No tiene sentido del control

- 10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)
 - 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
 - 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
 - 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos

- 11. Razones para el intento contemplado
 - 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
 - 1. Combinación de 0 y 2
 - 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

- 12. Método (especificidad/planificación del intento contemplado)
 - 0. No considerado
 - 1. Considerado, pero detalles no calculados
 - 2. Detalles calculados/bien formulados

- 13. Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)
 - 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
 - 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
 - 2. Método y oportunidad accesibles
 - 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

- 14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento
 - 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
 - 1. Inseguridad sobre su valor
 - 2. Seguros de su valor, capacidad

15. Expectativas/espera del intento actual

- 0. No
- 1. Incierto
- 2. Sí

16. Preparación actual para el intento contemplado

- 0. Ninguna
- 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
- 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)

17. Nota suicida

- 0. Ninguna
- 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
- 2. Nota terminada

18. Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)

- 0. Ninguno
- 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
- 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales

19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado

- 0. Reveló las ideas abiertamente
- 1. Frenó lo que estaba expresando
- 2. Intentó engañar, ocultar, mentir

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El siguiente estudio tiene como objetivo obtener información sobre “Factores sociodemográficos culturales y psicológicos relacionados con intento de suicidio de pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo Celendín - 2014 - Cajamarca”. Por lo que se solicita a usted la participación en el presente trabajo de investigación, la cual es voluntaria.

Antes de tomar una determinación de su participación, lea con atención lo siguiente: el procedimiento que se llevará a cabo en este estudio es el siguiente:

1. Se le realizará una serie de preguntas en relación a los factores sociodemográficos culturales y psicológicos relacionados con intento de suicidio, dichas preguntas serán respondidas mediante un cuestionario, para lo cual se le pide que responda con veracidad y seriedad.
2. Toda información obtenida en el presente estudio es confidencial y solo tendrá acceso a ella usted y el investigador.
3. En caso de no estar dispuesto (a) a participar en el estudio, usted tendrá derecho a retirarse voluntariamente con todas las garantías del ejercicio pleno y libre de sus facultades civiles.

En vista de lo antes expuesto y en plena función de mis facultades físicas, mentales y civiles:

Yo.....con DNI
N°.....domiciliado(a) en.....

Acepto participar en el presente estudio y me someto a todas las exigencias que esta supone y de las cuales he tenido conocimiento por el presente documento.

Cajamarca Octubre de 2014

Firma del participante