

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

ESCUELA DE POSGRADO

UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD



EPIDEMIOLOGÍA DEL INTENTO DE SUICIDIO EN LOS Y LAS
ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
AYACUCHO, 2010

Tesis para obtener el Grado Académico de
Maestra en Atención Integral de la Salud

Presentado por

Bach. ALMIRÓN GARCÍA, Isabel Haydeé

AYACUCHO - PERÚ

2017

A las personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado. Con todo mi cariño esta tesis se las dedico a ustedes.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por bendecirme para llegar hasta donde he llegado e hizo realidad este sueño anhelado.

A la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga por darme la oportunidad de estudiar y ser un Magister.

A los docentes de la maestría en Atención Integral de la Salud, de igual manera a mi asesor, por su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos, que me ayudan a formarme como persona e investigadora.

Son muchas las personas que han participado en el desarrollo de la presente tesis, a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado.

EPIDEMIOLOGIA DEL INTENTO DE SUICIDIO EN LOS Y LAS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO-2010

Almirón García, Isabel Haydeé

RESUMEN

Objetivo: Describir la epidemiología del intento de suicidio a través del estudio descriptivo de los factores que inciden en las tentativas de suicidio, en los y las adolescentes atendidos en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena en los atributos de persona, tiempo y espacio, durante los años 2010, 2011, 2012 y 2013. **Material y Métodos:** De enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y diseño transversal lápsica de tipo no experimental. Se trabajó con una muestra de 380 historias clínicas de adolescentes con intento de suicidio, atendidos en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena, la recolección de datos se realizó mediante una lista de cotejo, durante los años 2010, 2011, 2012 y 2013. **Resultados:** La frecuencia de intentos de suicidio fue de 72.11% para las mujeres y 27.89% para los varones, con una proporción de 2.5:1, los varones muestran una tendencia a incrementar el número de casos a través de los años ($R=0.88$). El motivo principal que generó el intento de suicidio fueron los problemas familiares con 55.26%, la discusión con la pareja muestra un importante incremento a través de los años ($R=0.94$), donde la ingesta de veneno es el método más empleado (87.11%), pero la ingesta de medicamentos muestra también una importante tendencia al incremento ($R=0.98$); los intentos se realizaron dentro de casa (74.74%), pertenecientes en su mayoría a la provincia de Huamanga (76.32%), adolescentes en una etapa tardía (80.26%), con un grado de instrucción secundaria (56.84%), católicos (91.32%) y que escogieron la noche (55.53%), durante los fines de semana (30.26%), en temporada de primavera (35.79%), en su mayor parte son ocasionales (90.79%); sin embargo los casos frecuentes muestran una tendencia a incrementarse a través de los años ($R=0.98$). No se encontraron diferencias significativas entre sexos para cada uno de los factores evaluados. **Conclusiones:** Los resultados muestran que el intento suicida en adolescentes representa un importante problema de salud pública que necesita atención oportuna, no sólo por su prevalencia en el tiempo la cual se ha mantenido constante en los últimos 4 años. Existe un predominio femenino entre los adolescentes que realizan intentos de suicidio en nuestro medio. Cabe resaltar que el intento por auto infringirse se ha dado en más de una oportunidad, siendo ésta la variable en la que se debe incidir para proyectarse a desarrollar programas de prevención, pues la incidencia de casos no ha demostrado una predisposición sexual para las diferentes variables. Este problema debe ser enfocado globalmente sin consideraciones sexuales.

Palabras Claves: Epidemiología – intento de suicidio – adolescentes

.

EPIDEMIOLOGY OF SUICIDE ATTEMPT IN ADOLESCENTS TREATED IN THE REGIONAL HOSPITAL AYACUCHO

Almirón García, Isabel Haydeé

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiology of attempted suicide through descriptive and inferential study of factors influencing suicide attempts, by comparing the characteristics of the same among men and young women, cases treated at the Hospital regional Miguel Ángel Mariscal Llerena during the years 2010, 2011, 2012 and 2013. **Material and Methods:** Study of non-experimental descriptive design with cross. We worked with a sample of 380 medical records of adolescent suicide attempters treated at the Regional Hospital Miguel Angel Mariscal Llerena department of Ayacucho, province of Huamanga, District of Ayacucho, data collection was done by listing comparison, during the years 2010, 2011, 2012 and 2013. **Results:** The frequency of suicide attempts was 72.11% for women and 27.89% for males, with a ratio of 2.5: 1, males show a tendency to increase the number of cases through the years ($R = 0.88$). The main reason that caused the attempted suicide were family problems with 55.26%, the discussion with the partner shows a significant increase over the years ($R = 0.94$), where the intake of poison is the most used method (87.11%), but drug intake also shows a significant upward trend ($R = 0.98$); attempts were made indoors (74.74%), mostly belonging to the province of Huamanga (76.32%), adolescents at a late stage (80.26%) with a high school degree (56.84%), Catholics (91.32%) and chose the evening (55.53%) during the weekends (30.26%) in spring season (35.79%), mostly are occasional (90.79%), however frequent cases show a trend to increase through loas years ($R = 0.98$), no significant gender differences for each of the factors evaluated were found. **Conclusions:** The results show that the suicide attempt in adolescents is a major public health problem that needs prompt attention, not only because of its prevalence in time which has remained constant over the last 4 years, which shows that in a matter of prevention bit or nothing has been done. There is a female predominance among adolescents who made suicide attempts in our environment variables that have a tendency to increase are those adolescents with high school degree, belonging to the province of Huamanga and professing a non-Catholic religious creed, whose action is taken during the morning in summer times and have had problems with the couple, taking medicine as a suicide method and have tried on more than one occasion, being these variables that have to pay attention to develop prevention programs because the incidence of cases has not shown a sexual predisposition for the different variables, and this problem can be approached globally without considering differentiations of a sexual nature.

Keywords: Epidemiology - suicide attempt – teenagers

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	11
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	14
1.2.1. Problema general.....	14
1.2.2. Problemas específicos	14
1.3. OBJETIVOS	14
1.4. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA.....	15
CAPITULO II: REVISION BIBLIOGRAFICA.....	17
2.1. MARCO REFERENCIAL	17
2.2. MARCO TEORICO.....	24
2.2.1. EPIDEMIOLOGIA	24
2.2.2. SUICIDIO	29
2.2.3. PROCESO SUICIDA.....	29
2.2.4. Clasificación del Fenómeno Suicida	31
2.2.5. Teorías Explicativas	32
Roy, A. (1997).....	32
2.2.6. Teorías Psicológicas	32
2.2.7. Teorías Sociológicas	33
2.2.8. Teorías Psiquiátricas.....	34
Factores Asociados. (Vásquez, G. 2007)	34
• Sexo	34
2.3. Consideraciones Preliminares sobre las Conductas Suicidas	40
2.4. Adolescencia. (Isler, J. 2010).....	40
3.1. Hipótesis de Investigación.....	42
3.2. Variables.....	42
3.2.1. Variable de Interés.....	42

3.2.2. Variable de Caracterización	42
3.3. Operación de Variables	42
CAPITULO IV: MARCO METODOLOGICO	44
4.1. Tipo de Investigación	44
4.2. Nivel de Investigación	44
4.3. Diseño de Investigación.....	44
4.4. Área de Investigación.....	44
4.5. Población	44
4.6. Muestra	44
4.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	45
4.7.1. Técnicas.....	45
4.7.2. Instrumento.....	45
4.8. Procedimiento de Recolección de Datos.....	45
4.8.1. Coordinación	45
4.9. Procesamiento y Tratamiento Estadístico.....	45
CAPITULO V: RESULTADOS	47
CAPITULO VI: DISCUSIÓN	59
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS	70
1. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	77
2. LISTA DE COTEJO.....	78
3. GRAFICOS DE RESULTADOS.....	80

INTRODUCCIÓN

El suicidio consumado y las tentativas de suicidio son la vía final común para muchos problemas del adolescente, son actos autodestructivos extraordinariamente complejos que pueden manifestar diversos factores motivacionales, dificultando la comprensión de sus causas. Dado que los suicidios consumados presentan notables limitaciones para su estudio, limitaciones que se intentan paliar acudiendo a la llamada “autopsia psicológica”.

Según los intentos de suicidio estimados por la Organización Mundial de la Salud, para el año 2020 se suicidarán 1,53 millones de personas y los Intentos Suicidas superarán en 10 a 20 veces las muertes por suicidio; esto representará un suicidio cada 20 segundos y un Intento Suicida cada 1 ó 2 segundos ⁽¹⁾.

El suicidio es la décima cuarta causa principal de muerte en Holanda y la quinta causa de años de vida potencial perdidos. En Estados Unidos constituye la décima primera causa principal de muerte, siendo responsable de 32 439 muertes en el año 2004, lo que representa una tasa de 10,9 por 100 000 habitantes, y se estima que por cada muerte por suicidio ocurren entre 8 a 25 intento de suicidio ⁽²⁾.

En América Latina existen sub registros importantes sobre la incidencia del problema en la mayoría de los países. En México se considera que la problemática suicida en adolescentes va en aumento, el suicidio tuvo un incremento de 74% para las personas entre 15 y 24 años, constituyendo una de las 10 primeras causas de muerte entre los jóvenes ⁽³⁾.

En el Perú algunos estudios informan una prevalencia de vida del Intento Suicida que varía entre 2,9% y 5,2% en diversas regiones. En Cuba el suicidio ocupa la cuarta causa de mortalidad general y la segunda en las edades entre 15-49 años. En el Perú la cifra en el año 2005 es de 337 suicidios, hasta agosto del 2006 se habían realizados 175 varones (72%) y 69 mujeres (28 %). Las edades fluctuaron entre los 18 a 33 años (50%) y los menores de 18 años (12%), el 62% eran solteros

y el 72% residían en Lima. Con una ideación suicida en Lima de 30.4 y en los Andes 34.2%. Los motivos más frecuentes eran los conflictos de pareja (50%), y el desempleo (25%). Entre los métodos empleados el ahorcamiento era el más frecuente (45%), el envenenamiento (25%) y por arma de fuego (12%)⁽⁴⁾.

Según últimos estudios, el mayor número de suicidios en el interior ocurre en Junín. Por eso los profesionales tratan de hacer todo para disminuir esa cifra cada historia es diferente, pero el casi no difiere: veneno o una viga para colgarse. El centro del Perú, en particular Huancayo, se ha convertido en un lugar donde el número de suicidios, en lo que va del año, se elevó considerablemente. Si se tiene en cuenta que en todo el país los suicidios suman 330, según el Instituto Gestalt de Lima (IGL), entonces los ocurridos en el valle del Mantaro representan el 20% de esa trágica cifra.

En el departamento de Ayacucho, según referencias de la Dirección Regional de Salud, durante el año 2007 se reportaron 129 casos de intentos de suicidio, iniciándose a partir de los 11 a 14 años. La incidencia global de intentos de suicidio en la población adolescente asciende al 54.3% (70 casos); es decir, de 10 intentos de suicidio 5 corresponde a adolescentes entre 11 a 19 años. Durante el año 2008, el Hospital Regional de Ayacucho, ha registrado 77 casos de intentos de suicidio en adolescentes.⁽⁵⁾

Se considera que el intento de suicidio es más frecuente entre los jóvenes y que el suicidio aumenta con la edad; el riesgo en los solteros es dos veces mayor que en los casados, las tasas más altas se han identificado entre los separados, especialmente los hombres.

Las enfermedades mentales son los principales factores de riesgo suicida. Entre éstas, la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo son las más importantes; se considera que más de la tercera parte de las personas que se suicidan tienen una enfermedad mental diagnosticable.

Los intentos de suicidio previos son un importante indicador de repetición y uno de los principales predictores de suicidio consumado. Diversos eventos adversos preceden al suicidio y a las tentativas de suicidio, estos se comportan como detonadores de esta conducta y casi siempre acompañan a otros factores de riesgo.

Entre estos eventos se encuentran los conflictos con la pareja, la familia y la escuela, presentándose en los 3 a 6 meses previos a la tentativa. (6)

En el Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, el intento de suicidio es frecuente en el Servicio de Emergencias; sin embargo, no existen investigaciones sobre el tema, por lo cual se decidió realizar este estudio con el objetivo de determinar algunas características epidemiológicas de dicho comportamiento en esta institución de salud

En el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, se ha observado el ingreso de adolescentes con diagnóstico de intento de suicidio, sea por la ingesta de venenos (raticidas o pesticidas) o medicamentos (diazepán). Posterior al lavado gástrico, fueron hospitalizados en el servicio de Medicina, donde al realizar algunas indagaciones se trataba, por lo general, de adolescentes de sexo femenino que habían tomado esta determinación por problemas familiares o de pareja. (7)

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe un enorme interés y preocupación que despiertan entre la comunidad científica los comportamientos suicidas, las cuales se materializan con un elevado volumen de publicaciones dedicadas a este tema. Sin embargo, a pesar de esta proliferación de artículos sobre el comportamiento suicida, se puede afirmar que los resultados obtenidos no tienen validez universal, ya que los factores de riesgo varían mucho de unos países a otros (Bergstrand y Otto, 1962), e incluso se modifican notablemente con el paso del tiempo (Kreitman y Foster, 1991).

Se considera que el intento de suicidio es más frecuente entre los jóvenes y que el suicidio aumenta con la edad; el riesgo en los solteros es dos veces mayor que en los casados, las tasas más altas se han identificado entre los separados, especialmente los hombres (Gómez, 2002).

Las enfermedades mentales son los principales factores de riesgo suicida. Entre éstas, la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo son las más importantes; se considera que más de la tercera parte de las personas que se suicidan tienen una enfermedad mental diagnosticable.

Los intentos de suicidio previos son un importante indicador de repetición y uno de los principales predictores de suicidio consumado. Diversos eventos adversos preceden al suicidio y a las tentativas de suicidio, éstos se comportan como detonadores de esta conducta y casi siempre acompañan a otros factores de riesgo.

Entre estos eventos se encuentran los conflictos con la pareja, la familia y la escuela, presentándose en los 3 a 6 meses previos a la tentativa. Bella *et al* (2010), menciona que según los estimados de la Organización Mundial de la Salud, para el año 2020 se suicidarán 1,53 millones de personas y los intentos de suicidio superarán en 10 a 20 veces las muertes por suicidio; esto representará un suicidio cada 20 segundos y un intento de suicidio cada 1 o 2 segundos.

De hecho, a pesar de ser un fenómeno sub-estimado en distintas mediciones, hoy el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes del mundo (sólo después de los accidentes de tránsito), y si bien las tasas son 2,6 veces más altas en hombres que en mujeres, hoy el suicidio es años. Si en el año 2000 la tasa de suicidios adolescentes (10-19 años) era de 4 por cada 100 mil habitantes, hoy ha alcanzado los 8 por cada 100 mil habitantes, y se estima que para el año 2020 la tasa sea de 12 suicidios por cada 100 mil habitantes. En la Región Metropolitana un 62% de los adolescentes (14-19 años) ha presentado ideas suicidas en algún momento de su vida, mientras que un 19% ha realizado un intento de suicidio.

El suicidio es la décima causa principal de muerte en Holanda y la quinta causa de años de vida potencial perdidos. En Estados Unidos constituye la décima primera causa principal de muerte, siendo responsable de 32 439 muertes en el año 2004, lo que representa una tasa de 10,9 por 100 000 habitantes y se estima que por cada muerte por suicidio ocurren entre 8 a 25 intento de suicidio. Ventura *et al* (2010).

En América Latina existen sub registros importantes sobre la incidencia del problema en la mayoría de los países. En Chile el suicidio adolescente es un fenómeno que se ha transformado en un serio problema epidemiológico y de salud pública a nivel global. Todo parece indicar que será uno de los grandes problemas sanitarios en las próximas décadas. En Cuba el suicidio ocupa la cuarta causa de mortalidad general y la segunda en las edades entre 15-49 años. En México se considera que la problemática suicida en adolescentes va en aumento, entre 1990 y 2000, el suicidio tuvo un incremento de 74% para las personas entre 15 y 24 años, constituyendo una de las 10 primeras causas de muerte entre los jóvenes. García *et al* (2010).

En el Perú algunos estudios informan una prevalencia del intento de suicidio que varía entre 2,9% y 5,2% en diversas regiones, en el año 2005 fue de 337 suicidios, hasta agosto del 2006 se habían realizados 175 varones (72%) y 69 mujeres (28 %). Las edades fluctuaron entre los 18 a 33 años (50%) y los menores de 18 años (12%), el 62% eran solteros y el 72% residían en Lima. Con una ideación suicida en Lima de 30.4% y en los Andes 34.2%. Los motivos más frecuentes eran los conflictos de pareja (50%), y el desempleo (25%). Entre los métodos empleados el ahorcamiento era el más frecuente (45%), el envenenamiento (25%) y por arma de fuego (12%). Según últimos estudios, el mayor número de suicidios en el interior del país, ocurrieron en el departamento de Junín, en particular en la provincia de Huancayo, donde se registraron 71 casos. Si se tiene en cuenta que en todo el país los suicidios suman 330, según el Instituto Gestalt de Lima (IGL), entonces los ocurridos en el valle del Mantaro representan el 20% de esa trágica cifra (Guibert y Torres, 2001).

En el departamento de Ayacucho, según referencias de la Dirección Regional de Salud, durante el año 2007 se reportaron 129 casos de intentos de suicidio, iniciándose a partir de los 11 a 14 años. La incidencia global de intentos de suicidio en la población adolescente asciende al 54.3% (70 casos); es decir, de 10 intentos de suicidio 5 corresponde a adolescentes entre 11 a 19 años. Durante el año 2008, el Hospital Regional "Miguel Ángel

Mariscal Llerena” de Ayacucho, ha registrado 77 casos de intentos de suicidio en adolescentes, atendidos en el Servicio de Emergencias, sin embargo, no existen investigaciones sobre el tema, por lo cual se decidió realizar este estudio con el objetivo de determinar algunas características epidemiológicas de dicho comportamiento en esta institución de salud.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la epidemiología del intento de suicidio en los y las adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho – 2010?

1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿Cuál es la epidemiología del intento de suicidio en los y las adolescentes en el atributo de persona atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho – 2010?
- b) ¿Cuál es la epidemiología del intento de suicidio en los y las adolescentes en el atributo tiempo atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho – 2010?
- c) ¿Cuál es la epidemiología del intento de suicidio en los y las adolescentes en el atributo espacio atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho – 2010?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Conocer la epidemiología del intento de suicidio en los y las adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho – 2010.

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Determinar la epidemiología del intento de suicidio en los y las adolescentes en el atributo de persona atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho – 2010.
- b) Determinar la epidemiología del intento de suicidio en los y las adolescentes en el atributo tiempo atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho 2010.
- c) Determinar la epidemiología del intento de suicidio en los y las adolescentes en el atributo espacio atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho – 2010

1.4. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

El presente trabajo de investigación fue enfocado hacia el estudio de las tentativas de suicidio, pues se considera que, a través de una lista de chequeo, obtenemos información más completa y profunda acerca de las conductas suicidas, que el análisis de los suicidios consumados.

Asimismo, se ha elegido como periodo de estudio la etapa adolescente porque es en este momento evolutivo cuando las conductas suicidas presentan su rostro más dramático y nos plantean más interrogantes: ¿Cómo puede entenderse el deseo de muerte voluntaria en una etapa de plena eclosión vital?

Los resultados de la investigación permitirán desarrollar programas de prevención para mejorar la calidad de vida de los adolescentes afectados, incidiendo en aquellas variables significativas que de la investigación resulten.

La investigación fue factible económicamente por su carácter autofinanciado y administrativa por las facilidades brindadas por el Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” para el acceso a las historias clínicas de los pacientes adolescentes con intento de suicidio. Desde el punto de vista ético,

el trabajo de investigación fue viable por el consentimiento y la confiabilidad presentes en el momento de aplicar los instrumentos necesarios tanto para la obtención de datos como para su posterior análisis.

Teniendo en cuenta que a nivel nacional y más que nada regional, no se cuenta con información epidemiológica necesaria acerca del intento de suicidio en adolescentes, información que se considera de importancia para plantear estrategias en bien de los adolescentes que tomen esta cruel decisión, cualquiera que fuese el motivo.

Por todo lo antedicho, y ya que en nuestro departamento son escasos los trabajos que estudien de forma pormenorizada las tentativas de suicidio entre los adolescentes, consideramos suficientemente justificada.

CAPITULO II: REVISION BIBLIOGRAFICA

2.1. MARCO REFERENCIAL

Antecedentes

Internacionales

Gutiérrez, MV. (2011), estudió la prevalencia de trastornos depresivos en los pacientes internados por intento de suicidio en Colombia. Incluyeron 100 pacientes hospitalizados por este motivo en el hospital General Zonal San Roque de Gonnet en el período comprendido entre enero y diciembre de 2009. Caracterizó a los sujetos según sexo, edad y motivo desencadenante explicitado para buscar establecer la influencia de los factores socio-psico-biológicos en la determinación de este tipo de conductas, se los evaluó con la Escala de Hamilton, criterios diagnósticos del DSM IV para Trastornos de la Personalidad, y se indagó acerca del método empleado, antecedentes psiquiátricos, etc. Se obtuvo una relación mujer/hombre de 1.33. Una prevalencia de depresión del 56 %. Un 37 % de los pacientes cumplieron criterios para trastornos de la personalidad. El mayor número de casos (65 pacientes) se dio en la franja de 20 a 39 años. El método más utilizado (59 %) fue la ingesta de medicamentos. Métodos más letales se correlacionaron con cuadros más severos de depresión; en general se trató de intentos fallidos por causas ajenas a la persona, fundamentalmente debido a la

intervención de terceros. El 69 % refirió problemas familiares como principal desencadenante del intento de suicidio.

Bella *et al* (2010), realizaron el trabajo de investigación titulado frecuencia de los trastornos mentales y del comportamiento que presentaban los niños y adolescentes con intentos de suicidio- Córdoba-Argentina, con el objetivo de identificar el método de autoagresión utilizado y los antecedentes psicopatológicos previos. El estudio fue transversal, en base a entrevistas clínicas a 41 niños y adolescentes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital de Niños de Córdoba. Los resultados fueron: El método de autoagresión más utilizado fue la ingesta de psicofármacos ($p < 0,0001$) y los antecedentes psicopatológicos previos más prevalentes fueron los intentos de suicidio previos y el trastorno de conducta disocial ($p < 0,0001$) en los niños y adolescentes hospitalizados por intentos de suicidio. Las patologías más frecuentes en los intentos de suicidio fueron la depresión (29,27%) y el trastorno de conducta disocial (24,39%).

Ventura *et al.* (2010), estudiaron la prevalencia de ideación e intento suicida y la asociación entre sexo, edad y tipo de colegio versus ideación e intento suicida en adolescentes entre 14 y 19 años en Santiago de Chile, evaluaron a 1,590 alumnos de primero a cuarto medio que asistieron a clases el día de la aplicación de los instrumentos. Se utilizó una encuesta auto aplicado, anónimo y voluntario, la cual se dividía en dos partes. La primera contenía la escala de depresión de Zung y la segunda constaba de cinco preguntas para evaluar distintos niveles de suicidalidad. Encontraron una prevalencia de 59,7% de ideación y 18,8% de intento suicida.

Con el objetivo de identificar los factores de riesgo más frecuentes asociados a intento de suicidio para determinar si existen diferencias entre los factores de riesgo presentes en pacientes con tentativa de baja letalidad (García *et al*, 2010) y los de alta letalidad, entrevistaron a 106 pacientes consecutivos de ambos sexos de 15 a 61 años, con diagnóstico de intento de suicidio, hospitalizados en una unidad psiquiátrica del Centro Comunitario de Salud

Mental del Hospital San Juan de Dios en Zapopan, Jalisco, México, divididos en dos grupos: uno pacientes con tentativa suicida de baja letalidad y otro con tentativa de alta letalidad. Del total de 106 pacientes, 58,5 % pertenecían al grupo de baja letalidad y 41,5 % al grupo de alta letalidad. Los porcentajes más elevados se presentaron, en la mayoría de los casos en el grupo de tentativa de alta letalidad pero sólo en dos factores se encontró diferencia estadística significativa: “vivir solo” e “intoxicación etílica previa”. Del total de ambos grupos, el 77,4 % eran menores de 39 años, 69 % eran femeninos y 31 % masculinos, los factores de riesgo asociados a intento de suicidio que presentaron los porcentajes más elevados en ambos grupos fueron: antecedente familiar de alcoholismo, tentativa suicida personal previa, ansiedad generalizada y distimia.

Borges *et al* (2010), estudiaron la panorámica epidemiológica del suicidio consumado, de tendencia y actual, así como de la conducta suicida en México, revisaron la mortalidad por suicidio de 1970. Para determinar los factores asociados al intento de suicidio en adolescentes en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, se realizó un estudio retrospectivo, de adolescentes con intento de suicidio atendidos en el Servicio de Medicina del adolescente del Hospital Infantil del Estado de Sonora. A todos los adolescentes se les efectuó una entrevista, los resultados hallados fueron: 170 adolescentes 154 mujeres 90.5% y 16 hombres 9.4%, el promedio de edad de 14.9 años. Antecedentes familiares en orden de frecuencia fueron alcoholismo 84 casos 49.4%, seguida de patología crónica, violencia familiar, trastornos psiquiátricos, familia disintegrada, intento de suicidio. Antecedentes personales: depresión 118 casos 69.4%, equivalentes depresivas 112 casos 65.8%, intento de suicidio previo 92 casos 54.1% seguido de toxicomanías, alcoholismo, abuso sexual, trastorno psiquiátrico, patología crónica. Otros factores asociados fueron falta de comunicación con los padres 116 casos 68.2%, desorganización familiar 108 casos 63.5% y poca o ninguna religiosidad 104 casos 61%. La causa desencadenante fue discusión familiar 47 casos 27.6%, el sitio del acto la recámara 65 casos 53%, el método empleado fue la ingesta de medicamentos 119 casos 70%

el más empleado fue la benzodiacepina y analgésico. El diagnóstico psiquiátrico fue depresión 41 casos 24.1%. (Vásquez E. y Alcántara M., 2005).

Gómez y col. (2002), investigaron el perfil epidemiológico y los factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana; estudiaron en una muestra de 25.135 personas de uno y otro sexo con edades entre 16 y 60 años, a quienes les aplicaron la escala de Zung para ansiedad y depresión con 240 variables independientes. Los resultados hallados fueron que la prevalencia para intentos de suicidio en el último año y a través de toda la vida fue de 1,2% (IC_{95%}: 1,06-1,34) y 4,25% (IC_{95%}: 4,25-4,81) respectivamente. Con la técnica de regresión logística para variables polinómicas, los intentos de suicidio en el último año estaban asociados con: edades de 16 a 21 años OR = 2,5 (1,5-4,2), depresión grave OR = 11,8 (5,1-27,3), moderada OR = 5,3 (3,1-9,0) y leve OR = 3,6 (2,4-5,8), niveles moderados y graves de ansiedad OR = 3,4 (1,8-6,7). Se encontraron resultados similares cuando se consideraron los intentos de suicidio a lo largo de la vida. Concluyeron que el intento de suicidio en Colombia tiene una prevalencia similar a la de otros países, la población con mayor riesgo tiene entre 16 y 21 años, presenta depresión o ansiedad, consulta al médico por 'nervios', es objeto de abuso verbal (particularmente en las mujeres) o tiene diferentes valores morales a los de su familia.

Villafaña y col. (2002), con el objetivo de describir algunos factores psicosociales y predisponentes en pacientes con intento suicida, realizaron entrevistas semi estructuradas a 25 pacientes con edades que oscilan desde los 14 y los 52 años derivados a consulta psicológica, luego de haber permanecido hospitalizados por intento de suicidio en hospitales de la ciudad de Toluca. Los hallazgos indican que el 76% de los intentos de suicidio ocurren a partir de la ingesta de fármacos y el excesivo consumo de alcohol. En cuanto al motivo reportado, el 72% indica problemas o abandono de parejas amorosas, el resto por conflictos familiares o bien pérdida de los padres. En el 60% de los casos se citó como antecedente el alcoholismo en

los padres; con una condición familiar desintegrada en el 56% de los casos, así como maltrato físico y emocional en la infancia. Finalmente, se encontró que una gran parte de los sujetos estudiados reportan una concepción negativa de sí mismos, sentimientos de culpa asociados a la religión y una mala relación con el padre.

Guibert y Torres (2001), realizaron un estudio analítico retrospectivo de corte transversal del tipo caso control, en el tema, funcionamiento familiar diferencial de los individuos que realizaron intentos suicidas en un área de salud de la Habana Vieja, durante los meses de enero a mayo de 2000. La muestra estuvo conformada por 62 individuos y sus respectivas familias, 31 del grupo estudio e igual cantidad de controles. Se les aplicó la entrevista familiar semiestructurada circular, la prueba de funcionamiento familiar FF-SIL y se observaron sus interacciones familiares. Se encontró que el funcionamiento familiar (FF) en los individuos que realizaron intento suicida es predominantemente disfuncional, que las características diferenciales del funcionamiento familiar en las suicidas fueron la poca adaptabilidad (67,7 %), la baja cohesión (70,9 %), la desarmonía (87,1 %) y que en las familias de los suicidas predominaron significativamente todos los factores familiares de riesgo esenciales que predisponen al suicidio.

En un estudio realizado por Meehan *et al* (1992) entre universitarios de Nevada un 53.9% reconocieron haber tenido ideación suicida, y un 10.4% haber realizado algún intento auto lítico.

Berman y Jobes (1991) aseveran que la tasa de suicidio del grupo de edad de 15-24 años se ha triplicado en EEUU en 30 años (1957—1987) con un incremento del 22%, siendo durante ese período el aumento más importante entre los 15 y 19 años, con un incremento del 12%.

Resulta muy interesante el estudio de Burton *et al* (1990) realizado en Gran Bretaña con información oficial de los años 1975—1987. Estos autores encuentran un incremento significativo en los suicidios de jóvenes varones,

mientras que por el contrario las mujeres jóvenes tuvieron un descenso en las cifras de suicidio. Para Burton *et al* (1990) tanto el alcohol, como las drogas y los trastornos mentales junto a otros factores sociales pueden influir en estas variaciones del número de suicidios.

En la excelente revisión de Barraclough (1988) sobre cifras oficiales de la O.M.S., éste encuentra que la tasa de suicidio en jóvenes alcanzó un pico alrededor de 1978 pero que actualmente, aunque permanece elevada, está disminuyendo ligeramente.

La conducta suicida ha sufrido un espectacular incremento entre la población adolescente en los últimos años. Según los datos de Morandé y Carrera (1985) el intento de suicidio ha pasado de suponer el 5% de las consultas de adolescentes en 1978 al 11% en 1983. Estos autores observaron que el pico máximo de tentativas de suicidio ocurría en las mujeres de 16 años (25%) y en los varones de 13 (41%).

Shaffer (1974) ha encontrado que la mayoría de las muertes de causa no determinada en adolescentes, fueron en realidad suicidios, mientras que McClure (1984) mediante una investigación realizada en Inglaterra y Gales, demuestra un importante incremento en la tasa de muertes por envenenamiento no determinado en el grupo de 15-19 años, siendo dicho aumento en la década de los setenta del 40% en los varones y del 83% en las mujeres.

Nacional

Bazán, Olórtegui, Vargas y Huayanay (2007), estudiaron la prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Rural-Lima-Perú; con el objetivo de identificar la prevalencia y los factores asociados con tendencias suicidas en adolescentes. Realizaron un análisis secundario de un subconjunto de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural en el año 2007, que incluye variables demográficas y socioeconómicas, aspectos generales de salud mental, trastornos clínicos y relaciones intrafamiliares. Demostraron que la prevalencia de vida del deseo

de morir y del pensamiento suicida en adolescentes fue 21,4% (IC: 16,6-27,1) y 7,4% (IC: 5,0-10,8), respectivamente. observaron según el análisis multivariado asociaciones estadísticamente significativas para el deseo de morir con: sexo femenino (OR=3,05), cuánto le importa si hiciera algo que avergonzara a su familia (OR=2,61), reglas y castigos del hogar injustos (OR=2,89), apoyo del hermano(a) (OR=2,98), tener amigo confidente (OR=2,85), importancia de Dios en la vida (OR=0,23), trastorno de ansiedad generalizada (OR=6,91) y depresión mayor (OR=7,5).

Local

Pizarro, G. (2009), investigó el tema, factores que predisponen los intentos de suicidio en escolares del nivel secundario del distrito de Ayacucho, investigó en una muestra no probabilística pareada de 42 casos y 42 controles, aplicando la guía de entrevista concluyó que el rasgo de personalidad es un factor psicológico que predispone al intento de suicidio ($p < 0.05$), es decir; los escolares con rasgo de personalidad introvertido tienen 2.91 veces más riesgo de recurrir al intento de suicidio, en comparación a los escolares con rasgo de personalidad extrovertido. La tendencia depresiva es un factor psicológico que predispone al intento de suicidio ($p < 0.05$), los escolares con tendencia depresiva tienen un riesgo 30 veces mayor de recurrir al intento de suicidio en comparación a los escolares sin tendencia depresiva.

Delgadillo, G. (2009), investigó el tema, Riesgos asociados a intentos de suicidio en adolescentes del Hospital Regional de Ayacucho, en una muestra no probabilística pareada de 50 casos y 50 controles, aplicando una ficha de cotejo, determinó que el bajo nivel de autoestima, rasgo de personalidad introvertida, depresión, familia no nuclear y la disfunción familiar son factores de riesgo psicológicos y socioeconómicos que incrementan en la probabilidad de la tentativa suicida. hasta 2007, y analizaron la conducta suicida por medio de encuestas transversales. Demostraron que de 1970 a 2007 el suicidio ha crecido 275%. Actualmente el suicidio se incrementa en el grupo de 15-29 años de edad. La prevalencia de por vida de ideación

suicida en adultos de 18 a 29 años fue de 9.7% y 3.8% reportaron intento de suicidio. Entre los habitantes de la República mexicana, 6 601 210 tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio.

2.2. MARCO TEORICO

2.2.1. EPIDEMIOLOGIA

La OMS (2013) define la epidemiología como el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionadas con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.

Según Bonita et al (2008), la palabra “epidemiología” deriva del griego epi “sobre” demos “población” y logos “estudio”, definiendo como el estudio de la distribución y los determinantes de los estados o fenómenos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios. La epidemiología, por tanto; es uno de los instrumentos de la salud pública cuyo objetivo es mejorar la salud de la población, especialmente de aquellos que están en peores condiciones.

Londoño, F. (2006), refiere que la epidemiología es una rama aplicada de la ciencia que estudia la salud y la enfermedad de la población, cuyo objetivo es mejorar la salud de la población.

Según Almeida y Rouquayrol (2011) la epidemiología es considerada como la ciencia básica de la Salud Colectiva, porque constituye una importante disciplina científica, esencial para todas las ciencias clínicas, base de la Medicina y otras formaciones profesionales en salud, de tal manera que define que la epidemiología ha sido el abordaje de los fenómenos de la salud

enfermedad por medio de la cuantificación, usando una buena medida de cálculo matemático y las técnicas estadísticas de muestreo y análisis, sin embargo; a pesar del uso y abuso de la “neurología”, la epidemiología no se restringen a la cuantificación. Cada vez más emplea técnicas alternativas para el estudio de la salud colectiva. Debido a la creciente complejidad, y considerando lo abarcativo de su práctica actual, no es posible dar una definición única y precisa de la epidemiología como campo científico y de manera simplificada se propone conceptualizarla como: *Ciencia que estudia el proceso salud – enfermedad en la sociedad, analizando la distribución poblacional y los factores determinantes del riesgo enfermedades, lesiones y eventos asociados a la salud, proponiendo medidas específicas de prevención, control o erradicación de enfermedades, daños o problemas de salud y de protección, promoción o recuperación de la salud individual y colectiva, produciendo información y conocimiento para apoyar la toma de decisiones en la planificación y evaluación de sistemas, programas, servicios y acciones de salud.*

Las dificultades señaladas para la elaboración de estadísticas sobre suicidio, son aún mayores en lo relativo a las tentativas de suicidio, ya que los casos que no requieren atención hospitalaria son generalmente ocultados por las familias e incluso por los médicos, siendo de todo punto imposible contabilizarlas (Aranda, 1984).

2.2.1.1. Objetivos de la Epidemiología

Según Gordis (2005), la epidemiología considera los siguientes objetivos:

- Identificar la etiología o la causa de una enfermedad y factores de riesgo, es decir; los factores que aumentan el riesgo de una persona de sufrir una enfermedad.

- Determinar la extensión con que la enfermedad se encuentra en la comunidad.
- Estudiar la historia natural y pronóstico de la enfermedad.
- Evaluar las medidas y preventivas y terapéuticas y modos de prestación de asistencia sanitaria nueva ya existente.
- Proporcionar la base para obtener normativas públicas sanitarias y tomar decisiones legislativas respecto a los problemas ambientales.

Así, Londoño (2006), refiere que el objeto de interés de la epidemiología es la salud colectiva, a diferencia de la medicina clínica que tiene como interés inmediato la salud del individuo. Así mismo, menciona que el logro del propósito de la epidemiología es consecuencia de un proceso que tiene tres etapas:

1. Descripción del estado de salud de la población de interés.
2. Identificación de los factores relacionados con la presencia de la enfermedad.
3. Prevención de la prestación de nuevos casos mediante la disminución en la exposición a tales factores, curación de los ya existentes y prolongación de la vida de aquellos incurables.

2.2.1.2. Descripción epidemiológica

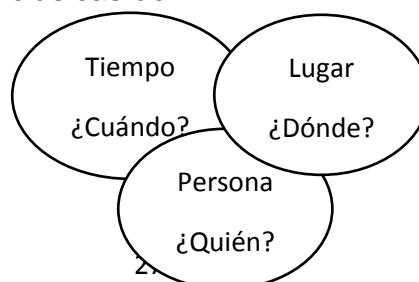
Uno de los propósitos de la epidemiología es determinar los factores que contribuyen al desarrollo de la enfermedad con el fin de prevenir la aparición de ésta, porque, a mayor exposición de la población corresponde una mayor incidencia de la enfermedad, lo cual implica un mayor riesgo de enfermar, siendo los factores de riesgo intrínsecos (genéticos y los inmunológicos) y extrínsecos o propios del ambiente (económicos, culturales, políticos, agua, aire, agentes químicos, etc.) siendo importante la interacción entre éstas (Londoño, 2006).

Para Almeida y Rouquayrol, (2011) las observaciones recogidas o generadas directamente por medio de la investigación, constituyen datos numéricos o frecuencias absolutas importantes en una descripción epidemiológica, pues permiten la comparación entre comunidades diversas y en una misma época o entre épocas diferentes para una misma comunidad. Los atributos, propiedades o factores de interés identificados permitirán conocer grupos menos vulnerables (o más protegidos), es decir, atributos de un grupo de la población que presenta mayor incidencia de una enfermedad o agravio a la salud en comparación con otros grupos definidos por la ausencia o menor exposición a tal característica; por lo tanto, será directamente útil para la implementación de medidas de prevención de riesgo y promoción de la salud.

2.2.1.3. VARIABLES EPIDEMIOLOGICAS

La epidemiología estudia el comportamiento de las propiedades con la salud y la enfermedad tales como el diagnóstico, sexo, edad, procedencia entre otras; éstas se conocen con el nombre de variables por que cambian de un individuo a otro o en el mismo individuo de acuerdo con el momento. El estudio científico del comportamiento de las variables exige observación, medición y análisis de la información recopilada (Londoño, 2006).

Según la OMS (2011), la epidemiología descriptiva se preocupa de describir y caracterizar un problema de salud colectiva. Enumera la distribución y determina la magnitud de los determinantes del evento de salud dentro de la comunidad considerando las variables epidemiológicas clásicas de:



Son tres preguntas que el epidemiólogo debe hacerse en forma sistemática para poder organizar las características y componentes de las enfermedades y otros eventos de salud en función de las dimensiones temporales, espaciales y poblacionales que oriente el enfoque epidemiológico:

**Atributo de persona.* Según el problema en estudio, importa conocer características de las personas como su edad, el sexo, la raza, nivel de instrucción, hábitos de conductas, situación económica o condiciones genéticas, permite identificar la distribución de las enfermedades y posibles grupos o factores de riesgo. La variación de la ocurrencia de una enfermedad o evento de acuerdo con las características de la persona puede deberse a diferencias en el nivel de exposición de la persona a ciertos factores, a su susceptibilidad o a la combinación de éstas.

**Atributo de tiempo (variable temporal).* Es en esta variable que interesa observar la frecuencia con la que ocurre un evento en función al tiempo; la existencia de variaciones estacionales, de ciclos o periodos en la aparición del problema, la duración de los síntomas de una enfermedad; el periodo de incubación y de resolución de la enfermedad y la velocidad de propagación de ésta en la comunidad. Por lo tanto, es conveniente registrar las ocurrencias en el tiempo para describir y predecir sus ciclos relacionándolo con algunos factores.

**Atributo de espacio.* Es la localización de la enfermedad o evento que tiene un área comprometida, su clima, flora, fauna, y otras variables que pueden guardar relación con el fenómeno observado, como la geografía de la zona, la ubicación de los asentamientos humanos en relación con su entorno geográfico, requieren ser consideradas y detallados. En ocasiones, las condiciones geográficas están en correspondencia con las características de los

sujetos que la habitan. El análisis del lugar y sus características permite generar hipótesis sobre posibles de riesgo y de transmisión.

2.2.2. SUICIDIO

Según la OMS (2003) Etimológicamente, la palabra suicidio resulta de la unión de las palabras latinas sui (sí mismo) y caedere (matar), siendo su significado literal «acción de matarse a sí mismo». Se podría definir como toda aquella conducta, generalmente consciente, que va encaminada hacia la autodestrucción —por acción u omisión— del propio sujeto, aunque sea difícil comprobar la intencionalidad e independientemente de que la persona sepa o no el móvil de su conducta suicida. Desde un punto de vista operativo, hay que distinguir tres grandes conceptos relacionados con el término suicidio: la ideación suicida (suele ser un paso previo a la conducta suicida, aunque no se sigue de esta necesariamente), la conducta suicida no letal (conducta potencialmente autolesiva cuyo resultado no es letal) y el suicidio consumado (muerte por lesiones autoinflingidas en las que existía la intención de causarse la propia muerte). Asimismo, el término parasuicidio se refiere a conductas cuya intención no es acabar con la propia vida, sino modificar el ambiente y que se suelen dar, bien en la adolescencia, bien en personas inmaduras, como forma de reacción a un conflicto, siendo diagnosticadas en numerosas ocasiones de trastorno de la personalidad. Suelen catalogarse de llamadas de atención y en ocasiones pueden tener carácter de chantaje emocional. Es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada, significa, pues, darse muerte a uno mismo.

2.2.3. PROCESO SUICIDA

Es el periodo que va desde la aparición inicial de la idea suicida, hasta la consumación del acto suicida, se distinguen las siguientes etapas:

- Etapa de ideas y consideración inicial del suicidio

Por diferentes causas, el potencial sujeto suicida, empieza a pensar en el suicidio 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 aún el instinto de conservación, por encima de los motivos de autodestrucción.

- Etapa de Ambivalencia, lucha y decisión suicida. Si la crisis persiste y las ideas suicidas continúan invadiendo y parasitando a la persona, estas se tornan más familiares y habituales, y él se acostumbra a convivir con ellas, sin que le produzca tanto temor, disminuyendo, a veces, su rechazo a las mismas. Se puede vivir este periodo de diversas maneras.

El sujeto puede empezar entonces 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 una angustiante situación conflictiva de ambivalencia y dudas, donde el deseo de vivir coexiste con 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.

- Etapa de planificación y ejecución del 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*. Este es un 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 alusiones tangenciales y signos indirectos de que el sujeto podría atentarse contra su vida, a los que se les debe prestar atención pues se trata de indicadores de alto riesgo de suicidio.

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 un cambio de planes o intervenciones que interrumpen el proceso, culmina, con la ejecución del acto suicida.

2.2.4. Clasificación del Fenómeno Suicida

Desde el punto de vista clínico, Moreno (2000) clasifica los fenómenos suicidas en los siguientes grupos:

- Grupo I
Por el logro, o no, de la muerte en el acto; y la firmeza, o no, del intento: Intento suicida, con sus particularidades: parasuicidio, gesto suicida y chantaje suicida; suicidio frustrado y suicidio consumado.
- Grupo II
Por el nivel consciente, o no, y control voluntario o no, del acto: Premeditados, conscientes o voluntarios, no premeditados: Impulsivos, psicóticos y no-conscientes orgánicos.
- Grupo III
Por la intención, propósito, causa o móvil del acto: Suicidios filosóficos, sacrificio religioso, heroico, eutanásico, conflictivos, agresivos, etc.

- Grupo IV

Por el número de personas que confluyen a propiciarse el acto: individual, en pareja o doble, colectivo (en grupo, en cadena, epidemia, en masa, hecatombe).

2.2.5. Teorías Explicativas

Roy, A. (1997).

- Teoría neurobiológica del suicidio

A partir de la década de los años 50 del presente siglo se empezó a postular la posible influencia de factores genéticos, de alteraciones en los neurotransmisores, de trastornos diversos en el eje neuro-hipófisis suprarrenal y otros aspectos neurobiológicos que inciden en la causalidad del fenómeno suicida. Investigaciones realizadas en el LCR, en cerebros postmortem de suicidas y, en la orina de pacientes que han realizado intento de suicida, muestran los siguientes resultados.

Una disminución en la acción de la serotonina, 5 HT (5MT) está implicada en conductas depresivas, agresivas y los trastornos del control de los impulsos, asociados a los suicidios violentos o agresivos. Así mismo, se encontró niveles bajos de serotonina (5-HT) y su metabolito principal, ácido 5- hidroxindolacético (5-HIAA) en cerebros postmortem.

En sujetos con intento de suicidio la reducción de los niveles de 5-HIAA en LCR se correlacionó con el diagnóstico psiquiátrico y la letalidad del intento (Fernández y Reyes, 2000).

2.2.6. Teorías Psicológicas

Grimberg, L. (1988).

- Psicoanalíticas

Para Freud, el suicidio sería el resultante de la pulsión entre eros y thanatos, con predominio final para este último. Para *Jung*, el suicidio destruía la armonía entre el consciente y el inconsciente derivado de impulsos agresivos reprimidos.

Para *Menninger* era el resultado de una rabia homicida dirigida contra uno mismo, como un homicidio invertido. También es considerado como un mecanismo de autocastigo, derivado de la culpa.

- Cognitivas

Beck (1961), descubrió que la desesperanza estaba más ligada al suicidio consumado que la experiencia subjetiva de la depresión.

2.2.7. Teorías Sociológicas

Para Morselli, el suicidio es consecuencia de la escasez de recursos para sobrevivir de algunos miembros de la sociedad, con la inevitable pérdida de los más débiles. Durkheim distinguió entre cuatro tipos de suicidas, el egoísta (que se da en aquellos individuos no fuertemente integrados en su grupo social), el altruista (en aquellos excesivamente integrados en el grupo, pero con carencia de individualización), el anómico (aquellos con una integración distorsionada en el grupo) y el suicidio fatalista (resultante de una reglamentación excesiva, que termina aplastando a estos individuos).

Numerosos datos de índole social influyen en el suicidio, como el hecho de ser más frecuente en ambos extremos de la escala social y que los cambios importantes y bruscos de status (tanto al alza como a la baja) son un factor de riesgo suicida, o que el nivel cultural muy alto y muy bajo protegen del suicidio. Finalmente, aunque el suicidio es una decisión tremendamente individual, muchas veces se ve influido por la fuerza social de la imitación (suicidio por imitación

romántica/el «efecto Werther» ya comentado) y esto cobra especial fuerza en la actualidad por la difusión generalizada de las noticias en los medios de comunicación.

2.2.8. Teorías Psiquiátricas

Muy imbuida de la creencia de que los suicidas tienen algún trastorno mental, que implica un comportamiento anormal. Se basa en la alta prevalencia de trastornos mentales que se dan en los suicidas. Un enfoque plural, antropológico y global, parece el más rico y completo y el que permitiría un mejor abordaje del grave problema que representa el suicidio.

Factores Asociados. (Vásquez, G. 2007)

- Sexo

En la mayor parte de los países donde se ha estudiado el fenómeno del suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de comportamientos suicidas (excepto suicidios consumados) que los varones. Así, las mujeres tienen una tasa de intentos de suicidio 3 a 4 veces mayor que los varones, pero la tasa de suicidios consumados es tres veces mayor en los hombres.

- Latitud

La *latitud* también influye, en el sentido de que en el hemisferio norte el mes en el que se registra mayor incidencia de suicidios es mayo y, en general; en primavera, con un segundo pico de incidencia en otoño sobre todo en ancianos.

- Creencias religiosas

Constituyen un factor protector, especialmente en aquellos países en los que la religión católica es mayoritaria, está arraigada en la cultura popular y por lo tanto, se practica más.

- Estructura familiar

En las familias desintegradas, con los padres separados o en continua disputa, hay un aumento del trastorno de personalidad antisocial, toxicomanías y riesgo de suicidio. El suicidio es más frecuente en familias monoparentales en las que el padre está ausente.

- Estado civil

La subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas. El divorcio es, desde este punto de vista, un factor de riesgo suicida. Los trabajos posteriores confirmaron la influencia del estado civil en la conducta suicida con independencia del sexo y la edad. El suicidio es más frecuente en divorciados y viudos (sobre todo en el primer año después de la muerte del cónyuge) y menos frecuente en solteros. El grupo con menor frecuencia es el de los casados con hijos.

- Nivel socioeconómico

Es más frecuente en ambos extremos del espectro socioeconómico. Tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en población desempleada y jubilada. En la actualidad, se acepta que las situaciones de privación socioeconómica constituyen un factor de riesgo de morbilidad psiquiátrica, de intentos de suicidio y de repetición de conductas autolesivas, especialmente si la situación de desempleo dura más de un año. Además, cuanto más prolongado es el período de desempleo, mayor es el riesgo suicida. Sin embargo, paradójicamente, se encuentran altas tasas de suicidio en países con tasas de paro muy bajas como Suiza y la pérdida del empleo no parece importante como acontecimiento vital desencadenante de un intento de suicidio. Por lo tanto, la relación factores socioeconómicos-suicidio es compleja y probablemente influida por muchos factores de confusión. Además, en los últimos años parece haber disminuido el riesgo suicida asociado al desempleo y varios estudios de las últimas décadas no encuentran una asociación clara entre desempleo y suicidio.

- Profesión

Sobre la relación de la profesión con la conducta suicida: clásicamente se hablaba de profesiones que comportaban un mayor riesgo suicida y entre ellas se citaba la profesión médica, argumentándose que la medicina atraería a personas más inmaduras y neuróticas. Entre los factores que incrementarían el riesgo suicida entre los médicos se citan el estrés laboral, el acceso fácil a fármacos o métodos letales, la drogadicción y el alcoholismo, la competitividad en la profesión, el deterioro de la imagen del médico, la conflictiva conyugal y el divorcio, etc. Algunos estudios sugieren que efectivamente, el suicidio es más frecuente entre los médicos, especialmente mujeres (sobre todo entre los psiquiatras, otorrinolaringólogos, cirujanos, anestesistas, intensivistas y dentistas) que en el resto de la población general. Otros profesionales con mayor riesgo suicida son los abogados y farmacéuticos y parece que el riesgo de suicidio es menor en políticos y religiosos.

- Orientación sexual

Un aspecto interesante a valorar es la influencia de la orientación sexual en el suicidio: la orientación sexual es un concepto complejo que puede incluir distintas dimensiones como la atracción sexual, el comportamiento sexual, las fantasías sexuales, las preferencias sociales, emocionales y de tipo de vida y la propia identificación sexual. Aunque las tasas de orientación sexual y comportamiento sexual no coinciden plenamente, estudios previos sugieren que se podrían incluir bajo un mismo constructo. Aproximadamente un 10% de la población es homosexual, bisexual o transexual. Los homosexuales parecen tener un mayor riesgo suicida, con un número de tentativas 5 a 10 veces superior a la población general, aunque no se ha llevado a cabo ningún estudio por el momento con suficiente validez para demostrarlo. Además, los estudios en este campo cuentan con la dificultad de obtener información precisa de las tasas reales de homosexualidad en la población y la reticencia de estos grupos de población a identificarse. Los factores que se postulan para justificar este mayor riesgo son las dificultades

para construir la identidad sexual, el entorno hostil, el aislamiento, el alcoholismo, los antecedentes de violencia familiar, el impacto del SIDA, etc.

Los homosexuales jóvenes, tanto lesbianas como gays, tienen un riesgo incrementado de ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado, respecto a sus iguales heterosexuales. Todos los estudios realizados concluyen que la homosexualidad en el varón se asocia a un incremento en la ideación y conducta autolítica (hasta 6 veces más), siendo, además, intentos más graves; en las mujeres, aunque la mayoría de los estudios van en la misma línea, hay algún estudio que no encuentra una mayor tasa de intentos de suicidio en lesbianas. Los factores de riesgo asociados con un incremento en la posibilidad de intentar el suicidio incluyen la disconformidad con el género, la auto identificación a edad temprana de su orientación sexual homosexual o bisexual, una primera experiencia homosexual también a edad temprana, historia de abuso físico y/o sexual y marginación a nivel de los soportes sociales.

- Enfermedades físicas

Las enfermedades físicas son un factor de riesgo importante, especialmente aquellas que son crónicas, terminales o incapacitantes, y aquellas que se acompañan de dolor crónico y que no responde al tratamiento. Es importante destacar el papel del suicidio en pacientes VIH positivo, dado que la ideación suicida y la probabilidad de suicidarse es más elevada que en la población general especialmente poco después de conocer que son portadores y parece que el suicidio en estos pacientes está muy relacionado con la existencia de psicopatología previa. En este sentido hay que considerar que muchos portadores del VIH lo son debido al consumo de drogas vía parenteral y como posteriormente indicaremos, las toxicomanías son un factor de riesgo muy importante en el suicidio. Asimismo, los índices de suicidio en pacientes con SIDA llegan a ser entre 21 y 36 veces más altos que los de la población general.

- Enfermedades psiquiátricas

El factor de riesgo más importante en los intentos de suicidio y/o el suicidio consumado, es el padecimiento (esté o no diagnosticado) de una *enfermedad y/o trastorno mental*. El suicidio es la primera causa de mortalidad en las enfermedades psiquiátricas y el 90% de los pacientes que se suicidan tienen algún tipo de enfermedad o trastorno mental (sólo entre los trastornos afectivos y el alcoholismo suman el 70% de los suicidios).

A continuación, se expresa la relación que existe entre los distintos trastornos psiquiátricos con el suicidio, aunque hay que tener en cuenta que son aquellos pacientes que padecen varias patologías psiquiátricas simultáneamente (especialmente un trastorno afectivo o psicosis asociado al consumo de alcohol) los que tienen un riesgo más elevado de suicidio:

- Trastornos afectivos

Los trastornos del ánimo están asociados con la mitad de todos los suicidios. Entre un 9 a 15% de los pacientes con trastornos afectivos mueren por suicidio. Parece que es más frecuente en las fases tempranas de la enfermedad. Los suicidios precoces (antes de un año del diagnóstico) se relacionan con síntomas de ansiedad, insomnio, anhedonia, pérdida de concentración y abuso de alcohol. Los suicidios tardíos se correlacionan con parasuicidios previos y altos niveles de desesperanza.

- Trastorno Bipolar

Tienen una tasa de intentos de suicidio del 30-40% y el suicidio consumado se da en el 10%. El mayor riesgo se encuentra en los pacientes en fase depresiva, siendo su riesgo mayor que el de las depresiones endógenas unipolares. El riesgo suicida se incrementa considerablemente en las formas de manía disfórica o manía mixta frente a las formas puras de manía, con porcentajes de suicidabilidad (ideación suicida/intento de suicidio) de 54% para las formas mixtas frente al 2% para las formas puras.

- Depresión

Hasta un 15% de los depresivos fallecen por suicidio. Aumenta el riesgo de suicidio la presencia de síntomas psicóticos, especialmente si éstos son atípicos o incongruentes con el estado de ánimo (delirios de influencia y persecución, por ejemplo). En general, son de muy alto riesgo las depresiones psicóticas, depresiones endógenas graves (melancólicas) y las depresiones seniles. En la distimia o depresiones neuróticas hay un menor riesgo de suicidio consumado, pero son más frecuentes los intentos de suicidio. Asimismo, hay una serie de síntomas depresivos que se asocian con frecuencia a la conducta autolítica: inquietud motora, alteraciones graves del sueño, sentimientos de culpa, ideas deliroides depresivas y anestesia afectiva.

- Toxicomanías

El estudio del suicidio en las personas con problemas de alcoholismo y resto de toxicomanías es complicado dada su especial comorbilidad con los trastornos psiquiátricos y especialmente, trastornos afectivos, trastorno límite de la personalidad y esquizofrenia. El riesgo de suicidio en los alcohólicos es especialmente alto en los 6 primeros meses tras una pérdida afectiva. Hasta un 25% de los pacientes con dependencia al alcohol y otras toxicomanías se suicidan. El consumo de alcohol y otras sustancias es la principal causa de conducta autolesiva en personas que realizan intentos de suicidio, independientemente de que sean adictos o no. Hay autores que opinan que los trastornos por abuso o dependencia de sustancias son el factor de riesgo para el suicidio más importante de todos los trastornos psiquiátricos, incluida la depresión.

- Esquizofrenia

Un 20-40% de los pacientes esquizofrénicos realizan intentos de suicidio (que suelen ser graves) y lo consuma un 9-13%. Tienen un riesgo de suicidio 20-50 veces mayor que el de la población general, especialmente en los primeros 10 años de enfermedad (75% de los suicidios).

- Trastornos de la conducta alimentaria

La anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) suelen estar asociadas a otros trastornos psiquiátricos, especialmente trastornos afectivos y de personalidad.

2.3. Consideraciones Preliminares sobre las Conductas Suicidas

Los comportamientos suicidas existen desde que existe el hombre y no es hasta el siglo XX cuando por primera vez el suicidio es analizado y discutido de una forma global. Varios autores han tratado de encontrar las claves sociales, psicológicas y biológicas de este comportamiento humano "límite" que, como señalan Rodríguez y López (1985), cuestiona las bases mismas de nuestra cultura, está cargado de profundas resonancias emocionales y vulnera los más arraigados valores morales. En la actualidad, el suicidio y las tentativas de suicidio constituyen un grave problema de salud pública, causando un elevado número de fallecimientos y enormes pérdidas económicas en la mayoría de los países (Sartorius, 1985). Sin embargo, se detecta un cierto cambio en las actitudes hacia el suicidio, de forma que la sociedad actual muestra una mayor tolerancia hacia este fenómeno (Schneider, 1982), llegando incluso en algunos círculos a proponerse el llamado "derecho al suicidio", aunque como señala Soubrier (1984), estas discusiones están planteadas por personas ajenas a la promoción de la salud. En ocasiones se considera la conducta suicida como un acto de autodeterminación o una forma de muerte heroica o romántica, cuando en realidad se trata de una expresión dramática del sufrimiento humano (Ladame, 1987) o una protesta desesperada contra una situación vital intolerable (Villa, 1993). La infancia y la adolescencia son etapas que generalmente no se asocian con la idea de muerte (Greuling y DeBlassie, 1980), sino que nos evocan conceptos como vitalidad, despreocupación y ansias de futuro (Kanner, 1948).

2.4. Adolescencia. (Isler, J. 2010)

Se define como Adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la

niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años.

- Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es un periodo de cambios corporales y funcionales significativos como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

- Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

- Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Cambios físicos imperceptibles y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis de Investigación

El intento de suicidio es más frecuente en los adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho.

3.2. Variables

3.2.1. Variable de Interés

Epidemiología del intento de Suicidio en los y las adolescentes

Atributo de Persona

Atributo de Espacio

Atributo de Tiempo

3.2.2. Variable de Caracterización

Adolescente

3.3. Operación de Variables

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Valor
EPIDEMIOLOGIA DEL INTENTO DE SUICIDIOS EN LOS Y LAS ADOLESCENTES	PERSONA	Sexo	Femenino, Masculino	Nominal
		Etapa Adolescente	Temprana, Media, Tardía	Nominal
		Grado de Instrucción	Primaria, Secundaria, Superior	Nominal
		Credo	Católico, Otro (a)	Nominal
		Motivo del Intento	Discusión Familiar Discusión con la Pareja Prob. Académicos	Nominal
		Métodos Empleados	Ingesta de órganos Fosforados Ingesta de Medicamentos Uso de Inst. Punzocortantes	Nominal
		Antecedentes	Ocasional Frecuente	Nominal
	ESPACIO	Procedencia	Prov. De Huamanga Otras Prov. De Ayacucho Otras Prov. Del Perú	Nominal
		Lugar de Intento	Casa Fuera de Casa	Nominal
	TIEMPO	Hora	Hora de la Mañana Hora de la Tarde Hora de la Noche	Nominal
		Días	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo	Nominal
		Estación del Año	Verano Otoño Primavera Invierno	Nominal

CAPITULO IV: MARCO METODOLOGICO

4.1. Tipo de Investigación

No experimental

4.2. Nivel de Investigación

Descriptivo

4.3. Diseño de Investigación

Transversal Lápsica

4.4. Área de Investigación

Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, ubicado en la Avda. Independencia N° 335 del Distrito de Ayacucho, provincia de Huamanga, Departamento de Ayacucho.

4.5. Población

Estuvo constituida por 380 adolescentes con intento de suicidio atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, entre enero a diciembre de los años 2010, 2011, 2012 y 2013.

4.6. Muestra

La presente investigación prescindirá del tamaño de muestra, ya que se trabajó con todos los casos reportados durante los años 2010, 2011, 2012 y 2013 presentados en el Hospital Regional de Ayacucho.

4.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.7.1. Técnicas

Análisis Documental

4.7.2. Instrumento

El instrumento de recolección de datos fue la lista de chequeo, que consigna datos referidos al perfil epidemiológico del intento de suicidio, a través de los atributos de persona, espacio y tiempo. La lista de chequeo no requiere pruebas de fiabilidad y validez, porque se sustenta en información contenida en las historias clínicas y es material estandarizado por el Ministerio de Salud.

4.8. Procedimiento de Recolección de Datos

4.8.1. Coordinación

Por intermedio de la Dirección de la Escuela de Posgrado, de la Unidad de la Facultad de Obstetricia, de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; se solicitó la autorización al Departamento de Investigación y Docencia del Hospital Regional de Ayacucho, para acceder a las historias clínicas de los adolescentes que acudieron a ser atendidos por intentos de suicidio.

4.9. Procesamiento y Tratamiento Estadístico

4.9.1. Los datos fueron procesados empleando el paquete estadístico Minitab versión 7, los que se presentan en distribución de frecuencias y tablas de contingencia y se emplearon pruebas de inferencia estadística de acuerdo a los objetivos propuestos.

4.9.2. Tratamiento Estadístico

Los datos fueron ordenados utilizando el programa estadístico Microsoft Excel, se elaboraron tablas y gráficos porcentuales.

CAPITULO V: RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencia de casos de intentos de suicidio en adolescentes por año.
Ayacucho 2010

Año	N	%
2010	89	23.4
2011	95	25.0
2012	103	27.1
2013	93	24.5
Total	380	100.0

Tabla 2. Frecuencia de casos de intento de suicidio en adolescentes con respecto al sexo. Ayacucho 2010

Sexo	Frecuencia	AÑOS				Total
		2010	2011	2012	2013	
Varones	N	22	26	25	33	106
	%	75.3	72.6	75.7	64.5	27.9
Mujeres	N	67	69	78	60	274
	%	24.7	27.4	24.3	35.5	72.1
Total	N	89	95	103	93	380
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 3. Frecuencia de casos de intento de suicidio en adolescentes de acuerdo a la etapa de desarrollo. Ayacucho 2010

Etapa	Frecuencia	AÑOS				Total
		2010	2011	2012	2013	
Temprana	N	0	0	2	0	2
	%	0.0	0.0	2.0	0.0	0.5
Media	N	17	19	15	22	73
	%	19.1	20.0	14.5	23.6	19.2
Tardía	N	72	76	86	71	305
	%	80.9	80.0	83.5	76.3	80.3
Total	N	89	95	103	93	380
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 4. Frecuencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el grado de escolaridad. Ayacucho 2010

Grado de escolaridad	Frecuencia	AÑOS				Total
		2010	2011	2012	2013	
Primaria	N	11	10	19	13	53
	%	12.4	10.5	18.5	14.0	14.0
Secundaria	N	51	49	51	65	216
	%	57.3	51.6	49.5	70.0	56.8
Superior	N	27	36	33	15	111
	%	30.3	37.9	32.0	16.0	29.2
Total	N	89	95	103	93	380
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 5. Frecuencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según su procedencia. Ayacucho 2010

Procedencia	Frecuencia	AÑOS				Total
		2010	2011	2012	2013	
Huamanga	N	69	75	71	75	290
	%	77.5	79.0	68.9	80.7	76.3
Otra provincia	N	12	10	20	13	55
	%	13.5	10.5	19.4	14.0	14.5
Otro depto.	N	8	10	12	5	35
	%	9.0	10.5	11.7	5.3	9.2
Total	N	89	95	103	93	380
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 6. Frecuencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el horario de intento. Ayacucho 2010

Horario intento	Frecuencia	AÑOS				Total
		2010	2011	2012	2013	
Noche	N	52	50	57	52	211
	%	58.4	52.6	55.3	55.9	55.5
Mañana	N	10	19	22	19	70
	%	11.2	20.0	21.4	20.4	18.4
Tarde	N	27	26	24	22	99
	%	30.3	27.4	23.3	23.7	26.1
Total	N	89	95	103	93	380
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 7. Frecuencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el día de intento. Ayacucho 2010

Día intento	Frecuencia	AÑOS				Total
		2010	2011	2012	2013	
Lunes	N	4	2	4	7	17
	%	4.5	2.1	3.9	7.5	4.5
Martes	N	3	3	2	6	14
	%	3.4	3.2	1.9	6.5	3.9
Miércoles	N	5	9	12	10	36
	%	5.6	9.5	11.7	10.8	9.5
Jueves	N	11	13	19	14	57
	%	12.4	13.7	18.5	15.1	15.0
Viernes	N	21	23	19	23	86
	%	23.6	24.2	18.5	24.7	22.6
Sábado	N	28	29	31	27	115
	%	31.5	30.5	30.1	29.0	30.3
Domingo	N	17	16	16	6	55
	%	19.1	16.8	15.5	6.5	14.5
Total	N	89	95	103	93	380
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 8. Frecuencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según la estación del año. Ayacucho 2010

Estación	Frecuencia	AÑOS				Total
		2010	2011	2012	2013	
Verano	N	15	19	21	31	86
	%	16.9	20.0	20.4	33.3	22.6
Otoño	N	30	29	33	22	114
	%	33.7	30.5	32.0	23.7	30.0
Invierno	N	11	9	10	14	44
	%	12.4	9.5	9.7	15.1	11.6
Primavera	N	33	38	39	26	136
	%	37.1	40.0	37.9	28.0	35.8
Total	N	89	95	103	93	380
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 09. Frecuencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el lugar de intento. Ayacucho 2010

Lugar	Frecuencia	AÑOS				Total
		2010	2011	2012	2013	
Casa	N	75	70	65	74	284
	%	84.3	73.7	63.1	79.6	74.7
Fuera de casa	N	14	25	38	19	96
	%	15.7	26.3	36.9	20.4	25.3
Total	N	89	95	103	93	380
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 10. Frecuencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el motivo. Ayacucho 2010

Motivo	Frecuencia	AÑOS				Total
		2010	2011	2012	2013	
Discusión familiar	N	55	61	50	44	210
	%	61.8	64.2	48.5	47.3	55.3
Discusión con la pareja	N	20	22	39	42	123
	%	22.5	23.2	37.9	45.2	32.4
Problemas académicos	N	14	12	14	7	47
	%	15.7	12.6	13.6	7.5	12.4
Total	N	89	95	103	93	380
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 11. Frecuencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el método empleado. Ayacucho 2010.

Método	Frecuencia	AÑOS				Total
		2010	2011	2012	2013	
Ingesta de veneno	N	71	79	89	92	331
	%	79.8	83.2	86.4	98.9	87.1
Ingesta de medicamentos	N	18	16	13	1	48
	%	20.2	16.8	12.6	1.1	12.6
Instrumento cortante	N	0	0	1	0	1
	%	0.0	0.0	0.9	0.0	0.3
Total	N	89	95	103	93	380
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 12. Frecuencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el antecedente. Ayacucho 2010

Antecedente	Frecuencia	AÑOS				Total
		2010	2011	2012	2013	
Ocasional	N	84	88	92	81	345
	%	94.4	92.6	89.3	87.1	90.8
Frecuente	N	5	7	11	12	35
	%	5.6	7.4	10.7	12.9	9.2
Total	N	89	95	103	93	380
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

CAPITULO VI: DISCUSIÓN

El suicidio es un problema multifactorial que sigue un curso más o menos definido, con diferentes instancias y categorías de análisis. Además, en algunos casos, sus objetivos son diferentes a la pérdida de la vida como tal, pues la meta puede ser llamar la atención, acabar con el sufrimiento o vengarse de alguna figura de autoridad.

Para Berman y Jobes (1991) la tasa de suicidio del grupo de edad de 15-24 años se ha triplicado en EEUU en 30 años (1957—1987) con un incremento del 222%, siendo durante ese periodo el aumento más importante entre los 15 y 19 años, con un incremento del 312%, sin embargo de acuerdo a los resultados obtenidos, podemos decir que en estos últimos 4 años la incidencia de casos de intento de suicidio se ha mantenido constante, con un bajo valor de correlación entre el número de incidencias y los años en estudio ($R=0.44$).

De acuerdo a los resultados se ha encontrado un claro predominio femenino (72.11%) entre los adolescentes que realizan intentos de suicidio en nuestro medio, con una proporción 2.5:1 frente a los varones.

Este porcentaje de mujeres es similar al observado en diversos países europeos: en Francia, Rivaille et al (1970) encontraron un 77% de mujeres, mientras que Ziví (1986) observó un 73%, Kotila (1989) en Finlandia un 68% y Bergstrand y Otto (1962) en Suecia un 80%. Para Lewinsohn et al (1993) esta prevalencia de mujeres sugiere que el sexo femenino es por si solo un factor de riesgo, de forma que el

impacto de los restantes factores de riesgo suicida estaría ampliado en las chicas; en nuestro medio Mosquera (2003), encontró que en pacientes del Hospital Hermilio Valdizán el 76,12% de los intentos correspondió al sexo femenino y sólo 23,88% al sexo masculino. Igualmente, el mayor porcentaje (25,37%) de intentos de suicidio ocurrió en adolescentes del sexo femenino.

Alvis y col. (2014), en 357 individuos con intento de suicidio en Ibaguè, encontró que el 59,7% de los intentos correspondieron al sexo femenino.

Piedrahita y col. (2007), en Cali-Colombia encontraron que el 75% de los niños y adolescentes que intentaron suicidarse fueron del sexo femenino.

Silva y col. (2016), en adolescentes escolarizados de Chile, determinaron que la prevalencia del intento de suicidio fue de 14,3%; la OR para el sexo femenino fue de 3,14.

Respecto la edad (etapa de la adolescencia) en que se llevaron a cabo los intentos de suicidio encontramos que un 80.26% se encontró en la etapa tardía, un 19.21% en la etapa media y un 0.53% en la etapa temprana de la adolescencia, que de acuerdo a los resultados que reporta la Sociedad Española de Psiquiatría (1999), donde menciona que entre jóvenes de 15 a 19 años, hay más de 13 suicidios por cada 100.000 jóvenes cada año, con respecto a nuestro medio según referencias de la Dirección Regional de Salud, durante el año 2007 se reportaron 129 casos de intentos de suicidio, iniciándose a partir de los 11 a 14 años. La incidencia global de intentos de suicidio en la población adolescente asciende al 54.3% (70 casos); es decir, de 10 intentos de suicidio 5 corresponde a adolescentes entre 11 a 19 años. Durante el año 2008, el Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, ha registrado 77 casos de intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el Servicio de Emergencias.

González (1995), indica que en España, la mayoría de los adolescentes eran estudiantes (75.9%), siendo su nivel educativo la Educación General Básica (48.1%), a lo que Mosquera (2003), demostró que la mayoría de los casos (37,31%) con intento de suicidio tuvieron instrucción secundaria incompleta, 28,36% con

educación secundaria 20,9% con secundaria completa y 10,45% con estudios superiores, a lo que Villafaña et al (2002) agrega que según las estadísticas del intento de suicidio de los Estados Unidos Mexicanos del 2005 refieren que ocurrieron 1042 casos de intento de suicidio en adolescentes de nivel primario, 676 de nivel secundario y 267 de nivel superior, en contraste con los resultados obtenidos donde tenemos que un 68.89% tiene un grado de instrucción secundaria, un 16.13% un grado de instrucción superior y un 13.98% una grado de instrucción primario.

En cuanto a la distribución horaria de intentos de suicidio, Gonzáles (1995) indica que en España se observa un acúmulo de casos en el periodo que va desde las 12 a las 24 horas (83.3%). Este predominio de las tendencias suicidas en la tarde—noche ha sido señalado por diversos autores desde hace más de tres décadas (Bergstrand y Otto, 1962; Rivaille et al, 1970; Garfinkel et al, 1982; Velilla y Serrat, 1990), a lo que Gallego et al (1999) agrega mencionando que la mayor frecuentación en el servicio de urgencias se observa entre las 13-16 horas y las 22-23 horas; de acuerdo a los resultados obtenidos tenemos que la mayoría de intentos de suicidio se llevó a cabo durante horas de la noche con un 55.53%, durante la tarde con un 26.05% y en la mañana un 18.24%, lo que coincide con los datos reportados por varios autores mencionados anteriormente.

A lo largo de la semana las tendencias suicidas se distribuyeron de forma bastante uniforme, exceptuando el acúmulo de casos observado los Miércoles. Gonzáles (1995), estos datos contrastan con los de Cobo (1986) que señala el lunes como auténtico “día negro”, y los de Montejo (1979) que también encontraba una preferencia por los domingos y lunes, a lo que Gallego et al (1999) indica que por días de la semana, sábado, domingo y lunes, aparecen como los días de mayor incidencia ($p=0,059$), frente a estos resultados, podemos mencionar de acuerdo a nuestros resultados que los días que presentan mayor incidencia de casos son los fines de semana: jueves, viernes y sábado, lo que contrasta los resultados obtenidos por Cobo, Montejo y Gonzáles, pero que coinciden con los resultados que reporta Gallego.

Así mismo, González (1995) menciona que La distribución durante el mes fue muy irregular, con un rango de 0 a 5 casos/día. Lo mismo podemos decir de la distribución a lo largo del año. No se observó una clara estacionalidad, siendo Abril, Febrero y Septiembre los meses en los que se dieron más casos, mientras que en Marzo, Junio y Noviembre se observaron un menor número, Estos datos, coincidentes con los de Cobo (1986), parecen descartar la existencia de una clara estacionalidad en las tentativas suicidas de los adolescentes y explicarían el hecho de que en la bibliografía internacional aparezcan datos absolutamente dispares, que van desde el predominio de las tendencias suicidas en primavera (Rivaille et al, 1970), hasta su acúmulo en invierno (Garfinkel et al, 1982) o en otoño-invierno (Otto, 1972). Estos resultados tampoco apoyarían la hipótesis de Mardomingo y Catalina (1992) que relaciona el mayor número de casos encontrados entre los meses de marzo y julio con la tensión que provocan los exámenes finales. En este sentido, un estudio australiano (Kosky, 1983) tampoco encontró relación en la distribución de las tendencias suicidas con los exámenes o vacaciones escolares, del mismo modo Gallego et al (1999), demostró que en la distribución de los intentos de suicidio aparece un incremento en los meses de febrero, mayo y junio ($p=0,068$), de acuerdo a los resultados obtenidos, tenemos que la mayor incidencia de casos se da durante la primavera, otoño y verano, que son estaciones que corresponden básicamente a meses de precipitaciones.

Al igual que en los resultados de Garfinkel et al (1982), Velilla y Serrat (1990) y González (1995), quienes mencionan que los intentos de suicidio fueron llevados a cabo dentro del hogar (87%), hemos comprobado también que efectivamente, el lugar elegido para realizar los intentos de suicidio es el propio hogar con un 74.74% del total de casos.

Según González (1995), las discusiones con los padres han sido los factores desencadenantes de la conducta suicida más frecuentes (38.8%), mientras que los problemas escolares fueron señalados como precipitantes en el 18.5% de los casos y los conflictos con la pareja en el 11.1%. En el 13% de los casos no se pudo determinar un factor desencadenante preciso.

Estos factores han sido señalados repetidamente, en distintos países y a lo largo de diferentes décadas, como desencadenantes de la conducta suicida en la adolescencia (Bergstrand y Otto, 1962; Barter et al, 1968; Connell, 1972; Zivi, 1986; Velilla y Serrat, 1990).

Así mismo coincidimos con Zivi (1986) en destacar el carácter banal de los motivos desencadenantes de los intentos de suicidio en la adolescencia, siendo incapaces por sí solos de explicar la conducta suicida. Para Rivaille et al (1970) la causa precipitante del gesto suicida es desproporcionada y sólo vendría a significar la gota que hace rebosar la ansiedad latente.

Además, González (1995), indica que un elevado porcentaje de adolescentes (38.9%) señalaba la muerte como objetivo del intento de suicidio, mientras que otro 35.2% manifestaba buscar un cambio en su situación vital. Para Hawton et al (1982) una tercera parte de los adolescentes con intento de suicidio hubieran querido morir, mientras que según Kotila (1989) los objetivos más frecuentes serían escapar o buscar una solución (33%) y la revancha o llamada de atención (24%), confirmando los resultados que también encontró Gallego et al (1999), en el Hospital Xeral de Galicia demostrando que el motivo desencadenante del intento de suicidio, fue los conflictos con seres queridos y los problemas de salud psíquica (incluidos el alcoholismo y la drogadicción); además de haber encontrado 62% de intento de suicidio en mujeres y 38% en hombres.

Vásquez y Alcántar (1999), en México demostraron que los factores asociados al intento de suicidio fueron, la falta de comunicación con los padres 116 casos (68.2%), desorganización familiar 108 casos (63.5%) y poca o ninguna religiosidad 104 casos (61%). La causa desencadenante fue la discusión familiar en 47 casos (27.6%).

Las causas familiares referidas por los adolescentes como razón del intento de suicidios se justifican en la medida de que la familia es el grupo biológico natural del ser humano, es un conglomerado social que abarca a la mayoría de los miembros de una sociedad. Es en la familia donde se llevan a cabo las principales funciones

de socialización, en su ámbito el sujeto adquiere su identidad y la posición individual intergeneracional, y significa las formas de desarrollo y bienestar de los adolescentes.

De esta manera podemos mencionar que, de acuerdo a los resultados obtenidos, el motivo desencadenante en los adolescentes para llevar a cabo un intento de suicidio fue la discusión familiar; sin embargo, a diferencia de lo mencionado por Gonzáles (1995), el segundo motivo sería las discusiones con la pareja dejando relegando al tercer lugar los problemas académicos.

En cuanto al método de suicidio empleado, Gonzáles (1995) encontró que el procedimiento suicida utilizado en el 79.6% de los casos, ha sido la intoxicación medicamentosa, seguido por las autolesiones en los antebrazos (5.6%). Resulta notorio que este predominio de la intoxicación por medicamentos como método suicida en las tendencias suicidas de la adolescencia sea un hecho prácticamente universal, con porcentajes muy similares en los diferentes países. Asimismo, a pesar del cambio ocurrido en los métodos de suicidio consumado, se ha mantenido constante hasta por lo menos la década del 90 como podemos comprobar en los siguientes datos:

Autor	% Autointoxicación medicamentosa
Bergstrand y Otto (1962)	86.9%
Connell (1972)	93.3%
Davidson y Choquet (1978)	90%
Garfinkel et al (1982)	87.9%
Velilla y Serrat (1990)	71%
Razin et al (1991)	97%
Hawton y Fagg (1992)	86.5%

Elaboración propia.

Gonzáles (1995), añade que generalmente los medicamentos pertenecían a los padres del joven (62.2%), mientras que solamente en un 26.3% de los casos habían sido prescritos al propio adolescente. Por el contrario, Prescott y Highley (1983)

señalan que en más de un 75% de sus casos de sobredosis por psicofármacos, estos habían sido prescritos por un médico al propio paciente.

Gallego et al (1999), mostraron que para suicidarse utilizaron métodos cruentos en 27 ocasiones (19,1%), tratándose de heridas superficiales en 11 casos. En 80,9% de los casos se utilizaron métodos no cruentos, de los que la gran mayoría correspondió a ingesta medicamentosa. El 87,5% de las mujeres y el 69,8% de los hombres utilizan los métodos no cruentos ($p=0018$).

Mosquera (2003) encontró que el 62,69% de los intentos de suicidio lo hicieron usando métodos químicos, correspondiendo a las mujeres 53,73%. Dentro de los métodos químicos las sustancias más utilizadas fueron los ansiolíticos con 41,79% y los insecticidas con 20,9%.

Vásquez y Alcántar (1999), encontraron que el método empleado fue la ingesta de medicamentos 119 casos (70%), el más empleado fue la benzodiacepina y analgésico.

En Argentina demostraron que el método más utilizado para auto agredirse fue la ingesta de sustancias químicas y fármacos y de modo especial los psicofármacos. Estas características no coinciden con las halladas en el presente estudio, ya que se encontró que el método más empleado fue la ingesta de veneno con un 87.11% y la ingesta de medicamentos con un 12.36%, donde las autolesiones en los antebrazos son casos muy poco frecuentes.

Gonzáles (1995), confirmó el predominio de conductas suicidas impulsivas durante la adolescencia, ya que un 57.4% de las tentativas de suicidio fueron de carácter repentino, es decir, sin una planificación suicida previa. Este porcentaje es muy similar al 56.4% de tentativas impulsivas observado por Brown et al (1991), pero notablemente inferior al 97% encontrado por Razin et al (1991), así mismo un 31.5% de los adolescentes tenían antecedentes de tentativas de suicidio previas, siendo este porcentaje superior a los encontrados por otros investigadores en España y que oscilan entre el 10% (Velilla y Serrat, 1990) y el 20% (Mardomingo y

Catalina, 1992). Sin embargo, en otros países, algunos autores encuentran porcentajes de hasta el 69% de tendencias suicidas previas (Barter et al, 1968), en nuestro caso se encontró un 90.79% de los casos corresponden a adolescentes con intentos de suicidios ocasionales frente a un 9.21% de intentos frecuentes, que coinciden con los resultados obtenidos por Velilla y Serrat (1990), en contraste a lo encontrado por Mosquera (2003), quien afirma que el 55,23% de los casos había registrado algún intento suicida previo con predominio de las mujeres; de este grupo el 26,87% registró un intento previo, el 17,91% dos intentos y el 10,45% tres intentos y el 44,78% ningún intento previo.

CONCLUSIONES

Luego del análisis de los resultados se llegó a las siguientes conclusiones:

1. De acuerdo a los resultados se ha encontrado un claro predominio femenino entre los adolescentes que realizan intentos de suicidio en nuestro medio, con una proporción de 2.5:1 frente a los varones, sin embargo, existe una tendencia hacia el incremento de casos de varones adolescentes con intentos suicidas.
2. Los adolescentes que llevaron a cabo intentos suicidas son aquellos que se encuentran en una etapa tardía de la adolescencia, con grado de instrucción secundaria, pertenecientes a la provincia de Huamanga, católicos, cuyo intento lo llevaron a cabo dentro de casa en la noche los fines de semana (sábado) durante la primavera, siendo el motivo desencadenante la discusión familiar, ingiriendo veneno como método suicida y que además la mayoría de adolescentes son ocasionales en sus intentos suicidas.
3. La incidencia de casos en función a la etapa de la adolescencia, el día de intento (sábado) y el lugar de intento, se mantienen constantes a lo largo de los años de estudio lo que indica que no se han llevado a cabo actividades para poder reducir estos niveles a lo largo de estos 4 últimos años.

4. Las variables que presentan una tendencia a incrementar el número de casos, son aquellos adolescentes con grado de instrucción secundaria, pertenecientes a la provincia de Huamanga y que profesan un credo religioso no católico, cuyo acto es llevado durante la mañana en épocas de verano y que han presentado problemas con la pareja, ingiriendo medicamentos como método suicida y que lo han intentado en más de una ocasión, siendo estas variables a las que prestar atención cuando de actividades de prevención se tratan.
5. Las variables que han presentado tendencia hacia la baja corresponde a las horas de intento durante la tarde, los días domingos en época de primavera.
6. El sexo de los adolescentes no ha influenciado en la incidencia de casos con respecto a todas las variables en estudio, es decir la incidencia de casos no ha mostrado una predisposición sexual para las diferentes variables, lo que indica que este problema puede ser enfocado de manera global sin considerar diferenciaciones de carácter sexual.

RECOMENDACIONES

1. La implementación de un programa de prevención y seguimiento de los casos con la finalidad de disminuir la frecuencia de suicidios e intentos de suicidio en adolescentes, tarea que debe ser llevada a cabo por el sector Salud de la Región de Ayacucho.
2. Realizar trabajos de investigación incluyendo otros factores de riesgo como el estado psicológico del paciente, existencia de patología psiquiátrica del paciente o en los miembros de la familia, toxicomanías, antecedentes de trastorno mental, tipo de relaciones familiares, entre otros y la correcta tipificación de los mismos al momento del ingreso al servicio de emergencia, con la finalidad de obtener datos que se acerquen más a la realidad del paciente.
3. Continuar investigando en el tema ya que es prioritaria en el mundo, en el país y la región, utilizando diseños de caso control o de cohorte.
4. Desarrollar programas de seguimiento de casos con la finalidad de solucionar el problema y evitar que la tasa de adolescentes con intentos frecuentes disminuya ya que se verifica que esta tiene una tendencia a incrementarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida F. y Rouquayrol M. (2011). Introducción a la epidemiología. Colección Salud Colectiva. Series didácticas. Editorial Lugar S.A. 1ª ed. La reimp. – Buenos Aires Argentina.
2. Aranda, J. (1984). Problemas que presenta la elaboración de la estadística de suicidio. *Rey Psiq. Psicol. Med. Eur. Am. Latina.* 26 (8):517—520.
3. Alvis LF, Soto AM, Grisales H (2017). El intento de suicidio en Ibaguè: el silencio de una voz de auxilio. *Revista criminalidad*, 59(2):81-92
4. Barraclough, B. (1988). International variation in the suicide rate of 15—14 years old. *Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol.* 23: 75-84.
5. Barter, JT., Swaback, D.O., Todd, D. (1968). Adolescent suicide attempts. A follow-up study of hospitalized patients. *Arch Gen Psychiatry.* 19: 523—527.
6. Beck, W. (1961) desesperanza y suicidio consumado en Cuba.
7. Bonita R., Beaglehole R., Kjellstrrom R., (2008) Epidemiología Básica Publicación Científica y Técnica Nro. 629. Organización Panamericano de Salud Segunda Edición. Washington D.C.
8. Barrionuevo, J. (1999). Suicidio e intentos de suicidio. Facultad de Psicología. Buenos Aires.
9. Bazán, J., Olórtegui, V., Murga, H., Huayanay, L. (2007). Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. *Rev Neuropsiquiatr* 79 (1), 2016.
10. Bella, M., R. Fernández., J. Willington. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Arch. Argent. Pediatr.* 108(2):124-129.
11. Bergstrand, C.G., Otto, U. (1962). Suicidal attempsts in adolescence and childhood. *Acta Paediatrica.* 51: 17—26.
12. Berman, AL., Jobes, D.A. (1991). Adolescent suicide 1991. Assessment and intervention. Washington, American Psychological Association.
13. Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina, M.E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: Restrospectiva y situación actual. *Salud Pública Mex.* 52:292-304.

14. Bojórquez, E., Chacón, O., Rivera, G., Donadío, G., Stucchi, S., Sihuas, C., Rosas, M., & Llanos, A. (2012). Colegio Médico del Perú: Propuesta de Reforma de la Salud Mental en el Perú. *Acta Med. Per.* 29 (1).
15. Brown, L.K., Overeolser, J., Spirito, A., & Fritz, O.K. (1991). The correlates of planning in adolescent suicide attempts. *3 Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 30(1): 95—99.
16. Burton, P., Lowy, A., & Brigos, A. (1990). Increasing suicide rates among young men a England and Wales. *Br. Med.* 3; 300: 1695-1696.
17. Cobo, C. (1986). Estadísticas y reflexiones sobre actos suicidarios en niños adolescentes españoles. *Rev. Psiq. Psicol. Méd.* 17 (5): 253—268.
18. Connell, HM. (1972). Attempted suicide in schoolchildren. *Med. J. Aust.* 1: 686 690.
19. Davidson, F., Choquet, M. (1978). Apport de l'épidémiologie & la comprehension et la prévention du suicide de l'adolescent. *Rev. Neuropsych. Infant.* 26(12): 683—691.
20. Delgadillo, G. (2009). Riesgos asociados a intento de suicidio en adolescentes del Hospital Regional de Ayacucho. Tesis. UAP. Ayacucho.
21. Fernández, R., Reyes, A. (2000). Suicidios consumados: Bases Biológicas. En *Nuevos aportes Latinoamericanos en Psiquiatría Biológica*. Tomo III. Edit. Cangrejal editores Psi. Argentina.
22. Gallego, F., Fernández, M., & Sampedro, F. (1999). Perfil de los Intentos de suicidio en el Servicio de Urgencias de un Hospital. *Psiquis.* 20 (1): 1-7
23. García, H., Sahagún, J., Ruiz, A., Sánchez, G., Tirado, J., & González, J. (2010). Factores de riesgo asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Rev. Salud Pública.* 12 (5): 713-721.
24. Garfinkel, BD., Froese, A., & Hood, B. (1982). Suicide attempts in children and adolescents. *Am. J. Psychiatry.* 139: 1257—1261.
25. Garfinkel, B.D. (1990). Prevención del suicidio juvenil. *Tiempos Médicos.* 416: 7—12.
26. Gómez, C., Bohórquez, A., Ospina, M.B., Rodríguez, N., Diazgranados, N., & Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* Vol. XXXI/Nº 4.

27. González, J. (1995). Tentativas de suicidio en la adolescencia. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Madrid-España.
28. Gorwood, P. (2002). Marcadores biológicos para la conducta suicida en la dependencia del alcohol. *The European journal of Psychiatry*. Edición en español. 9: 79-87.
29. Greuling, J.W., Deblasse, R. (1980). Adolescent suicide. *Adolescence*. 15(59). 589—601
30. Grimberg, L. (1988). El Suicidio. En *Culpa y Depresión: Estudio Psicoanalítico*. Edit. Alianza. Madrid.
31. Guibert, W., Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 17(5):452-60.
32. Gutiérrez, MV. (2011). Prevalencia de Trastorno Depresivo en pacientes internados por intento de suicidio. Tesis: Universidad Nacional La Plata. Argentina.
33. Hawton, K., Fagg, J. (1992). Deliberate self-poisoning and self-injury in adolescents. A study of characteristics and trends in Oxford. *Psychiatry*. 161: 816—823
34. Hernández, R., Fernández, C., Baptista, L. (1991). Metodología de la investigación. Edit. Mc. Graw Hill. México.
35. Huapaya, D.B. (2009). Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima. Tesis pre grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.
36. Isler, J. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Post Grado de la Cátedra V La Medicina N1 107*, Argentina. *Internacional de Epidemiología Univ. Oxford New York*.
37. Last JM. (2001) Diccionario de epidemiología. Cuarta edición Asociación
38. Kanner, L. (1948). *Psiquiatría infantil*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
39. Kosry, R. (1983). Childhood suicidal behaviour. *Child Psychol. Psychiat.* 24(3): 457—468.
40. Kotila, I., Lónnquis, T.(1987). Adolescents who make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychiatr. Scand.* 76: 386—393.

41. Ladame, F. (1987). *Les tentatives de suicide des adolescents*. Paris, Masson.
42. Lewinsohn, PM., Rohde, P., & Seeley, JR. (1993). Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 32(1): 60—68.
43. Londoño F. 2006. *Metodología de la Investigación epidemiológica*. Editorial El Manual Moderno Ltda. Tercera Edición – Bogotá, D.C. Colombia.
44. Mardomingo, MJ., Catalina, M.L. (1992). Suicidio e intentos de suicidio en la infancia y adolescencia: ¿un problema en aumento. *Pediátrika*. 12: 118—121.
45. McClure, G.M.G. (1984). Recent trends in suicide among the young. *Br. J. Psychiatry*. 144: 134—138.
46. Meehan, PJ., Lamb, J.A., Saltzman, L.E., O'Carroll, P.W. (1992). Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am. J. Psychiatry*. 149(1): 41—44.
47. Montejo, M.L. (1979). Valoración de la conducta suicida en un grupo de adolescentes. *Informaciones Psiquiátricas*. 77: 3—15.
48. Morandé, G., Carrera, M. (1985). Aportaciones de la epidemiología en la comprensión, prevención y abordaje terapéutico del suicidio infantil y juvenil. *Jano*. 29 (666): 1848—1859.
49. Moreno, N. (2000). *Nomenclatura en Suicidología Clínica*. Edit. Buho. República Dominicana.
50. Mosquera, A. (2003). Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Hermilio Valdizan, durante febrero 2000-enero 2001. Tesis. Universidad Mayor de San Marcos. Lima- Perú.
51. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Versión en español publicada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington: OMS.
52. Organización Mundial de la Salud (2011) Módulo de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). Organización Panamericana de la Salud. Unidad 2: Salud y enfermedad de la Población. Segunda Edición revisada.
53. Otto, U. (1972). Suicidal acts by children and adolescents. A follow-up study. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 233. 1—123.

54. Piedrahita LE, García MA, Meza JS, Rosero IS. Identificación de las factoras relacionadas con el intento de suicidio, en niños y adolescentes a partir de la aplicación del proceso de Atención de Enfermería. *Colomb Med.* 2011;42:334-41.
55. Pizarro, V. (2009). Factores que predisponen los intentos de suicidio en escolares del nivel secundario del distrito de Ayacucho. Tesis UNSCH.
56. Prescott, L.F., Highley, M.S. (1983). Drugs prescribed for self-poisoners. *Br. Med.* 3. 290: 1633—1636.
57. Razin, AM., O'dowd, M.A., Natean, A., Rodríguez, L., Goldfielv, A., Martin, C., Goulet, I., Scheftel, S., Mezan, P., & Mosca, E. (1991). Suicidal behavior among inner city hispanic adolescent females. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 13: 45-58.
58. Rivaille, C., Belle, F., Thiot, C., Goulon, I.L. (1970). Tentatives de suicides d'adolescentes. Étude de 70 cas. *Sem. Hóp. Paris.* 46(17): 1141—1147.
59. Rodríguez, A., López, P. (1985). Ideal de yo y conducta suicida. *Psicopatología.* 5(2): 181—185.
60. Roy, A. (1997). Emergencias Psiquiátricas. En *Tratado de Psiquiatría*, capítulo 30, Tomo III, Volumen 4, sexta edición. Edit. Inter Médica. Argentina.
61. Ruiz, L. (1995) *Diccionario médico*. Editorial TEIDE. Barcelona - España
62. Sartorius, N. (1985). Introducción al Simposio Internacional sobre el suicidio. *Psicopatología.* 5 (2): 81—84.
63. Schneider, P.B. (1982). Epidémiologie et suicide. *Psychol. Médicale.* 14(3): 395-400.
64. Shaffer, D., Vieland, V., Garland, A., Rojas, M., Underwood, M., & Busner, C. (1990). Adolescent suicide attempters. Response to suicide prevention programs. *J.A.M.A.* 264 (24): 3151- 3155.
65. Silva D, Valdivia m, Vicente B, Arévalo E, Dapelo R, Soto C. 2016). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22,23-42, 2017.
66. Sociedad Española de Psiquiatría. (2009). Suicidio e intentos de suicidio. Royal College of Psychiatrists.
67. Soubrier, J.P. (1984). Introducción a la suicidología. *Rev. Psiq. Psicol. Med. Eur. Am. Latina.* 16 (8): 509-511.

68. Vallejo, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Sexta edición. Barcelona; editorial Masson.
69. Vázquez, E., Alcántara, M. (2005). Factores asociados al intento de suicidio en adolescentes en el Hospital Infantil del Estado de Sonora. 2005.
70. Vázquez, G. (2007). *Trastornos del estado de ánimo, Depresión y bipolaridad*. Primera edición. Buenos Aires; editorial Polemos.
71. Velilla, A.M., Serrat, D. (1990). Epidemiología de las conductas suicidas en la infancia y adolescencia. *Rev. Psiq. Thf.* 2: 83—95.
72. Ventura, R., Carvajal, C., Undurraga, P., Vicuña, J., & Garib, M. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Rev. Med. Chile.* 138: 309-315.
73. Villafaña, L.G., Gurrola, G.M., Balcàzar, P. (2002). Factores psicosociales y predisponentes en el intento de suicidio con pacientes hospitalizados. *PSIQUIATRIA.COM.* 6(4).
74. Wayne, D. (1991). *Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud*. Edit. Limusa S.A. España.
75. Zivi, A. (1986). Les facteurs des tentatives de suicide de l'enfant et de l'adolescent. *Ann Pediatr. (Paris).* 33(6): 503—506.

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Epidemiología del intento de Suicidio en los y las Adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2010

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
¿Cuál es la epidemiología del intento de suicidio en los y las adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho – 2010?	<p>General Determinar la epidemiología del intento de suicidio en los y las adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2010</p> <p>Específicos:</p> <p>a). Determinar la epidemiología del intento de suicidio en los y las adolescentes en el atributo de persona atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho – 2010?</p> <p>b) Determinar la epidemiología del intento de suicidio en los y las adolescentes en el atributo tiempo atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho – 2010?</p> <p>c) Determinar la epidemiología del intento de suicidio en los y las adolescentes en el atributo espacio atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho – 2010?</p>	<p>General:</p> <p>El Intento de Suicidio se da más en las adolescentes, que en los adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho.</p>	<p>Variable de Interés</p> <p>X Epidemiología del intento de Suicidio en los y las adolescentes</p> <p>X1 Atributo de Persona</p> <p>X2 Atributo de Espacio</p> <p>X3 Atributo de Tiempo</p> <p>3.2.2 Variable de Caracterización</p> <p>X Adolescente</p>	<p>Enfoque de la investigación: cuantitativo Nivel de investigación: Descriptivo; Diseño de investigación: transversal lápsica Población: 380 historias clínicas referidos a adolescentes con intentos de suicidio, entre los años 2010 a 2013.</p> <p>Técnica: Análisis documental; Instrumento: Ficha de investigación epidemiológica Lista de chequeo.</p> <p>Procesamiento de datos: se empleó el paquete estadístico Minitab versión 7</p> <p>Tratamiento Estadístico: En la valoración de asociación de caracteres cualitativas se empleó la prueba de Chi Cuadrado. Prueba de normalidad de Andereson-Darling para variables dicotómicas con distribución normal. t de Student para la comparación de medidas.</p>

2. LISTA DE COTEJO

N°	VARIABLES	INDICADORES
1	SEXO	() Masculino () Femenino
2	ETAPA ADOLESCENTE	() Temprana (10-13) () Media (14-16) () Tardía (17-19)
3	GRADO DE INSTRUCCIÓN	() Primaria () Secundaria () Superior
4	PROCEDENCIA	() Prov. De Huamanga () Otras Prov. de Ayacucho () Otras prov. del Perú
5	CREDO	() Católico () Otro (a)
6	LUGAR DE INTENTO DE SUICIDIO	() Casa () Fuera de casa
7	HORA	() Hora de la Mañana () Hora de la Tarde () Hora de la Noche
8	DIAS	() Lunes () Martes () Miércoles () Jueves

		<input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo
9	ESTACIONES DEL AÑO	<input type="checkbox"/> Verano <input type="checkbox"/> Otoño <input type="checkbox"/> Invierno <input type="checkbox"/> Primavera
10	MOTIVO DEL INTENTO DE SUICIDIO	<input type="checkbox"/> Discusión Familiar <input type="checkbox"/> Discusión con la pareja <input type="checkbox"/> Problemas Académicos
11	METODOS EMPLEADOS PARA EL INTENTO DE SUICIDIO	<input type="checkbox"/> Ingesta de Órganos Fosforados <input type="checkbox"/> Ingesta de Medicamentos <input type="checkbox"/> Uso de medios o Instrumentos contundentes
12	ANTECEDENTES DEL INTENTO DE SUICIDIO	<input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Frecuente

FECHA:

RESPONSABLE:

3. GRAFICOS DE RESULTADOS

Figura 1: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes a través de los años de estudio.

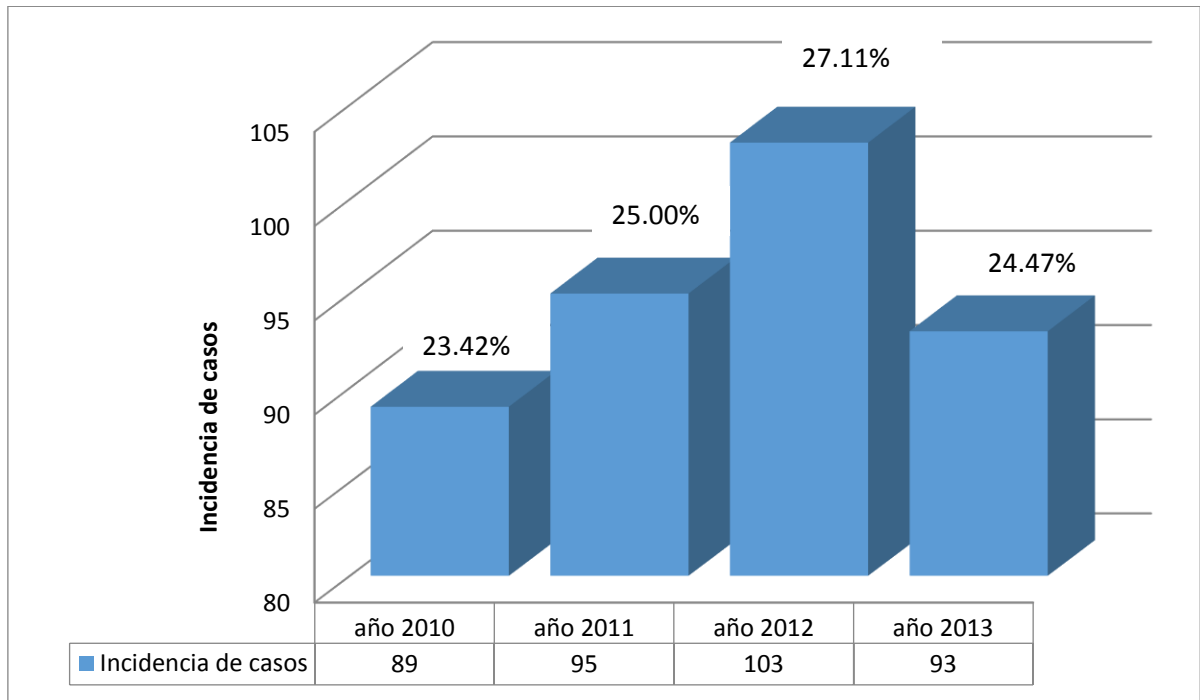


Figura 2: Distribución porcentual de la incidencia de casos en función al sexo en adolescentes con tentativas de suicidio

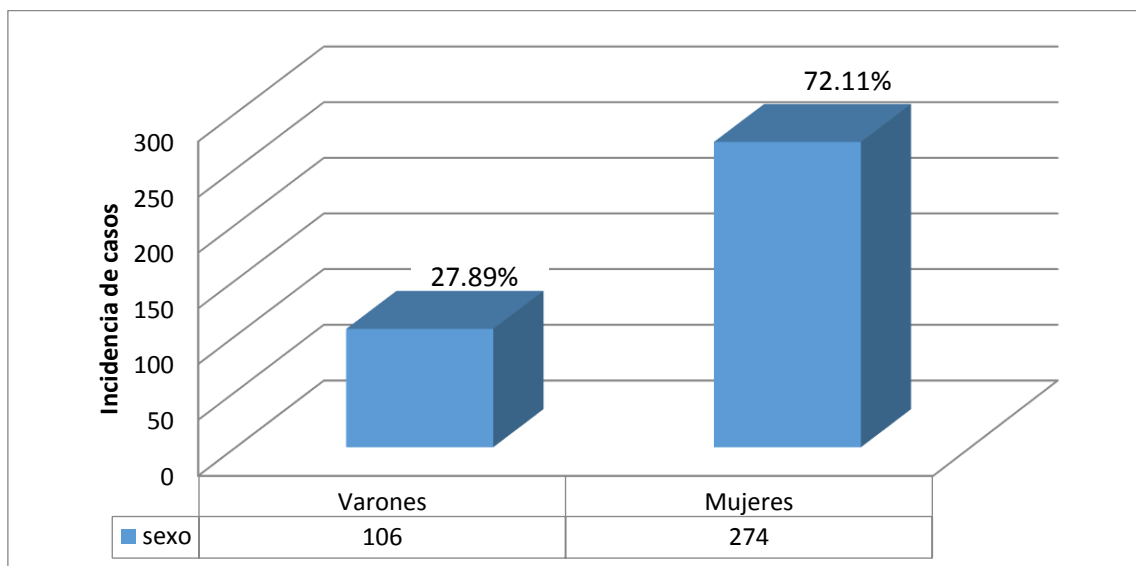


Figura 3: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intentos de suicidio en adolescentes según el sexo a través de los años de estudio.

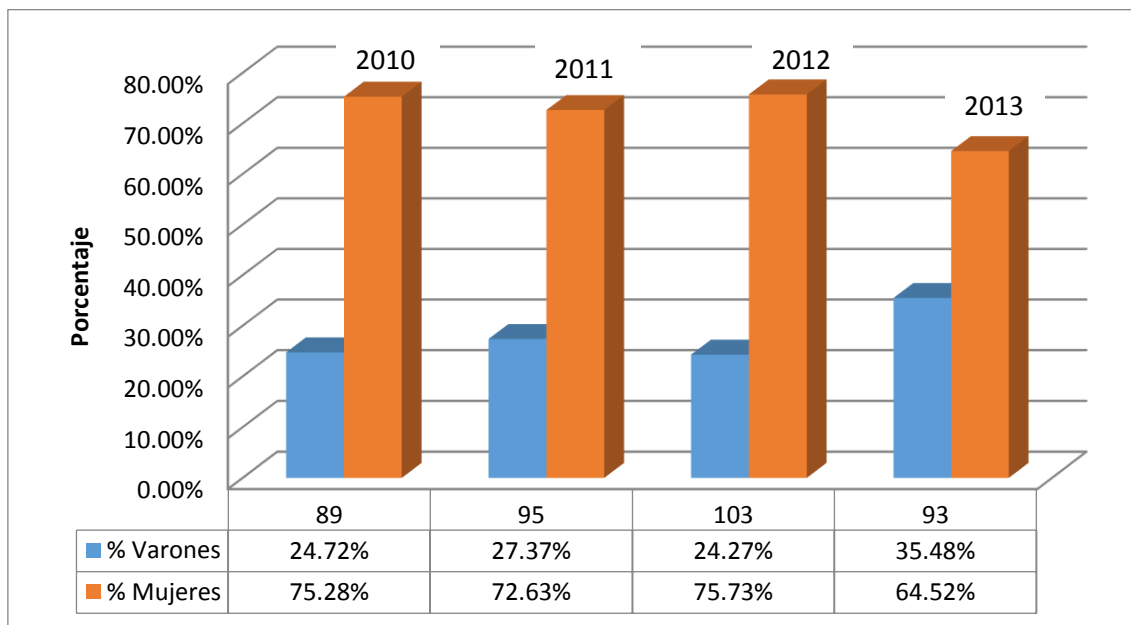


Figura 4: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en los y las adolescentes con respecto a las etapas de desarrollo.

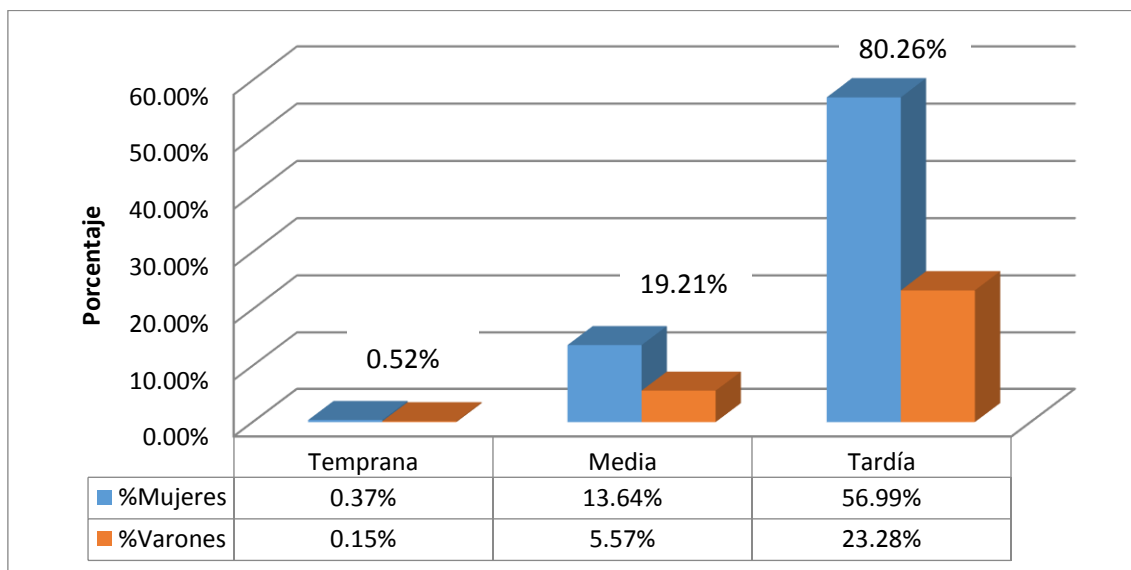


Figura 5: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intentos de suicidio en adolescentes según su etapa de desarrollo a través de los años de estudio.

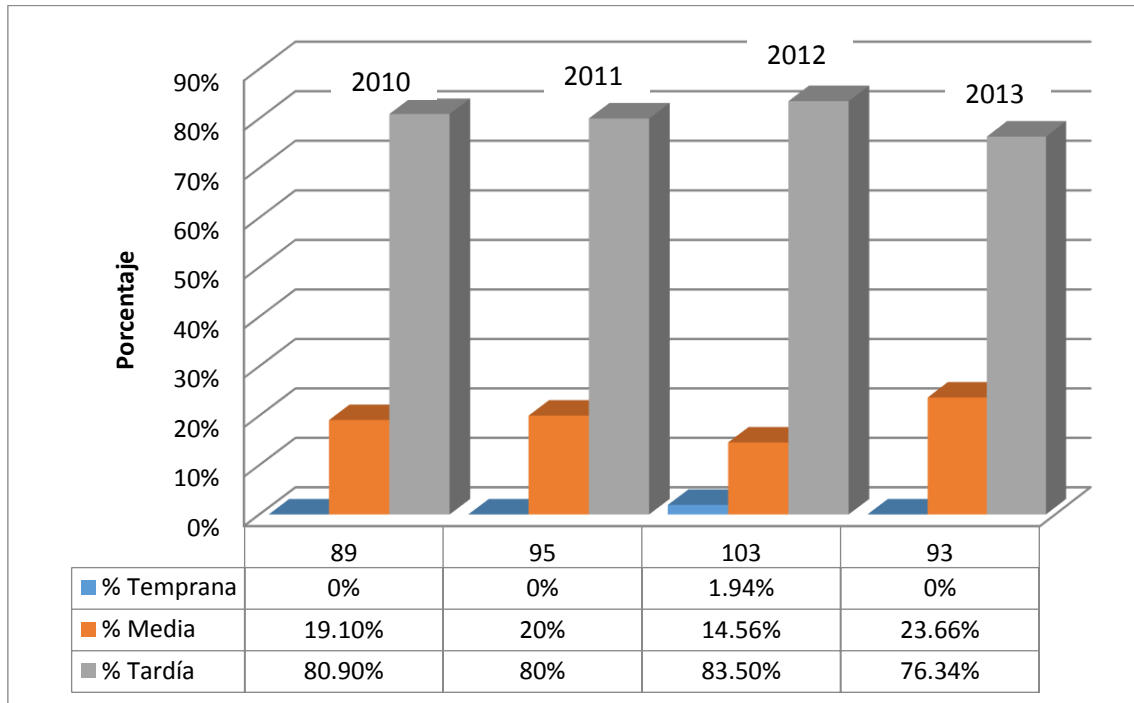


Figura 6: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el grado de instrucción, tanto en varones como en mujeres

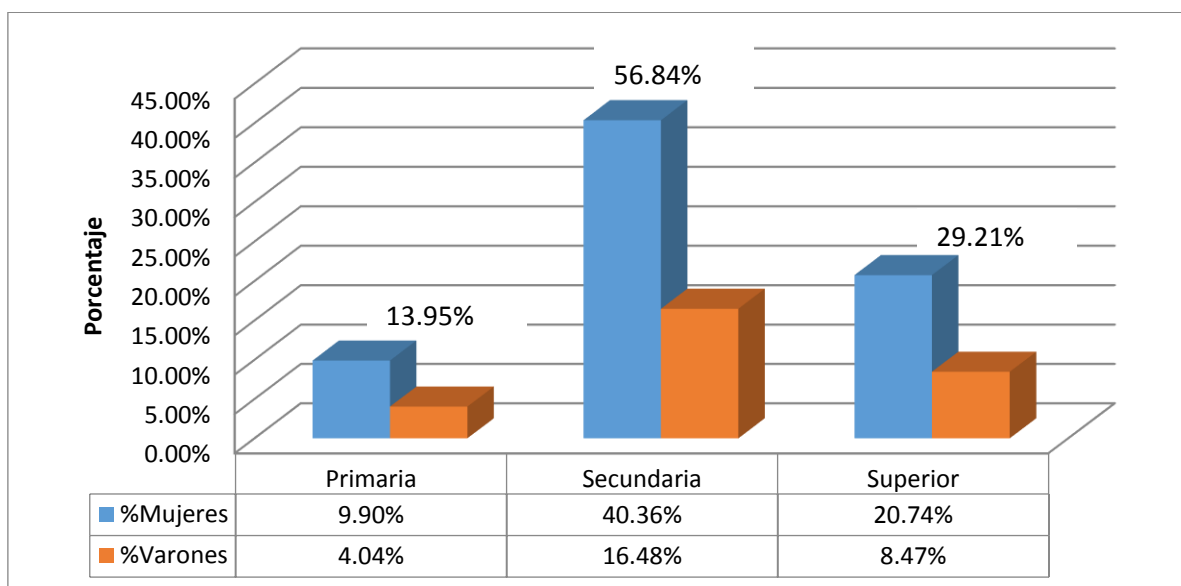


Figura 7: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el grado de instrucción a través de los años de estudio.

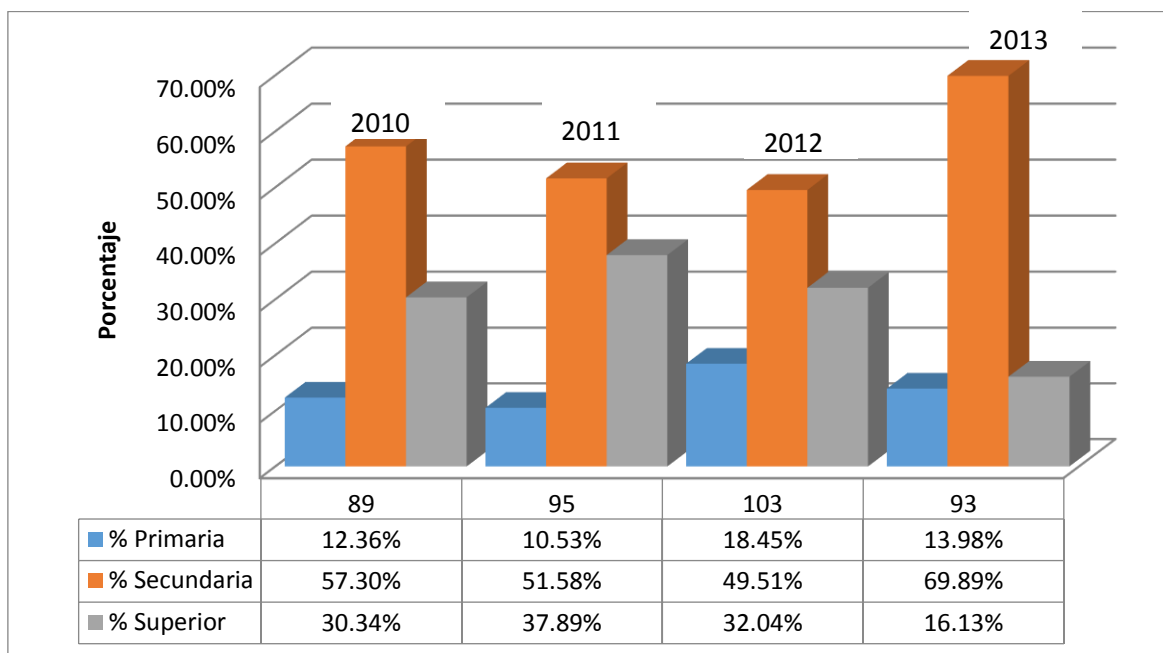


Figura 8: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el lugar de procedencia, tanto en varones como en mujeres.

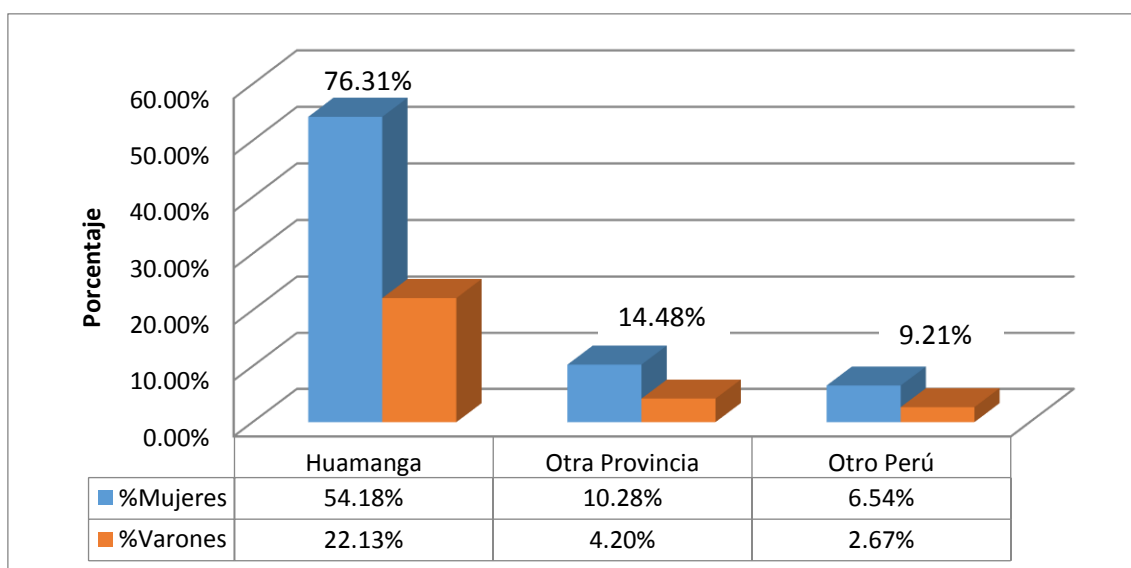


Figura 9: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el lugar de procedencia a través de los años de estudio.

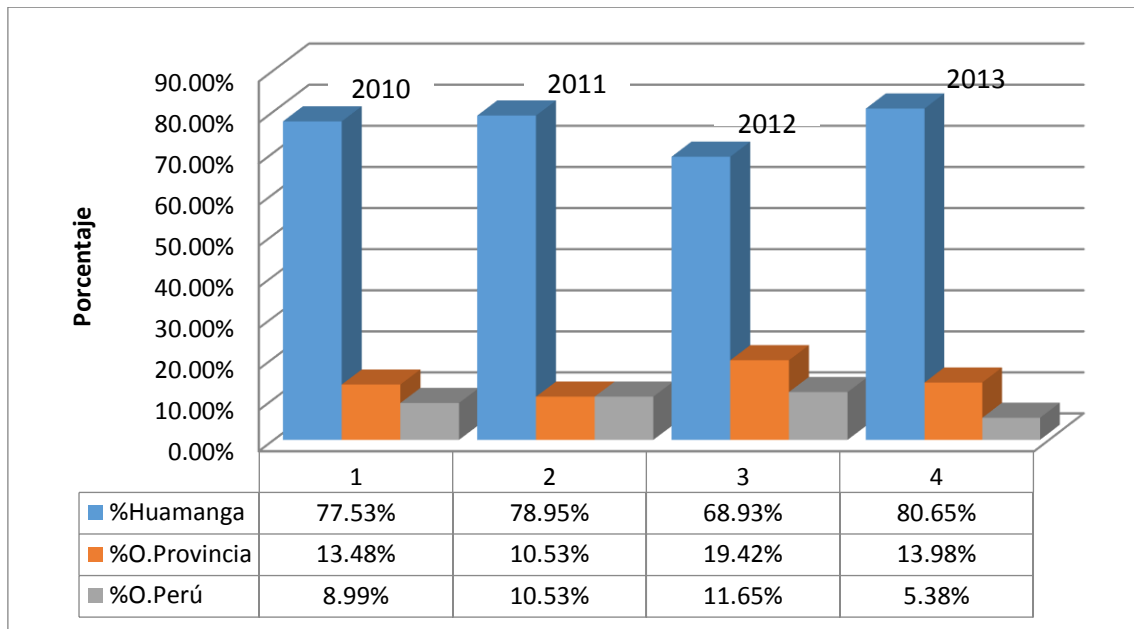


Figura 10: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el credo religioso, tanto en varones como en mujeres.

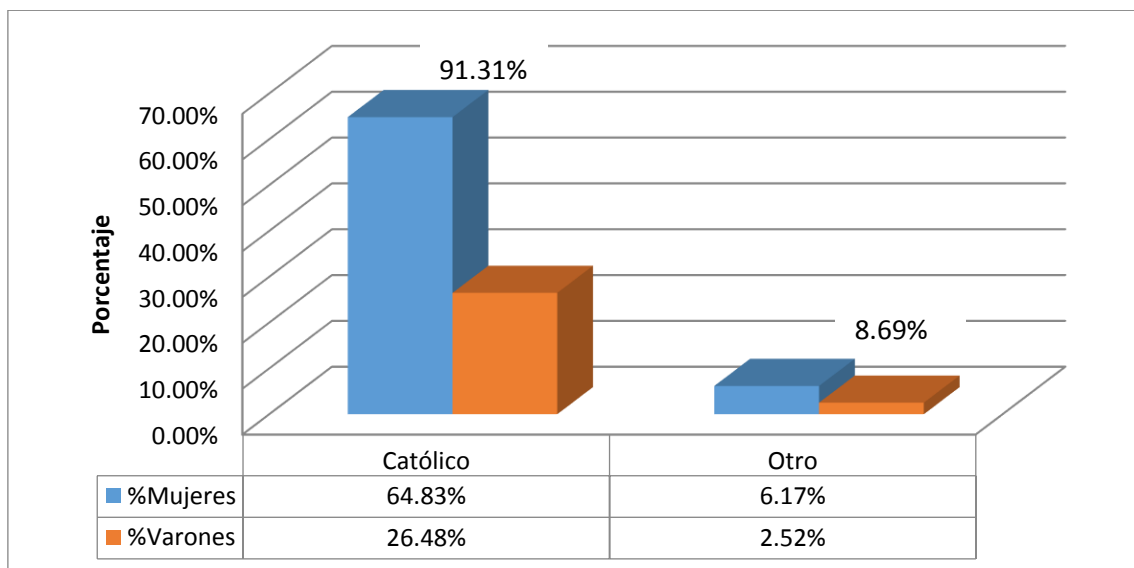


Figura 11: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el credo religioso a través de los años de estudio.

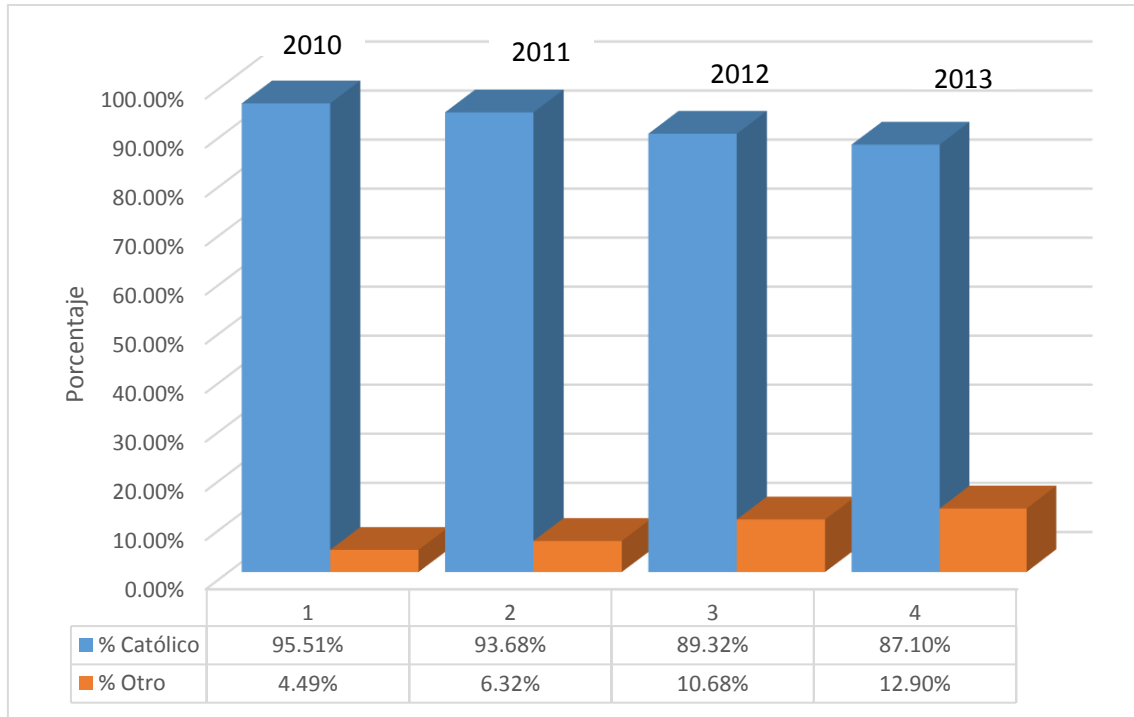


Figura 12: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según la hora de intento, tanto en varones como en mujeres.

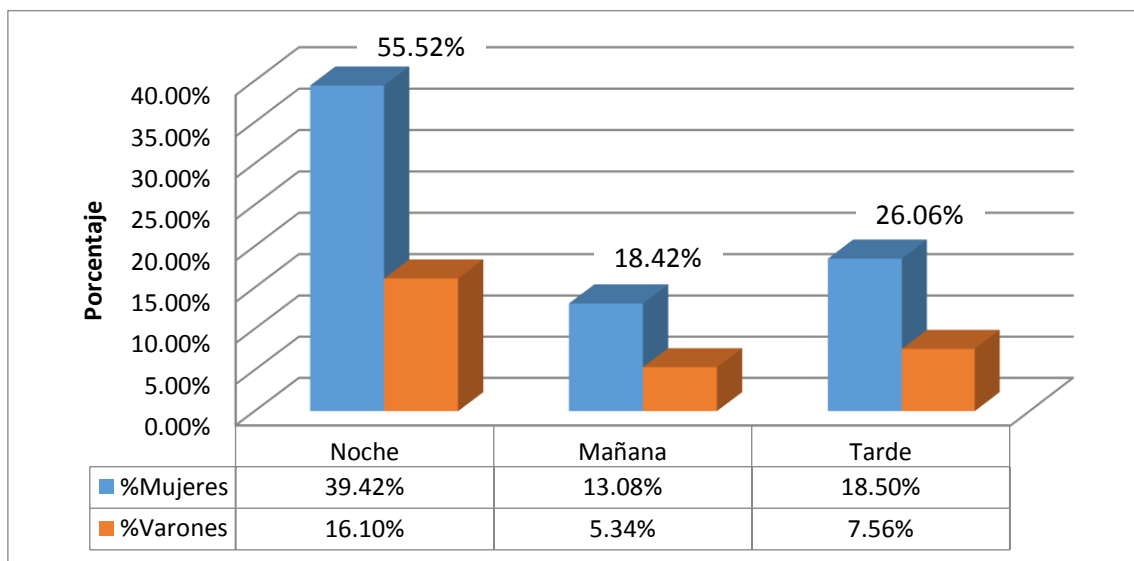


Figura 13: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según la hora de intento a través de los años de estudio.

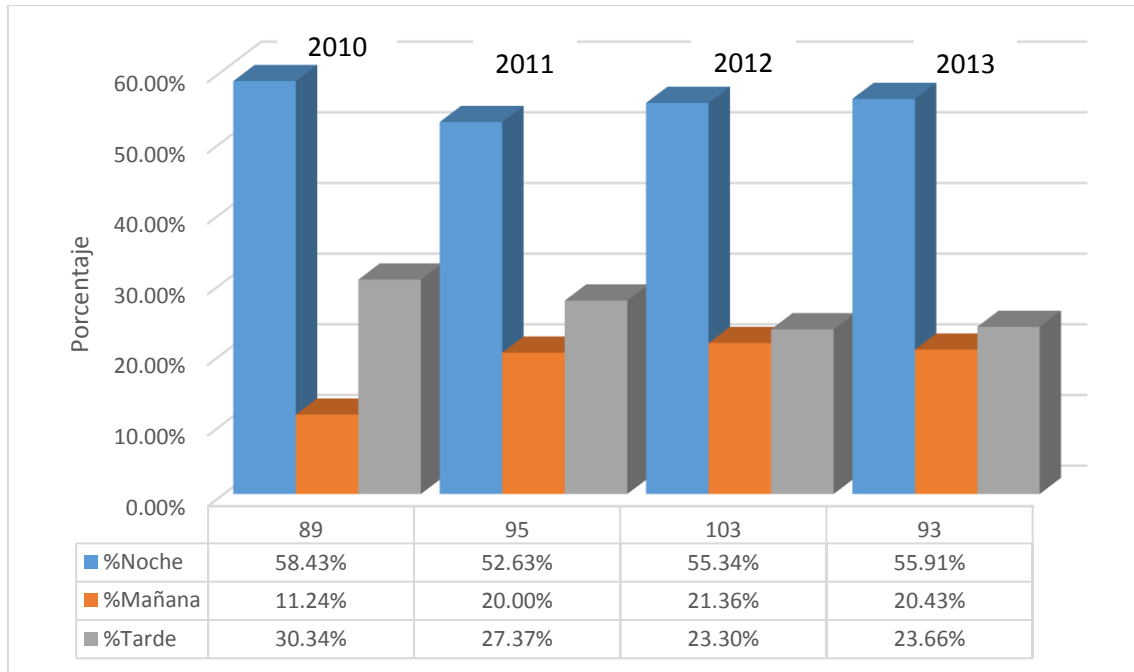


Figura 14: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el día de intento, tanto en varones como en mujeres.

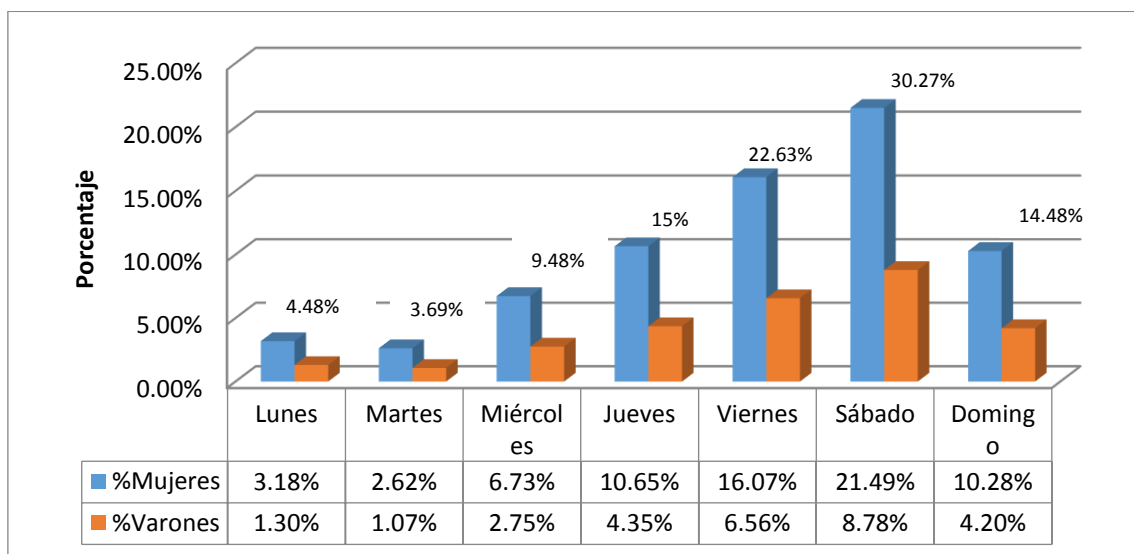


Figura 15: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el día (día de semana) de intento a través de los años de estudio.

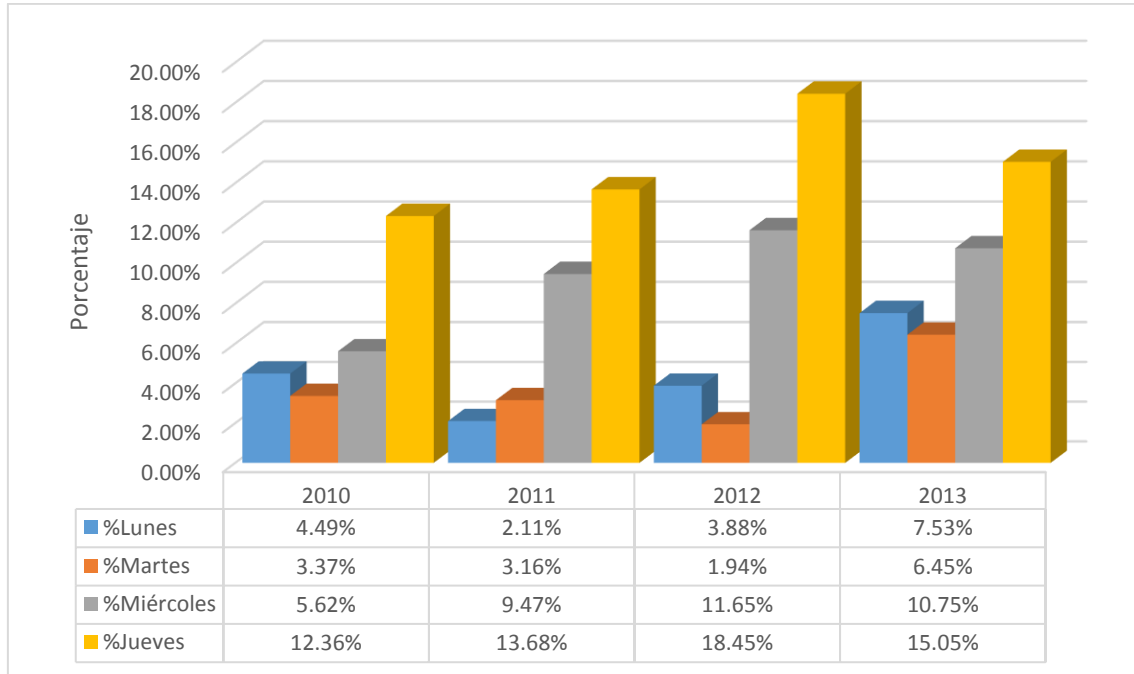


Figura 16: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el día (fin de semana) de intento a través de los años de estudio.

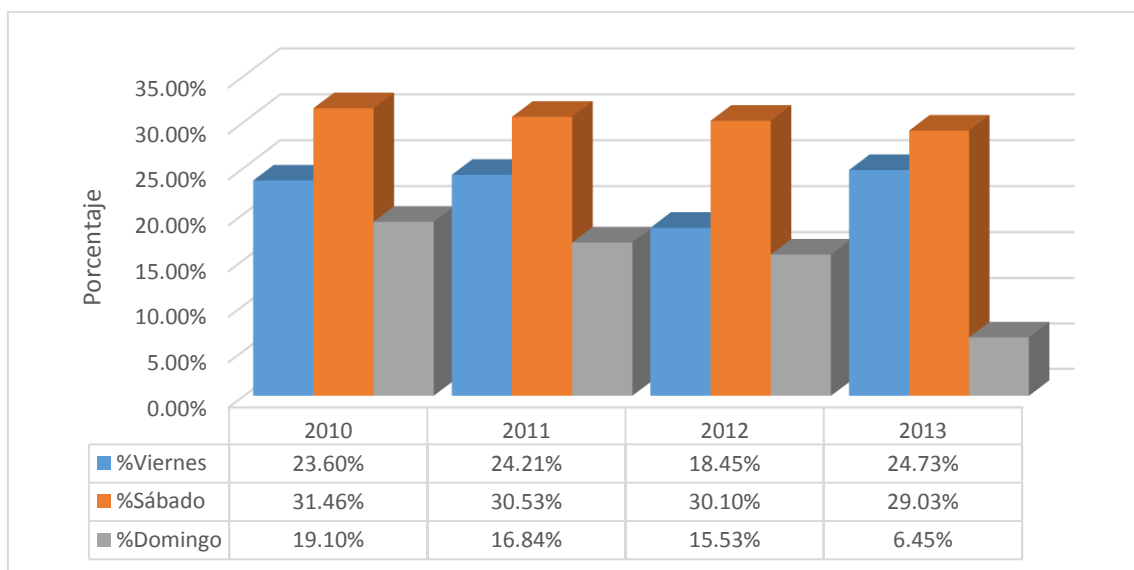


Figura 17: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según la estación del año, tanto en varones como en mujeres.

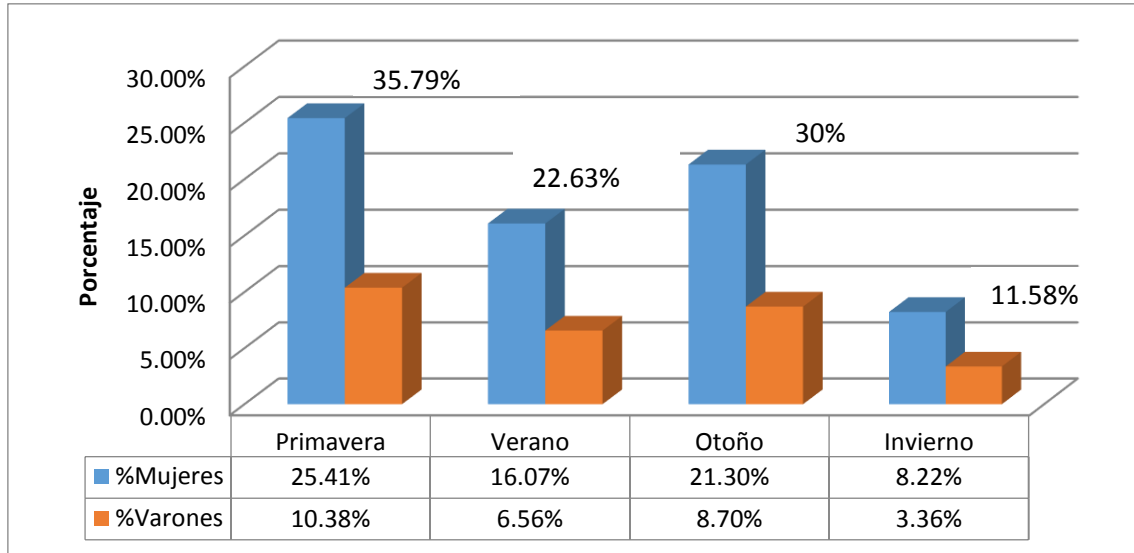


Figura 18: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según la estación a través de los años de estudio.

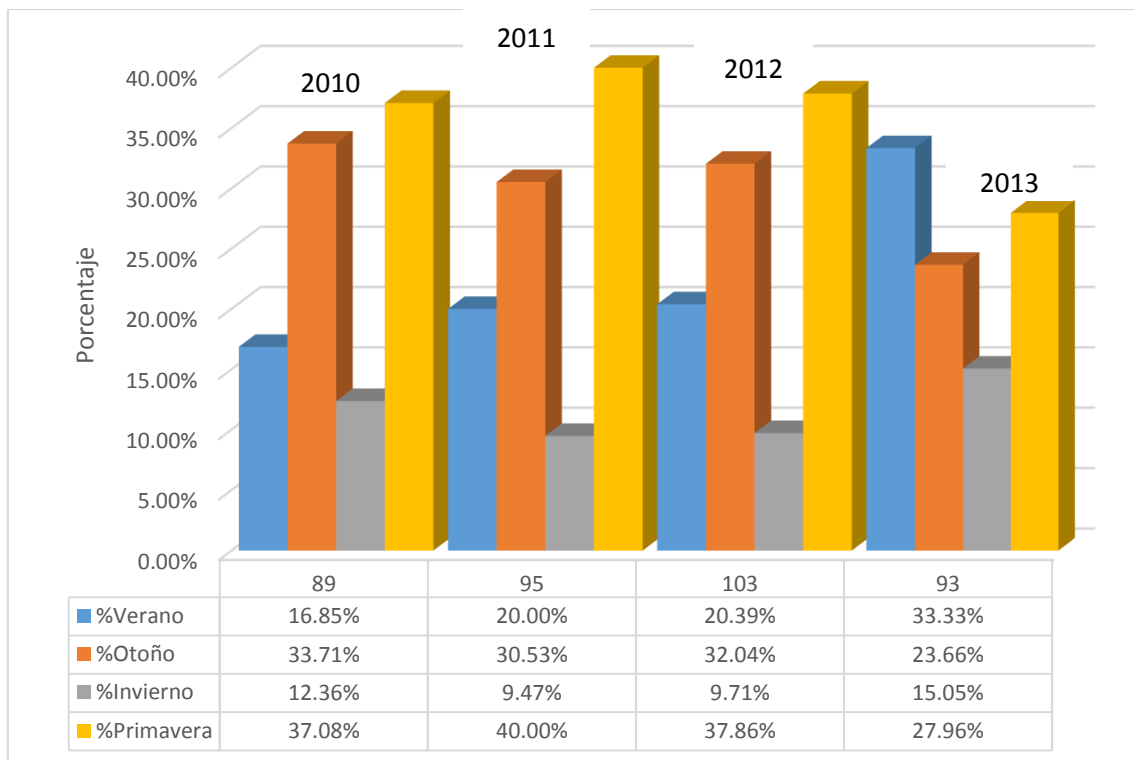


Figura 19: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el lugar de intento, tanto en varones como en mujeres

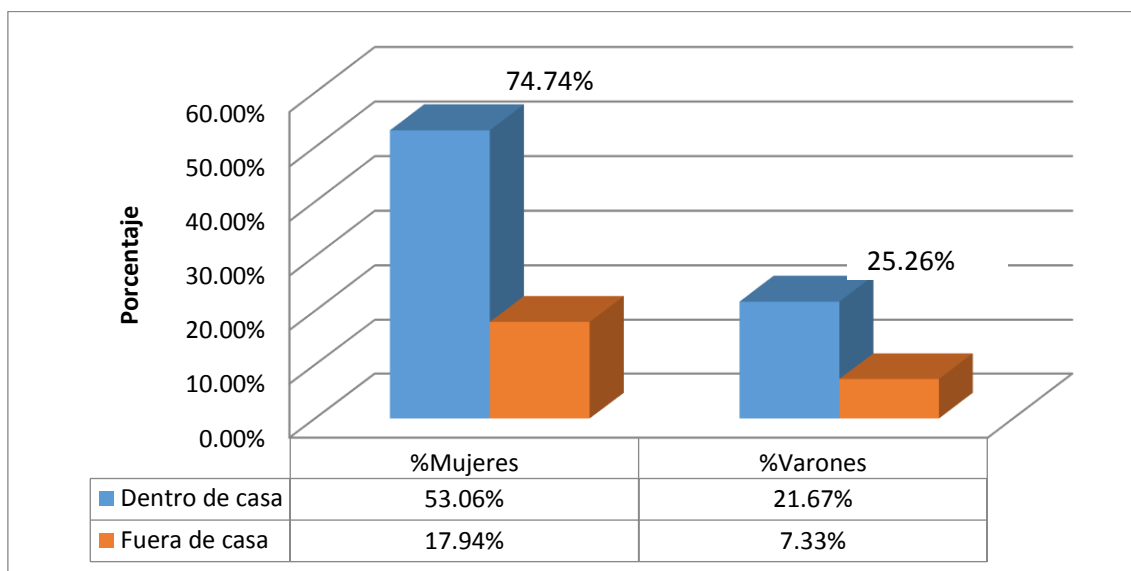


Figura 20: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el lugar de intento a través de los años de estudio.

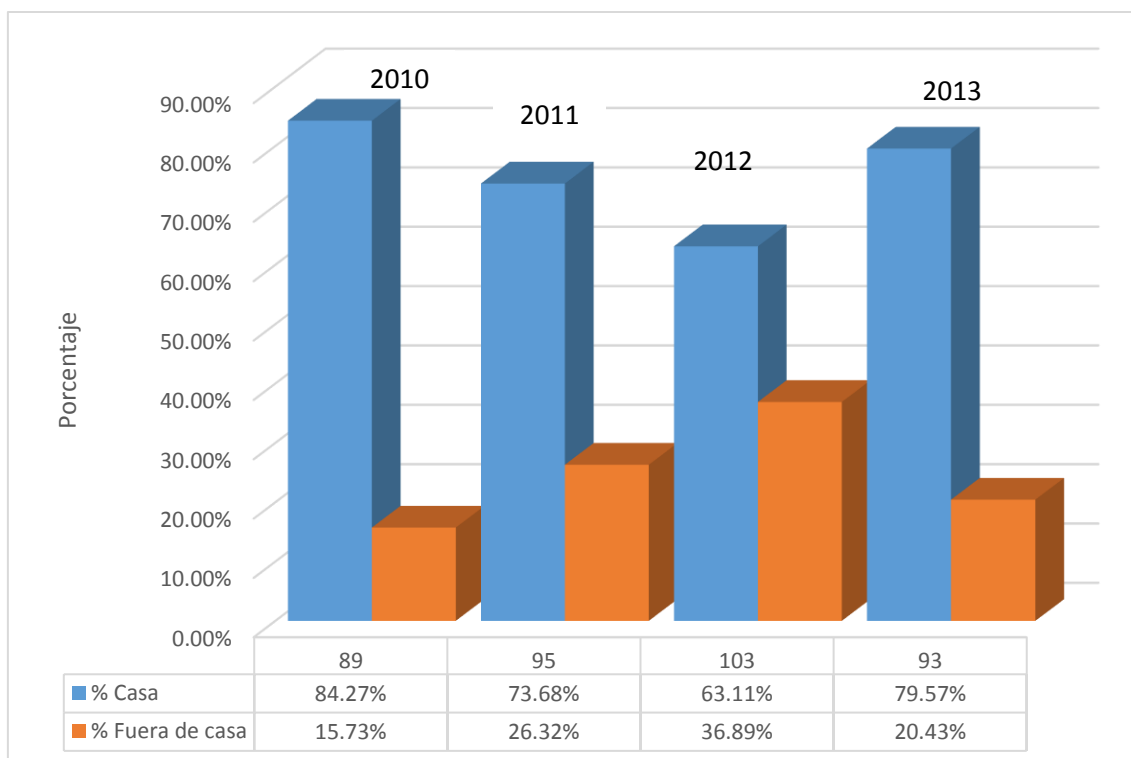


Figura 21: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el motivo, tanto en varones como en mujeres

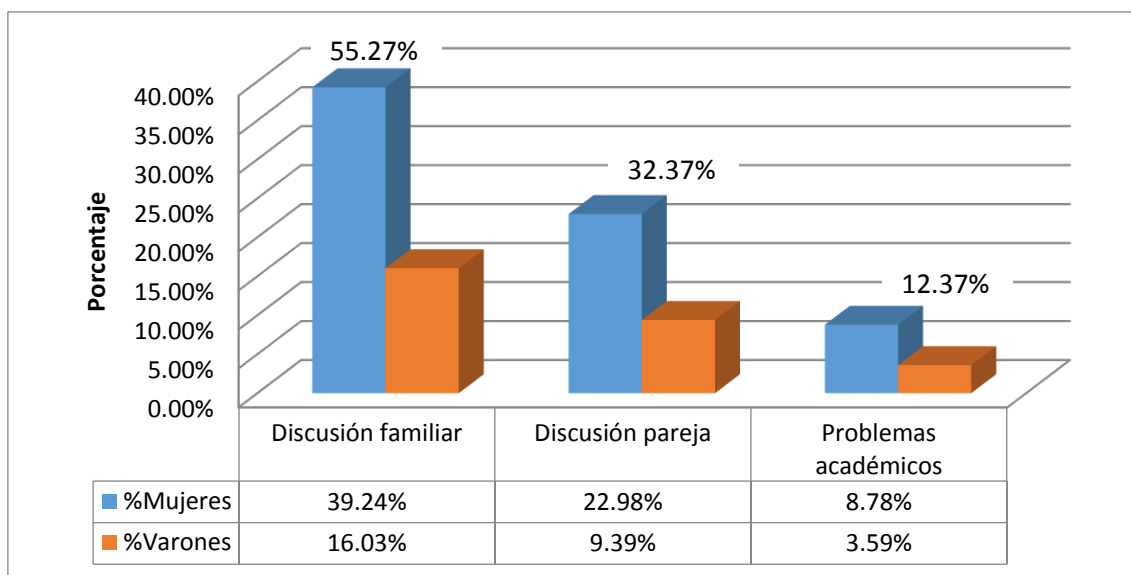


Figura 22: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el motivo de intento a través de los años de estudio.

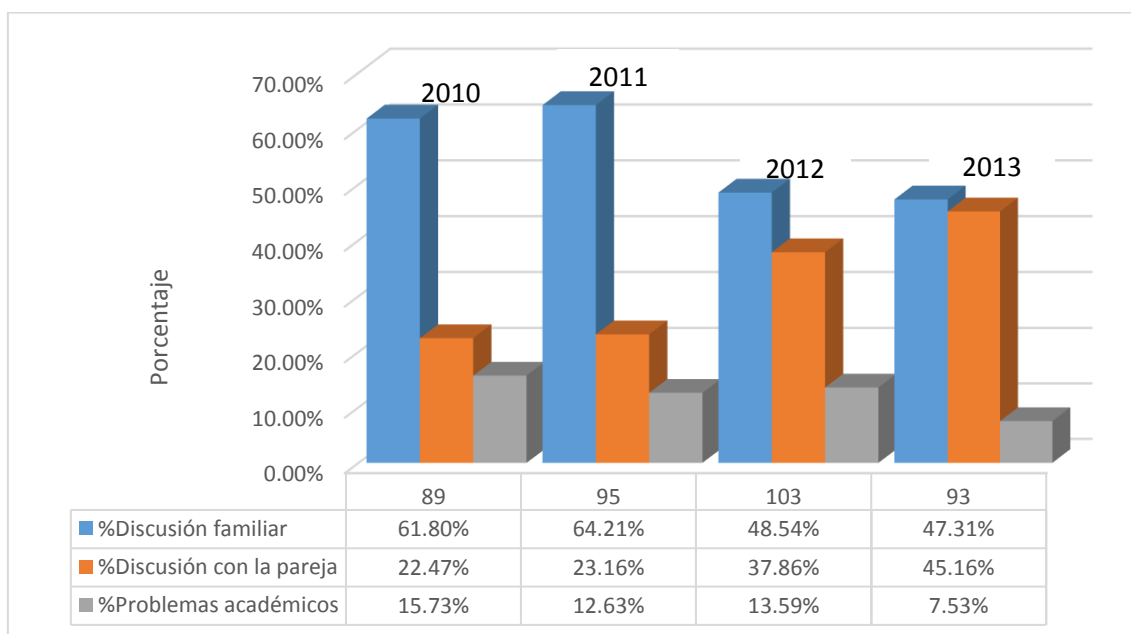


Figura 23: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el método, tanto en varones como en mujeres.

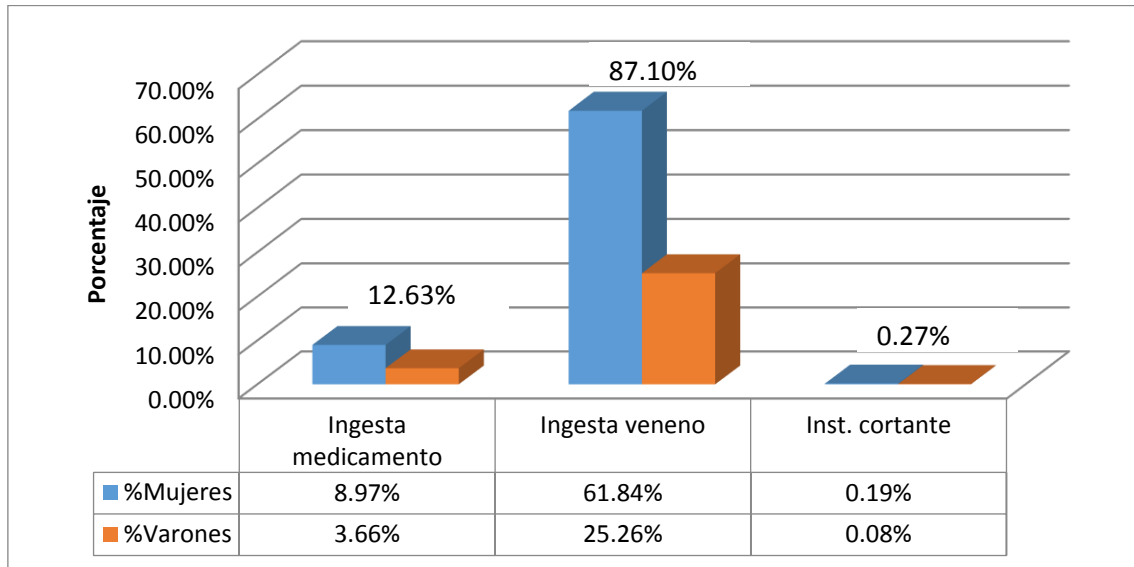


Figura 24: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según el método de intento a través de los años de estudio.

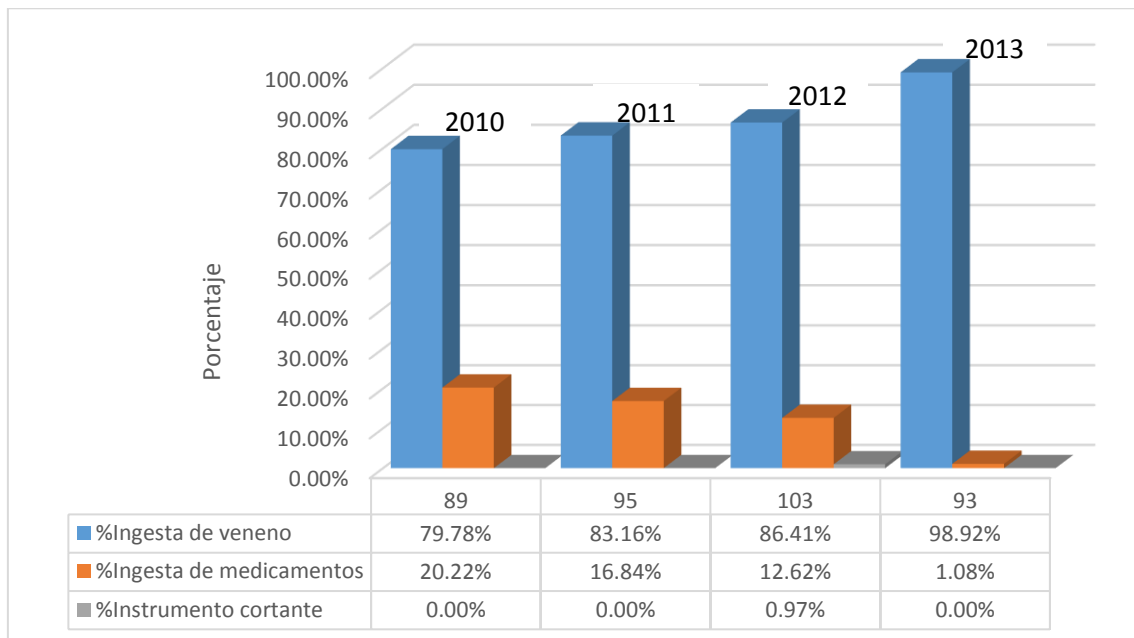


Figura 25: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según sexo.

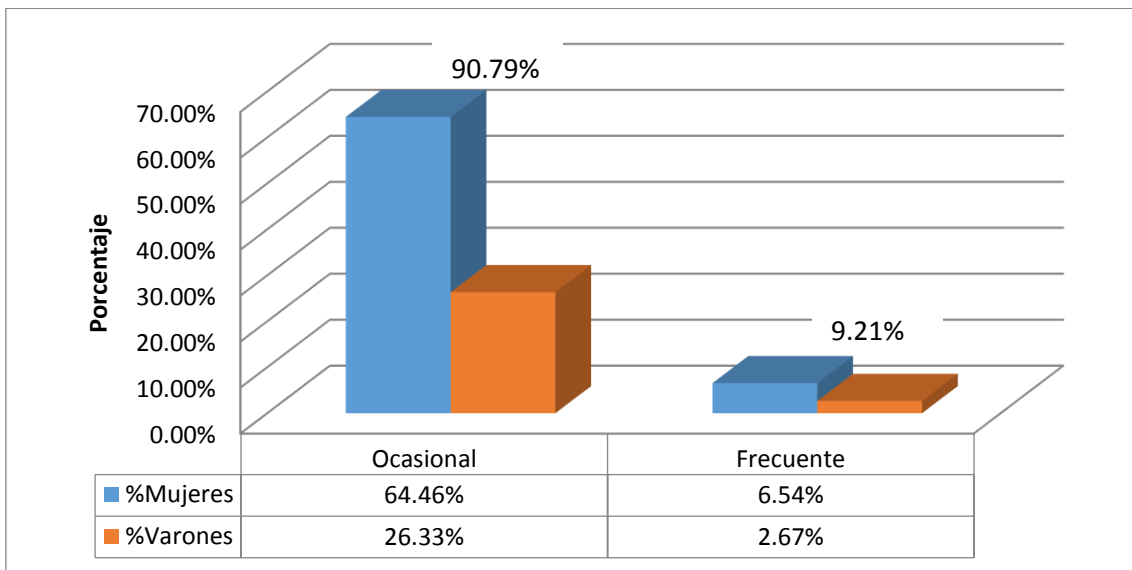


Figura 26: Distribución porcentual de la incidencia de casos de intento de suicidio en adolescentes según antecedentes.

