

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



**TESIS**

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL INTENTO DE  
SUICIDIO EN USUARIOS IDENTIFICADOS A TRAVÉZ DE LAS  
HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL  
REGIONAL DE CAJAMARCA, DURANTE EL PERIODO 2012”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADA POR:**

**Bach. Enf. OCAS HUACCHA, Rocío del Pilar**  
**Bach. Enf. TORRES ÁLVAREZ, Manuel Froilán**

**ASESORA:**

**Dra. MARGARITA CERNA BARBA**

**CAJAMARCA - PERÚ**  
**2013**

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL INTENTO DE  
SUICIDIO EN USUARIOS IDENTIFICADOS A TRAVÉS DE LAS  
HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL  
REGIONAL DE CAJAMARCA, DURANTE EL PERIODO 2012”**

## **DEDICATORIA**

**A Dios todo poderoso**

**Que con su infinita bondad y misericordia**

**Nos da la fortaleza para seguir adelante**

**Aun cuando es difícil hacerlo**

**A nuestros padres**

**Por su amor, apoyo y  
comprensión**

**En cada momento de nuestra  
vida.**

**A las diferentes personas**

**Que de manera directa e indirectamente,**

**Con su apoyo voluntario**

**Contribuyeron en la realización**

**De nuestro trabajo de investigación**

**Quienes nos alentaron a seguir adelante.**

## **AGRADECIMIENTO**

**A Dios por darnos la vida, sabiduría y por poner en nuestro camino las circunstancias y personas que nos incentivaron a seguir con una carrera que nos permite tener la posibilidad de ayudar a nuestro semejante.**

**A la Universidad Nacional de Cajamarca que durante el periodo de nuestra formación profesional, nos acogió en sus claustros y a las dignas personas que formaron parte de dicha tarea.**

**A nuestros padres que con paciencia y tesón se esmeraron por darnos la posibilidad de educarnos para hacer frente a una realidad muy adversa para poder de esta manera salir adelante.**

**A nuestra asesora Dra. Margarita del Pilar Cerna Barba por su paciencia, comprensión y apoyo para la elaboración de la presente investigación científica.**

## RESUMEN

Se realizó un estudio en 67 historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Regional de Cajamarca (HRC) del periodo 2012, de diseño retrospectivo, descriptivo, correlacional y analítico. Para la recolección de datos se aplicó una ficha que constó de las siguientes partes: información del paciente y motivo del intento de suicidio. Se determinó algunas características sociodemográficas y motivaciones, en la población de estudio. Se concluye que el paciente que acude con historia de intento de suicidio a emergencia de un hospital general en nuestro país suele ser de sexo femenino, joven, soltera, con grado de instrucción secundaria, desempleada, católica, de procedencia urbana, que llega a la emergencia somnolienta por la ingesta de raticidas o sobredosis de fármacos, motivada por un problema familiar o de pareja. La presencia de intento de suicidio estuvo asociada con el sexo femenino, edad entre los 10 y 20 años y antecedente de problemas familiares.

## ABSTRACT

A study was conducted in 67 medical records emergency service Cajamarca Regional Hospital (HRC) for the 2012 design. Retrospective, descriptive, correlational and analytical. For data collection applied a tab that consisted of the following parts: patient information and the attempted suicide. We determined some sociodemographic characteristics and motivations, in the study population. We conclude that the patient who presents with a history of attempted suicide to the emergence of a general hospital in our country is usually female, young, single, with secondary education level, unemployed, catholic, urban origin, which reaches emergency sleepy by ingesting rat poison or drug overdose, a problem motivated by family or couple. The presence of suicide attempt was associated with female sex, age between 10 and 20 years and a history of family problems.

## INTRODUCCION

La palabra suicidio es relativamente reciente pues antiguamente eran utilizados otros términos, tales como "violencia o acción contra uno mismo" o "autodestrucción". Según la literatura anglosajona, la palabra suicidio fue utilizada por primera vez en Inglaterra, y está inscrita en The Oxford English Dictionary desde 1635. Por otro lado, la escuela francesa afirma que el abate Desfontaines en 1737, inventó la palabra "suicidio" (suī = su; caedere = matar. Hacia finales de 1960, el intento de suicidio era visto como fracaso del suicidio. En 1958, Stengel y Cook refieren que las tentativas de suicidio pueden expresar psicológicamente algo distinto que un suicidio consumado; amplían las diferencias entre los dos grupos, sobre todo referido al sexo y la edad y hacen hincapié en sus aspectos sociales y de comunicación (SARRÓ MARTIN, 1984).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1998 se han registrado alrededor de 800,000 suicidios en todo el mundo. En países europeos, el suicidio es considerado un problema de salud pública porque se encuentra entre las diez primeras causas de muerte entre la población general.

El intento de suicidio es una urgencia médica que suele llegar a la emergencia de hospitales generales. Esto se explica porque la mayoría de los pacientes suicidas llegan a la emergencia por envenenamiento, sobredosis de fármacos, compromiso del nivel de conciencia, heridas cortantes en el cuerpo u otros signos de autoagresión corporal, cuyo manejo inicial es fundamentalmente de medicina general o cirugía, ya que el objetivo primario es salvar la vida del paciente o evitar serias complicaciones. Es por este motivo que muchos intentos de suicidio no son diagnosticados como tales, y como consecuencia estos pacientes no son evaluados desde el punto de vista psicológico y psiquiátrico.

Los trastornos psiquiátricos como la depresión, la farmacodependencia, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad constituyen importantes factores de riesgo para intento de suicidio. Otros factores de riesgo que pueden desencadenar un acto suicida son: acontecimientos estresantes de la vida (muerte de la pareja, de los padres o de otro ser querido, el divorcio, ir a la cárcel, pérdida del trabajo, etc.), conflictos familiares. (HEIKKINEN et al., 1997)

En el Perú, la mayoría de estudios sobre intento de suicidio se han realizado en hospitales psiquiátricos, los cuales tienen una realidad diferente a la existente en hospitales generales. Ya que

existen pocos datos sobre el intento de suicidio en dichos hospitales, y siendo ésta una entidad que se observa a diario en el servicio de emergencia de los mismos, surge la necesidad de conocer datos sociodemográficos, motivaciones y antecedentes de la población suicida. Por esto se presenta este estudio.

El estudio fue llevado a cabo en el ámbito de la ciudad de Cajamarca (Hospital Regional de Cajamarca – Servicio de Emergencia), encontrando ciertas dificultades principalmente en el aspecto de la disponibilidad del tiempo tanto de trabajadores del área de estadística del Hospital Regional de Cajamarca como en la recolección de datos ya que no se registra adecuadamente los casos para nuestra investigación.

La estructura de la presente tesis es la siguiente:

El CAPITULO I: Corresponde al problema de investigación, donde se presenta la definición y delimitación del problema de investigación, la formulación general del problema y problemas específicos, la justificación de la investigación y los objetivos tanto generales como específicos.

El CAPITULO II: Corresponde al marco teórico, en el cual se ha tenido en cuenta los antecedentes de otra investigaciones relacionadas con el tema, teorías sobre el tema, la hipótesis y las variables: dependiente, independiente.

CAPITULO III: Describe la metodología utilizada en el desarrollo del trabajo de investigación.

CAPITULO IV: Se presenta los resultados encontrados, el análisis y discusión de los datos, así como las conclusiones y recomendaciones.

Finalmente esperamos que esta tesis se constituya en un punto de partida para la realización de futuras investigaciones que nos den luces sobre tan complejo tema y que nos permitan crear estrategias para lograr dilucidar los factores más comunes que conllevan al intento de suicidio, tratando así de evitar consecuencias letales.

## INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

## CAPITULO I

### 1.- EL PROBLEMA DE INVESTIGACION CIENTIFICA

1.1 Planteamiento de problema.....	11
1.2 Formulación del problema.....	15
1.3 Justificación.....	15
1.4 Objetivos .....	16

## CAPITULO II

### 2.- MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....17

2.1 Antecedentes .....	17
2.2 Bases Teóricas .....	22
2.3 Marco Conceptual.....	31
2.4 Supuestos Hipotético.....	33
2.5 Variables .....	33

## CAPITULO III

<b>3.- LA METODOLOGÍA .....</b>	<b>36</b>
<b>3.1 Tipo de Estudio .....</b>	<b>36</b>
<b>3.2 Área de Estudio .....</b>	<b>36</b>
<b>3.3 Población y Muestra.....</b>	<b>37</b>
<b>3.4 Unidad de Análisis .....</b>	<b>38</b>
<b>3.5 Unidad de Observación .....</b>	<b>38</b>
<b>3.6 Técnicas e Instrumentos .....</b>	<b>39</b>
<b>3.7 Procesamiento de Datos .....</b>	<b>39</b>
<b>3.8 Presentación de Datos.....</b>	<b>39</b>

## CAPITULO IV

<b>4.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>40</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>62</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>63</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>70</b>

## **CAPITULO I**

### **1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION CIENTIFICA**

#### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

Se define al intento de suicidio como “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica” (OMS, 2011) .

En el mayor estudio realizado hasta la fecha, en los Estados Unidos sobre prevalencia de enfermedades psiquiátricas en 18.000 sujetos mayores de 18 años, 2,9% reportaron que habían intentado suicidarse en algún momento de sus vidas. Todos ellos presentaban alguna forma de patología psiquiátrica, otros factores de riesgo identificados fueron el género femenino, el ser separados, divorciados o viudos y un nivel socioeconómico bajo. Se concluye que cada individuo posee una personalidad manifestándola indistintamente en sus diferentes etapas de vida, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarias para sentirse aceptado socialmente. El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante, es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en las etapas de la vida. (NIMH – ECA: National Institute of Mental Health - Epidemiologic Catchment Area, 2006).

La OMS (2011), dió a conocer estadísticas mundiales sobre el suicidio. Asegura que cada año casi un millón de personas en todo el mundo mueren por suicidio: 16 por cada 100 mil habitantes, 1 suicida cada 40 segundos. Los trastornos mentales (especialmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol) son un importante factor de riesgo de intento de suicidio y suicidio en Europa y América del Norte; en los países asiáticos, sin embargo, tiene especial importancia la conducta impulsiva.

En nuestra realidad, contrastada con la realidad mundial, se podría decir que esta problemática del suicidio e intentos de suicidio no es ajena en la población y se podría advertir que se encuentra relacionada con el aspecto personal, familiar, socio económico y cultural, además de la influencia del

consumo de sustancias nocivas (drogas, alcohol, etc.), los medios de comunicación nocivos que tarde o temprano van a determinar los comportamientos autodestructivos (intentos de suicidio, suicidio). El suicidio es un problema complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales

En los últimos 45 años, las tasas de suicidio se han incrementado en 60%, encontrándose entre las 3 primeras causas de muerte en ciertos países para el rango de edad de entre 15 y 44 años, la segunda para el grupo de entre 10 y 24 años. Observando en estos datos que los más afectados son las poblaciones jóvenes que incluye la etapa de la adolescencia. Los datos estadísticos de la OMS, no incluyen los intentos fallidos, 20 veces más frecuentes que los suicidios consumados. Al respecto, es muy preocupante que no se registren datos estadísticos reales sobre los intentos de suicidio, principalmente los datos sobre el suicidio consumado. Posiblemente, esta situación esté condicionada al aspecto sancionador judicial, toda vez que las Leyes que protegen la vida del ser humano están claramente descritas en la Constitución, particularmente del país. (OMS 2010).

En América Latina, refiere que los tradicionalmente bajos niveles de suicidios se mantienen a pesar de que existen grandes diferencias entre países, como lo revela el 1,9 por cada 100.000 hombres peruanos que acaban con su vida, frente a los 26 por cada 100.000 de los hombres uruguayos. Las tasas de suicidios son para Latinoamérica más frecuentes en varones que en la mujer, en todos los países oscilando en seis a diez por cien mil habitantes para el sexo masculino y dos a cuatro por cien mil habitantes en el sexo. (OMS 2012).

Entre otros estudios destacables, respecto de esta temática son los realizados por el Centro de Investigación Epidemiológica de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, efectuado en una muestra probabilística de trescientos cuatro varones de 18 años, sobre la frecuencia de ideación e intentos de suicidio. En esta oportunidad, se detectó que el 12,6% había tenido en el último mes ideas persistentes de suicidio, el 0,98% había realizado un intento definido de suicidio, el 0,33% con lesiones auto provocadas leves a moderadas y el 0,33% graves. (OMS 1994).

En el Perú, el 32% de la población ha pensado alguna vez en su vida en suicidarse, y entre los principales motivos en personas adultas, figuran problemas de pareja y con la familia; mientras que en adolescentes, la causa principal son los conflictos con los padres, revelaron estudios epidemiológicos de Salud Mental realizados en diferentes regiones de nuestro país:

Según el estudio anterior, el rango de edad de personas suicidas (casos de suicidio consumado) está entre los 15 a 40 años, la mayoría de los cuales son hombres. Asimismo, dicho estudio indica que son las mujeres las más vulnerables a presentar problemas depresivos y a ser víctimas de violencia familiar. Por esta razón, se señala que, el registro de intentos de suicidios tiene una mayor afectación en mujeres cada vez más jóvenes. Los niños y adolescentes constituyen también una población en riesgo, por lo que el Ministerio de Salud recomienda constantemente a los padres estar alertas ante los cambios de conductas de sus hijos, así como de las actividades que realizan en la escuela o fuera de ella. (MINSa, 2010).

Edgar Bellido, psicólogo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz del MINSa advirtió que la mayoría de personas que decide suicidarse, da previamente avisos evidentes de lo que piensa hacer. Sus seres queridos o personas cercanas deben tomarse en serio todas las amenazas contra su propia vida que vaya expresando”. Además la misma institución de salud del país resalta que la prevención es posible y para ello recomendó tratar a las personas con trastornos mentales, y en particular a quienes padecen depresión, alcoholismo o esquizofrenia; realizar seguimiento de los pacientes que hayan intentado suicidarse; fomentar un tratamiento responsable del tema en los medios de comunicación; y formar a los profesionales de la atención primaria de salud. El objetivo es concientizar y sensibilizar a la sociedad en la importancia de difundir información sobre los factores de riesgos, señales de alerta, la prevención y educación en la reducción de riesgo de este problema. Una de las principales causas de hospitalización de adolescentes está relacionada con los envenenamientos y traumatismos de causas no especificadas que enmascaran los intentos de suicidio (MINSa, 2010).

También resalta cifras de la Oficina de Estadística, donde 2,499 mujeres jóvenes y adultas intentaron suicidarse el año 2010 en el país. Dentro de los principales grupos de causas de morbilidad en hospitalización en la etapa de la adolescencia por sexo refiere que la quinta causa es la de envenenamiento con efectos tóxicos, dando un total de 1993 adolescentes atendidos a nivel nacional (3.09% de los casos), siendo 581 del sexo masculino (4.64%) y 1412 de sexo femenino (2.62%). En pacientes atendidos por problemas de salud mental por tipo de diagnóstico, según departamentos, se encontró un total de casos atendidos por intentos de suicidio de 5772 que da un porcentaje de 1.18%, siendo otros trastornos, depresión, ansiedad, abuso de alcohol y drogas entre

otros. Este análisis informa que Cajamarca ocupa el octavo lugar en presentar intentos de suicidio con un total de 249 caso que hace un porcentaje del 1.9% (MINSa, 2010).

El departamento Cajamarca reportaba 107 intentos de suicidios, de los cuáles 32.7% se han presentado en la Red Cajamarca, 28.9% en la Red Celendín, 14% en la Red Cajabamba, en la Red San Marcos 7.4%, 5.6% en la Red San Miguel, 6.5% en la Red Contumazá y 4.6% en la Red San Pablo. Observándose así que Cajamarca también se encuentra inmersa en este problema de carácter mundial. (Análisis Situacional de Salud – Cajamarca 2010).

Estando nuestra población inmersa en la realidad Latinoamericana, se percibe que no escapa a la problemática sobre los intentos de suicidio y los suicidios, siendo los estudios referenciales y porcentuales de instituciones como MINSa los que confirman esta aseveración. Sin embargo, la limitante en estas investigaciones es que se precisan datos estadísticos que no reflejan las condicionantes sociales objetivas, por ejemplo, de las características de cada región y, cabe resaltar que nuestra Región Cajamarca, dadas sus características y cambios que está experimentando en este período de modernidad, es posible que tenga mayores posibilidades de generar este tipo de problemas sociales como lo es los intentos de suicido y suicidios. Se crea así la necesidad de estudios más profundos, sobre todo a nivel de profesiones de salud que puedan desvelar la realidad objetiva de este problema.

Como estudiantes de la carrera de Enfermería, durante el desarrollo de prácticas pre profesionales, en el servicio de Emergencia del Hospital Regional de la ciudad, se ha observado ingresos por intento de suicidio, sin embargo no son registrados por este diagnóstico, sino que se describen como intoxicación con sustancias desconocidas, situación que ha nuestro entender requiere de investigaciones para develar una realidad objetiva muy lamentable que viene dándose en nuestra población cajamarquina y, ante la cual no se está realizando ninguna intervención, debido que se desconoce a nivel institucional y profesional las políticas de salud referentes a la prevención de esta problemática.

Es necesario alertar que en las políticas de salud, particularmente los lineamientos dirigidos a los jóvenes, población en mayor riesgo de intento de suicidio y suicidio, no se mencionan acciones específicas de su prevención,. El Programa de Salud del Adolescente, en general, prioriza temas relacionados con salud reproductiva y problemática de salud de enfermedades ginecológicas y

transmisibles. Situación que a nuestro entender constituye una gran limitante para el trabajo de prevención y promoción en nuestro contexto. Teniendo en cuenta este marco, frente al problema de intentos de suicidio, la presente investigación pretende encontrar respuesta a la siguiente interrogante.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación entre las características sociodemográficas y el intento de suicidio en usuarios identificados a través de las historias clínicas del servicio de emergencia, del Hospital Regional de Cajamarca, durante el período 2012?

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

El presente estudio se hace necesario y conveniente por varias razones, entre las cuales está la escasa investigación sobre el tema, la complejidad de la problemática planteada, la necesidad de contrastar empíricamente en alguna medida las características sociodemográficas en las que se desenvuelve las personas sobre los intentos de suicidio quienes han sido atendidos en el servicio de emergencia en el Hospital Regional de Cajamarca, la necesidad de encontrar una posible respuesta a las necesidades de los pacientes y una respuesta de carácter social en la determinación de intentar suicidarse.

Tampoco no es nada nuevo que en Cajamarca, se perciba una indiferencia por parte de las autoridades sobre el cumplimiento de los lineamientos de salud mental el cual sugiere promover entornos saludables que influyan sobre las principales determinantes sociales de la salud de la persona como son la familia, trabajo, género, entre otros; dando mayor importancia a otros aspectos como IRAS, EDAS, Salud Reproductiva, etc., muestra de eso es no contar con registros estadísticos objetivos, estudios más profundos al respecto o información, lo que no significa que no tengamos ese problema, ya que basta observar en los diarios y recordar que muchas familias no reportan el suicidio por cuestiones de vergüenza o tabú.

El interés por estudiar esta temática radica también a que en base a los resultados se orienten, de manera efectiva, las intervenciones para la prevención del mismo, considerando que el problema del

suicidio tiene varias dimensiones: social, psicológica, psiquiátrica, epidemiológica y hasta filosófica; el abordaje que se propone en el estudio es un acercamiento al aspecto social.

Desde el punto de vista práctico, es importante, en términos de conocer mejor y prevenir los intentos de suicidio. Desde el punto de vista educativo de prevención es necesario un mayor conocimiento sobre las condicionantes sociales en el intento de suicidio. Como profesionales de enfermería, estaremos contribuyendo a develar algunas de las condicionantes sociodemográfica de uno de los problemas urgentes de la realidad nacional y local que no está siendo tratado debidamente. La presente investigación se realizó con pacientes atendidos en el año 2012 siendo el ámbito de estudio el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Cajamarca.

#### **1.4 OBJETIVOS.**

##### **1.4.1 Objetivo General**

- Determinar y analizar la relación entre las características sociodemográficas y el intento de suicidio, en usuarios detectados de las historias clínicas del Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Cajamarca, durante el periodo 2012.

##### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de los usuarios con intento de suicidio, en las historias clínicas seleccionadas.
- Determinar y describir algunas características socioculturales del intento de suicidio en usuarios detectados a través de las Historias Clínicas.
- Establecer la relación entre las características sociodemográficas y el intento de suicidio, en usuarios detectados en las historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Regional de Cajamarca.

## **CAPITULO II**

### **2. EL MARCO TEORICO CONCEPTUAL**

#### **2.1 ANTECEDENTES**

##### **A NIVEL DE LATINOAMERICA**

Inastrilla E. (1998-1999) en Cuba, realizó un estudio analítico encontrando que los factores: sentimiento de desesperanza y culpa, depresión mayor, hostilidad, impulsividad, antecedentes de intento suicida, ausencia de apoyo familiar y social, y amenaza o proyecto suicida, tienen relación significativa con la conducta suicida.

Pérez J. y Vielma M. (2004) en Chile encontraron cifras elevadas de educación primaria (37.6%) entre sus pacientes que intentaron suicidarse, la razón se debe a que estos estudios fueron realizados en provincias chilenas, donde un gran porcentaje de la población estudia hasta el nivel primario.

Gil ER.(2004 - 2005 ) en la ciudad de Guanabacoa Cuba, su estudio reportó que el mayor porcentaje de intento de suicidio en cuanto a la edad, estuvo comprendido en el grupo de 14 a 15 años (35,7 %), seguido por el grupo de 16 a 17 años (32,1 %) y en su minoría en las edades de 12 a 13 años (10,7%), así mismo se encontró que el sexo más afectado fue el femenino (82,1%); siendo las razones los conflictos familiares (96,4%), entre estos los sentimientos de soledad y minusvalía (60,7%) y sentimientos de desesperanza (1%).

Suárez M. (2005) en su estudio realizado en el país de Argentina, encontró que el 70% de los adolescentes refiere como primera causa de intento suicida "tener una situación difícil"; de ellos, el 48,6% se ha relacionado con una persona que realizó un intento suicida (familiar o amigo), además que el 8,4% de los adolescentes ha tenido ideación suicida en algún momento de su vida con predominio del sexo femenino.

Torres L. (2005) en Cuba, su estudio realizado en un grupo de adolescentes de un colegio concluyó que el intento de suicidio predominó en el sexo femenino (57%), con edades entre 10 y 19 años (35 %) y escolaridad de secundaria terminada (49%).

Entre las investigaciones de instituciones a nivel internacional se destacan:

Concha. (2002) reporta 55.000 muertes por suicidio en las Américas. La importancia de este tema ha llevado a los investigadores a interesarse por la repercusión del suicidio entre los jóvenes al ser este el grupo de población más amplio en las Américas. (Ministry of Health, 2006). Cuando hacemos referencia a los intentos de suicidio las causas son diferentes; en este estudio de Panamá realizado en el Hospital del Niño del Ministerio de Salud se registran como causa de intentos de suicidios que el 61% son por disfunción familiar, 20% por fracaso escolar, 10% por trastornos mentales, 7% por abuso sexual y un 2% por problemas en las relaciones sentimentales.

Moncada E. (2001), en estudios realizados en Nicaragua (Nueva Segovia) llegó a la conclusión que los suicidios frustrados y consumados son ejecutados por adolescentes y jóvenes en edades de 10 y 21 años, pero las estadísticas del año 1999 señalaban entre los 21 y 30 años, donde se concluyó que es necesario darle importancia debida a los problemas de violencia intrafamiliar y a los problemas de salud mental (depresión).

Gómez C. Col (2002). Se realizaron estudios para describir el perfil epidemiológico y los factores asociados al intento de suicidio en una muestra de la población Colombiana. Sus conclusiones fueron 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, es objeto de abuso verbal (particularmente en las mujeres) o tiene diferentes valores morales a los de su familia.

Córdova M. (2005), en Tlalnepantla México, su estudio observó que los adolescentes presentan ideación suicida en un 59,9% y que los aspectos psicosociales que mostraron una relación significativa con la ideación suicida fueron: ocupación (desempleado), consumo de sustancias (cigarro, café, alcohol y drogas)

Calvo M. (2007), en su estudio realizado en Uruguay encontró que el 18% de los adolescentes se han sentido tristes sin causa aparente, 28% han pensado alguna vez en quitarse la vida y 5% han realizado por lo menos un intento de autoeliminación. De estos el 67% percibe dificultades económicas en el hogar y 16% presencia de peleas y discusiones frecuentes en la familia, 33% de situaciones de violencia y 4% consumo excesivo de alcohol con frecuencia y 28% han probado algún tipo de drogas

**Instituto De Investigaciones Epidemiológicas Buenos Aires (2010):** Se efectuó un estudio en una muestra probabilística de trescientos cuatro varones de 18 años sobre la frecuencia de ideación e intentos de suicidio. Utilizando el SCAN (Schedule for clinical assessment in neuropsychiatry) de la OMS. En esta oportunidad, se detectó que el 12,6% había tenido en el último mes ideas persistentes de suicidio, el 0,98% había realizado un intento definido de suicidio, el 0,33% con lesiones auto provocadas leves a moderadas y el 0,33% graves.

**Informe Subregional de Suicidio, Centroamérica. (1988-2008):** Estudios de vigilancia epidemiológica instalados en las salas de emergencias de los hospitales generales han permitido una aproximación a la conducta suicida (intentos de suicidio y suicidios consumados). Por ejemplo, estudios comunitarios sobre la conducta suicida en Nicaragua han evidenciado la alta prevalencia de los diferentes tipos de conducta suicida en jóvenes de 15-24 años. De igual manera a través de estudios cualitativos se ha demostrado que los principales determinantes relacionados con la conducta suicida en las mujeres jóvenes son: la pobreza, los valores, los problemas emocionales y las dificultades para resolver los conflictos.

## **A NIVEL NACIONAL**

**Duran D. y Col. (1999)** en Lima, Perú realizaron un estudio transversal, descriptivo y analítico de 62 pacientes que acudieron con historia de intento de suicidio al servicio de emergencia del Hospital General "Arzobispo Loayza" (HAL). Se concluye que el paciente que acude con historia de intento de suicidio a emergencia de un hospital general, en nuestro país, suele ser de sexo femenino, joven, soltera, con grado de instrucción secundaria, desempleada, católica, de procedencia urbana, que consume raticidas o sobredosis de fármacos, motivada por un problema familiar o de pareja. La prevalencia de episodio depresivo mayor en esta población fue de 41,9%. La presencia de episodio depresivo mayor estuvo asociada con sexo femenino, edad mayor de 35 años y antecedente personal de enfermedad psiquiátrica

**Weissman. (1999)** señala que en Lima Perú, la depresión y el suicidio o intentos de suicidio son trastornos estrechamente vinculados, sin embargo, mientras que la mujer deprimida típica es casada y tiene de 25 a 40 años, la que intenta suicidarse es soltera menor de 25 años y a veces es sólo una quinceañera y con antecedentes de depresión

Escalante M. (2001), sostuvo que la depresión es la primera causa de consulta médica en el Perú y que también es una de las causas de intento de suicidio, el promedio de personas atendidas de 1997 a 1999 fue de 444 mil casos, mientras que en el año 2000 la cifra se incrementó de 86 mil 506.

El Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi (2002), en un estudio encontraron consideraciones o pensamientos suicidas en el 30,3 % de la población encuestada: este tipo de pensamientos es más frecuente entre las mujeres (40,3 %) que entre los varones (19,6 %), a diferencia del suicidio consumado. Reporta también que durante el 2006 el INSM (Instituto Nacional de Salud Mental) ha tenido cerca de 650 intentos de suicidio, siendo los meses primaverales (setiembre, octubre y noviembre) que suele ocurrir la mayoría de suicidios. En el año 2007 han fallecido por suicidio 329 personas en el Perú. De ellos 37 son menores de 18 años, entre niños y adolescentes. De esta cifra el 4 % pertenece al grupo de personas de 8 a 11 años; el 25,7 % al grupo de 12 a 14 años y el 70,3 % corresponden a 15 y 17 años. Hideyo N. (2006),

Vásquez F. (2004), señala que en el Perú las cifras indican que en el año 2004 se suicidaron 432 personas; un año después 337 y durante el año 2006 se incrementaron a 329 casos, concluyendo que las principales causas de intento de suicidio son la separación conyugal, estados depresivos, decepciones amorosas o la pérdida de un ser querido, enfermedades terminales como el cáncer, dificultades económicas, consumo de alcohol y drogas, la baja autoestima y la herencia genética.

Saravia M. (2007) refiere que, más de 40 personas se han suicidado en todo el país en el presente año. Informó que el 30 % de la población peruana ha tenido en algún momento de su vida la idea de autoeliminarse. Se destacó también que el 75 % de los casos de suicidio puede evitarse con la detección precoz de la depresión, que es el problema mental de fondo en ese porcentaje de suicidios consumados en la población del país. Precisó que los motivos más frecuentes para la autoeliminación son los conflictos conyugales (29,6 %), conflictos familiares (27,6 %), conflictos sentimentales (22,1 %), problemas mentales (17,6 %) problemas laborales y económicos (2,2 %) y enfermedades físicas (0,8 %). Refirió que el grupo poblacional es el de las mujeres.

## **A NIVEL LOCAL**

Huamán A. (2004), en su estudio realizado en el servicio de Emergencia del Hospital Regional de Cajamarca, concluyó que las personas que intentaron suicidarse mayormente se encuentran entre los 14 y 24 años (76,2 %), en cuanto al sexo predomina el femenino (72,6 %). Se puede decir que el intento de suicidio por las personas jóvenes y de mediana edad se debe a la falta de madurez, estado emocional de dependencia, impulsivo, la depresión, ansiedad, estrés, entre otros que lo que conllevaría muchas veces a querer quitarse la vida. Con respecto al tamaño familiar, el mayor porcentaje, con un 54,2 %, se encuentran las familias con mayor número de integrantes. Dentro de los problemas familiares, sobre todo de pareja, hay un 62,4 % que tienen problemas.

Santos E. (2008). Encontró en Cajamarca que la prevalencia anual de intento de suicidio en adolescentes en el 2008 fue de 0,7 % en el grupo etario de 12 – 14 años, siendo el motivo problemas con los estudios y de 2,9 % en el grupo etario de 15 -17 años, cuyos motivos fueron problemas con padres y separación familiar

Herrera V, Ruiz C. (2009). En su estudio se concluyó que de las 32 personas que intentaron suicidarse, la mayoría se encuentra entre los 14 a 24 años, con predominio del sexo femenino y el mayor porcentaje de pacientes han desarrollado cuadros significativos de depresión.

Quispe SG. (2010), en su estudio monográfico “Factores psicológicos asociados a la ideación suicida en los adolescentes”, concluye que la adolescencia es una etapa dolorosa en que el joven pasa por cambios difíciles que le produce ansiedad y depresión por lo que una proporción de adolescentes presentan ideación suicida. Por esto, la tentativa del suicidio es una de las conductas más significativas del adolescente. La manipulación de la idea de muerte en el adolescente suele ser frecuente.

## **2.2 BASES TEORICAS**

### **2.2.1. INTENTO DE SUICIDIO**

- **Intento de Suicidio**

Es el acto con una consecuencia no fatal en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte, que sin la intervención de otros le causará auto daño, o ingiere una sustancia superior a la dosis terapéuticas generalmente reconocidas y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desean a través de las consecuencias físicas y psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte. Galarza (2001)

- **Evolución Histórica Del Suicidio**

La contextualización de la conducta humana es fundamental para abordar un tema como el suicidio. Vivimos en una época de fusión, mezcla o convivencia de distintas culturas, religiones, razas, estilos de vida, etc. y por ello, resulta más necesario que nunca conocer que factores socioculturales y psicopatológicos pueden estar influyendo en la conducta suicida. Con la excepción de algunos grupos filosóficos, prácticamente todas las culturas han rechazado históricamente el suicidio. Platón consideraba el suicidio como una ofensa contra la sociedad, aunque reconocía excepciones en respuesta a acontecimientos muy graves. Aristóteles lo rechazaba de forma determinante, considerándolo un acto de cobardía. En la Roma Imperial llegó a considerarse honorable entre políticos e intelectuales. Cicerón lo condenaba, con las excepciones del acto heroico y el propio sacrificio en defensa del honor. Durante la Edad Media también fue rechazado, con la excepción de que tuviera como objeto evitar una violación. (Vega M. y Col, 2002)

Asimismo, a los suicidas se les negaba sepultarse en lugar sagrado y sus propiedades eran confiscadas. Durante el Renacimiento hubo un cambio de postura en relación con el suicidio. Así, para Dante existía un doble rasero en relación con el suicidio: «las almas nobles» (poetas, filósofos y algún político) irían al limbo, mientras los políticos impopulares y el resto tomarían rumbo al infierno. (Vega M. y Col, 2002)

Erasmus consideraba al suicidio como una forma de manejar el cansancio de la vida, aunque considerándolo un acto enfermizo. En el siglo XVII, el suicidio es un tema recurrente en la literatura Inglesa y es presentado como una respuesta frente a la culpa o al desamor. Shakespeare incluyó el suicidio en varios de sus dramas (el más famoso, el de Julieta en *Romeo y Julieta*). Robert Burton (1577-1640), en su libro *Anatomía de la melancolía*, aportó la primera visión psiquiátrica del suicidio, viéndolo como la expresión de una depresión severa (melancolía). Durante el siglo XVIII, la mayoría de los suicidios se atribuyen a la enfermedad mental. A pesar de la oposición del clero y los militares, la presión social para su despenalización derivada de la Revolución Francesa era cada vez más fuerte. A finales del siglo XIX se llevaron a cabo estudios sobre el suicidio desde un punto de vista social, médico y epidemiológico [Morselli (1852- 1929), Durkheim (1858-1917)]. En el siglo XX conviene destacar que la occidentalización de las costumbres parece ir asociado a un aumento de las conductas suicidas. En los últimos años, asimismo, los grandes movimientos migratorios que se están viviendo en Europa probablemente tengan influencia sobre la conducta suicida. Además, la influencia de los medios de comunicación en la conducta suicida parece ser importante, especialmente en la población infantojuvenil. Finalmente, en algunos países, la despenalización del suicidio no llegó hasta bien entrado el siglo XX (Inglaterra en 1961, Irlanda en 1993). (Vega M. y Col, 2002).

## **TEORÍAS SOBRE EL INTENTO DE SUICIDIO**

- **Teorías Psicológicas**

A) **Psicoanalíticas:** Sigmund Freud, fue el primero en ofrecer explicaciones psicológicas al suicidio, quien postulaba que los motivos del acto eran intrapsíquicos, vinculándolas al instinto de muerte y a la pulsión suicida con cargas fanáticas dirigidas contra el propio yo, donde no siempre la persona es consciente de sus actos. Así sus mecanismos de defensa son una forma de huir de la vida (de sus problemas) optando así por el suicidio Galarza. (2001).

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.

**B) Cognitivas:** Beck y cols. (2001). descubrieron que la desesperanza estaba más ligada al suicidio consumado que la experiencia subjetiva de la depresión. El plantea que existen: Esquemas Cognitivos: Constituye una abstracción fruto de la experiencia previa. Son organizaciones de significados personales referentes a sí mismo, los eventos, las personas y las cosas. En líneas generales están organizados en la llamada memoria de largo plazo, tanto de forma semántica- proposicional como de manera episódica mediante escenas de guiones. Los esquemas son el núcleo de los trastornos cognitivos que contienen las creencias y supuestos personales y otros significados de desarrollo más tempranos de tipo verbal. Operaciones cognitivas: Se Refiere a la actividad, conducta o procesos de los esquemas cognitivos. Esta actividad "procesa la información" de los datos sensoriales, guiada por los significativos personales y cuando es patológica suele dar lugar a los llamados tradicionalmente "trastornos del juicio y razonamiento" y en la línea de Beck a las "distorsiones cognitivas" (pensamientos polarizados, sobre generalización, abstracción selectiva, inferencias arbitrarias, entre otros). Conforme a la llamada "visión túnel" de los distintos trastornos emocionales; como por ejemplo las personas ansiosas se centran en la anticipación de peligros, las personas irritadas en la evaluación de injusticias, las personas deprimidas en la pérdida y la persona hipomaniática en las ganancias (Galarza, 2001)

- **Teorías Sociológicas**

Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social ya sea excesiva o insuficiente del individuo en la colectividad. Por tanto el suicidio sería un hecho social. Durkheim comienza su estudio con una definición de suicidio como: Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto

positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que, según ella sabía, debía producir este resultado

Distinguió entre cuatro tipos de suicidios,

- ♣ **Suicidio Egoísta:** este se caracteriza por que el sujeto pierde toda clase de interés con lo que le une a la vida, por eso Durkheim, establece que la relación que une al suicidio egoísta con el grado de desintegración social es inversa. Dado que el suicidio egoísta es el más frecuente en nuestras sociedades desde el punto del autor, es evidente que el grado de desintegración social es bastante, vivimos en un tiempo en que priman los intereses individuales, quizá por la falta de tiempo cada vez es menor el grado de cohesión entre sus miembros, salvo en entornos muy cerrados, como puede ser la familia.
- ♣ **Suicidio Altruista:** Se da con más frecuencia en sociedades más primitivas, en nuestra sociedad, ejemplos claros en el ejército, donde la conciencia del deber y la integración en el grupo es mucho mayor que en otras parcelas de la sociedad. Este suicidio es menos frecuente, lo cual es lógico por las mismas razones que explican el suicidio egoísta, las estructuras en las que el ente colectivo prima sobre los intereses individuales, no destacan por su presencia en la vida actual.
- ♣ **Suicidio Anémico.** Propio de las sociedades desarrolladas, lo cual es bastante lógico porque supone situaciones de desorden. Es evidente que el materialismo reinante, los desórdenes económicos, pueden causar estragos. Supone una pérdida de la propia identidad, los valores tradicionales se desmoronan.
- ♣ **Suicidio Fatalista.** Como resultado de un exceso de reglamentación o presión, se sienten aplastados por la disciplina o las normas (militares y jóvenes ante el fracaso escolar).

## **Signos y síntomas**

Farberw citado en Galarza (2001) menciona que, en la mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que, generalmente, este exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías, o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos o menos directos. Estas llamadas se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas y con ello se espera provocar una respuesta particular. El adolescente intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos.

Muchas de las señales de aviso de posibles sentimientos suicidas son también síntomas de depresión. La observación de los siguientes comportamientos ayuda a identificar a las personas que pueden encontrarse bajo el riesgo de intento de suicidio: los cambios en los hábitos alimenticios y del sueño, pérdida de interés en las actividades habituales, retraimiento respecto de los amigos y miembros de la familia, manifestaciones de emociones contenidas y alejamiento o huida, el uso de alcohol y drogas, descuido del aspecto personal, pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar, sensación de aburrimiento, dificultad para concentrarse, deseos de morir, falta de respuesta a los elogios.

## **Significado de la Ideación Suicida e Intento de Suicidio**

Beachler citado en Goldman (1996) describe varios significados posibles:

- La huida, es decir, el intento de escapar de una solución dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de su vida, ya que esta se percibe como insoportable.
- El duelo, cuando se atenta contra la vida propia después de la a pérdida de un elemento importante de la persona.
- El castigo, cuando el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria, aquí el joven se siente responsable por un acto negativo y desea autocastigarse para mitigar la culpa

- El crimen, cuando el joven atenta contra su vida pero también desea llevar a otro a la muerte.
- La venganza, es decir, cuando se atenta contra la vida para provocar el remordimiento de otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad.
- La llamada de atención y el chantaje, cuando mediante el intento suicida se intenta ejercer presión sobre otra.
- El sacrificio, en donde se actúa contra la vida para adquirir un estado considerado superior, es morir por una causa.
- El juego común en los adolescentes, cuando se atenta contra la vida para aprobarse así mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo.

## **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACION QUE PUEDEN ESTAR RELACIONADAS CON LA IDEACIÓN SUICIDA E INTENTOS DE SUICIDIO**

### **Características sociales**

Las Características sociodemográficas son el conjunto de características en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas características son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2005).

Cuando uno habla de nivel de salud de una población, en realidad está hablando de distintos factores. Pero si se dan cuenta, la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos, los factores ambientales y los asociados a la atención de salud. (Vega J. 2005).

Goldman (1996) refiere factores dañinos de la población en el estilo de vida y cultura moderna: consumismo exagerado, falta de valores, desarraigos, sexualidad deshumanizada, alto grado de agresividad.

Es frecuente encontrar trastornos de conducta: fugas, "novillos", alfa y repetida siniestralidad, hurtos...que no son adecuadamente valorados o incluso reducidos a chiquilladas". Son los llamados

"chicos problemas" que con frecuencia recurren a, abuso de tóxicos y alcohol. Estas situaciones potencian sentimientos rechazo, soledad y baja autoestima, que culminan en la conducta suicida Goldman (1996)

Las características asociadas a la cultura adquieren una importancia capital en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a piso de coloniaje cultura, con pérdida de la identidad y sus costumbres y también se hace patente entre los inmigrantes.

Entre las razones que pueden contribuir al suicidio de las personas de los diferentes grupos poblaciones se encuentran: extrañar la tierra natal y sus costumbres, problemas con la pareja, infelicidad, baja autoestima, carencia de amigos o familiares, el aislamiento social, y la falta de comunicación por las barreras que imponen el idioma, en caso que el país receptor difiera del natal. Un proceso de este tipo, aunque con menos diferencias, puede desencadenarse en el curso de migraciones internas, cuando se trasladan las familias, en busca de oportunidades, desde las zonas rurales a las urbanas o de la provincia a las capitales. La mudanza o migración interna, puede ser factor de riesgo de suicidio de importancia en las personas, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno (Goldman, 1996).

La situación de la familia de la persona suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes:

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
- Dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren
- Frecuentes riñas, querellas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
- Separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio.

- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
- Situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.
- Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.
- Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores.
- Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
- Exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes.
- Llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante.
- Si los padres están divorciados pero conviven en el mismo domicilio, el adolescente es utilizado como punta de lanza de uno de ellos contra el otro y se trata de crear una imagen desfavorable del progenitor en contra de quien se ha realizado la alianza.
- Incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia

Los elementos abordados con anterioridad son muy frecuentes en las familias de los adolescentes con riesgo suicida, pero no son los únicos (Goldman, 1996).

### **Características Psicológicas**

Personalidad impulsiva y con baja tolerancia al fracaso, dependiente y con expectativas excesivamente ambiciosas o irreales, Goldman (1996)

Desequilibrio emocional: el ser humano no asiste a los acontecimientos de la vida de modo neutral ya que toda vivencia tiene un matiz afectivo. El atravesar situaciones conflictivas puede llevar a las personas a tener emociones tales como miedo, temor o angustia, etc. Si bien la reacción puede

favorecer conductas adaptativas, en otras puede desorganizar el comportamiento del sujeto (Vallejo, 1986).

Problemas sentimentales: la predisposición a sufrir trastornos depresivos asociados a la falta de confianza de sí mismo, desesperanza apatía, etc. Puede sensibilizar a una persona a no poder enfrentar adecuadamente decepciones sentimentales o alguna frustración (Ruiz, 1998).

### **Características Demográficas**

Edad: El suicidio es extremadamente raro entre los niños prepuberales, se postula que la inmadurez cognitiva protege contra el suicidio. Entre los adolescentes la proporción aumenta con el aumento de la edad (pico máximo entre 19 y 23) (Goldman, 1996).

Sexo: El suicidio es mucho más frecuente entre los varones, entre los 15-19 años se suicidan 4,5 varones por cada mujer. Entre los 20-24 años, 6 varones por cada mujer.

Las tentativas de suicidio entre las chicas es el doble de frecuente que entre los chicos. Esto se cree que podría ser por la propensión de los varones a utilizar métodos más violentos e irreversibles (Goldman, 1996).

Estado Civil: El suicidio es un hecho más frecuente en personas solteras, separadas, divorciadas o viudas. Parece que el matrimonio actúa como un factor protector, especialmente si tienen hijos, tendencia más acentuada en la mujer. Diversos datos demuestran que las personas solteras tienen tasas de suicidio 2 veces superiores a los casados y en el caso de viudos y divorciados las tasas son de 3 y 5 veces superiores (Rocha, 1998).

Ocupación: estudios han demostrado la relación existente entre el desempleo y la conducta suicida, siendo el desempleo de larga duración un factor especialmente estresante (Rocha, 1998).

Raza: El suicidio es más frecuente entre los blancos que entre los afroamericanos, aunque en los últimos años las diferencias se han reducido debido al gran aumento del suicidio entre los afroamericanos desde finales de los 80 (hasta un 300% más). También se desconoce el motivo. Las tentativas de suicidio y la ideación suicida son más frecuentes entre la comunidad hispana que en blancos y afroamericanos (Rocha, 1998).

### **2.3 MARCO CONCEPTUAL**

**Intento de suicidio:** Un acto con una consecuencia no fatal en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte, que sin la intervención de otros le causará auto daño, o ingiere una sustancia superior a la dosis terapéuticas generalmente reconocidas y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desean a través de las consecuencias físicas y psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte. Acto suicida cuyo resultado no es la muerte. Resultado no es la muerte (Galarza, 2001).

**Acto suicida:** Hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus intención y del conocimiento de sus motivos.

**Suicidio:** síntoma de enfermedad mental relacionado con las crisis mental relacionado con las crisis por las circunstancias de la vida. Toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, sabiendo que pueda producir ese resultado (Pinel y Durkheim).El suicidio es un proceso complejo multideterminado. Una manera de vivir que va construyendo un enigma mortal, por condensación, sobre un marco representacional existente. Un proceso que va más allá del acto, rompiendo la concepción del hecho consumado (Durkheim, 2003).

**Características sociodemográficas:** son los elementos de origen exógeno, que influyen fuertemente en el comportamiento y percepciones propias del individuo. Que pueden ser sociales, culturales, económicos, etc.

La mayor parte de los científicos sociales están de acuerdo en que el suicidio es una forma compleja de conducta, que tiene causas biológicas, psicológicas y sociales. Por ejemplo, los psiquiatras han descubierto que, en los casos estudiados, existe generalmente una fuerte depresión. Otros científicos afirman que algunas personas son genéticamente más propensas que otras a las depresiones y por lo tanto al suicidio.

Los psicólogos y sociólogos han encontrado muchas otras influencias personales y situacionales que también contribuyen a la muerte voluntaria. Ésta se produce a menudo para escapar de circunstancias dolorosas; también como acto de venganza contra otra persona a la que se acusa de

ser responsable del sufrimiento que lleva a tomar tan drástica decisión. Estos sentimientos se conocen por las notas o cartas que, en ocasiones, deja la persona antes de suicidarse. No obstante, la causa más frecuente es la percepción por parte de la persona de que la vida es tan dolorosa que sólo la muerte puede proporcionarle alivio. La pérdida de un ser querido, o dolores crónicos, físicos o emocionales, pueden producir una sensación de incapacidad para cambiar las circunstancias de la vida y un sentimiento general de desesperanza ante cualquier cambio, lo que lleva a un callejón sin salida donde la muerte es la única solución.

**características culturales:** Se manifiestan por aspectos intangibles y en algunas ocasiones difíciles de identificar claramente como los usos, costumbres, formas de comportamiento, las creencias, los valores, las actitudes, la educación.

**Familia:** Grupo de individuos relacionados unos con otros por lazos de sangre, matrimonio o adopción, que forman una unidad económica. Los miembros adultos del grupo son responsables de la crianza de los niños. Todas las sociedades conocidas suponen alguna forma de sistema familiar, aunque la naturaleza de las relaciones familiares varía ampliamente. Si bien es cierto que en las sociedades modernas la principal forma familiar es la familia nuclear, a menudo se da una gran variedad de relaciones de familia extensa (Giddens, 1989).

**Sociedad:** “Sistema o conjunto de relaciones que se establecen entre los individuos y grupos con la finalidad de constituir cierto tipo de colectividad, estructurada en campos definidos de actuación en los que se regulan los procesos de pertenencia, adaptación, participación, comportamiento, autoridad, burocracia, conflicto y otros (Weber, 1968).

## **2.4. SUPUESTO HIPOTÉTICO**

Existe relación entre las características sociodemográficas y el intento de suicidio en usuarios detectados en las historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Regional de Cajamarca, en el periodo 2012.

## **2.5. VARIABLES**

### **2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE:**

- **Características sociodemográficas.**

**Definición Conceptual:** Son las condiciones personales, familiares, socioeconómicas y culturales del hábitat de los individuos que influyen en su conocimiento, percepción y comportamiento. Al no tener mecanismos necesarios para contrarrestar la alteración de algunos de estos elementos la persona realiza actos autodestructivos.

## **INDICADORES**

### **1. Edad :**

- De 10 a 19 años de edad.
- De 20 a 29 años de edad.
- De 30 a 39 años de edad.
- De 40 a más.

### **2. Sexo:**

- Masculino.
- Femenino.

### **3. Estado civil.**

- Soltero(a)
- Conviviente
- Casado(a)
- Conviviente separado(a)

**“Características Sociodemográficas y el Intento de Suicidio Identificados a través de las Historias Clínicas del Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Cajamarca, Durante el Periodo 2012”**

---

- Casada separado(a)
- Divorciado(a)
- Viudo(a)

**4. Procedencia:**

- Rural.
- Urbana.

**5. Religión**

- Católica
- Evangélica
- Otra

**6. Grado de Instrucción**

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta.
- Secundaria completa
- Superior
- Profesional.
- Analfabeto.

**7. Ocupación**

- Profesional.
- No profesional.
- Contratado.
- Nombrado.
- Institución empleadora
- Desocupado

## **2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE:**

- **Intento de suicidio:**

**Definición Conceptual:** Un acto con una consecuencia no fatal en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte, que sin la intervención de otros le causará auto daño (Galarza, 2001).

### **Indicadores:**

#### **a. Método utilizado:**

- Envenenamiento.
- Ahorcamiento.
- Lesiones con objeto punzo cortantes.
- Otros

#### **b. Motivo.**

- Laborales.
- Económicos.
- Familiares.
- Sentimentales.
- Otros.

#### **d. Servicio de destino**

- Alta
- Alta voluntaria.
- Medicina
- Pediatría
- Uci
- Otro.

#### **e. Terapia**

- Psicológica.    o Psiquiátrica    o Ninguna.

### **CAPITULO III**

#### **3. LA METODOLOGIA**

##### **3.1. TIPO DE ESTUDIO**

**El estudio es de diseño retrospectivo, descriptivo, correlacional y analítico.**

**RETROSPECTIVO:** Porque se realizó basándose en la revisión y análisis de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital regional de Cajamarca con el diagnóstico de intoxicación por sustancias desconocidas, en el periodo del año 2012.

**DESCRIPTIVO:** Porque se estudiaron las variables sin intervenir en estas, Variable independiente características sociodemográficas y variable dependiente intentos de suicidio, información obtenida de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Cajamarca, en el año 2012.

**CORRELACIONAL:** Porque ha permitido determinar el grado de relación existente entre las variables de estudio: características sociodemográficas y el intento el suicidio.

**ANALITICO:** Porque se analizó y explicó la relación entre las variables de estudio: características sociodemográficas e intento de suicidio.

##### **3.2. AREA DE ESTUDIO**

###### **SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA.**

En este servicio se brinda atención inmediata e integral que comprende la evaluación y diagnóstico de la situación de salud del usuario, el tratamiento adecuado para controlar la urgencia y/o emergencia, y disminuir el riesgo de complicaciones y de secuelas, también mantener al usuario en sala de observación por 24 horas, ordenar la realización de exámenes de diagnóstico requeridos, solicitar la realización de interconsultas especializadas y coordinar con centro quirúrgico, para las intervenciones quirúrgicas de emergencia. Cuenta con el apoyo de los servicios de ayuda al diagnóstico las 24 horas del día: radiografía, laboratorio. El personal responsable de la atención son: médicos, enfermeras, técnicos de enfermería.

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población estuvo constituida por 5589 pacientes registrados durante el año 2012, con el diagnóstico de traumatismos y envenenamiento, debido a que no se tiene especificado en la oficina de estadística del Hospital Regional de Cajamarca el diagnóstico de intento de suicidio. Dicha cantidad de pacientes fueron atendidos en el servicio de emergencia en el periodo del año 2012 con este diagnóstico.

La muestra estuvo constituida por 134 historias clínicas, obtenidas según la siguiente fórmula:

Donde:

$$n = \frac{Z^2 PqN}{E^2(N - 1) + Z^2 Pq}$$

n= Tamaño de muestra.

Z=Nivel de confianza al 95%, equivalente a 1.96

P=Probabilidad de ocurrencia (0.9)

q=Probabilidad de no ocurrencia (0.1)

N: tamaño de población (5589)

E: Margen de error al 5%, equivalente a 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2(0.9)(0.1)(5589)}{(0.05)^2(5589 - 1) + (1.96)^2(0.9)(0.1)}$$

$$n = 134$$

**Entonces:**

Por lo tanto, la muestra es conformada por las 134 historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Cajamarca durante el año 2012.

Siendo el estudio de diseño retrospectivo, se han encontrado algunas limitantes relacionadas con el registro de la información sobre las variables de estudio en las historias clínicas seleccionadas. Para hacer más confiable la selección de la muestra se procedió a la revisión del registro de atención diaria (RAD) del servicio de emergencia del hospital regional de Cajamarca del año 2012 donde se encontró dificultades ya que los registros no se realizan de manera adecuada, con claridad y existe una deficiencia en el registro de los diagnósticos de los pacientes, dado este hecho la muestra vario notablemente encontrando 134 pacientes con el diagnostico de intoxicación por sustancias desconocidas dentro de las cuales estaban incluidas las ocasionadas de manera involuntaria lo cual hizo disminuir más la muestra para el objetivo de nuestro estudio . Ya en la fase de revisión de historias clínicas solamente fueron 67 historias clínicas las seleccionadas para cumplir los objetivos de nuestra tesis, las cuales cumplían con la condición de haber sido estas intoxicaciones de manera voluntaria y con un fin suicida. Es por ello que nuestra muestra tuvo esta cantidad, por la cual se trabajó con el total de la población encontrada en las historias clínicas.

#### **3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS**

La unidad de análisis es cada uno de los usuarios registrados en las historias clínicas con diagnóstico de intoxicación por sustancias desconocidas, que forman parte de la muestra de estudio y cumplen con los criterios de inclusión.

#### **3.5. UNIDAD DE OBSERVACION**

Lo constituyen todas las características sociales referidas en las historias clínicas de los usuarios sujetos de estudio.

**Criterios de inclusión**

- Todos los usuarios del servicio de emergencia registrados en las historias clínicas del 2012 y seleccionados en la muestra con el dx de intoxicación con sustancias desconocidas

### **Criterios De exclusión**

- Historias clínicas que no tengan el dx de intoxicación con sustancias desconocidas.

### **3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Las técnicas aplicadas fueron la documental, referida a la revisión de las historias clínicas seleccionadas del servicio de emergencia del HRC. El instrumento utilizado fue la Ficha de recolección de información de las variables en estudio, elaborada por los investigadores para obtener información de las historias clínicas. La ficha fue sometida a la prueba de validez y confiabilidad, siendo los resultados de validez en el 100%.

### **3.7. PROCESAMIENTO DE DATOS**

El procesamiento de datos se realizó en forma manual y electrónica, haciendo uso de la estadística descriptiva, del programa estadístico Microsoft Office Excel 2010 y del paquete estadístico SPSS versión 18.0. El Análisis cuantitativo, se obtuvo de la correlación de variables mediante la prueba estadística descriptiva e inferencial. El análisis, interpretación y discusión de los datos incluye la *contrastación con los antecedentes y con la experiencia empírica de los investigadores, adquirida durante todo el proceso investigativo.*

### **3.8. PRESENTACION DE DATOS**

La presentación de los datos se hace a través de cuadros (simples y dobles).

**CAPITULO IV**

**4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Los resultados de la investigación son presentados en tablas, haciendo referencia a los objetivos y supuestos hipotéticos del estudio.

**Tabla nº 1. Características socio demográficas de los usuarios con intento de suicidio. Servicio de Emergencia. Hospital Regional de Cajamarca. 2012.**

<b>Características</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>	
<b>Edad (años)</b>	10 a 20	38	56,7
	21 a 31	18	26,9
	32 a 42	7	10,4
	43 a más	4	6,0
	<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	24	35,8
	Femenino	43	64,2
	<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado civil</b>	Soltero	42	62,7
	Casado	4	6,0
	Conviviente	20	29,9
	Separado	1	1,5
	<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>
<b>Grado de instrucción</b>	Analfabeto (a)	2	3,0
	Primaria	16	23,9
	Secundaria	41	61,2
	Superior	8	11,9
	<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>
<b>Ocupación</b>	Estudiante	30	44,8
	Ama de casa	33	49,3
	Desocupado	4	6,0
	<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>
<b>Procedencia</b>	Rural	24	35,8
	Urbana	43	64,2
	<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>
<b>Religión</b>	Católico	62	92,5
	Evangélico	3	4,5
	Ninguna	2	3,0
	<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada por los investigadores-2012

La Tabla n°1 nos muestra las características sociodemográficas del grupo en estudio y, que en alguna medida algunas de estas, como se verifica en el estudio, tendrían relación con el intento de suicidio, en pacientes atendidos con el diagnóstico de ingesta e intoxicación por sustancias desconocidas en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Cajamarca, durante el año 2012. Entre las características más notables se tiene, que del total de los pacientes de la muestra que fueron 67, la mayoría (56,7%) pertenecen al grupo etario de 10 a 20 años de edad, comprendiendo la etapa de la adolescencia y la juventud temprana. Existiendo una diferencia porcentual significativa en relación con el grupo etario que comprende la edad adulta con un porcentaje del 6% que fueron los pacientes cuyas edades están desde los 43 años a más. Es preocupante, el registro de 26,9% (18 personas entre 21 a 31 años) que hicieron intento de suicidio.

Respecto al sexo, también la mayoría (64,2%) de la muestra son del sexo femenino, frente al 35,8% del sexo masculino. Son de estado civil soltero el 62,7% de la muestra y, es importante también reconocer que el 29,9% son de estado civil convivientes. El grado o nivel de instrucción refiere que la mayoría (61,2%) de personas tenían un grado de instrucción de secundaria completa y, significativo el 23,9% que tenían grado de instrucción primaria. Además, en cuanto a la ocupación la mayoría de personas, de hecho mujeres (49,3%) son de ocupación ama de casa y, muy preocupante el 44,8% de representación de estudiantes. La variable procedencia, muestra una población en su mayoría (64,2%) de la zona urbana, pero es representativa también la procedencia rural con el 35,8%. La religión refleja la tendencia ideológica de la población peruana, 92,5% de personas refieren ser de la religión católica.

Las características sociodemográfica descritas, muestran una población divergente, con porcentajes significativos que podrían estar relacionados con los intentos de suicidio, no solamente en cuanto a la edad, sino también el caso de grado de instrucción, que en su mayoría son de instrucción secundaria completa, procedencia, también en su mayoría de la zona urbana y religión con un 92,5% la católica. Las otras características sociodemográficas como son edad, mayoritariamente jóvenes entre 10 a 20 años (56,7%), muy preocupante, el sexo femenino sorprendentemente elevado (64,2%), también en cuanto a la ocupación (en su mayoría amas de casa y estudiantes) y el estado civil de solteros, elevado.

Estos resultados muestran mucha coincidencia con la investigación de Duran D. Col (1999), en un estudio realizado en la ciudad de Lima, Perú, con una muestra 62 pacientes que acudieron con historia de intento de suicidio al servicio de emergencia, del Hospital General "Arzobispo Loayza" (HAL), donde se concluye que el paciente que acude con historia de intento de suicidio a emergencia de un hospital general en nuestro país suele ser de sexo femenino, joven, solteras, con grado de instrucción secundaria, desempleada, católica, de procedencia urbana, que llega habiendo ingerido raticidas o sobredosis de fármacos, motivada por un problema familiar o de pareja. En esos casos estudiados, la prevalencia de episodio depresivo mayor se dio en el 41.9%. La presencia de episodio depresivo mayor estuvo asociada con sexo femenino, edad mayor de 35 años y antecedente personal de enfermedad psiquiátrica.

En nuestra percepción, no obstante que en la revisión de las Historias Clínicas, no se registra mucha información importante respecto de las características sociodemográficas de las personas con intento de suicidio, podemos inferir que se repite en nuestras realidades, situaciones semejantes en cuanto a este grave problema, que al respecto en nuestra ciudad, y en general a nivel nacional no se viene trabajando para prevenirlo.

Teóricamente, se conoce que el equilibrio psicoemocional de una persona tiene que ver con el grado de satisfacción de un conjunto de necesidades físicas, psicosociales y socioculturales, Esta problemática de intento de suicidio en el estudio nos muestra a una población posiblemente con muchas deficiencias sobre todo psicosociales como lo son las interacciones personales satisfactorias, estímulos que promueven el desarrollo emocional y cognitivo, oportunidades frustradas en estudio y trabajo, entre otros. Es necesario comprender estas situaciones dilemáticas, muchas veces difíciles de resolver y que, en algún momento dado desbordan la capacidad de respuesta de las personas.

Teóricamente también se reconoce la influencias de los ambientes familiares, escolares-académicos y sociales en el estado psicoemocional de las personas, por lo que es posible que en la muestra de estudio, estos factores tengan relación directa o indirecta con los intentos de suicidio, ya que por ejemplo, en el joven, el mundo escolar y social se prioriza para el desarrollo de la personalidad, y siendo mujeres, en su mayoría, ese mundo familiar y de pareja eminentemente tienen imperancia en

**“Características Sociodemográficas y el Intento de Suicidio Identificados a través de las Historias Clínicas del Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Cajamarca, Durante el Periodo 2012”**

ese desarrollo. Estas realidades, no vienen siendo contempladas en los Programas de Salud, del escolar, de la mujer, laboral, etc.

Es importante rescatar en este espacio de análisis, tomando en cuenta los resultados del estudio que refleja a poblaciones femeninas jóvenes, en edad de escolaridad superior, el tema de situaciones dilemáticas, como lo son las crisis, muchas veces difíciles de resolver, y que desbordan la capacidad de respuesta adecuada en las personas. Según las investigaciones, las crisis vitales y circunstanciales, no superadas o no manejadas adecuadamente conducen a situaciones como el intento de suicidio. En el Módulo de Atención Integral en Salud Mental elaborado por la Dirección de Salud mental de la Dirección de las Personas, recomiendan que estos estadios de crisis deben ser superados en la población y, en este campo son los trabajadores de salud los que deben intervenir buscando que estas personas busquen adaptarse a los cambios y aprender formas de vida enriquecedoras y fortalecedoras para el futuro.

**Tabla n° 2. Motivos del intento de suicidio en usuarios del servicio de emergencia del Hospital Regional de Cajamarca, 2012.**

Motivo del intento de suicidio	Total	
	n°	%
Problemas familiares	24	35,8
Problemas de pareja	14	20,9
Problemas económicos	2	3,0
Alteraciones mentales	7	10,4
Accidental	6	9,0
No indica	14	20,9
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada por los investigadores-2012

Según la tabla n°2 el motivo que predomina en el intento de suicidio en los pacientes de la muestra son los problemas familiares con un porcentaje de 35,8% a diferencia de un 3% que ocurre por problemas económicos, existiendo también un elevado porcentaje que cabe mencionar al intento de suicidio por el motivo de problemas de pareja presentando un 20,9%.

Varios estudios realizados como el de Inastrilla E., Guibert W, Roldé A. que se mencionaran a continuación confluyen con la realidad estudiada en esta investigación en que el principal motivo para intentar suicidarse son los problemas familiares, situaciones que se intentan justificar por el hecho que la persona, en este caso mujeres jóvenes en su mayoría, no encuentran el apoyo suficiente y la comunicación necesaria dentro del seno familiar, por lo que sin el apoyo necesario no pueden solucionar sus conflictos personales y los conlleva a tomar una decisión equivocada. Según Inastrilla E. (1998 -1999) en Cuba, su estudio analítico encontró que los factores como ausencia de apoyo familiar y social, tienen relación significativa con la conducta suicida, coincidiendo con lo encontrado en este trabajo.

Guibert W, Roldé A. (2001) también en Cuba, realizaron un estudio, en el área de salud urbana del Policlínico "Marció Manduley", siendo las principales conclusiones: la tasa de prevalencia del intento suicida en el área de salud se mantuvo estable; la depresión mayor, el hogar desorganizado fueron los factores de riesgo principales que antecedieron al acto suicida.

Gil ER. (2004 - 2005) en su estudio, reportó que las razones: conflictos familiares (96,4 %), sentimientos de soledad y minusvalía (60,7 %) y sentimientos de desesperanza (1 %), son motivos para el intento de suicidio.

Concha (2002), hace referencia a los intentos de suicidio con causas diferentes; en el estudio realizado en Panamá en el Hospital del Niño del Ministerio de Salud, donde se registran como causa de intentos de suicidios, que el 61% son por disfunción familiar, 20% por fracaso escolar, 10% por trastornos mentales, 7% por abuso sexual y un 2% por problemas en las relaciones sentimentales.

Vásquez F. (2004), señala que en el Perú las cifras indican que en el año 2004 se suicidaron 432 personas; un año después 337 y durante el año 2006 se incrementaron a 329 casos, concluyendo que las principales causas son la separación conyugal, estados depresivos, decepciones amorosas

o la pérdida de un ser querido, enfermedades terminales como el cáncer, dificultades económicas, consumo de alcohol y drogas, la baja autoestima y la herencia genética.

Saravia M. (2007), en un estudio de más de 40 personas que se han suicidado, precisó que los motivos más frecuentes para la autoeliminación son los conflictos conyugales (29,6 %), conflictos familiares (27,6 %), conflictos sentimentales (22,1 %), problemas mentales (17,6 %) problemas laborales y económicos (2,2 %) y enfermedades físicas (0,8 %).

Santos E. (2008), encontró en Cajamarca que la prevalencia anual de intento de suicidio en adolescentes en el 2008 fue de 2,9 %, en el grupo etareo de 15 -17 años cuyos motivos fueron problemas con padres y separación familiar.

Según el Compendio Estadístico de Salud del 2010 del MINSA, en el Perú, el 32% de la población ha pensado alguna vez en su vida en suicidarse, y entre los principales motivos en personas adultas, figuran problemas de pareja y con la familia; mientras que en adolescentes, la causa principal son los conflictos con los padres.

Rescatando estos resultados y confrontando los obtenidos en el estudio, podemos inferir que existe relación entre algunas características sociodemográficas y los intentos de suicidio, particularmente el hecho de ser género femenino, en edad joven y con situaciones vivenciales problemáticas generadas en el entorno familiar. Es así como claramente podemos percibir la problemática de la mujer, en nuestro país y, particularmente en Cajamarca. Frecuentemente, uno de los problemas más graves a los que viene sometida la mujer es la violencia intrafamiliar, en la que la mujer es la más afectada, situaciones que hacen que muchas mujeres se sientan avergonzadas y con sentimientos de culpa, grave incapacidad psicológica, social y laboral, lo que las incapacita para pedir ayuda, afecta su desarrollo personal y familiar y le induce a tomar decisiones drásticas como el intento de suicidio.

El programa de salud de la mujer de MINSA, debería incluir en sus acciones y estrategias el trabajo de mujeres en estos aspectos, en forma individual con temas como la importancia de fortalecer el autoestima, manejo del estrés, entre otros y, a nivel familiar y el entorno social con apoyo y resiliencia.

Es necesario también, resaltar la problemática de intento de suicidio en jóvenes que tiene registros porcentual significativo en el estudio, sacando a la luz nuestra realidad vivenciada por la juventud y

adolescentes que encuentran en la violencia un canal para expresar su frustración o dolor por otros problemas subyacentes como el maltrato familiar, la incompreensión de padres y adultos, la falta de oportunidades educativas y laborales y la pobreza y, que finalmente los conducen a tomar decisiones tan dolorosas como son el suicidio o los intentos de suicidio.

Necesariamente urgente resulta también, que el programa de salud del adolescente, contemple estas situaciones y trabaje no solamente en el aspecto reproductivo, sino también en temas del campo de la salud mental del adolescente, previniendo así que se vaya elevando esas cifras estadísticas de intentos y de suicidios en nuestra realidad cajamarquina.

**Tabla n° 3. Lugar de destino de los usuarios con intento de suicidio del servicio de emergencia del Hospital Regional de Cajamarca, 2012.**

Lugar de destino	Total	
	n°	%
Alta	25	37,3
Alta voluntaria	7	10,4
Medicina	30	44,8
Pediatría	4	6,0
UCI	1	1,5
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada por los investigadores-2012

El presente cuadro nos muestra que de los pacientes que fueron atendidos en el servicio de emergencia con el diagnóstico de Intoxicación e ingesta por sustancias desconocidas, el 44,8% fueron referidos al servicio de medicina, seguido del 37,3% que fueron dados de alta, agregado a este dato se encuentran los pacientes que pidieron su alta voluntaria que representa el 10,4%, dando un total de altas del 47,7%, superando entonces al internamiento en medicina luego de su atención inmediata y solamente un 1,5% fue internado en el servicio de la unidad de cuidados intensivos.

Los resultados muestran una situación muy preocupante, sobre todo, lo relacionado con el gran porcentaje de personas intoxicadas, con intento de suicidio que son dados de alta, representan casi el 50% de la muestra en estudio. Teóricamente, se conoce que más del 80% de estas intoxicaciones

tienen síntomas leves y requieren, por tanto, pocos cuidados médicos; sin embargo, un 5% pueden estar gravemente enfermos, con compromiso multiorgánico que justifica una terapéutica activa y el ingreso en una unidad de cuidados intensivos, según lo indican los protocolos de tratamiento del área de vigilancia intensiva de la unidad de toxicología, Servicio de Urgencias-Hospital Clínica de Barcelona (2009).

Igualmente se reconoce que, el manejo de una intoxicación aguda es dominio de la medicina de urgencia. Los médicos que trabajan en este escenario deben diagnosticar, tratar y observar al paciente. Con la utilización de las unidades de observación la mayoría de los pacientes pueden ser manejados en el servicio de urgencia y dados de alta a su hogar, siendo el porcentaje de pacientes que requieren de unidades de paciente crítico aproximadamente 20. Dra. Carol P., Dr. Miguel M. (2001).

Valdría la pena, que esta información de instituciones especializadas en el manejo de la problemática de intoxicaciones, fuera de conocimiento de nuestras unidades de salud con la finalidad de que se tomaran las medidas necesarias con estos pacientes a su semejanza, y se previniera daños mayores, ya que, las complicaciones no solo se verifican en el aspecto físico, sino sobre todo en los aspectos psicoafectivos y psicoemocionales, sin dejar de lado la grave problemática que se genera en el hogar y la familia.

Lamentablemente, nuestras políticas de atención a la salud, con el enfoque individualista de la dolencia, dejan de lado el aspecto integral y sistémico para la atención, situación que se genera a su vez por el enfoque individualista clínico hacia la problemática de salud de la población, realidad semejante ocurre en los países de América latina, a excepción de Cuba.

**Tabla n° 4. Terapia en usuarios con intento de suicidio del servicio de emergencia del Hospital Regional de Cajamarca, 2012.**

Terapia	Total	
	n°	%
Psicológica	14	20,9
Psiquiátrica	19	28,4
Ninguna	34	50,7
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada por los investigadores-2012

El presente cuadro muestra que, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia con el diagnóstico de intoxicación e ingesta por sustancias desconocidas, más del 50% (50,7%) no contó con ningún tratamiento coadyuvante, al 20,9% se le hizo la interconsulta con psicología y, el 29,4% tuvieron una atención psiquiátrica. Estos resultados muestran coincidencia con el estudio publicado en la Revista Psiquiátrica de la Habana, publicada en el 2009, donde se describe que, “en cuanto al destino de los pacientes desde el Servicio de emergencias General, el 47,7 % fueron dados de alta del hospital antes de cumplir el tiempo establecido para la observación, lo que generó para que más del 50% no recibieran ayuda psicológica especializada, el 28,4 % precisó ingreso en la sala de psiquiatría por persistir el riesgo suicida elevado y, 20,9 % en el servicio de psicología por ser de menor riesgo.

Esta realidad, lamentablemente es muy frecuente, en nuestras sociedades, donde más del 50% de personas con estos diagnósticos no reciben ningún tratamiento, para el resto, la minoría, solamente se les indica el tratamiento de especialidad. De esta forma se brinda atención de calidad a los usuarios o más aún, se aplica los principios de humanidad, integralidad, ética, entre otros, en la atención con personas que teniendo motivos muy graves de desequilibrio biopsicosocial, toman decisiones tan drásticas que atentan su vida .Los Servicios de emergencias, Medicina, Cirugía y especialmente de Psiquiatría de los hospitales, reciben diariamente pacientes que han realizado un intento suicida y que precisan asistencia especializada. Los organismos internacionales de salud, como la OPS y la OMS, recomiendan acciones muy particulares para el trabajo en el campo de la salud mental y, en nuestro país, particularmente, se describe que “En el Perú existe creciente interés y preocupación en cuestiones relativas a la salud mental, tanto a nivel de gobierno como en el ámbito académico”. Necesariamente, para la implementación de acciones y estrategias de prevención de intentos suicidas, sobre todo en poblaciones susceptibles como son jóvenes, mujeres,

personas mayores, etc. se requiere tomar en cuenta muchos factores de índole social, familiar, cultural, profesional y, sobre todo institucional, este último incluye de hecho los lineamientos y acciones de salud preventiva, curativa y de rehabilitación.

**Tabla n° 5. Relación entre la edad y el motivo del intento de suicidio en usuarios del servicio de emergencia del Hospital Regional de Cajamarca, 2012.**

Motivo del Intento de suicidio	Grupos de edad (años)								Total	
	10 a 20		21 a 31		32 a 42		43 a más		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Problemas familiares	18	47,4	4	22,2	1	14,3	1	25,0	24	35,8
Problemas de pareja	3	7,9	9	50,0	2	28,6	0	0,0	14	20,9
Problemas económicos	0	0,0	1	5,6	0	0,0	1	25,0	2	3,0
Alteraciones mentales	4	10,5	1	5,6	2	28,6	0	0,0	7	10,4
Accidental	6	15,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	9,0
No indica	7	18,4	3	16,7	2	28,6	2	50,0	14	20,9
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada por los investigadores-2012

Chi-Cuadrado: 32,7      p= 0,01      p< 0,05

Esta tabla muestra los motivos del intento de suicidio, en relación a la edad, observamos que los problemas familiares influyen con más impacto entre las edades jóvenes de 10 a 20 años con un 47,4%, los problemas de pareja se encuentran en un 50 % entre las edades de 21 a 31, el resto de información porcentual no refleja mayor información importante. La prueba estadística de correlación refleja una relación significativa (p< 0,05) entre la edad y el motivo de intento de suicidio, según la aplicación de la prueba estadística del Chi-cuadrado, con un 95% de confiabilidad.

Muy claramente esta información obtenida en el estudio, coincide con la información obtenida a nivel nacional por el Instituto Hideyo Noguchi (2006), que refiere que, en el año 2007 fallecieron por suicidio 329 personas en el Perú, de ellos 37 fueron menores de 18 años, entre niños y adolescentes. De esta cifra el 4 % pertenece al grupo de personas de 8 a 11 años; el 25.7 % al grupo de 12 a 14 años y el 70.3 % corresponde a 15 y 17 años.

Es apreciable en las cifras que nuestra realidad, no es ajena y se asemeja a las situaciones que ocurren a nivel nacional para el caso de intento y de suicidio, en general. Son en definitiva, los jóvenes quienes con mayor frecuencia atraviesan por esta realidad, particularmente, los adolescentes quienes se encuentran expuestos a conflictos emocionales, afectados principalmente por los problemas familiares que los conduce a tomar decisiones equivocadas inexcusables. Y, es necesario, en este aspecto, llamar la atención a la impunidad con que socialmente se trata esta problemática a nivel nacional, a partir de una políticas de salud dirigidas a los adolescentes, que mayormente contemplan aspectos de la salud reproductiva, sin tomar en cuenta los principios de atención de salud referidos a la integralidad, igualdad y ética, como se venía diciendo anteriormente. Es preciso, implementar medidas necesarias y estrategias de atención reconociendo, las necesidades biopsicosociales individuales y colectivas de este grupo poblacional, trabajo que no puede ser realizado en forma aislada, sino por el contrario con enfoques de la salud colectiva y reconociendo los reales factores determinantes de la salud enfermedad, donde el individuo, la familia, la colectividad, las instituciones como escuelas, universidades, iglesia, etc., deben integrarse para trabajar mancomunadamente en la prevención de, no solamente los intentos de suicidio, sino en todo lo que constituye la problemática del adolescente y de los jóvenes en general como lo es el alcoholismo, la drogadicción, la depresión, el bulling, la prostitución, etc.

Quispe (2010), en su estudio monográfico “Factores psicológicos asociados a la ideación suicida en los adolescentes”, concluye que la adolescencia es una etapa dolorosa en la cual el joven pasa por cambios difíciles que le produce ansiedad y depresión por lo que, una proporción de adolescentes muy significativa presentan ideación suicida. Por esto, la tentativa del suicidio es una de las conductas más significativas del adolescente. La manipulación de la idea de muerte en el adolescente suele ser frecuente.

Es necesario recalcar, particularmente que en la población adolescente se presentan varios problemas, ante los cuales no siempre puede encontrarse alternativas de solución para resolverlos, aunado a esto está atravesando una etapa de la vida en donde, por lo general predomina una conducta impulsiva y con baja tolerancia a la frustración, suele ser impaciente y aún no tiene las habilidades necesarias para superar sus conflictos. Esas conductas impulsiva, dicen los teóricos son las que inducen al intento de suicidio.

**Tabla n° 6. Relación entre el sexo y el motivo del intento de suicidio en usuarios del servicio de emergencia del Hospital Regional de Cajamarca, 2012.**

Motivo del Intento de suicidio	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		n°	%
	n°	%	n°	%		
Problemas familiares	7	29,2	17	39,5	24	35,8
Problemas de pareja	1	4,2	13	30,2	14	20,9
Problemas económicos	2	8,3	0	0,0	2	3,0
Alteraciones mentales	1	4,2	6	14,0	7	10,4
Accidental	5	20,8	1	2,3	6	9,0
No indica	8	33,3	6	14,0	14	20,9
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada por los investigadores-2012

Chi-Cuadrado: 19,1

p= 0,00182

p< 0,05

En la tabla se registra que, en la relación del sexo y el motivo del intento de suicidio son los problemas familiares que se presentan en un 39,5% en el sexo femenino y el 29,2% en los pacientes de sexo masculino. Los problemas de pareja representan el 30,2% en el sexo femenino y el 4,2% en el sexo masculino. En cuanto a los problemas económicos se presentan en un 8,3% en el sexo masculino. En el ítem alteraciones mentales, el sexo femenino tuvo un 14% y el masculino un 4,2%, en las causas accidentales el sexo masculino tuvo un 20,8%, el femenino 2,3% y en causas no indicadas 33,3% el sexo masculino y 14% el femenino.

Los resultados descritos muestran que fueron mujeres jóvenes las personas que mayormente acudieron al servicio de emergencia con el diagnóstico de intoxicación por sustancias desconocidas, que refleja en última instancia, que intentaron suicidarse y probablemente por diferentes problemas, en especial los familiares seguido por los problemas de pareja. Estos resultados coinciden con el estudio del Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchy (2002) donde se encontraron, consideraciones o pensamientos suicidas en el 30,3 % de la población encuestada: este tipo de pensamientos es más entre las mujeres (40,3 %) que entre los varones (19,6 %), a diferencia del suicidio consumado.

Otro estudio con cifras semejantes es el de Herrera y Ruiz (2009) que encontraron en 32 personas que intentaron suicidarse, la mayoría entre los 14 a 24 años, con predominio del sexo femenino y el mayor porcentaje de pacientes han desarrollado cuadros significativos de depresión.

Lo lamentable de los intentos de suicidio es el acto de suicidarse que concluye en el fallecimiento de las personas. Estos fallecimientos, hasta cierto punto prevenibles, manifiestan la necesidad de que la sociedad colabore tomando las medidas necesarias para evitar los suicidios. Estando nuestra población adolescente inmersa a la realidad Latinoamericana no escapa a la problemática sobre los intentos de suicidio, como se develo en el presente estudio, y sus condicionantes ya que la mayoría de países de nuestro continente tienen similares características sociodemográficas, económicas y culturales que influyen en la toma de decisiones de este grupo en especial, como se refiere en los antecedentes revisados en esta investigación.

Es necesario rescatar también algunas consideraciones culturales, en la comprensión de los resultados de este estudio, particularmente de la presente tabla, en lo que respecta a los porcentajes de “accidental y no indica”, en el ítem relación del sexo con el motivo de intento de suicidio, que son muy significativos. Teóricamente, se refiere que, generalmente la depresión es la mayor condicionante de los intentos de suicidio, sobre todo en los adolescentes y jóvenes y, también es reconocido que este problema de la depresión varía según las culturas. Estudios realizados en el Perú indican, que las personas de comunidades rurales cuando acuden a los servicios de salud, describen situaciones de sufrimiento psíquico a través de síntomas físicos como opresión en el pecho, palpitaciones, dolores de cabeza y otros. Cajamarca, es una ciudad que tiene un grande porcentaje de migrantes de la zona rural y del interior del departamento, probablemente entre esta población con intentos de suicidio, que no han sabido responder a la interrogante se encuentren en estos grupos poblacionales.

Con respecto al sexo, el estudio revela un mayor porcentaje de mujeres con intento de suicidio, situación que se justificaría por el hecho de que son las mujeres las que presentan más estrés (tensión), por las responsabilidades que desarrollan en la vida diaria. Más aún, en medios de pobreza y cuando su pareja no asume la cuota de responsabilidad que les corresponde respecto al cuidado de los hijos, la administración y el mantenimiento de la casa, generalmente las mujeres se ven abrumadas por la cantidad de actividades que tienen que desarrollar, incluido el trabajo o el

empleo. Se presenta también los casos de que las mujeres son jefas de hogar e incluso tienen que asumir el cuidado de otros integrantes de la familia como los padres ancianos.

La población que acude a un servicio del MINSA son en su mayoría de nivel socioeconómico pobre, como se ha establecido en el modelo de atención que tenemos en el país, entonces es comprensible, que los resultados reflejen una población pobre, joven y femenina la que, mayoritariamente está expuesta a los intentos de suicidio.

**Tabla n° 7. Relación entre el estado civil y el motivo del intento de suicidio en usuarios del servicio de emergencia del hospital regional de Cajamarca, 2012.**

Motivo del Intento de suicidio	Estado Civil								Total	
	Soltero		Casado		Conviviente		Separado			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Problemas familiares	19	45,2	0	0,0	5	25,0	0	0,0	24	35,8
Problemas de pareja	3	7,1	1	25,0	10	50,0	0	0,0	14	20,9
Problemas económicos	0	0,0	1	25,0	1	5,0	0	0,0	2	3,0
Alteraciones mentales	4	9,5	1	25,0	2	10,0	0	0,0	7	10,4
Accidental	6	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	9,0
No indica	10	23,8	1	25,0	2	10,0	1	100,0	14	20,9
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada por los investigadores-2012

Chi-Cuadrado: 32,5

p= 0,0054

p< 0,05

En la tabla número siete el motivo de intento de suicidio en solteros, el 45,2% se dio por problemas familiares, en convivientes, el 50% se dio por problemas de pareja. Importante también los porcentajes de “accidental” en los solteros y “no indica” en solteros y casados. Existe relación significativa ( $p < 0,05$ ) entre el estado civil y el motivo de intento de suicidio, según la aplicación de la prueba estadística del Chi-cuadrado con un 95% de confiabilidad.

El resultado tiene coincidencia con el estudio realizado por Rocha (1998) quién encontró que el suicidio es un hecho más frecuente en personas solteras, separadas, divorciadas o viudas, refiriendo que parece que el matrimonio actúa como un factor protector, especialmente si tienen hijos, tendencia más acentuada en la mujer. El estudio muestra que las personas solteras tienen tasas de

suicidio 2 veces superiores a los casados y, en el caso de viudos y divorciados las tasas son de 3 y 5 veces superiores. En confrontación con este estudio, los resultados obtenidos confirman que los problemas familiares afectan más a las personas de estado civil solteros, que al parecer no tienen factores protectores emocionalmente para afrontar sus problemas y superar este hecho de intentar suicidarse. Otro grupo, que encuentra vulnerable a intentar suicidarse y que requiere prestarle atención, son las personas que se encuentran conviviendo o en una relación que no les brinda la formalidad del caso para una estabilidad de pareja, siendo el sexo femenino el más afectado en esta situación ya que son los problemas de pareja (ejemplo por infidelidad) los que han impulsado a estos usuarios a intentar suicidarse.

En sociedades tradicionalistas como la nuestra, el matrimonio como evento sociocultural, en la percepción de la población, proporciona estabilidad y bienestar, más que todo a la mujer, si este se altera, se debilita o se destruye, posiblemente es la razón más justificadora que podemos dar a los resultados de nuestra investigación. Anteriormente, describimos la gran responsabilidad que significa para la mujer sobre todo joven el manejo de un hogar, para justificar que al enfrentarse a una gran responsabilidad de ser solamente conviviente o separada influye directamente en su equilibrio psicoafectivo y, al no recibir el tratamiento y la ayuda necesaria va a desembocar en el intento de suicidio. Las cifras reflejaron que los usuarios que intentan suicidarse vendrían a ser las que se encuentran en el estado civil solteros y los que pertenecen al estado civil convivientes, esto nos da a demostrar que en estos grupos no existe un ambiente de protección tanto de parte de su familia como de sus parejas, lo que los hace vulnerables a los problemas y tengan la tendencia a intentar quitarse la vida.

**Tabla n° 8. Relación entre el grado de instrucción y el motivo del intento de suicidio en usuarios del servicio de emergencia del hospital regional de Cajamarca, 2012.**

Motivo del Intento de suicidio	Grado de Instrucción								Total	
	Analfabeto		Primaria		Secundaria		Superior			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Problemas familiares	0	0,0	10	62,5	11	26,8	3	37,5	24	35,8
Problemas de pareja	0	0,0	2	12,5	9	22,0	3	37,5	14	20,9
Problemas económicos	0	0,0	1	6,3	1	2,4	0	0,0	2	3,0
Alteraciones mentales	0	0,0	1	6,3	6	14,6	0	0,0	7	10,4
Accidental	0	0,0	0	0,0	5	12,2	1	12,5	6	9,0
No indica	2	100,0	2	12,5	9	22,0	1	12,5	14	20,9
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada por los investigadores-2012

Chi-Cuadrado: 19,1

p= 0,223

p> 0,05

En la tabla n° 8, según el grado de instrucción los motivos que conllevaron al intento de suicidio fueron, en relación a problemas familiares, el 62,5% tenían primaria, secundaria el 26,8% en superior un 37,5%. No existe relación significativa ( $p > 0,05$ ) entre el grado de instrucción y el motivo de intento de suicidio, según la aplicación de la prueba estadística del Chi-cuadrado con un 95% de confiabilidad.

Rescatando la información de la tabla número, uno con respecto al grado de instrucción, obtuvimos que el 62% de los usuarios que acudieron al servicio de emergencia con intento de suicidio tuvieron secundaria. Contrastado con otros estudios realizados, entre estos de Dante Duran, Guido Mazzotti y Aldo Vivar (1999) en un estudio transversal, descriptivo y analítico de 62 pacientes que acudieron con historia de intento de suicidio al servicio de emergencia del Hospital General "Arzobispo Loayza", encontraron que los suicidas tenían educación secundaria. Datos similares a los encontrados por Heeren (1994) quien mostró 62,1% de suicidas con educación secundaria. Pérez et al., (1983) al igual que Cárdenas (1985) encontraron cifras elevadas de educación primaria (37,6% y 48,4% respectivamente) entre sus pacientes. La razón de estos datos es que se debe a que estos estudios fueron realizados en provincias chilenas, donde un gran porcentaje de la población estudia hasta el nivel primario. En nuestro estudio encontramos pacientes analfabetos, probablemente por la procedencia rural que cuenta nuestro departamento.

Con una visión de integralidad, podríamos afirmar que los resultados del estudio, muestran a personas usuarias con intento de suicidio, atendidas en el servicio de emergencia del HRC, por razones familiares y de pareja, indistintamente de su nivel educativo, que toman esta decisión tan radical. En cuanto a los problemas que conllevan a los usuarios a intentar quitarse la vida, según el grado o nivel educativo, representa una situación que nos invita a reflexionar como profesionales de salud, respecto de las medidas preventivas y de promoción a la salud y, más que todo al respeto a la vida personal y a la de otros. Cabría preguntarse si estos tópicos son tomados en cuenta en las tareas de formación a nivel primario y secundario, sobre todo, ya que es muy conocida la realidad educativa en los centros superiores como las universidades e institutos, espacios donde se ha dejado de lado el valor de la formación humanística en las profesiones y oficios.

La realidad social nos muestra que no es extraño ni eventual que estudiantes y/o profesionales tomen decisiones como del intento de suicidio, cuando no se encuentran salidas a los problemas personales, de pareja, de familia y laborales. Nuestras sociedades latinoamericanas carecen de programas para preparar a las personas a enfrentarse a nuevos roles, como el rol de ser padres, el rol de trabajador, etc. Situación que refleja el poco o nulo interés de nuestros sistemas gubernamentales por el ciudadano peruano.

**Tabla nº 9. Relación entre la ocupación y el motivo del intento de suicidio de usuarios del servicio de emergencia del hospital regional de Cajamarca, 2012.**

Motivo del intento de suicidio	Ocupación						Total	
	Estudiante		Ama de casa		Desocupado		nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%		
Problemas familiares	16	53,3	8	24,2	0	0,0	24	35,8
Problemas de pareja	2	6,7	12	36,4	0	0,0	14	20,9
Problemas económicos	0	0,0	2	6,1	0	0,0	2	3,0
Alteraciones mentales	3	10,0	4	12,1	0	0,0	7	10,4
Accidental	5	16,7	1	3,0	0	0,0	6	9,0
No indica	4	13,3	6	18,2	4	100,0	14	20,9
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada por los investigadores-2012

Chi-Cuadrado: 39,8

p= 0,00048

p< 0,05

La tabla número nueve indica que los problemas familiares son causa de intento de suicidio en un 53,3% en los estudiantes, seguido de un 36,4% por problemas de pareja, en las amas de casa y el 24,2% por problemas familiares también en esta población. Existe relación significativa ( $p < 0,05$ ) entre la ocupación y el motivo de intento de suicidio, según la aplicación de la prueba estadística del Chi-cuadrado con un 95% de confiabilidad.

Estos resultados tienen divergencia con los estudios de Duran y Col. (1999) quienes refieren que respecto al total de casos de su estudio, el 40,3% se encontraba desempleado y el 24,2% estudiaba. Otros datos encontrados son los de Rihmer (1996), que menciona que la relación de intento de suicidio con el desempleo está ampliamente aceptada y este grupo social constituye un grupo de alto riesgo. En relación a nuestro estudio quienes forman parte del grupo que intentó suicidarse fueron los usuarios estudiantes y los que tienen por ocupación amas de casa, es decir mujeres, datos que coinciden con los estudios a nivel nacional realizados por Castañeda (1983) en un estudio nacional de 18 casos de intento de suicidio en un hospital general.

Estos estudios claramente muestran el relacionamiento de estos ítems en el intento de suicidio y, volvemos a resaltar, lamentablemente, no se viene trabajando en los programas de salud de la mujer y del adolescente los temas relacionados con el valor a la vida y a la vida de los otros.

No en tanto, que la desocupación no se registra como relacionada en los intentos de suicidio en el grupo de estudio, es posible que se refleje en los ítems, “accidental y no indica”, toda vez que esta dimensión de la persona es muy importante tomarla en cuenta, rescatando que el estar ocupados significa tener responsabilidades, obligaciones y, sobre todo, tener que desempeñarse como un ser útil, productivo y creativo lo que conlleva consecuentemente a una estabilidad psicoafectiva. Teóricamente se ha demostrado que la desocupación conlleva a una falta de autoestima, crisis, estrés y a una serie de problemas psicoafectivos, así como a la búsqueda del intento de suicidio. Para el caso de la mujer, el tema de ocupación, ama de casa, no viene siendo reconocido ni siquiera por las mismas mujeres como un trabajo o actividad productiva. Es posible, en esta investigación que esta información no refleje verdaderamente la realidad del intento de suicidio teniendo como causa esta ocupación de ama de casa con las múltiples responsabilidades y problemas que lleva consigo. Culturalmente, esta situación es aceptada por nuestra sociedad y pasa desapercibida para

**“Características Sociodemográficas y el Intento de Suicidio Identificados a través de las Historias Clínicas del Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Cajamarca, Durante el Periodo 2012”**

el público, en general y, lo lamentable es que también no haya sido tomada en cuenta a nivel de los programas de protección al ciudadano y a la mujer en particular.

**Tabla nº 10. Relación entre la procedencia y el motivo del intento de suicidio en usuarios del servicio de emergencia del hospital regional de Cajamarca, 2012.**

Motivo del Intento de suicidio	Procedencia				Total	
	Rural		Urbana		nº	%
	nº	%	nº	%		
Problemas familiares	6	25,0	18	41,9	24	35,8
Problemas de pareja	6	25,0	8	18,6	14	20,9
Problemas económicos	0	0,0	2	4,7	2	3,0
Alteraciones mentales	3	12,5	4	9,3	7	10,4
Accidental	4	16,7	2	4,7	6	9,0
No indica	5	20,8	9	20,9	14	20,9
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada por los investigadores-2012

Chi-Cuadrado: 5,27

p= 0,3833

p> 0,05

Según la procedencia, son los problemas familiares la causa del intento de suicidio en el 41,9% que viven en la zona urbana y en un 25% en la zona rural, en segundo lugar los problemas de pareja representan el 25%, en pacientes de la zona rural y el 18,6% son pacientes de la zona urbana. No existe relación significativa ( $p > 0,05$ ) entre la procedencia y el motivo de intento de suicidio, según la aplicación de la prueba estadística del Chi-cuadrado, con un 95% de confiabilidad.

Los resultados no convergen con el estudio de Cárdenas (1985), en Chile que encontró en la provincia de Talca, que el 75% de su población suicida era de procedencia rural y el 25% de procedencia urbana. Según el Análisis Situacional de Salud de Cajamarca (2010), el Departamento de Cajamarca reportaba 107 intentos de suicidios, de los cuáles 32,7% (35) se han presentado en la Red Cajamarca, 28,9% (31) en la Red Celendín, 14% en la Red Cajabamba, en la Red San Marcos 7,4%, 5,6% en la Red San Miguel, 6,5% en la Red Contumazá y 4,6% en la Red San Pablo.

El censo del INEI del año 2007, revela que la población total en Cajamarca es de 1.387.809 habitantes, de los cuales 453. 977 pertenecen a la zona urbana y 933. 832 a la zona rural.

En la tabla número 1 de nuestro estudio la mayoría de pacientes (64,2%) provenían del área urbana en tanto que los pacientes del área rural fueron el 35,8%, esto puede explicarse por la ubicación del centro hospitalario donde se realizó el estudio cuya ubicación es accesible principalmente para la zona urbana, si tomamos en cuenta que existen hospitales en áreas periféricas de la ciudad, probablemente estos centros reciben mayor afluencia de pacientes provenientes de áreas rurales.

Como podemos apreciar en el estudio realizado no es determinante la procedencia del usuario para los diferentes motivos que le impulsaran a intentar suicidarse ya que estas situaciones se presentan sin importar la zona donde la persona vive. Sin embargo, cabría la necesidad de tomar en cuenta la determinante cultural para futuros estudios, más que todo de tipo cualitativo, que nos permitiría tener una mejor visión de esta problemática del intento y del suicidio en particular, toda vez que desde una visión integral existen numerosos factores familiares, socioculturales e individuales que explican la conducta suicida, particularmente en los adolescentes y en las mujeres. Generalmente, se trata de un conjunto de situaciones que sobrepasan la capacidad de afrontamiento de los adolescentes, por ejemplo: problemas de orden familiar como la violencia o el alcoholismo, distanciamiento de los padres, aislamiento, dificultades para expresar sentimientos emociones, problemas de adaptación en la escuela, o problemas individuales como el abuso de drogas.

Autores latinoamericanos refieren que puede presentarse una crisis suicida en los adolescentes que involucra a dos personas: el suicida, y una persona que le resulta importante o significativa. Generalmente ha existido una relación dependiente entre ambos, y algún conflicto produce la ruptura que afecta al adolescente y lo convierte en un suicida potencial. Las pérdidas importantes como amigos, amores, trabajo o salud, pueden ser factores precipitantes de ideas de suicidio. Generalmente estos aspectos de esta problemática no son tomados como registro en las historias clínicas, como se ha llegado a verificar en el presente estudio.

**Tabla n° 11. Relación entre la religión y el motivo del intento de suicidio en usuarios del servicio de emergencia del Hospital Regional de Cajamarca, 2012.**

Motivo del Intento de suicidio	Religión						Total	
	Católico		Evangélico		Ninguna		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Problemas familiares	22	35,5	2	66,7	0	0,0	24	35,8
Problemas de pareja	11	17,7	1	33,3	2	100,0	14	20,9
Problemas económicos	2	3,2	0	0,0	0	0,0	2	3,0
Alteraciones mentales	7	11,3	0	0,0	0	0,0	7	10,4
Accidental	6	9,7	0	0,0	0	0,0	6	9,0
No indica	14	22,6	0	0,0	0	0,0	14	20,9
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada por los investigadores-2012

Chi-Cuadrado: 10,4

p= 0,409

p> 0,05

La tabla 11 registra que la relación entre problemas familiares e intento de suicidio es mayoritariamente frecuente en las personas de religión católica. En los evangélicos, los problemas familiares representan el 66,7% y el 33,3% son problemas de pareja, el motivo del intento de suicidio. No existe relación significativa ( $p > 0,05$ ) entre la religión y el motivo de intento de suicidio, según la aplicación de la prueba estadística del Chi-cuadrado con un 95% de confiabilidad.

Los resultados tienen convergencia con el estudio de Dante Duran, Guido Mazzotti y Aldo Vivar (1999): de los 62 pacientes, se encontró un gran predominio de la religión católica (87,1%), seguido de la religión evangélica (6,5%), otras religiones (4,8%) y ninguna religión (1,6%).

Según el último censo en nuestro país (2007), el 88,5% de peruanos profesa la religión católica, el 7,1% la religión evangélica, el 2,5% otras religiones y el 1,9% ninguna religión (fuente: INEI) y en la región Cajamarca el 82,7% profesa la religión católica mientras que otras religiones el 17,7%, estos datos nos muestran que la religión más preponderante en nuestra población que para nuestro estudio solamente nos servirá como referencia ya que los resultados obtenidos la religión no vendrá a ser una variable significativa para el intento de suicidio.

Para nuestro estudio la religión no fue un aspecto determinante en cuanto a los motivos que impulsaron al usuario a tomar la decisión de quitarse la vida. Sin embargo es un factor cultural muy

importante a tenerse en cuenta en investigaciones posteriores con enfoques cualitativos, con la finalidad de tener otro ángulo de comprensión de este grave problema.

La población cajamarquina, histórica y tradicionalmente se ha caracterizado por ser católica y fielmente practicante, sin embargo con la industrialización y la modernidad culturalmente se viene percibiendo el cambio de actitudes en las familias, respecto de la religión. Es observable la presencia de muchos otros grupos religiosos, en la ciudad de Cajamarca que vienen realizando diversos eventos y captando jóvenes para sus grupos. Esta situación debe ser motivadora para las instituciones de salud y educación, para el trabajo integrado de captación de jóvenes y desarrollo de estrategias de prevención y promoción de la salud. Particularmente, el trabajo de prevención del suicidio que, lamentablemente no viene desarrollándose a ningún nivel.

En base a los resultados obtenidos en el estudio, podemos inferir que el supuesto hipotético se ha verificado.

## **CONCLUSIONES**

1. Se verifico el supuesto hipotético determinando que existe relación significativa entre algunas características sociodemográficas y el intento de suicidio en usuarios detectados en las historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Regional de Cajamarca, en el periodo 2012.
2. Con respecto a las características sociodemográficas se determinó que la población de estudio fue predominantemente de sexo femenino, de edad que oscila entre los 10 a 20 años y de procedencia urbana.
3. En relación al aspecto sociocultural se encontró que la población tiene las siguientes características de estado civil soltero, con estudios de nivel secundario, de ocupación ama de casa y de religión católica.
4. Las características sociodemográfica descritas, muestran una población divergente, con porcentajes significativos que podrían estar relacionados con los intentos de suicidio, no solamente en cuanto a la edad, sino respecto al grado de instrucción, que en su mayoría son de instrucción secundaria completa, procedentes de la zona urbana y religión con casi el cien por ciento católica. Las otras características sociodemográficas como son edad, con más del cincuenta por ciento jóvenes entre 10 a 20 años, muy preocupante, el sexo femenino sorprendentemente elevado también con más del cincuenta por ciento de la población estudiada, también en cuanto a la ocupación (en su mayoría amas de casa y estudiantes) y el estado civil de solteros, elevado.
5. Las principales motivaciones para el intento suicida fueron los problemas familiares, seguido de los problemas de pareja.
6. La mitad de los usuarios atendidos con intento de suicidio fueron atendidos con una terapia psicológicas quienes fueron diagnosticados con depresión la otra mitad fueron dados de alta sin ninguna evaluación psicológica ni psiquiátrica.

## **RECOMENDACIONES**

Por su frecuencia y magnitud, el intento de suicidio merece mayores estudios en nuestro medio. En base a los hallazgos del estudio sugerimos:

- 1.- La mejora del protocolo para el manejo del intento de suicidio en los servicios de emergencia de los hospitales, con el objeto de poder definir la gravedad del intento suicida y decidir que pacientes ameritan permanencia en emergencia, hospitalización, transferencia a un hospital o centro psiquiátrico y seguimiento domiciliario.
- 2.- Establecer registros adecuados y completos de los paciente que han sido atendidos en los servicios de salud con intento de suicidio, para poder identificarlo adecuadamente contribuyendo de esta manera a facilitar el seguimiento del paciente y también ayudando a los profesionales e investigadores en el campo de la salud mental realizando así estudios más minuciosos e integrales.
- 3.- Contar con un psiquiatra o residente de psiquiatría en los servicios de emergencia de los hospitales, sobre todo para la evaluación de los pacientes suicidas que no requieren hospitalización, con el objeto de detectar enfermedades psiquiátricas y determinar su seguimiento por consultorio externo.
- 4.- En la evaluación del paciente suicida, debe ponerse mayor énfasis en el reforzamiento del ámbito sentimental y familiar en el que se desarrolla el paciente, ya que son estos factores los que desencadenan con mayor frecuencia un acto suicida en nuestro medio, y su adecuada intervención, podría evitar futuros episodios.
- 5.- Realizar más estudios en este campo, en un período anual, con un mayor número de pacientes y el estudio de otras variables, que nos ayuden a entender mejor este fenómeno tan complejo.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. **Amezquita M. ,González P. , Zuluaga M.** Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8°, 9°, 10° Y 11° Grado, En Ocho Colegios Oficiales De Manizales-Colombia. Setiembre 2008
2. **Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahlsgaard KK, Grisham JR.** Suicide ideation at its worst point a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav.* Estados Unidos de Norteamérica. 2001.
3. **Bernal M., Haro J., Bernert S.** ESEMED/ MHEDEA Investigators. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J AffectDisord* 2007.
4. **Calvo M., Viscardi N., Dajas F.** Desesperanza, conducta suicida y consume de alcohol y drogas en adolescentes de Uruguay.2007
5. **Cárdenas R.** Estudio descriptivo del intento de suicidio en pacientes atendidos en el Servicio de Urgencia del Hospital Regional de Talca. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat. Chile.* 1985.
6. **Carol P. y Miguel M.** Pontificia Universidad Católica De Chile Escuela De Medicina. Chile 2001.
7. **Castañeda, G.** Estudio clínico de 18 casos de intento de suicidio en el Hospital General Base Cayetano Heredia. Tesis de Bachiller en Medicina UPCH, Lima-Perú 1983.
8. **Casullo M, .Bonaldi P, .Fernández M.** Comportamientos suicidas en la adolescencia; Morir antes de la muerte. Editorial Lugar Losada. Buenos Aires-Argentina.2002
9. **Concha A, Villaveces A.** OPS. Guías para la vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones. 2001.

10. Cordova M., Rosales JC, .Eguiluz L. La ideación suicida en Jóvenes: Indicadores Psicosociales en México. 2005
11. Dirección de Salud IV Lima Este. Análisis de situación de salud, Lima: DISA IV. 2003
12. Duran D, Mazzotti G, Vivar A. Intento de suicidio y depresión mayor en el servicio de emergencia de un hospital general Perú. . 1999
13. Émile Durkheim Libro primero: Factores extra sociales –capítulo primero: el suicidio y los estados psicopáticos. 6ta Edición. Humanes- Madrid. 2008.
14. Escalante, M., Uribe, R. Curitomay, J. Programa de Salud Mental. Ministerio de Salud. MINSa: Lima, 2001.
15. Galarza N. Sobre como diferenciar entre un gesto y un intento suicida en la práctica diaria de la psiquiatría. Latinoamericana virtual de psiquiatría. 2001.
16. Giddens, Anthony. Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas. Capítulo 4. Taurus, Madrid, 2000.
17. Gil ER. Departamento de estadísticas del policlinico principal de urgencia – Revista Cubana Enfermería. v.20 n.2 Ciudad de la Habana - Cuba. 2004.
18. Goldman, Beth y Levy, Roland. “Emergency Psychiatry” In: Goldman, Howard. Review of General Psychiatry. Ed. Appleton & Lange 2000.
19. Gómez C. y Col. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. Revista Colombiana de Psiquiatría. vol.31 no.4 Bogotá. 2002.
20. Guibert Reyes W., Roldán A. Revista Cubana de Medicina General Integral Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. Cuba. 2001

21. Herrera V. y Ruiz C. Intento de suicidios en Cajamarca hospital regional de Cajamarca, enero 2009.
22. Heeren, R. Estudio descriptivo del intento de Suicidio en pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi entre 1985 Y1993. Tesis de Bachiller de Medicina UPCH, Lima-Perú 1994.
23. Heikkinen, M. Recent Life Events and Suicide in Personality Disorders. J. Nerv. Ment. Dis. 1997.
24. Huamán A. y Col. Factores biológicos, psicológicos, sociales y estacionales que condicionan el intento de suicidio en pacientes que acuden a emergencia del Hospital Regional de Cajamarca 2003-2004.
25. Inastrilla E. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida, policlínicos “Reina” y “Van Troi” Habana – Cuba. 1998-1999.
26. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi" Estudio epidemiológico metropolitano de salud mental. Perú. 2000.
27. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi Estudio epidemiológico de salud mental en la sierra peruana 2003. Informe general. Lima. 2003
28. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi ".Estudio epidemiológico de salud mental en la selva peruana. Informe general. Perú. 2004
29. Jeanette Vega, Orielle Solar, Alec Irwin. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud- Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción.2005

30. Joiner T. Teoría sobre el Suicidio recuperado el 16 de mayo de la página: M:/ estudios de suicidio / Nueva teoría sobre el suicidio, htm. 2005
31. Martínez J. Factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes Atendidos en Hospital Roberto Calderón. Mexico. 2004- 2005
32. Med. Int. Proudfoot, A. Acute poisoning: Principles of management. 1989.
33. Moncada E. Intento de Suicidio en pacientes atendidos en el Hospital Modesto Agurcia Moncada. Nicaragua. 2001.
34. Mosquera A. Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Hermilio Valdizán. Lima- Perú. 2000- 2001.
35. Oquendo MA, .Kamali M, Ellis SP, et al. Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. Am J Psychiatry. EE.UU. 2002
36. Organización Mundial de la Salud Informe sobre la salud en el mundo; Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas 2001.
37. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra 2005.
38. Pérez M. y Vielma M. Intentos de suicidio atendidos en el Hospital Regional de Concepción. Cuad. Méd. Soc.Chile. 1988.
39. Quispe SG. Monografía “Factores psicológicos asociados a la ideación suicida en los adolescentes”.2010.

40. Rihmer, Z. Strategies of suicide prevention: Focus on health care. J. Affect. Disord. Budapest, Hungría 1996.
41. Santos E. H. Intento de suicidio en Cajamarca –Hospital Regional de Cajamarca. Febrero 2008.
42. Saravia, M. Instituto Gestalt de Lima 2007.
43. Sarró, B. Concepto de suicidio y tentativa de suicidio. Rev. Psiq. Psicol. Med. (Barcelona-España) 1984.
44. Suarez, M. Suicidio en adolescentes. El diván.com. Buenos Aires Argentina.2005
45. Rocha N, Vanegas J, Dávila E Condiciones asociadas al suicidio en jóvenes de 15 a 34 años en seis departamentos seleccionados de Nicaragua 1998.
46. Ruiz. Las relaciones sentimentales en la adolescencia satisfacción, conflictos y violencia estudio concluye en una aproximación descriptiva al estudio de la calidad de las relaciones sentimentales adolescentes y a la presencia de comportamientos violentos en estas primeras relaciones.1998.
47. Torres L. y Col. Valoración de algunos aspectos relacionados con el intento suicida en pacientes jóvenes con trastornos de personalidad. Rev. Cubana Med. Milit. Cuba. 2005.
48. Vallejo, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Salvat Editores, S. A. (1986).
49. Vásquez F. Estudio de intento de suicidio en el servicio de emergencia del instituto de salud mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” – Análisis de salud mental. 2004.
50. Vega Piñeiro M, Blasco Fontecilla H, Baca García E, Díaz Sastre C. El suicidio. Salud Global, Salud Mental. 2002.

51. Weber Max. Encyclopedia Britannica Online. 2009.
52. Weissman M. Suicidal behavior in depressed children grown up: Preliminary results of a longitudinal study. In: Psychiatric Annals. 1999.
53. <http://es.scribd.com/doc/85113007/tesis-suicidio>
54. <http://escuela.med.puc.cl/publ/TemasMedicinaInterna/intoxicaciones.html>
55. <http://www.revistahph.sld.cu/hph0209/hph11209.html>.
56. <http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/Medicos/Protocolos/Medicos/IT384%20Urgencias%20toxicologicas.pdf>

# **ANEXOS**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE: "CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL INTENTO DE SUICIDIO EN USUARIOS IDENTIFICADOS A TRAVÉS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA, DURANTE EL PERIODO 2012"

Condición del paciente:

Diagnósticos: Intoxicación por Sustancia Desconocida.

1.- información del paciente:

NOMBRE : .....

EDAD : .....

SEXO : Masculino ( ) Femenino ( )

FECHA DE INGRESO:.....

ESTADO CIVIL : .....

GRADO DE INSTRUCCIÓN:.....

OCUPACION:.....

PROCEDENCIA : Urbana ( ) Rural ( )

RESIDENCIA : .....

DIRECCION : .....

RELIGION : .....

MOTIVO DEL INTENTO DE SUICIDIO: .....

LUGAR DE DESTINO: .....

RESPONSABLES : -BACH. ENF. OCAS HUACCHA, ROCIO DEL PILAR

- BACH. ENF. TORRES ALVAREZ, MANUEL FROILAN.