

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**FACTORES PERSONALES, FAMILIARES Y SOCIALES DE LA
CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES DE LA UNIDAD
DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2020-2022**

TESIS

Presentada por:

Bach. Maite Leonora Gamarra Barrios

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA – PERÚ

2023

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**FACTORES PERSONALES, FAMILIARES Y SOCIALES DE LA CONDUCTA
SUCIDA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022**

TESIS

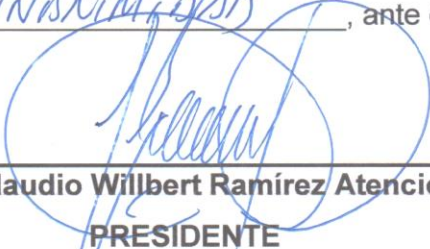
Presentada por:

Bach. MAITE LEONORA GAMARRA BARRIOS

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobada por , ante el siguiente jurado:



Dr. Claudio Willbert Ramírez Atencio
PRESIDENTE



Dr. Jaime Edgar Miranda Benavente
MIEMBRO



Méd. José Alberto Revilla Urquiza
MIEMBRO




Mgr. Eddy Richard Vicente Choque
ASESOR

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo Eddy Vicente Choque en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N°12123-2023-FACS-UNJBG de la tesis de investigación titulado: **FACTORES PERSONALES, FAMILIARES Y SOCIALES DE LA CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022**. Presentado por la Bachiller Maite Leonora Gamarra Barrios para optar el Título profesional de MÉDICO CIRUJANO. Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajo de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del **software de similitud textual TURNITIN** cuenta con el **nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 8%**. Por lo que, **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** de la tesis enunciada líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para la obtención de TÍTULO PROFESIONAL, según corresponda consiguientemente la publicación en el repositorio institucional.

FIRMA ASESOR


Mgr. Eddy Vicente Choque
DNI: 41607939
Médico Psiquiatra C.M.P.: 046126



FIRMA TESISTA


Maite Leonora Gamarra Barrios
DNI: 76129123



DEDICATORIA

A Dios, fuente de fortaleza y sabiduría, que ilumina mi camino en los momentos más desafiantes y ser mi guía hacia el logro de mis metas.

A mis padres, Samuel y María, cuyo amor y apoyo incondicionales han sido el pilar fundamental de mi camino académico y personal. Vuestra guía y aliento han sido la luz que me ha guiado a lo largo de esta desafiante pero hermosa carrera, inspirándome a superar diversos obstáculos y alcanzar mis sueños.

A mis compañeros de vida, cuya lealtad y amor incondicional han llenado cada día de mi vida de alegría y consuelo, vuestra presencia cariñosa y travesuras han sido mi rayito de sol en momentos difíciles, Mimi, Pepón y Tita.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Jorge Basadre Grohmann, por brindarme la invaluable oportunidad de formarme como profesional de la salud en un entorno académico enriquecedor y estimulante. A lo largo de mi trayectoria educativa, he sido testigo del compromiso de esta institución con la excelencia académica y el desarrollo integral de sus estudiantes.

A todos mis docentes cuya pasión por la enseñanza y dedicación a la excelencia académica han sentado las bases de mi formación con sus lecciones magistrales, compromiso con la excelencia y estímulo constante han sido la inspiración que me ha impulsado a superar desafíos y a crecer en mi búsqueda del conocimiento. Vuestra influencia perdurará en mi educación y en mi vida, y les estoy de todo corazón agradecida por su impacto duradero en mi desarrollo académico y personal.

A mi asesor Eddy Vicente Choque, cuya orientación experta, dedicación y paciencia han sido fundamentales en el desarrollo de este trabajo. Sus valiosos aportes, retroalimentación constructiva y visión crítica han enriquecido significativamente este proyecto y han sido una guía indispensable a lo largo de este proceso de investigación.

A mis padres Samuel Gamarra y María Barrios por su infinito amor, apoyo y sacrificio a lo largo de mi vida y de mi educación.

A mi enamorado Juan Samuel por ser mi compañero y confidente, por su apoyo incondicional, consejos y palabras de aliento en cada etapa de la realización del trabajo.

Gracias.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	xix
ABSTRACT	xx
INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	04
1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	04
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	07
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	07
1.4. OBJETIVOS.....	09
1.4.1. Objetivo general	09
1.4.2. Objetivos específicos.....	09
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	10
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	10
2.1.1. Internacionales	10
2.1.2. Nacionales.....	15
2.1.3. Locales	20
2.2. BASES TEÓRICAS	24
2.2.1. Conducta suicida	24
2.2.2. Factores personales	24
2.2.3. Factores familiares	36

2.2.4. Factores sociales.....	38
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	39
2.3.1. Conducta suicida	39
2.3.2. Ideación suicida.....	39
2.3.3. Suicidio.....	39
2.3.4. Gesto suicida.....	40
2.3.5. Trastorno mental	40
2.3.6. Abuso sexual.....	40
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	41
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
3.2.1. Población.....	41
3.2.2. Criterios de selección	41
3.3. VARIABLES.....	42
3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO	45
3.4.1. Técnicas	45
3.4.2. Instrumentos.....	45
3.5. TRATAMIENTO DE DATOS.....	45
3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	45
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	48
4.1. RESULTADOS	48
4.2. DISCUSIÓN.....	93
CONCLUSIONES	124

RECOMENDACIONES	125
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	126
ANEXOS	143

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01 Casos de conducta suicida según el año en pacientes de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	49
TABLA N° 02 Promedio de edad de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	51
TABLA N° 03 Género de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	53
TABLA N° 04 Estado civil de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	55
TABLA N° 05 Grado de instrucción de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de	57

	Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	
TABLA N° 06	Religión de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	59
TABLA N° 07	Orientación sexual de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	61
TABLA N° 08	Situación laboral de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	63
TABLA N° 09	Situación económica de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	65
TABLA N° 10	Enfermedad no mental en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de	67

	Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	
TABLA N° 11	Trastornos mentales en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	69
TABLA N° 12	Conducta suicida previa en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	71
TABLA N° 13	Uso de drogas en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	73
TABLA N° 14	Tocamientos y/o abuso sexual en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	75
TABLA N° 15	Historia familiar de suicidio en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de	77

	Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	
TABLA N° 16	Trastorno mental en la familia de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	79
TABLA N° 17	Dinámica familiar en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	81
TABLA N° 18	Violencia familiar en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	83
TABLA N° 19	Separación y/o fallecimiento de un familiar en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	85
TABLA N° 20	Apoyo familiar en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización	87

del Departamento de Salud Mental del Hospital
Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022

TABLA N° 21	Rendimiento académico de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	89
TABLA N° 22	Apoyo social en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 01 Casos de conducta suicida según el año en pacientes de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	50
GRÁFICO N° 02 Promedio de edad de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	52
GRÁFICO N° 03 Género de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	54
GRÁFICO N° 04 Estado civil de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	56
GRÁFICO N° 05 Grado de instrucción de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de	58

	Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	
GRÁFICO N° 06	Religión de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	60
GRÁFICO N° 07	Orientación sexual de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	62
GRÁFICO N° 08	Situación laboral de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	64
GRÁFICO N° 09	Situación económica de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	66
GRÁFICO N° 10	Enfermedad no mental en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de	68

	Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	
GRÁFICO N° 11	Trastornos mentales en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	70
GRÁFICO N° 12	Conducta suicida previa en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	72
GRÁFICO N° 13	Uso de drogas en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	74
GRÁFICO N° 14	Tocamientos y/o abuso sexual en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	76
GRÁFICO N° 15	Historia familiar de suicidio en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de	78

	Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	
GRÁFICO N° 16	Trastorno mental en la familia de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	80
GRÁFICO N° 17	Dinámica familiar en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	82
GRÁFICO N° 18	Violencia familiar en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	84
GRÁFICO N° 19	Separación y/o fallecimiento de un familiar en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022	86
GRÁFICO N° 20	Apoyo familiar en los pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de Hospitalización	88

del Departamento de Salud Mental del Hospital
Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022

GRÁFICO N° 21 Rendimiento académico de los pacientes con
diagnóstico de conducta suicida de la Unidad de
Hospitalización del Departamento de Salud Mental
del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022 90

GRÁFICO N° 22 Apoyo social en los pacientes con diagnóstico de
conducta suicida de la Unidad de Hospitalización
del Departamento de Salud Mental del Hospital
Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022 92

RESUMEN

Objetivo: Conocer los factores personales, familiares y sociales de la conducta suicida en pacientes de la unidad de hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020 - 2022

Materiales y métodos: Se desarrolló una investigación de tipo observacional, de nivel descriptivo, con carácter retrospectivo, realizado en 102 pacientes hospitalizados en el Servicio de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Se revisaron historias clínicas por medio del uso de una ficha de recolección de data.

Resultados: Se encontró un total de 102 pacientes con conducta suicida. El 65,69% de pacientes eran mujeres, el 53,92% tenía educación secundaria, el 66,67% trabaja de manera eventual y el 76,47% se encontraba en situación de pobreza. El 25,49% presentaba enfermedad no mental, y el 52,94% además de conducta suicida presentaba trastorno depresivo. El 50,98% presentó conducta suicida previa. El 58,82% de los participantes consumía alcohol. El 23,53% de pacientes refirieron el haber sido víctimas de abuso sexual. La mayoría de los pacientes no tenía historia familiar de suicidio ni de trastornos mentales con 94,12% y 62,75% respectivamente; el 79,41% indicó tener una familia disfuncional y un 57,84% de la población presentó antecedente de pérdida y/o separación de un familiar. **Conclusión:** La edad promedio fue 27,4 años, siendo la mayoría mujeres, solteros, y en situación de pobreza. La enfermedad mental más frecuente fue el trastorno depresivo. La droga más consumida fue el alcohol. La dinámica familiar en su mayoría fue disfuncional y más del 50% de la población tuvo antecedente de pérdida y/o separación de un familiar.

Palabras clave: conducta suicida, salud mental, factores personales, factores sociales (DeCS Bireme)

ABSTRACT

Objective: To know the personal, family and social factors of suicidal behavior in patients in the hospitalization unit of the Mental Health Department of the Hipólito Unanue Hospital in Tacna during the period 2020 – 2022. **Materials and methods:** Observational research was developed, descriptive level, retrospectively, carried out in 102 patients hospitalized in the Mental Health Service of the Hipólito Unanue Hospital in Tacna. Medical records were reviewed and a data collection form was used. **Results:** A total of 102 patients with suicidal behavior were found. 65.69% of patients were women, 53.92% had secondary education, 66.67% worked casually and 76.47% were in poverty. 25.49% had a non-mental illness, and 52.94%, in addition to suicidal behavior, had a depressive disorder. 50.98% presented previous suicidal behavior. 58.82% of the participants consumed alcohol. 23.53% of patients reported having been victims of sexual abuse. The majority of patients had no family history of suicide or mental disorders with 94.12% and 62.75% respectively; 79.41% indicated having a dysfunctional family and 57.84% of the population had a history of loss and/or separation of a family member. **Conclusion:** The average age was 27.4 years, with the majority being women, single, and in poverty. The most common mental illness was depressive disorder. The most consumed drug was alcohol. The family dynamics were mostly dysfunctional and more than 50% of the population had a history of loss and/or separation from a family member. **Keywords:** suicidal behavior, mental health, personal factors, social factors (MESH)

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida es un fenómeno de gran relevancia en el ámbito de la salud mental, constituyendo una preocupación significativa a nivel global. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, cada año, cerca de 800,000 personas mueren por suicidio, lo equivalente a un suicidio realizado cada 40 segundos. (1,2)

Esta condición médica se describe como el desarrollo de pensamientos de autolesión que pueden llevar a la realización del acto suicida. Esta conducta tiene etiología multifactorial, siendo el resultado de una decisión voluntaria, motivos inconscientes y trastornos mentales que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y los impulsos.(3)

Si bien es un fenómeno complejo y multifacético, la comprensión de sus factores de riesgo y desencadenantes es esencial para la prevención y el tratamiento efectivo. En este contexto, se ha observado que los factores personales, familiares y sociales desempeñan un papel crucial en la génesis y evolución de la conducta suicida. (4)

Los factores personales se refieren a las características individuales de un paciente que pueden influir en su riesgo de suicidio. Esto incluye antecedentes de trastornos mentales, historia de intentos de suicidio previos, creencias religiosas, abuso sexual y uso de drogas. Asimismo, el antecedente de intentos de suicidio previos se ha identificado como un factor de riesgo importante para futuros intentos y suicidios consumados. (5,6)

De igual forma, los factores familiares también juegan un papel crucial en la conducta suicida. Un ambiente familiar disfuncional caracterizado por la falta de apoyo emocional, una comunicación deficiente, falta de cumplimiento de roles, violencia familiar, tanto verbal como física, y la presencia de conflictos interpersonales puede contribuir significativamente al deterioro del bienestar psicológico del paciente. Es por ello que la implicación de la familia en la terapia y la promoción de un ambiente de apoyo son estrategias importantes para abordar estos factores. Además, las condiciones socioeconómicas precarias, como la falta de vivienda o el desempleo, pueden crear una carga adicional de estrés que contribuye al riesgo suicida. (6)

Por último, los factores sociales también influyen de manera significativa en la conducta suicida. El aislamiento social, la discriminación y el estigma relacionado con los trastornos mentales pueden agravar la sensación de desesperanza en estos individuos. (7)

En vista de la complejidad de esta patología, es esencial abordar la conducta suicida desde una perspectiva integral que considere tanto factores personales, como familiares y sociales. La identificación temprana de los pacientes en riesgo, la intervención adecuada y la atención a largo plazo son fundamentales para prevenir el suicidio y mejorar la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales.

El objetivo de esta investigación fue conocer los factores personales, familiares y sociales de la conducta suicida en pacientes de la unidad de hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue

de Tacna durante el periodo 2020 – 2022, con el propósito de explicarlos de una manera clara y poder tomar acciones respecto a los pacientes hospitalizados por este tipo de conductas.

Es preciso indicar que la presente investigación tuvo limitaciones ajenas a nuestro control como lo es la reducción de un 55.55% de camas en el departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna a causa de la pandemia por el virus SARS-CoV-2, y que generó una disminución de hospitalizaciones, principalmente durante el año 2021.

Este trabajo fue desarrollado en 4 capítulos. En el capítulo I se presenta la identificación y la formulación del problema, justificación de la investigación y objetivos. En el capítulo II se presenta los antecedentes de la investigación, bases teóricas acerca de la conducta suicida, factores personales, familiares y sociales, y la definición de términos. En el capítulo III se presenta el diseño de la investigación, población, variables, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, procesamiento y análisis estadístico y aspectos éticos. En el capítulo IV se presenta los resultado y discusión de la investigación, finalizando con las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como una acción consciente y premeditada de infligir daño a sí mismo que culmina en la muerte (1). Se le puede atribuir cualquier comportamiento que involucre una intención deliberada de quitarse la vida, como el intento de suicidio o el pensamiento recurrente de suicidio (2).

Este es un problema de salud pública grave y complejo que afecta a personas de todas las edades, géneros y culturas; y es muy preocupante en la sociedad actual, ya que puede tener graves consecuencias para la salud y la vida de las personas que lo padecen, así como para sus familias y comunidades en general. Por lo tanto, es importante abordar este problema de manera adecuada y buscar soluciones efectivas para prevenir la conducta suicida.(5)

Los factores de riesgo para la conducta suicida son múltiples y complejos, y pueden incluir trastornos mentales como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno de estrés postraumático, entre otros. Otros factores de riesgo incluyen la historia de intentos de suicidio previos, la presencia de enfermedades crónicas, el uso de drogas y alcohol, la exposición a eventos

traumáticos, el aislamiento social y la falta de acceso a la atención médica y de salud mental. (6)

Comprender los factores de riesgo y las causas subyacentes del comportamiento suicida es crucial para desarrollar estrategias eficaces de prevención y tratamiento. Algunas estrategias preventivas que han demostrado ser efectivas incluyen la detección temprana de factores de riesgo, la intervención temprana en casos de trastornos mentales, y el acceso a servicios de salud mental y apoyo social. También es importante fomentar la educación y la conciencia pública sobre la problemática del comportamiento suicida y reducir el estigma que lo acompaña en relación a los problemas de salud mental. (6,7)

Asimismo, existen varias opciones de tratamiento para el manejo de la conducta suicida, como por ejemplo la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal, la terapia de apoyo y la medicación. Se ha comprobado que es crucial detectar y atender tempranamente a las personas en riesgo para prevenir futuros intentos de suicidio. Es decir, es importante brindar una atención rápida y adecuada a las personas que presentan signos de comportamiento suicida para evitar que la situación se agrave y se convierta en un riesgo mayor. (5)

A nivel mundial se estima que el suicidio es la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años, y cada año se producen cerca de 800,000 muertes por suicidio a nivel mundial. (4)

A nivel de Latinoamérica, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cada año alrededor de 65,000 personas mueren por suicidio en la región, lo que representa una tasa de mortalidad del 6,2 por cada 100,000 habitantes. (8)

Del mismo modo, la OPS informa que los países de la región con las tasas más altas de suicidio son Guyana, Surinam, Uruguay y Chile. También se ha observado que la conducta suicida es más común en ciertos grupos de población, como jóvenes, personas mayores, personas con trastornos mentales, personas LGBTI y personas que han experimentado violencia o abuso. (9,10) Según Contreras-Cordova, et al. (11) en el Perú el suicidio es un problema de salud pública que afecta a un gran número de personas. Se identificó que el 69,5% de las víctimas de suicidio eran hombres, con una edad promedio de 34,87 años, y la mayoría de ellos solteros (79,5%), en cuanto a su nivel educativo, el 26,6% había completado la educación secundaria. Además, se encontró que los departamentos de donde provenían la mayoría de las víctimas eran Lima (20,3%), Arequipa (19,2%), Cusco (9,5%) y Junín (7,8%). En cuanto a la región de Tacna se reporta 2,6%.

Es por lo antes expuesto que es de importancia esta investigación para conocer la incidencia de conducta suicida en los pacientes hospitalizados en la unidad de Hospitalización en el Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue, así como los factores personales, familiares y sociales que presentan mayor frecuencia en esta población.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores personales, familiares y sociales de la conducta suicida en pacientes de la unidad de hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020 - 2022?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La conducta suicida es un problema de salud pública de gran impacto en la actualidad. Esta afecta a millones de personas en todo el mundo, y su prevención y tratamiento son fundamentales para reducir el impacto que genera en la sociedad. Sin embargo, y a pesar de los grandes esfuerzos realizados en las últimas décadas para frenarla, la incidencia de la conducta suicida continúa siendo alarmantemente elevada en muchos países del mundo. Esta problemática no solo impacta a nivel familiar y de comunidades locales, sino que también genera un impacto a nivel mundial debido a factores económicos. Esto se ve reflejado, por ejemplo, en los costos de atención médica, los cuales pueden llegar a ser elevados, sobre todo si se trata de hospitalizaciones o tratamientos prolongados; la pérdida de productividad laboral, debido a la pérdida de trabajadores productivos en la fuerza laboral; o el impacto en la inversión y el crecimiento económico que genera un alto índice de suicidios en una región al disuadir a las empresas a no invertir.

Por ello, es necesario profundizar en estudios sobre esta condición y sus factores de riesgo con el fin de desarrollar estrategias eficaces de prevención y tratamiento.

La motivación para llevar a cabo esta investigación es comprender y analizar los factores personales, familiares y sociales de la conducta suicida en poblaciones específicas y que a la vez suelen ser las más vulnerables a este comportamiento, como lo son las personas jóvenes, los adultos mayores, las personas con trastornos mentales, entre otros. Además, se busca explorar las causas subyacentes a la conducta suicida, tales como la ansiedad, depresión, drogadicción, trastorno de conducta, entre otros, con el fin de entender mejor las motivaciones detrás de la misma.

La búsqueda de estos factores reviste de importancia, puesto que nos permitirá llenar vacíos de conocimiento en cuanto a la comprensión de los factores que influyen en la conducta suicida, así como en la identificación de los mecanismos psicológicos y biológicos detrás de estos factores.

Asimismo, tendrá contribuciones importantes en otras áreas del conocimiento, como la psicología clínica, la psiquiatría y la salud pública.

En el sentido práctico, los resultados de la investigación en conducta suicida ayudarán a desarrollar nuevas estrategias de prevención, intervención y tratamiento, así como la mejora de los sistemas de detección y atención a personas en riesgo. Adicionalmente, a través de esta investigación se podrá ayudar a crear nuevos instrumentos para la recolección y análisis de datos.

Por lo expuesto anteriormente se realiza este estudio con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por la conducta suicida, y

el cual se enfoca en analizar historias clínicas con el propósito de prevenir daños, comprender los factores personales, familiares y sociales de la conducta suicida y permitir la detección, atención y/o tratamiento temprano de las personas que se encuentren riesgo.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Conocer los factores personales, familiares y sociales de la conducta suicida en pacientes de la unidad de hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020 – 2022.

1.4.2. Objetivos específicos

- a) Identificar los factores personales en los pacientes con conducta suicida de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022.
- b) Identificar los factores familiares en los pacientes con conducta suicida de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022.
- c) Reconocer los factores sociales en los pacientes con conducta suicida de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Internacionales

Sendra J. et al. (12) realizaron un estudio retrospectivo observacional. El objetivo del estudio es analizar las características de las personas ingresadas en hospitales de la Comunidad de Madrid (España) con conducta suicida y los factores asociados a su mortalidad intrahospitalaria entre los años 2003 y 2013. Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales mediante análisis de regresión logística uni y multivariante. Los resultados indican que la conducta suicida hospitalaria predomina en mujeres y en la mediana edad, y que la mortalidad hospitalaria es del 2,2%, aumentando con la edad. Los trastornos mentales se detectan 3-4 veces más en diagnósticos secundarios, y el principal diagnóstico primario es la intoxicación por sustancias, con menor mortalidad que las lesiones por ahorcamiento y salto desde lugares altos. Otros factores asociados con el aumento de la mortalidad incluyen diferentes comorbilidades médicas y la gravedad de la lesión, mientras que la estancia hospitalaria y los trastornos mentales son factores protectores. El tipo de hospital, la intoxicación y el índice de Charlson se asocian de manera diferente con la mortalidad en hombres y mujeres. En general, los actos suicidas hospitalizados muestran una baja mortalidad, relacionada principalmente con las comorbilidades y la gravedad de las lesiones.

Rivera L. et al. (13) Realizaron un estudio transversal basado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2018-19), se encontró que la prevalencia nacional de ideación e intento de suicidio en adolescentes mexicanos fue del 5,1% y 3,9%, respectivamente. Es importante destacar que la prevalencia varía según la región del país, siendo más alta en Guanajuato con una prevalencia del 9,0% en ideación y 7,8% en intento de suicidio. Los factores asociados con la conducta suicida en adolescentes mexicanos incluyen el tabaco y el alcohol, la sintomatología depresiva y el abuso sexual. En el estudio, se encontró que los adolescentes que consumían tabaco y alcohol tenían mayor riesgo de ideación e intento de suicidio en comparación con aquellos que no consumían. Además, la presencia de sintomatología depresiva aumentó significativamente el riesgo de ideación e intento de suicidio en adolescentes. El abuso sexual también se asoció con una mayor prevalencia de conducta suicida. En conclusión, el estudio destaca la importancia de implementar políticas públicas preventivas para abordar la conducta suicida en adolescentes mexicanos. La implementación de programas de salud mental, adicciones y prevención de la violencia pueden ser efectivos para reducir la conducta suicida en esta población vulnerable. Además, estos hallazgos subrayan la necesidad de identificar y abordar los factores de riesgo específicos en adolescentes mexicanos para reducir la incidencia de la conducta suicida.

Lee K. et al. (14) Realizaron un estudio retrospectivo realizado en Corea investigó las tendencias anuales y las características epidemiológicas de las

visitas a urgencias por autolesiones (SA) utilizando una base de datos de urgencias a nivel nacional. Los resultados mostraron que la proporción de visitas al servicio de urgencias por SA o autolesiones aumentó un 37,8% entre 2016 y 2020. Además, la tasa general de mortalidad entre las personas que visitaron el servicio de urgencias por SA o autolesiones fue del 6,6% durante el mismo período. El estudio también analizó los detalles de utilización del servicio de urgencias, la disposición y la información clínica breve, como la puntuación KTAS, de las personas que visitaron el servicio de urgencias por SA o autolesiones. El estudio dijo un aumento en la tasa estandarizada por edad de visitas al servicio de urgencias por SA o autolesiones en el grupo de edad más joven, especialmente entre las mujeres, a pesar de la pandemia de COVID-19 en 2020. A diferencia de otros grupos de edad, tanto el número como la tasa de visitas al servicio de urgencias de mujeres jóvenes (de 19 a 29 años) aumentaron durante el período de estudio. Esto puede interpretarse como un aumento en el comportamiento de búsqueda de ayuda debido a una gran carga mental. El estudio también resaltó la importancia de prestar más atención a la población de mediana edad (entre 45 y 64 años) como grupo de alto riesgo de suicidio en Corea. Los pacientes masculinos en este grupo de edad tuvieron la tasa más alta de visitas a urgencias en el presente estudio, y tanto hombres como mujeres tuvieron una tasa de mortalidad más alta debido a SA o autolesiones que otros grupos de edad.

Méndez P. et al. (15) Realizaron un estudio transversal cuyo objetivo principal de este proyecto es identificar los factores de riesgo clínico, psicológico y sociofamiliar que están asociados con la conducta suicida en adolescentes de 10 a 21 años de edad, que han sido atendidos en el sistema de salud pública de la Región del Maule. El estudio tiene un diseño transversal, con una muestra de 388 adolescentes, compuesta por 230 mujeres (59,3%) y 158 varones (40,7%). Durante la recogida de información, se utilizaron cinco instrumentos de medición: escalas de impulsividad de Barrat, de dificultades de regulación emocional, de depresión, ansiedad y estrés, cuestionario general de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes y escala de clasificación de Gravedad del Suicidio de Columbia. Además, se recabó información sociofamiliar y antecedentes relevantes desde las fichas clínicas. Los resultados obtenidos en el estudio muestran que el 92,0% de los adolescentes han sido diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico, siendo los más prevalentes los trastornos del tipo depresivo (31,2%) y de ansiedad (16%). Asimismo, el 58,0% reportó lesiones autoinfligidas no letales, el 30,4% presentó ideación suicida pasiva durante el último mes, y el 18,8% reportó ideación suicida activa durante el último mes. En cuanto a los intentos de suicidio, el 33,2% había realizado intentos anteriores, de los cuales el 55,0% había realizado dos o más intentos. La media de edad para el primer intento fue de 13,6 años (desviación estándar: 2,3). A partir de los resultados, se pudo concluir que los adolescentes con antecedentes de intentos de suicidio se caracterizan por presentar ideación suicida, sintomatología ansiosa-depresiva, estrés, insomnio e impulsividad.

Asimismo, reportan no tener creencias religiosas y haber sido víctimas de algún tipo de abuso o maltrato, siendo los más recurrentes el bullying, la violencia intrafamiliar, el maltrato psicológico y el o acoso sexual. En consecuencia, se pudo afirmar que es necesario desarrollar programas de prevención y atención temprana para adolescentes que presenten factores de riesgo asociados con la conducta suicida; estos programas permitirán enfocarse en la prevención del bullying, la violencia intrafamiliar y el abuso sexual, así como en la detección y tratamiento temprano de los trastornos psiquiátricos y la regulación emocional e impulsividad.

Mulholland H. et al. (16) Realizaron un estudio de cohorte longitudinal, se llevó a cabo en el noroeste de Inglaterra con el objetivo de investigar los factores socioeconómicos y de salud asociados estudios con la ideación suicida y su evolución a lo largo del tiempo. Se reclutaron 4287 personas en 2015/2016 y 3361 en 2018, y se evaluó la ideación suicida mediante un cuestionario de salud. Los resultados mostraron que la prevalencia de ideación suicida aumentó del 11% en 2015/2016 al 16% en 2018. El análisis de regresión logística identificó factores de riesgo como la mala salud física, la edad mediana y fumar, mientras que la posición financiera y la empatía fueron factores protectores. Además, se confirmaron tres trayectorias de ideación suicida: inicio, remisión y persistencia. La remisión se caracterizó por menos factores debilitantes y niveles más altos de autodeterminación, mientras que la ideación suicida persistente se asoció con niveles más altos de apoyo práctico y discapacidad funcional. Estos resaltan la

importancia de la evaluación clínica y los temas específicos para abordar la heterogeneidad de las trayectorias suicidas. En conclusión, este estudio indica que la ideación suicida es un tema complejo que puede verse afectado por diversos factores socioeconómicos y de salud.

Beaven N. et al. (17) Realizaron un estudio mixto con el objetivo general de identificar los principales factores de riesgo asociados a la conducta suicida en jóvenes de 13 a 18 años en la comunidad de Guaymas, Sonora, México. Para ello, se aplicó una batería de pruebas psicológicas seguida de entrevistas para corroborar los resultados. El análisis de datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 21.0 y un análisis del discurso. Los resultados del estudio muestran un alto índice de confiabilidad, con un Alfa de Cronbach de 0,83. Se calcularon medidas estadísticas como la media, mediana, moda, desviación típica y correlaciones. Según los resultados, los factores psicosociales que se presentan con mayor frecuencia en la población de estudio son las familias disfuncionales, que causan depresión y baja autoestima. El modelo propuesto en el estudio explica el 41% de la conducta suicida. Por lo tanto, se sugirió diseñar estrategias de inclusión socioeducativa para ser implementadas en planteles escolares, ya que estos tienen una gran influencia en la formación de los jóvenes.

2.1.2. Nacionales

Parhuana A. (18) Realizó un estudio retrospectivo, analítico y caso-control con el objetivo de determinar los factores de riesgo relacionados con el intento

de suicidio en adolescentes. Se entrevistó a 82 adolescentes hospitalizados por intento de suicidio (casos) y 82 adolescentes hospitalizados sin intento de suicidio (controles), emparejados por edad y sexo en una relación de 1:1. Se aplicó un cuestionario que incluyó datos sociodemográficos, el cuestionario de Salud Mental del Instituto Honorio Delgado-Hideyo Noguchi adaptado, la escala de depresión y ansiedad de Zung y la escala de APGAR familiar. Se realizaron análisis bivariados y multivariados para establecer las asociaciones, considerando que dos variables estaban estadísticamente asociadas si el valor p era menor a 0,05. Los resultados mostraron que el 97,6% de la población estudiada estaba entre los 15-19 años, el 80,5% eran mujeres, el 65,9% tenía educación secundaria, el 75,6% eran solteros y el 22,0% convivía con alguien. Además, el 69,5% intentó suicidarse en su casa, el 45,1% por ingesta de carbamatos y el 29,3% debido a conflictos familiares. En el análisis de regresión logística multivariado se encontró que los factores de riesgo significativamente asociados al intento de suicidio en la población adolescente fueron la depresión (OR=16,01; IC 95%: 4,64-55,10), la disfunción familiar (OR=10,11; IC 95%: 4,73-21,61), el consumo de alcohol por parte de familiares (OR=5,46; IC 95%: 1,86-10,60), el consumo de tabaco por parte de los adolescentes (OR=5,06; IC 95%: 2,14-11,94), conflictos con la pareja (OR=6,23; IC 95%: 2,65-14,61) e intentos previos de suicidio (OR=2,79; IC 95%: 1,14-6,81).

Chávez R. (19) Realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal, incluyó a 201 pacientes atendidos en el consultorio externo del

Hospital Maria Auxiliadora. Se utilizó la escala de Beck (SSI) y una ficha de recolección de datos para recopilar información sobre los factores de riesgo. Los resultados mostraron que el sexo, lugar de nacimiento, situación sentimental, tiempo de tratamiento, y consumo de alcohol, drogas y tabaco estaban significativamente asociados al trastorno de conducta suicida ($p < 0,05$). La prevalencia de ideación suicida fue del 22,9%, siendo más alta en mujeres (58,69%). Se concluyó que los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales están asociados a la ideación suicida en los pacientes atendidos en el consultorio externo de Psiquiatría del HMA. Se resalta la importancia de la participación del médico general en la salud mental y educativa para la identificación temprana de factores de riesgo y la prevención de problemas de salud mental.

Hurtado F. (20) Realizó un estudio de tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional con el objetivo de determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el riesgo de ideación suicida en adolescentes de la I.E. José Santos Atahualpa en Arequipa. La muestra consistió en 59 adolescentes, con un predominio del sexo femenino (52,54%) y una distribución de edades entre 16 y 17 años (44,07%). Se evaluaron diferentes dimensiones de la funcionalidad familiar, encontrando que un alto porcentaje de los adolescentes percibían una familia indiferente (42.4%) o en riesgo (33.9%), mientras que solo el 23,7% percibía vivir en una familia protectora. Estos resultados coinciden con investigaciones anteriores que también señalaron la presencia de familias

disfuncionales y caóticas. En relación al riesgo de ideación suicida, se observó que el 45,7% de los adolescentes presentaba un nivel parcial de riesgo, seguido por el nivel total (28,8%), y solo el 25,4% no presentaba riesgo. En conclusión, se encontró una relación significativa entre la funcionalidad familiar y el riesgo de ideación suicida en los adolescentes estudiados. Estos hallazgos resaltan la magnitud del problema social y de salud que representa la funcionalidad familiar deficiente en la vida de los adolescentes, y la necesidad de abordar esta problemática para promover su bienestar y prevenir situaciones de riesgo.

Flores E. (21) Realizó un estudio descriptivo, transversal y correlacional, contando con la participación de 183 presos seleccionados mediante un muestreo probabilístico. Para evaluar la ideación suicida se utilizó la escala de Beck. Los resultados revelaron que el 10,9% de la población mostraba un nivel alto de ideación suicida, mientras que el 14,8% presentaba un nivel moderado y el 74,3% un nivel bajo. Al analizar las asociaciones entre diversas variables y el nivel alto de ideación suicida, se encontró que factores como antecedentes familiares de suicidio, episodios previos de autolesiones y tentativas de suicidio estaban significativamente relacionados con una mayor propensión a la ideación suicida. Por otro lado, se observó que no tener enfermedades físicas actuaba como un factor protector. En relación a las variables de reclusión, se encontró que los presos en proceso judicial y aquellos con menos de 6 meses de tiempo de reclusión mostraron una asociación significativa con una mayor ideación suicida. No se encontraron diferencias significativas en los demás factores

estudiados. En conclusión, estos resultados resaltan la importancia de considerar los antecedentes familiares, las autolesiones y el tiempo de reclusión en la identificación de presos con mayor riesgo de ideación suicida en el establecimiento penitenciario Cusco varones. Además, se destaca el papel protector de no tener enfermedades físicas. Estos hallazgos podrían contribuir a la implementación de medidas preventivas y de atención específicas para esta población vulnerable.

Carrasco N. (22) Realizó un estudio descriptivo correlacional sin experimentación. La muestra consistió en 66 estudiantes seleccionados de la población de 159 adolescentes de dicha institución. La recolección de datos se llevó a cabo mediante encuestas, utilizando la Escala de Personalidad de Eysenck y el Inventario de Ideación de Conducta Suicida de Aaron Beck, Kovacs y Weissman. Los resultados revelaron que el 39,4% de los adolescentes mostraba un nivel bajo de conducta suicida, mientras que el 15,2% tenía un nivel medio y el 45,5% presentaba un nivel alto. En cuanto a la personalidad, el 18,2% de los adolescentes mostraba rasgos de introversión, mientras que el 24,2% presentaba características de extraversión. En relación al neuroticismo, el 25,8% de los participantes exhibía estabilidad emocional y el 21,2% se ubicaba en el rango del neuroticismo. En conclusión, se pudo establecer una relación significativa y directa entre las dimensiones de extraversión y neuroticismo y la conducta suicida en los adolescentes de la institución educativa secundaria Santa Mónica en Juliaca.

2.1.3. Locales

Cuaquera D. (23) Realizó un estudio de tipo observacional, transversal, comparativo y analítico, utilizando una muestra probabilística de 248 estudiantes a quienes se les administró una encuesta estructurada autoadministrada. La encuesta constaba de cinco secciones que abordaban datos generales, el test de ideación suicida (Plutchik) y factores intervinientes e independientes. Para el análisis de los datos se aplicaron diferentes pruebas estadísticas, como el chi cuadrado de Pearson para variables cualitativas y los análisis multivariados de odds ratio (OR) y regresión logística. Los resultados revelaron que el 29,44% de los estudiantes presentaron ideación suicida, siendo la franja de edad de 14 a 15 años la más representativa con un porcentaje del 28,77% y 30,14%, respectivamente. Además, se determinó que los factores intervinientes no mostraron asociación significativa con la ideación suicida, mientras que únicamente la depresión se encontró fuertemente relacionada. En conclusión, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la ideación suicida y la presencia de depresión en los estudiantes analizados.

Ramos I. (24) Realizó una investigación cuantitativa de diseño descriptivo correlacional, utilizando una muestra de 297 adolescentes. La metodología utilizada consistió en la aplicación de una encuesta autoadministrada que constaba de un cuestionario estructurado. Los hallazgos revelaron que, en relación al factor demográfico y la conducta suicida, se encontró que las estudiantes de 15 a 17 años no presentaron riesgo suicida, representando un

porcentaje del 26,3%. En cuanto a los factores de riesgo personales y la conducta suicida, se observó que las estudiantes con niveles altos de autoestima no mostraron riesgo suicida (40,7%), al igual que aquellas que presentaban depresión leve (34%). Respecto a los factores de riesgo familiares y la conducta suicida, se identificó que las estudiantes con un buen funcionamiento familiar no presentaron riesgo suicida (36,7%), así como aquellas pertenecientes a una familia nuclear (23,9%). En relación a los factores de riesgo escolares y la conducta suicida, se encontró que las estudiantes con una mala integración escolar no evidenciaron riesgo suicida (46,8%), y aquellas que experimentaron una baja victimización escolar no mostraron riesgo suicida (25,9%). En conclusión, se estableció una influencia estadísticamente significativa entre los factores de riesgo personales, familiares y escolares, y la conducta suicida en los estudiantes adolescentes de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela en Tacna durante el año 2017.

Vega A. (25) Realizó un estudio descriptivo, correlacional y de corte transversal, con una población de 627 estudiantes de quinto año de secundaria en dicho distrito. Los resultados revelaron que el 14,67% de la población no presentaba ideación suicida, mientras que el 70,33% experimentaba ideación suicida de grado bajo y el 10,85% tenía una ideación de grado regular. Por último, el 4,15% mostró una ideación suicida de grado alto. Al analizar los factores personales, se encontró que el 73,08% de aquellos con ideación suicida alta eran del sexo femenino, el 69,23% presentaba depresión moderada, lo cual

se asociaba con una ideación alta. Además, el 73,08% tenía un nivel medio de autoestima, lo que se correlacionaba con una ideación suicida de grado alto. Aquellos participantes con una baja autocomprensión emocional mostraron una ideación suicida alta, mientras que no se encontró correlación con el factor de resiliencia. En relación a la dinámica familiar, no se observaron correlaciones significativas con la práctica deportiva ni la asistencia a reuniones sociales. En conclusión, se determinó que el nivel de autoestima, depresión, autocomprensión emocional, antecedentes familiares de suicidio, falta de participación en grupos sociales positivos y tener una relación amorosa son factores de riesgo para la ideación suicida en estudiantes de quinto año de secundaria en el Distrito de Ciudad Nueva de Tacna.

Amones M. (26) Realizó un estudio descriptivo, de corte transversal retrospectivo y correlacional. La muestra de estudio consistió en 52 individuos que habían realizado intentos de suicidio. Para recopilar los datos, se empleó un cuestionario compuesto por 26 ítems diseñados para evaluar las dos variables de interés. Los datos fueron analizados utilizando el software estadístico SPSS. Como resultado de la investigación, se pudo concluir que existía una relación significativa entre los factores psicosociales y los intentos de suicidio. Dentro de los factores psicológicos destacados se encontraron el estrés, los antecedentes de intentos de suicidio, la identidad sexual, la baja autoestima y los antecedentes de violencia. En cuanto a los factores sociológicos, se observó que la etapa de

vida adolescente, el sexo femenino y la situación económica baja estaban relacionados con mayor probabilidad de intentos de suicidio.

Pinto C. (27) Realizó un estudio analítico, transversal, observacional y prospectivo. La muestra consistió en 350 estudiantes adolescentes de ambos sexos en ese rango de edad. Los resultados obtenidos revelaron que el 24,19% de los estudiantes había experimentado pensamientos suicidas, y se observó una prevalencia más alta en el sexo masculino, representando el 60,78%. Se identificó que el 18,85% tenía un riesgo moderado de suicidio, mientras que el 1,17% presentaba un riesgo alto. Además, se encontró que el 36,86% de los participantes mostraba síntomas de depresión leve, y el 33,33% presentaba síntomas de depresión moderada con un riesgo alto de suicidio ($p < 0,05$). También se descubrió que el 44,29% de los estudiantes tenía una baja autoestima, lo cual se relacionaba con un alto riesgo de suicidio ($p < 0,05$). En cuanto a la dinámica familiar, se observó que el 52,29% de los participantes experimentaba disfunción familiar, con un 42,57% de ausencia, un 8,86% de nivel moderado y un 0,86% de nivel alto de riesgo. En conclusión, este estudio reveló una asociación significativa entre los factores psicosociales y el intento de suicidio en los adolescentes analizados. Estos hallazgos enfatizan la importancia de abordar adecuadamente los aspectos psicosociales en la prevención y atención del suicidio en esta población estudiantil.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Conducta suicida

La conducta suicida se refiere a cualquier acción o comportamiento que tiene la intención de poner fin a la propia vida. Incluye tanto los intentos de suicidio, en los que una persona realiza un acto con la intención de acabar con su vida, pero no lo logra, como los suicidios consumados, en los que la persona logra causar su propia muerte.(28)

La conducta suicida puede manifestarse de diversas formas y puede variar en términos de planificación, método y grado de letalidad. Algunos ejemplos de conducta suicida incluyen el uso de armas de fuego, sobredosis de medicamentos, ahorcamiento, saltar desde una altura, entre otros.(29)

Es importante tener en cuenta que la conducta suicida suele ser el resultado de una profunda angustia emocional y un sufrimiento psicológico significativo. Las personas que experimentan conducta suicida a menudo se sienten desesperadas, desesperanzadas y atrapadas en una situación que perciben como insostenible. La conducta suicida es considerada un síntoma de una problemática subyacente, como trastornos de salud mental, problemas emocionales, traumas, abuso de sustancias, dificultades en las relaciones, estrés crónico, entre otros.(30)

2.2.2. Factores personales

A. Edad

La edad es un factor importante en la conducta suicida ya que las personas más jóvenes y los adultos mayores tienen tendencia tener un mayor riesgo de

conducta suicida. Los adolescentes y los jóvenes adultos pueden enfrentar desafíos específicos relacionados con la identidad, la presión social y los problemas de salud mental, mientras que los adultos mayores pueden experimentar soledad, aislamiento social y dificultades relacionadas con la salud física y mental. (31)

B. Genero

Estudios han demostrado que los hombres tienen una tasa de suicidio más alta que las mujeres, aunque las mujeres intentan el suicidio con más frecuencia. Los hombres a menudo utilizan métodos más letales, lo que puede contribuir a una mayor tasa de mortalidad por suicidio.(32)

C. Estado civil

Algunas investigaciones han encontrado que las personas solteras, divorciadas o viudas pueden tener un mayor riesgo de suicidio en comparación con las personas casadas o en relaciones estables. La falta de apoyo social, el aislamiento y la pérdida de relaciones significativas generan gran influencia en la conducta suicida. (33)

D. Grado de instrucción

Se ha reportado que los niveles educativos más bajos se asocian a la predisponencia de conducta suicida ya que esto en su mayoría trae consigo una

falta de acceso a recursos, oportunidades laborales limitadas y mayores dificultades económicas.(34)

E. Religión

La bibliografía nos describe la asociación que existe entre la religión y la conducta suicida, dando como resultado un condicionante que hace de efecto protector, como lo señalan diversos autores como Masaryk y Durkheim. Se podría pensar entonces que algunas religiones tienen mayor efecto protector en comparación a otras, como lo destaca Spoerri (35). en su estudio realizado en Suiza, en el que halló que las tasas de suicidio eran menores en católicos (19.7 por cada 100.000 habitantes), que en protestantes (28,5 por cada 100.000 habitantes). Sin embargo, posteriores investigaciones demostraron que la protección frente al suicidio no depende tanto de la religión, sino de cuánta participación ejercen las personas en su religión y en la importancia que le dan a la religión en su vida cotidiana, además de las menores tasas de abuso de sustancias y trastornos depresivos en la población creyente religiosa.(36)

F. Orientación sexual

Diversos estudios demuestran que las personas de orientación sexual no heterosexual, es decir, las personas pertenecientes a la población LGTB, presentan tanto ideación como intento de suicidio en mayores proporciones que la población heterosexual. Diversos factores como el maltrato físico, psicológico y sexual que sufren las personas LGTB, el rechazo familiar, la homofobia internalizada y el no poder aceptar su propia orientación sexual entrarían en

juego como detonantes de la conducta autolesiva que en algunos casos puede llegar a ser autolítica. (9,37)

G. Situación laboral

El desempleo, la inestabilidad laboral y las dificultades económicas pueden aumentar el riesgo de suicidio. (38) La falta de empleo y la presión financiera pueden generar estrés y desesperanza en las personas. (39)

H. Situación económica

Las desigualdades socioeconómicas y la pobreza se han asociado con un mayor riesgo de suicidio. Las personas que enfrentan condiciones de vida precarias, falta de acceso a servicios de salud y apoyo social limitado pueden tener un mayor riesgo de conducta suicida. (40)

I. Enfermedades medicas

Las enfermedades juegan un rol importante en la ideación suicida, sobre todo si es que no existe un tratamiento efectivo o una cura. Por ejemplo, Ávila V. et al. (41) en su artículo describen la relación que existe entre la depresión y la conducta suicida con la diabetes mellitus 2, en donde se obtiene de resultado una prevalencia de sintomatología depresiva de 80% en la población diabética, con una proporción de 2:1 entre mujeres y hombres, y una incidencia de riesgo suicida que aumenta progresivamente desde el primer año de diagnóstico hasta posterior a los 15 años. Otros ejemplos nos lo dan Alejos M. et al. (42) en su artículo que nos habla sobre el aumento de riesgo suicida en pacientes con

enfermedades neurológicas comunes como la migraña, la epilepsia, y pacientes con trastornos degenerativos como lo son la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson, en relación a la población general.

J. Trastornos mentales

- Ansiedad

Lo ansiedad es uno de los trastornos mentales más frecuentes de acuerdo a la organización mundial de la salud (OMS) en el nivel de atención primaria, se considera que la ansiedad es un estado poco placentero y que es acompañado de cambios somáticos y psíquicos, además esta puede llevar concebir distorsiones de la percepción de la realidad tanto entorno como para sí mismo y de esta manera alterando la capacidad de análisis y estilo de vida de la persona.

(42)

Puede surgir como una respuesta adaptativa normal ante situaciones estresantes, pero también puede manifestarse como un síntoma o síndrome asociado a diversas condiciones médicas y psiquiátricas. La ansiedad se considera patológica cuando se presenta de manera irracional, es decir, cuando no hay un estímulo presente que justifique la respuesta ansiosa, cuando la intensidad de la ansiedad es excesiva en comparación con el estímulo o cuando su duración es injustificadamente prolongada y recurrente sin una causa aparente. (43) Esto resulta en un grado significativo de disfuncionalidad en la vida de la persona afectada. (44)

Es importante tener en cuenta que los trastornos de ansiedad no solo afectan el bienestar mental de la persona, sino que también pueden tener un impacto significativo en su funcionamiento físico y emocional. Los síntomas psíquicos pueden incluir dificultades de concentración, irritabilidad, inquietud y sensación de amenaza constante. A nivel somático, es común experimentar síntomas como taquicardia, sudoración, dificultad para respirar, tensión muscular y problemas gastrointestinales. (45)

- **Depresión**

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza principalmente por un estado de ánimo depresivo persistente, lo que significa sentirse triste, desanimado o sin esperanza durante un período prolongado. (46) Además, una de las características clave de la depresión es la pérdida de interés y disfrute en actividades que solían brindar placer, lo que se conoce como anhedonia. (47)

- **Abuso de sustancias**

El abuso de sustancias, según la OMS y la literatura científica, se refiere al consumo problemático o perjudicial de drogas, legales o ilegales, que resulta en consecuencias negativas para la salud física, mental y social del individuo. (48) Implica el uso compulsivo o descontrolado de sustancias, la incapacidad para detener o controlar el consumo, la presencia de síntomas de abstinencia al intentar reducir o interrumpir el consumo, y la persistencia en el uso a pesar de las consecuencias adversas. La adicción, como un trastorno crónico con

recaídas, se caracteriza por la búsqueda y utilización compulsiva de drogas, incluso frente a las consecuencias negativas asociadas. (49) Este trastorno se considera una condición cerebral, ya que produce cambios funcionales en los circuitos cerebrales relacionados con la recompensa, el estrés y el autocontrol, los cuales pueden persistir incluso después de dejar de consumir drogas. (50)

- **Trastorno bipolar**

El trastorno bipolar es una condición psiquiátrica grave que se caracteriza por la presencia de episodios alternantes de manía y depresión. (51) Durante los episodios maníacos, la persona experimenta un aumento excesivo en el estado de ánimo, euforia, energía desbordante, pensamientos acelerados, ideas de grandeza y, en algunos casos, irritabilidad intensa, estos estados maníacos pueden llevar a comportamientos impulsivos y de riesgo, por otro lado, durante los episodios depresivos, la persona experimenta una profunda tristeza, pérdida de interés y placer en actividades habituales (anhedonia), falta de energía, inhibición cognitiva y emocional, y puede tener pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. (52,53)

Además de los episodios maníacos y depresivos, también existen los episodios mixtos, donde se presentan síntomas maníacos y depresivos al mismo tiempo. Estos episodios pueden ser especialmente desafiantes, ya que la persona puede experimentar una agitación interna intensa combinada con sentimientos de tristeza y desesperación. (51)

Entre los episodios, la persona puede experimentar períodos de remisión parcial o total, aunque el curso típico del trastorno bipolar tiende a ser crónico y recurrente. Esto significa que las personas con trastorno bipolar pueden enfrentar desafíos a largo plazo en su funcionamiento familiar, social y ocupacional. La enfermedad puede tener un impacto significativo en la calidad de vida y puede generar una alta carga de morbilidad y discapacidad.(54)

- **Trastorno obsesivo compulsivo**

Es un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por la presencia de obsesiones y/o compulsiones en el individuo, las cuales son recurrentes, no provocadas y no deseadas. (55) Estos pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos generan un malestar significativo en el paciente, quien intenta resistirse a ellos, pero frecuentemente sin éxito. (56) Las compulsiones, por otro lado, son comportamientos repetitivos o actos mentales que se realizan en respuesta a las obsesiones con el objetivo de reducir la ansiedad o prevenir un evento temido. Sin embargo, estas compulsiones son excesivas y no están conectadas de manera realista con la situación que el individuo intenta evitar. (57)

- **Esquizofrenia**

La esquizofrenia es un trastorno mental complejo que afecta a la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Se cree que una de las bases de esta enfermedad radica en las alteraciones en los neurotransmisores, que son

sustancias químicas responsables de la comunicación entre las células nerviosas en el cerebro. (58)

En condiciones normales, los neurotransmisores, como la dopamina, la serotonina y el glutamato, desempeñan un papel crucial en la regulación de las funciones cerebrales, incluyendo el estado de ánimo, la percepción, la memoria y el pensamiento. (59) Sin embargo, en la esquizofrenia, se produce un desequilibrio en estos neurotransmisores, lo que puede afectar negativamente la comunicación neuronal y provocar síntomas característicos de la enfermedad. (59,60)

Se cree que está relacionado con alteraciones en los neurotransmisores en el cerebro. El diagnóstico se basa en criterios clínicos debido a la falta de pruebas de laboratorio específicas, los síntomas de la esquizofrenia se dividen en categorías como síntomas positivos (alucinaciones y delirios), síntomas negativos (disminución de la expresión emocional), síntomas afectivos (depresión, ansiedad) y alteraciones cognitivas (dificultades en la memoria y atención). (61) Los síntomas prodrómicos pueden ser tempranos (aislamiento social, alteraciones del sueño) y tardíos (conducta bizarra, discurso incoherente). (62)

- **Trastornos de la conducta alimentaria**

Anorexia nerviosa:

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida de peso intencional y autodirigida. (63) Las personas que lo padecen tienen una preocupación excesiva por su peso y forma corporal, lo que los lleva

a restringir la ingesta de alimentos de manera severa. Esta restricción provoca una desnutrición variable, que puede afectar negativamente el funcionamiento endocrino y metabólico del organismo. Además, la anorexia nerviosa conlleva una serie de trastornos funcionales que pueden manifestarse en diferentes sistemas del cuerpo. (64)

Anorexia nerviosa atípica:

La anorexia nerviosa atípica se refiere a una forma de anorexia en la que no se cumplen uno o más de los criterios principales establecidos para el diagnóstico, como la amenorrea (cese de la menstruación) o una pérdida significativa de peso. Sin embargo, a pesar de estas ausencias, los pacientes presentan otros síntomas y características clínicas que son característicos de la anorexia nerviosa. (65,66)

Bulimia nerviosa:

La bulimia nerviosa es un trastorno en el cual las personas experimentan episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos, conocidos como atracones, seguidos de comportamientos compensatorios para evitar el aumento de peso, como los vómitos autoprovocados, el uso de laxantes o el ejercicio excesivo. Los individuos con bulimia nerviosa también tienen una preocupación obsesiva por el control de su peso y forma corporal, lo que puede generar un deterioro significativo en su calidad de vida. (63)

Bulimia nerviosa atípica:

La bulimia nerviosa atípica se refiere a una variante de la bulimia en la cual no se cumplen uno o más de los criterios principales establecidos para el

diagnóstico, como tener un peso normal o superior a lo normal. Sin embargo, los pacientes presentan otros síntomas característicos de la bulimia nerviosa, lo que los distingue de otros trastornos alimentarios. (67)

Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas:

La hiperfagia se refiere a la ingesta excesiva de alimentos como una respuesta a situaciones estresantes o emocionales. En algunas alteraciones psicológicas, como trastornos de ansiedad o trastornos del estado de ánimo, la hiperfagia puede manifestarse como una forma de afrontamiento o consuelo. Esta conducta puede dar lugar a la obesidad, especialmente en personas que son susceptibles a ganar peso fácilmente. (66)

Vómitos en otras alteraciones psicológicas:

Además de la bulimia nerviosa, en la cual los vómitos son provocados de manera voluntaria, los vómitos repetidos pueden presentarse en otros trastornos psicológicos. Por ejemplo, en trastornos disociativos o de conversión, los vómitos pueden ser uno de los síntomas corporales experimentados. También pueden ocurrir en casos de hipocondría, donde los vómitos pueden formar parte de una serie de síntomas físicos percibidos. Durante el embarazo, los factores emocionales pueden contribuir a la aparición de vómitos y náuseas recurrentes. (65)

Otros trastornos de la conducta alimentaria:

Esta categoría engloba otros trastornos relacionados con la alimentación que no se ajustan a los criterios específicos mencionados anteriormente. Esto puede incluir la disminución psicógena del apetito, en la cual se produce una

reducción significativa del deseo de comer debido a factores psicológicos, así como la pica de origen orgánico en adultos, que se caracteriza por el consumo de sustancias no nutritivas. (64)

Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación:

Esta categoría se refiere a aquellos casos que no cumplen con los criterios establecidos para los trastornos específicos mencionados anteriormente, puede englobar una variedad de patologías y comportamientos relacionados con la alimentación que no se ajustan a ninguna clasificación particular, pero que aún implican alteraciones significativas en la relación con la comida y el peso corporal. (63)

K. Tocamientos y/o abuso sexual

Como lo describe Pérez M. et al. en su investigación sobre la asociación entre intento e ideación suicida con el abuso sexual en adolescentes, este factor cumple un rol muy importante en el desarrollo de conducta suicida. Una muestra de ello es que se halló que todos los estudiantes que fueron abusados sexualmente por penetración dentro del estudio admitieron haber intentado suicidarse en algún momento, además de que el 48% de las víctimas presentan ideación suicida.(10)

L. Uso de drogas

El consumo de drogas entre la población ha ido en aumento durante los últimos años. De acuerdo con el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), se calcula que aproximadamente un cuarto de los jóvenes ha hecho uso de alguna

sustancia en el último mes, siendo el alcohol, el tabaco, los productos derivados del cannabis y la cocaína las más frecuentemente consumidas.

Asimismo, el consumo de drogas se asocia a la depresión, como lo demostró Emiro J. y col. (68) en su estudio “Depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos” en el que el consumo de alcohol y de cannabis tuvo una asociación significativa con la depresión.

2.2.3. Factores familiares

A. Historia familiar de suicidio

Tener antecedentes familiares de suicidio aumenta el riesgo de suicidio en una persona. Esto puede deberse a la presencia de factores genéticos que pueden influir en la vulnerabilidad hacia la conducta suicida. Además, la exposición al suicidio dentro de la familia puede tener un impacto emocional significativo y aumentar el riesgo de comportamientos suicidas en otros miembros familiares. (69)

B. Trastorno mental en la familia

La presencia de trastornos de salud mental en la familia, como la depresión, el trastorno bipolar u otros trastornos, puede aumentar el riesgo de suicidio en los miembros de la familia. Los factores genéticos y el ambiente familiar pueden contribuir a la transmisión de la vulnerabilidad hacia los problemas de salud mental y, en última instancia, hacia la conducta suicida. (70)

C. Dinámica familiar:

Un entorno familiar disfuncional, caracterizado por ausencia de cumplimiento de roles, la falta de comunicación, conflicto constante, abuso emocional o físico, negligencia o falta de apoyo emocional, puede aumentar el riesgo de suicidio en un individuo. (71)

D. Violencia familiar

La violencia familiar, también denominada violencia doméstica o intrafamiliar se puede definir como un acto de poder o negligencia deliberada con el propósito de ejercer dominio, control, sumisión o agresión física, verbal, psicológica, emocional o sexual hacia cualquier miembro de la familia, ya sea en el entorno familiar o fuera de él, por parte de una persona con la que exista o haya existido algún tipo de vínculo por afinidad, relación civil, matrimonio, convivencia o una relación de hecho, y con la consecuencia de causar daño.(72)

E. Separación y/o fallecimiento de un familiar

La pérdida de un ser querido, ya sea por muerte, divorcio o separación, puede tener un impacto significativo en la salud mental y emocional de una persona. La pérdida de apoyo, el duelo y la dificultad para adaptarse a nuevos cambios pueden aumentar el riesgo de conducta suicida. (73)

F. Apoyo familiar

La falta de apoyo emocional y social dentro de la familia puede aumentar el riesgo de suicidio. Un ambiente familiar que carece de comprensión, empatía y apoyo puede hacer que una persona se sienta aislada y desesperanzada. (74)

2.2.4. Factores sociales

A. Rendimiento académico

El entorno académico para el paciente es un factor crucial en el desarrollo psicosocial. Expósito m. Et al en su artículo concluyeron que los bajos niveles de ajuste escolar pueden desarrollar ideación suicida producto de las bajas expectativas académicas y un bajo rendimiento escolar. Asimismo, es importante la integración escolar, pues el adolescente que se sienta aislado y sin capacidad de establecer lazos será más propenso a buscar salidas negativas como la ideación suicida. (75)

B. Apoyo social

Se conoce que el apoyo social presenta un papel fundamental para el desarrollo de ideación suicida. Quito C. (76) aborda este tema en su trabajo de tesis, en el que encontró que el soporte familiar tiene una correlación inversa y protectora frente a la ideación suicida. Se encontró también que las religiones benefician en el mismo aspecto, debido a que dan al integrante un sentido de pertenencia. Asimismo, el apoyo de amigos y de parejas brindaron un efecto protector frente a la ideación suicida, debido a la sensación de validación, apoyo

y felicidad que nos brinda el ser socialmente aceptado. Sin embargo, es importante recalcar que, si bien las relaciones de parejas pueden tener un efecto positivo siempre y cuando se haya logrado un apego seguro y sano, las relaciones de baja calidad o la ruptura de estas puede causar el efecto contrario y condicionar a una conducta suicida.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

2.3.1. Conducta suicida

El Ministerio de Salud define a la conducta suicida como la manifestación y materialización del pensamiento suicida que progresa hasta llegar a la consumación del acto de quitarse la vida. Esta conducta puede surgir por elección voluntaria, motivos inconscientes o como resultado de trastornos psicopatológicos que afectan el estado de ánimo, el pensamiento, la conciencia y los impulsos.(29)

2.3.2. Ideación suicida

Este término hace referencia al conjunto de pensamientos que expresan el deseo o la intención de morir, así como otras experiencias psicológicas relacionadas con el suicidio, como la fantasía o la prefiguración de la propia muerte. (77)

2.3.3. Suicidio

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como el acto intencional de quitarse la vida, y su frecuencia y los métodos utilizados difieren en cuanto a los diferentes países. (78)

2.3.4. Gesto suicida

Se define como una acción o comportamiento que indica una inclinación o intención de autolesionarse o quitarse la vida, es decir el gesto suicida constituye una señal de angustia emocional significativa y una advertencia de que la persona está en riesgo de hacerse daño a sí mismo.(29)

2.3.5. Trastorno mental

Según el DSM-5, específicamente, se describe como el conjunto de signos y síntomas que se manifiestan en cambios importantes en el funcionamiento cognitivo, el comportamiento de una persona o la regulación emocional, indicando un problema en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que sustentan su funcionamiento mental. (54)

2.3.6. Abuso sexual

Según la UNICEF, el abuso sexual es considerado como el acto de utilizar a una víctima para la estimulación sexual de su agresor (penetración).(79)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Es de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo.

3.2. POBLACIÓN

3.2.1. Población

El grupo de estudio consto de pacientes con diagnóstico de conducta suicida de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2020-2022.

3.2.2. Criterios de selección

a) Criterios de inclusión:

Se incluyo en el presente proyecto de tesis a 102 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios:

- Pacientes hospitalizados con diagnóstico de conducta suicida.
- Hospitalizados en el departamento de salud mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020-2022

b) Criterios de exclusión

Se excluyó en total 8 pacientes por cumplir con los siguientes criterios:

- Pacientes con registro incompleto de historias clínicas
- Pacientes con historia clínica extraviada
- Pacientes menores de edad

3.3. VARIABLES

Identificación de variables

- Variable de estudio: factores personales, familiares y sociales de la conducta suicida

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Factores personales, familiares y sociales	Factores personales	Edad	Número de años en la historia clínica	Razón
		Género	Masculino Femenino	Nominal
		Estado civil	Soltero Casado y/o conviviente Divorciado y/o separado Viudo	Nominal
		Grado de instrucción	Nivel primario Nivel secundario Nivel técnico superior Nivel superior universitario	Ordinal
		Religión	Católico Adventista Mormón Agnóstico Otros	Nominal
		Orientación sexual	Heterosexual Homosexual	Nominal

			Bisexual otros	
		Situación laboral	No trabaja Trabaja	Nominal
		Situación económica	No pobre Pobre Pobre extremo	Nominal
		Enfermedad no mental	Si No	Nominal
		Trastornos mentales	Trastorno depresivo Trastorno mental y del comportamiento por sustancias Trastorno límite de personalidad Esquizofrenia Otros	Nominal
		Conducta suicida previa	Si No	Nominal
		Uso de drogas	Tabaco Alcohol Cannabinoideos Cocaína Benzodiazepinas Otros	Nominal
		Tocamientos y/o abuso sexual	Tocamientos Abuso sexual Ambos Ninguno	Nominal

	Factores familiares	Historia familiar de suicidio	Si No	Nominal
		Trastorno mental en la familia	Si No	Nominal
		Dinámica familiar	Funcional Disfuncional	Nominal
		Violencia familiar	Si No	Nominal
		Separación y/o fallecimiento de un familiar	Si No	Nominal
		Apoyo familiar	Si No	Nominal
	Factores sociales	Rendimiento académico	Bueno Regular Malo	Ordinal
		Apoyo social	Si No	Nominal

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO

3.4.1. Técnicas

La técnica que se utilizó en este estudio fue el análisis documental debido a que se procedió a revisar los registros médicos consignados en las historias clínicas de los pacientes de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022

3.4.2. Instrumentos

El instrumento fue la historia clínica a través de una ficha de recolección de datos, que fue aplicada por Viza J. (80) y Chávez R. (19), la cual ha sido modificada por la autora de este trabajo y se encuentra en los anexos. Se dividió en 3 secciones: Factores personales (edad, género, estado civil, grado de instrucción, religión, orientación sexual, situación laboral, situación económica, enfermedad no mental, trastornos de salud mental, conducta suicida previa, uso de drogas, antecedente de abuso sexual), factores familiares (historia familiar de suicidio, historia de problemas de salud mental en la familia, dinámica familiar, violencia familiar, pérdida, separación y/o fallecimiento de un familiar, apoyo familiar) y factores sociales (rendimiento académico, aislamiento social).

3.5. TRATAMIENTO DE DATOS

El método de recopilación de información se llevó a cabo mediante la aplicación de un instrumento diseñado específicamente para este propósito.

Los procedimientos previstos para la recopilación de datos son los siguientes:

- Se establecieron las coordinaciones necesarias con la jefatura del departamento de salud mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. El objetivo fue revisar las historias clínicas y aplicar el instrumento diseñado.

- Se solicitó el desarchivamiento de las historias clínicas seleccionadas, utilizando un listado de números que las identifique.

- Una vez obtenida la autorización correspondiente, se procedió al registro de los datos relevantes en la ficha de recolección de datos. Esta ficha fue previamente preparada para recopilar la información necesaria de las historias clínicas seleccionadas.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

En la presente investigación no se utilizará consentimiento informado, debido a que no se tomará contacto directo con los pacientes. Sin embargo, se pidió permiso de uso de los datos para fines de investigación, siendo la privacidad y confidencialidad de los datos obtenidos de las personas participantes absolutamente respetadas.

Para ello, se les asignó un código de proceso que se utilizó en lugar de sus nombres reales, de manera que su identidad se mantenga completamente confidencial.

De esta manera no se expone información alguna sobre la identificación del mismo. Se realiza el proceso documentario respectivo dirigido a las autoridades del Hospital Hipólito Unanue de Tacna para la autorización al acceso a la

información de las historias clínicas de los pacientes en la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental.

Antes de la ejecución de esta investigación el proyecto fue evaluado y aprobado por el comité de ética del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Se incluyo en total a 102 pacientes que fueron hospitalizados por conducta suicida en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Los factores personales, familiares y sociales son los que se presentan a continuación:

TABLA N° 01

**CASOS DE CONDUCTA SUICIDA SEGÚN EL AÑO EN PACIENTES DE LA
UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2020-2022**

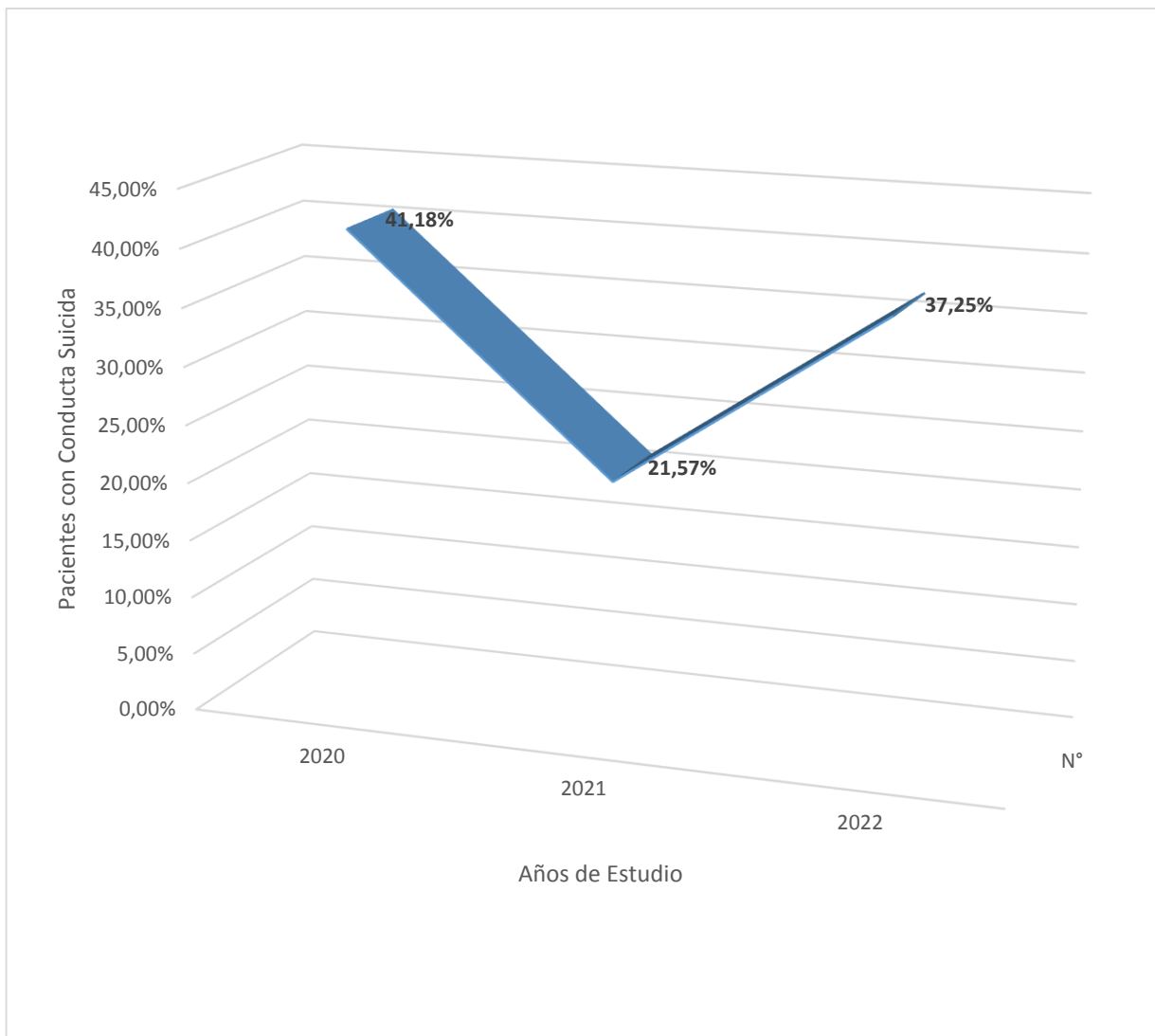
AÑO	N°	%
2020	42	41,18
2021	22	21,57
2022	38	37,25
TOTAL	102	100

Fuente: Historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

INTERPRETACIÓN:

Se identificó un total de 102 pacientes a lo largo de tres años consecutivos: 2020, 2021 y 2022. El estudio reveló que el mayor porcentaje de casos, que representaba el 41,18% del total, ocurrió en año 2020. Esto se traduce en un total de 42 pacientes que presentaron este diagnóstico durante ese año en particular. Por otro lado, el año 2022 presentó el segundo mayor número de casos, abarcando el 37,25% de los pacientes (38 casos). En contraste, el año 2021 representó el menor porcentaje de casos, con un total de 22 pacientes, que constituían el 21,57% del total.

GRÁFICO N° 01
CASOS DE CONDUCTA SUICIDA SEGÚN EL AÑO EN PACIENTES DE LA
UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 02

PROMEDIO DE EDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022

AÑO	MEDIA	MEDIANA	MODA
2020	28,9	26,50	19,0
2021	27,4	26,50	26,0
2022	25,9	23,50	19,0
TOTAL	27,4	25	19

Fuente: Historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

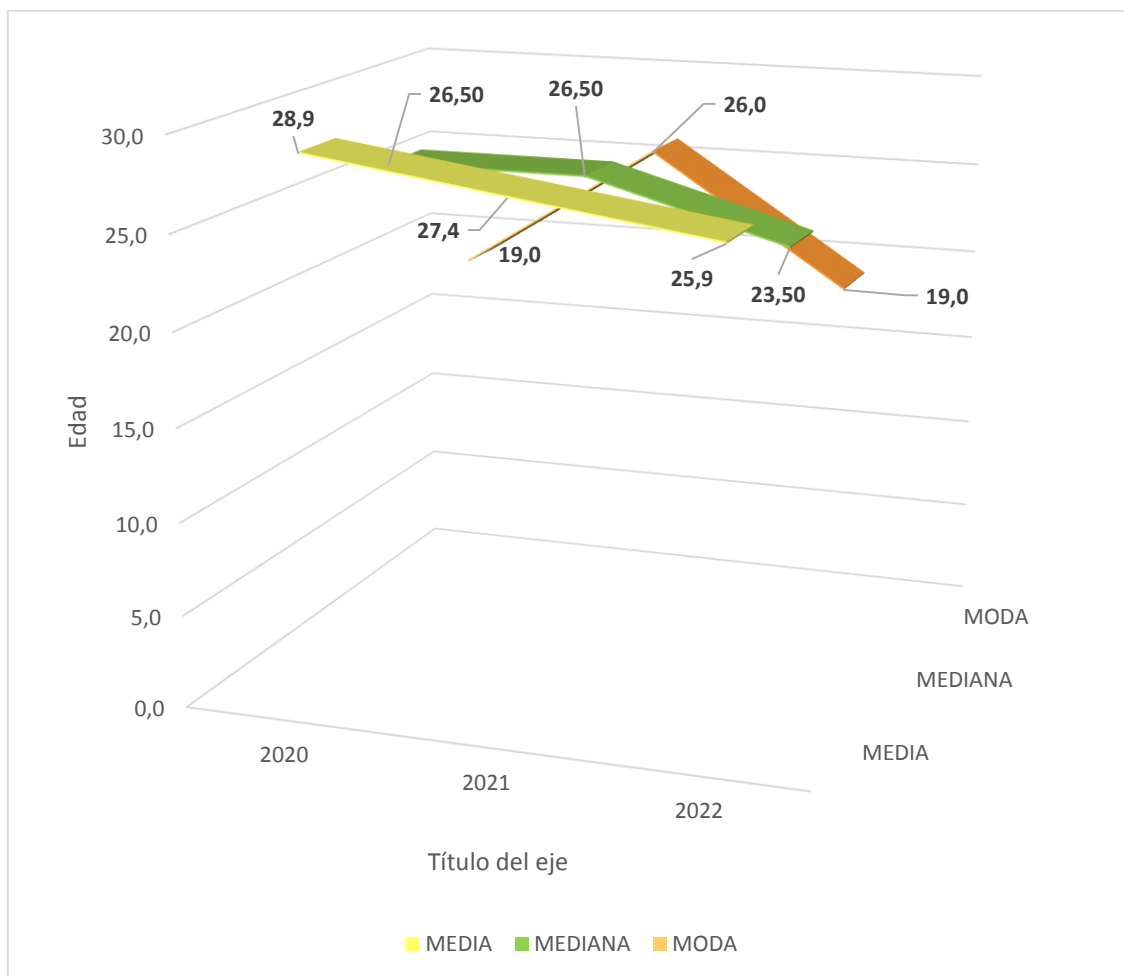
INTERPRETACIÓN:

De la población obtenida, se calculó una media de edad de 27,4 años, con la edad más temprana de presentación de conducta suicida registrada a los 18 años y la de mayor edad a los 58 años. La mediana de edad obtenida fue de 25 años, mientras que la moda, que indica el valor más frecuente, fue de 19 años durante los tres años de análisis.

En el año 2020 se encontró un promedio de edad de 28,9, en el 2021 una media de 27,4 y en el 2022 de 25,9; en tanto a valores de mediana, se hallaron valores de 26,50 en el año 2020, 26,50 en el año 2021 y 23,50 en el año 2022; la moda encontrada fue de 19 años de edad durante los 3 años de estudio, 19,26,19 en los años 2020, 2021 y 2022 respectivamente.

GRÁFICO N° 02

PROMEDIO DE EDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 02

TABLA N° 03

**GÉNERO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA
SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2020-2022**

AÑO	GÉNERO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
2020	16	38,10	26	61,90	42	100
2021	11	50,00	11	50,00	22	100
2022	8	21,05	30	78,95	38	100
TOTAL	35	34,31	67	65,69	102	100

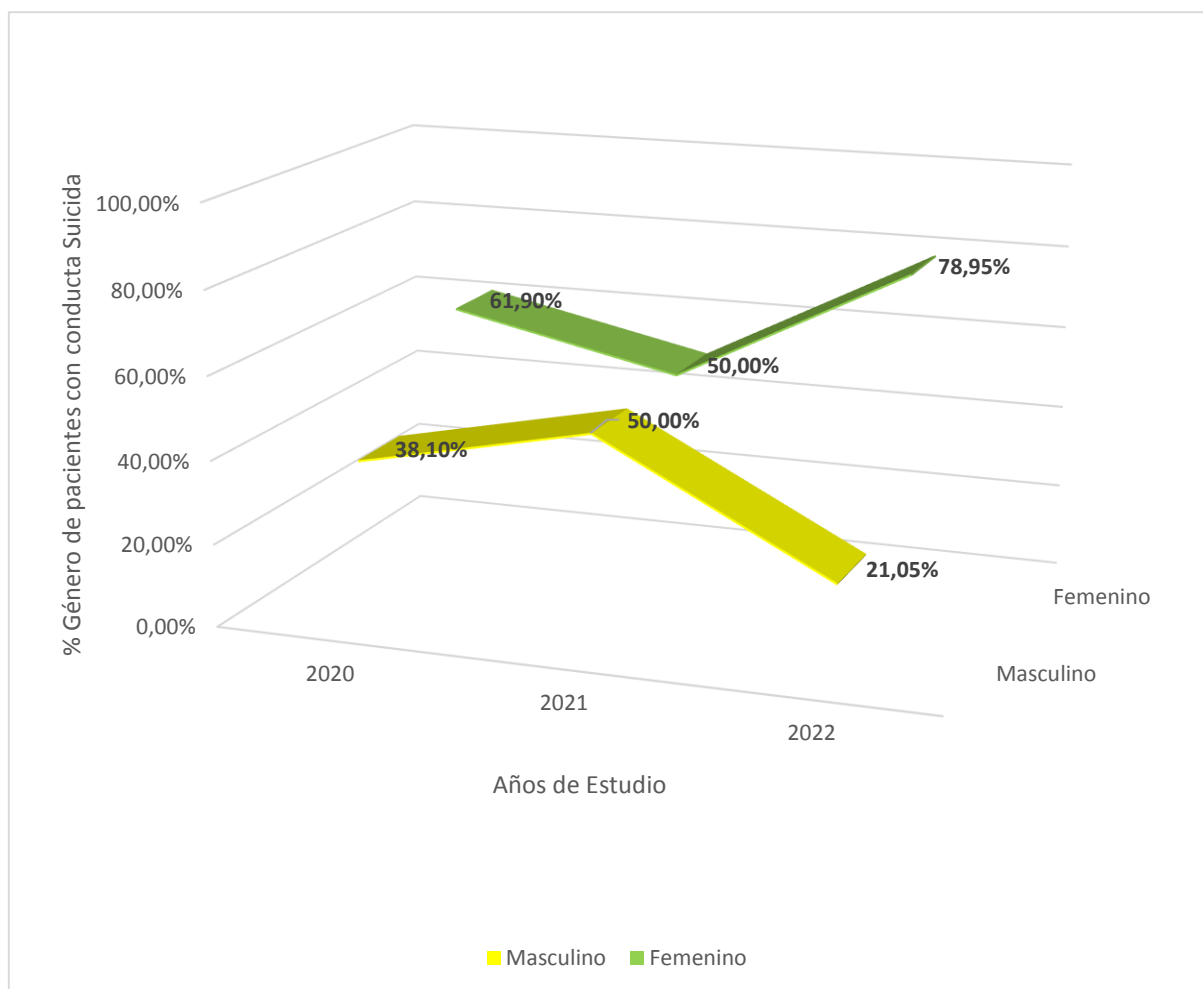
Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 3 revela que el comportamiento suicida fue más frecuente en pacientes de género femenino, con un 65,69% de los casos, en comparación con el 34,31% de los casos en pacientes de género masculino en el período de tres años estudiado. Los datos muestran una variación considerable en la distribución de género a lo largo de los años. En 2020, el 61,90% de los casos fueron en mujeres y el 38,10% en hombres. En 2021, la proporción de casos fue igual para ambos géneros, con un 50% cada uno. Sin embargo, en 2022, hubo un notable aumento en la incidencia de comportamiento suicida en mujeres, representando el 78,95% de los casos, en comparación con el 21,05% de los casos en hombres.

GRÁFICO N° 03

GÉNERO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 03

TABLA N° 04

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022

AÑO	ESTADO CIVIL									
	SOLTERO		CASADO Y/O CONVIVIENTE		DIVORCIADO Y/O SEPARADO		VIUDO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2020	29	69	10	24	3	7	0	0	42	100
2021	19	86,36	1	4,55	1	4,55	1	4,55	22	100
2022	27	71,05	6	15,79	4	10,53	1	2,63	38	100
TOTAL	75	73,53	17	16,67	8	7,84	2	1,96	102	100

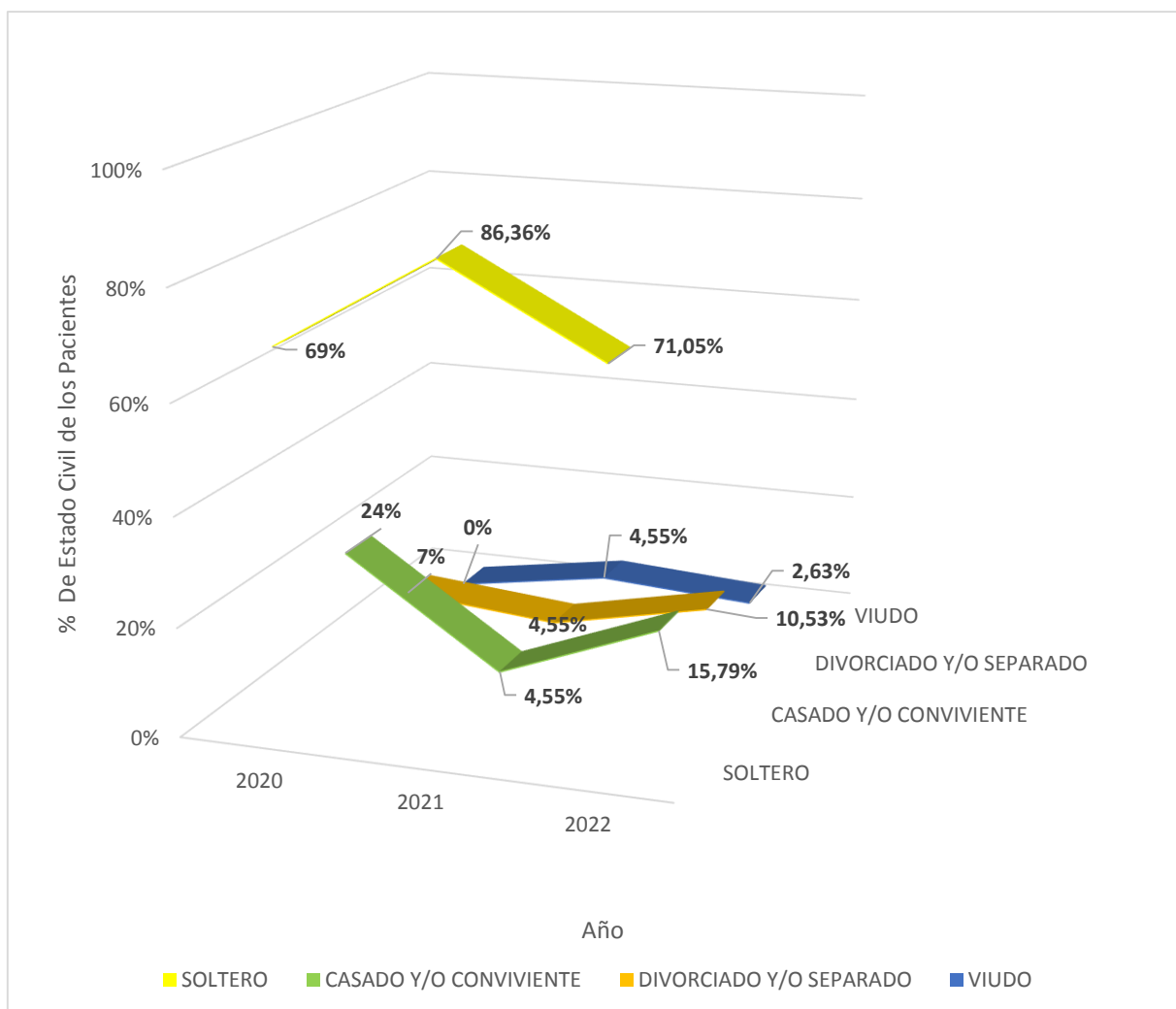
Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

INTERPRETACIÓN:

Según la tabla 4, se destaca que la mayor proporción de individuos con diagnóstico de conducta suicida fue la de aquellos que se identificaron como solteros, comprendiendo un 73,53% del total de la muestra (equivalente a 75 pacientes). Por otro lado, el 16,67% de los pacientes (17 en total) estaban casados y/o vivían en pareja, el 7,84% (8 pacientes) eran divorciados y/o separados, mientras que solo el 1,96% (2 pacientes) eran viudos durante el periodo de estudio de tres años.

GRÁFICO N° 04

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 04

TABLA N° 05

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022

AÑO	GRADO DE INSTRUCCIÓN									
	NIVEL PRIMARIO		NIVEL SECUNDARIO		NIVEL TÉCNICO SUPERIOR		NIVEL SUPERIOR UNIVERSITARIO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2020	5	12	25	60	6	14	6	14	42	100
2021	7	31,82	8	36,36	2	9,09	5	22,73	22	100
2022	5	13,16	22	57,89	3	7,89	8	21,05	38	100
TOTAL	17	16,67	55	53,92	11	10,78	19	18,63	102	100

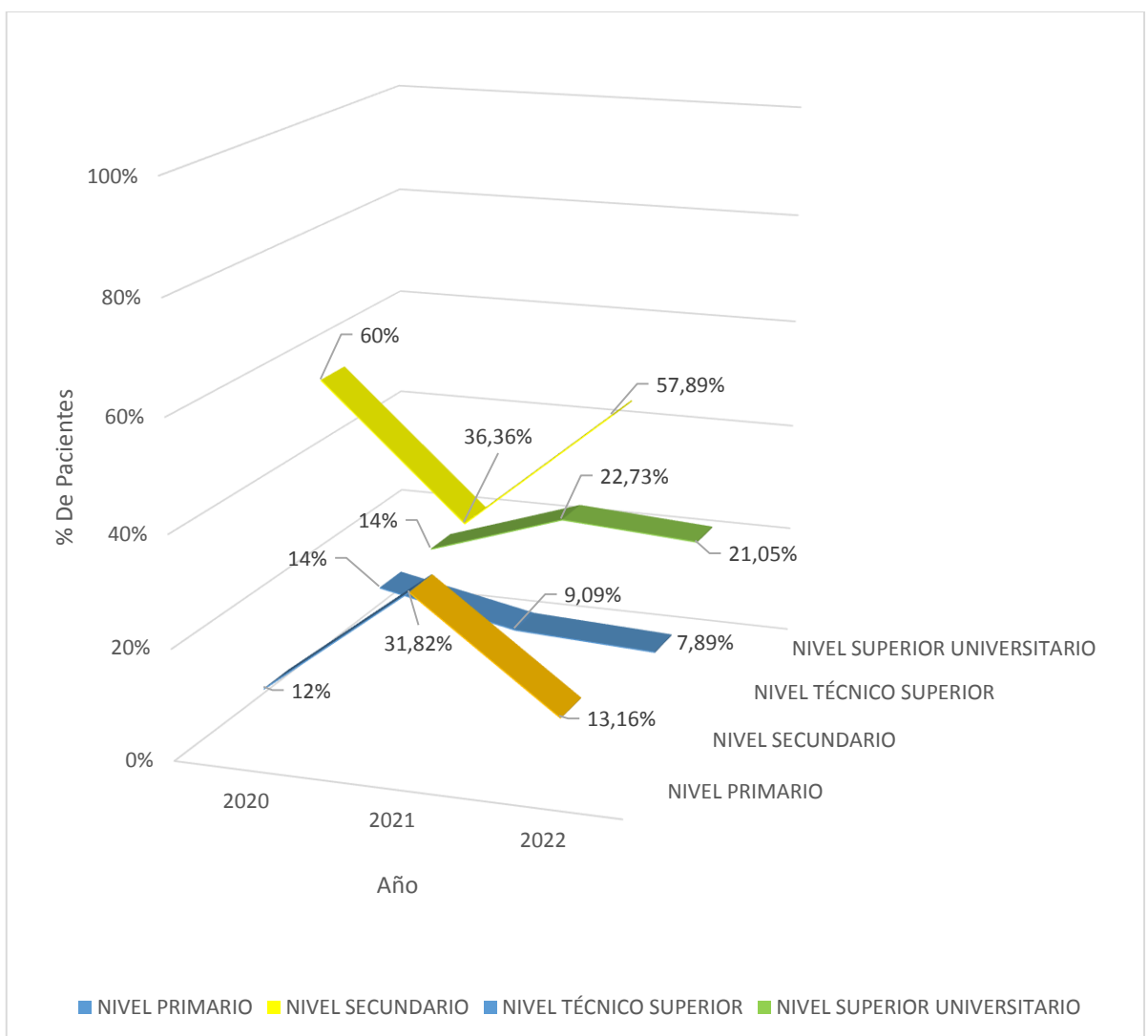
Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 5, se notó que la mayoría tenía educación secundaria, con un 53,92% (n=55), seguidos por aquellos con educación primaria, que representaban el 16.67% (n=17). Los pacientes con educación técnica superior constituían el 10,78% (n=11), mientras que aquellos con educación universitaria superior representaban el 18,63% (n=19) durante el período de tres años bajo estudio. En cuanto a la distribución de niveles educativos en los años 2020, 2021 y 2022, se observará lo siguiente: La población con educación primaria representó el 12%, el 31,82% y el 13,16% en estos respectivos años. Por otro lado, aquellos con educación secundaria tuvieron una representación del 60% en 2020, del 36,36% en 2021 y del 57,89% en 2022. En lo que respecta a la población con educación técnica superior, su presencia fue del 14% en 2020, del 9,09% en 2021 y del 7,89% en el año 2022; por último, la población con nivel superior universitario, su representación fue del 14% en 2020, 22,73% en 2021 y 21,05% en 2022.

GRÁFICO N° 05

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 05

TABLA N° 06
RELIGIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA
SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2020-2022

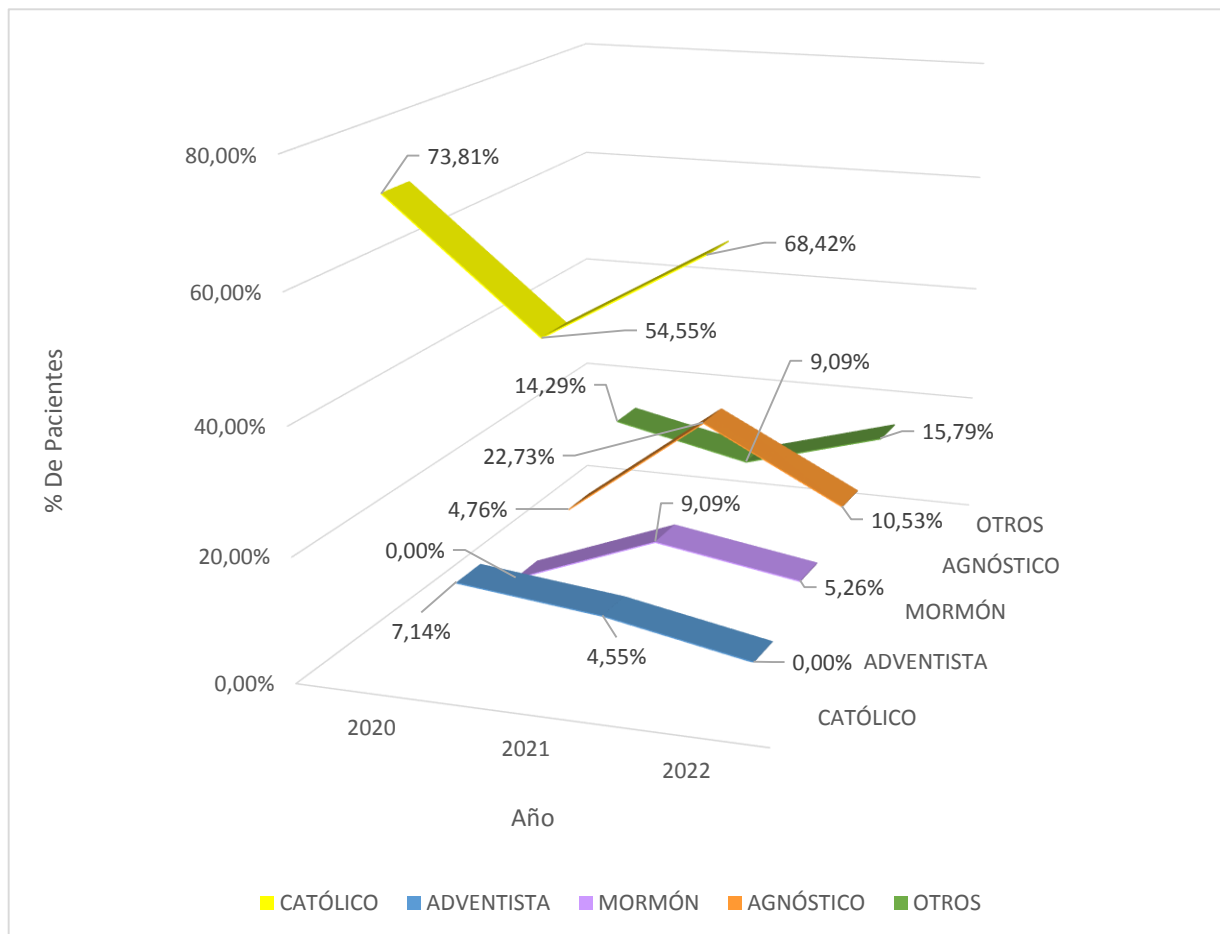
AÑO	RELIGIÓN											
	CATÓLICO		AGNÓSTICO		ADVENTISTA		MORMÓN		OTROS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2020	31	73,81	2	4,76	3	7,14	0	0,00	6	14,29	42	100
2021	12	54,55	5	22,73	1	4,55	2	9,09	2	9,09	22	100
2022	26	68,42	4	10,53	0	0,00	2	5,26	6	15,79	38	100
TOTAL	69	67,65	11	10,78	4	3,92	4	3,92	14	13,73	102	100

Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 6 se revela que la mayor parte de los individuos diagnosticados con conducta suicida se identificaron como católicos, abarcando un porcentaje significativo de 67,65% de la población, lo que equivale a un total de 69 pacientes. Se observó que un 10,78% de los pacientes (n=11) se identificaban como agnósticos. Además, se encontró que un porcentaje similar de la muestra, un 3,92% en cada caso (n=4), se identificó como miembros de la fe adventista y como mormones respectivamente, lo que sugiere una presencia más limitada pero notable de estas afiliaciones religiosas en el grupo estudiado. Por último, un 13,73% de la muestra (n=14) se adscribió a otras religiones.

GRÁFICO N° 06
RELIGIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA
SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 06

TABLA N° 07

**ORIENTACIÓN SEXUAL DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022**

AÑO	ORIENTACIÓN SEXUAL							
	HETEROSEXUAL		HOMOSEXUAL		BISEXUAL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2020	41	97,62	0	0,00	1	2,38	42	100
2021	21	95,45	0	0,00	1	4,55	22	100
2022	35	92,11	1	2,63	2	5,26	38	100
TOTAL	97	95,10	1	0,98	4	3,92	102	100

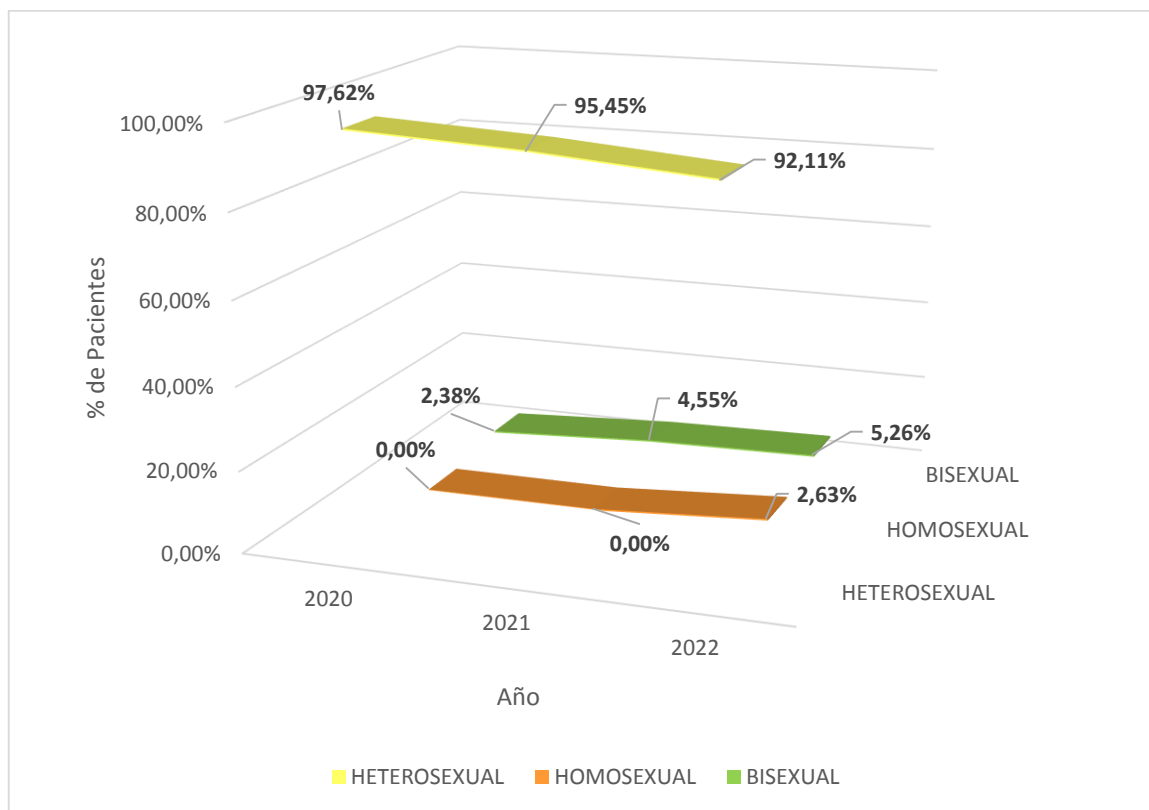
Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

INTERPRETACIÓN:

Según la tabla 7, la gran mayoría de la población estudiada se identificó como heterosexual, abarcando el 95,10% (n= 97). En segundo lugar, se encontró que un 3,92% de los pacientes (n=4) se identificaron como bisexuales, mientras que solo un 0,98% (n=1) se identificó como homosexual durante los tres años de estudio. Al examinar la distribución de las orientaciones sexuales a lo largo de los años 2020, 2021 y 2022, se observa que la representación de la población heterosexual fue del 97,62%, 95,45% y 92,11%, respectivamente. En contraste, la población homosexual no fue registrada en los años 2020 y 2021, pero mostró un aumento al 2,63% en el año 2022. Por otro lado, la representación de la población bisexual fue del 2,38% en 2020, 4,55% en 2021 y 5,26% en 2022.

GRÁFICO N° 07

ORIENTACIÓN SEXUAL DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 07

TABLA N° 08

SITUACIÓN LABORAL DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022

AÑO	SITUACIÓN LABORAL					
	TRABAJA		NO TRABAJA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
2020	26	61,90	16	38,10	42	100
2021	16	72,73	6	27,27	22	100
2022	26	68,42	12	31,58	38	100
TOTAL	68	66,67	34	33,33	102	100

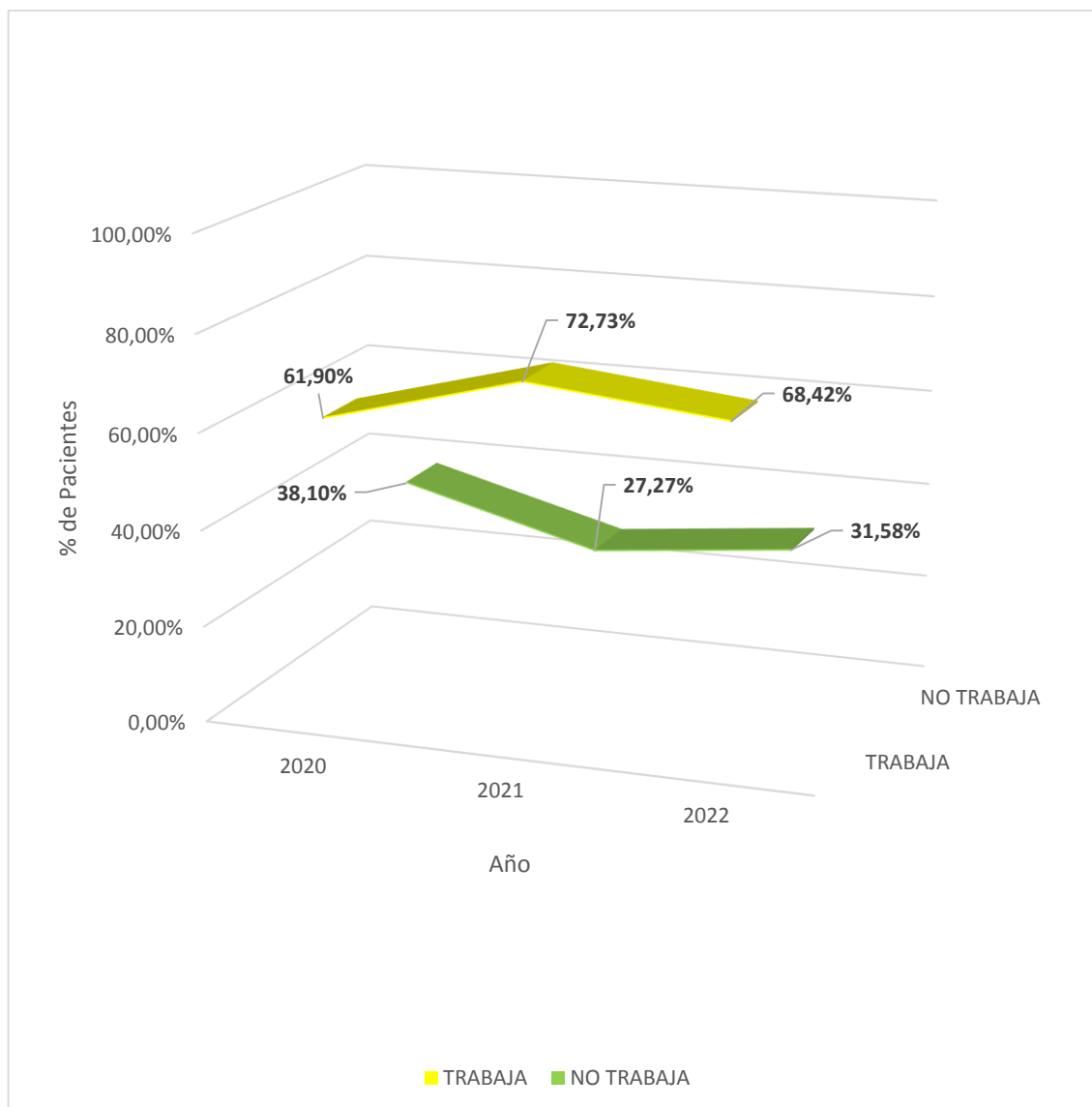
Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

INTERPRETACIÓN:

En el grupo de investigación, se observó que la mayoría de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida trabajaban de manera eventual, constituyendo un 66,67% (n=68) del total, mientras que el 33,33% (n=34) de los pacientes no trabajaban durante los 3 años de estudio. Se encontró que, en los años 2020, 2021 y 2022, la proporción de la población que estaba trabajando fue del 61,90%, 72,73% y 68,42% respectivamente. Por otro lado, la proporción de la población que no estaba trabajando fue del 38,10% en 2020, 27,27% en 2021 y 31,58% en 2022.

GRÁFICO N° 08

SITUACIÓN LABORAL DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 08

TABLA N° 09

SITUACIÓN ECONÓMICA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022

AÑO	SITUACIÓN ECONÓMICA							
	EXTREMA POBREZA		POBREZA		NO POBRE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2020	11	26,19	30	71,43	1	2,38	42	100
2021	7	31,82	15	68,18	0	0,00	22	100
2022	5	13,16	33	86,84	0	0,00	38	100
TOTAL	23	22,55	78	76,47	1	0,98	102	100

Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

INTERPRETACIÓN:

En el grupo de investigación, se observó que la mayoría de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida tenían una situación económica de pobreza, lo que representaba el 76,47% (n=78) del total, mientras que el 22,55% (n=23) de los pacientes tenían una situación económica de extrema pobreza y el 0,98% tenían una buena situación económica. Se descubrió que, en los años 2020, 2021 y 2022, la proporción de personas con situación económica de pobreza fue del 71,43%, 68,18% y 86,84% respectivamente, mientras que la proporción de personas con una situación económica en extrema pobreza fue del 26,19% en 2020, 31,82% en 2021 y 13,16% en 2022 y 2,38%, 0,00%, 0,00% en el 2020,2021,2022 respectivamente tuvieron una buena situación socioeconómica.

GRÁFICO N° 09

SITUACIÓN ECONÓMICA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 09

TABLA N° 10

**ENFERMEDAD NO MENTAL EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022**

AÑO	ENFERMEDAD NO MENTAL					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N	%
2020	15	35,71	27	64,29	42	100
2021	4	18,18	18	81,82	22	100
2022	7	18,42	31	81,58	38	100
TOTAL	26	25,49	76	74,51	102	100

Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

INTERPRETACIÓN:

Como se observa en la tabla 10, en cuanto a la enfermedad no mental en los pacientes pertenecientes al estudio, se observó que la mayoría de los pacientes no cursaba con alguna enfermedad no mental constituyendo un 74,51% (n=76) de la población y un 25,49% (n=26) de pacientes que refirieron según historia clínica cursar con alguna enfermedad no mental. Se encontró que el año 2020, 2021 y 2022 la población que curso con enfermedad no mental estuvo representada por el 35,71%, 18,18% y 18,42% respectivamente, mientras que la población que no cursaba con una enfermedad no mental fue representada por el 64,29% en el 2020, 81,82% en el año 2021 y 81,58% en el año 2022.

GRÁFICO N° 10

ENFERMEDAD NO MENTAL EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 10

TABLA Nº 11

**TRASTORNOS MENTALES EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA
SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2020-2022**

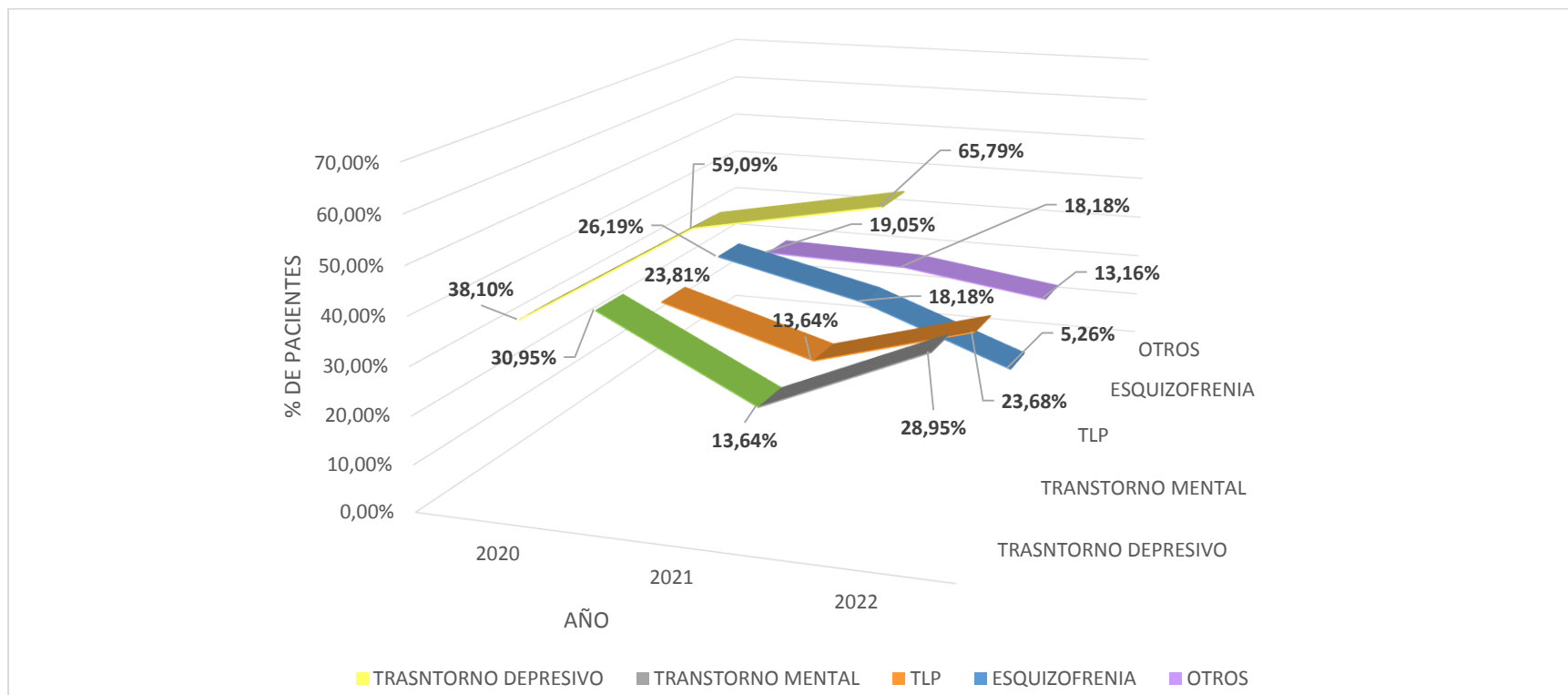
AÑO	TRANSTORNO MENTAL											
	T. DEPRESIVO		T. MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO POR SUSTANCIAS		T. LIMITE DE LA PERSONALIDAD		ESQUIZOFRENIA		OTROS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2020	16	38,10	13	30,95	10	23,81	11	26,19	8	19,05	42	100
2021	13	30,95	3	7,14	3	7,14	4	9,52	4	9,52	22	100
2022	25	59,52	11	26,19	9	21,43	2	4,76	5	11,90	38	100
TOTAL	54	52,94	27	26,47	22	21,57	17	16,67	17	16,67	102	100

Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

INTERPRETACIÓN:

En el contexto de la investigación realizada, se pudo observar que la mayoría de los individuos que fueron diagnosticados con conducta suicida presentaron también el diagnóstico de trastorno depresivo, representando un 52,94% del total de casos (n=54), seguido por trastorno mental y del comportamiento por sustancias representado por 26,47% (n=27), trastorno límite de la personalidad siendo representado por un 21,57% (n=22), esquizofrenia siendo representada por 16,67% (n=17) y otros trastornos en 16,67% (n=17) de la población durante los 3 años de estudio.

GRÁFICO N° 11
TRASTORNOS MENTALES EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA
SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 11

TABLA N° 12

CONDUCTA SUICIDA PREVIA EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022

AÑO	CONDUCTA SUICIDA PREVIA					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
2020	24	57,14	18	42,86	42	100
2021	7	31,82	15	68,18	22	100
2022	21	55,26	17	44,74	38	100
TOTAL	52	50,98	50	49,02	102	100

Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

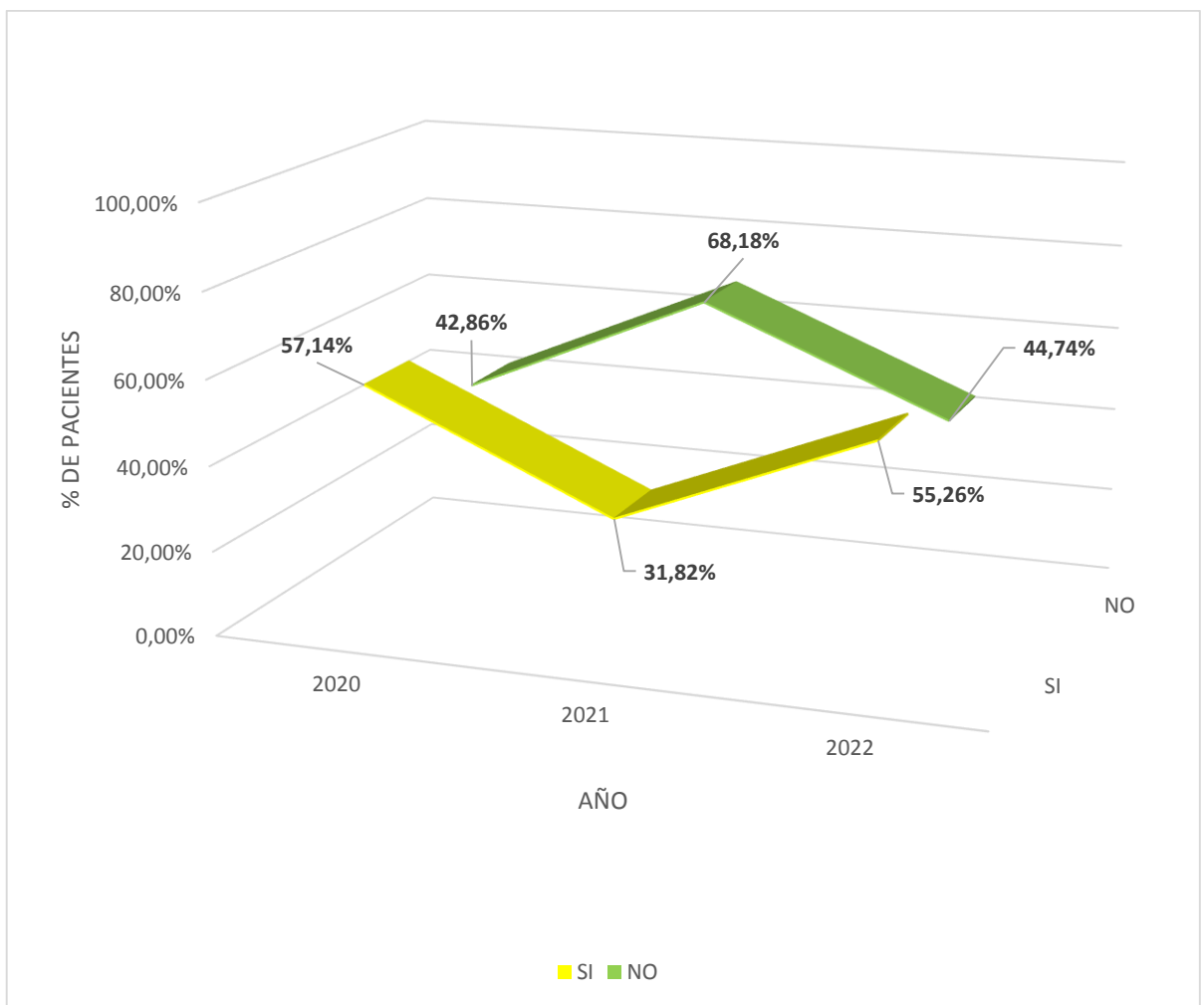
INTERPRETACIÓN:

Según los datos presentados en la tabla 12, se destaca que la mitad de los pacientes estudiados mostraron una historia previa de conducta suicida, representando un 50,98% del total (52 pacientes). Por otro lado, se observa que no hubo una diferencia significativa en la proporción de aquellos que no presentaron conducta suicida previa, lo que abarcó un 49,02% (50 pacientes) durante los tres años de estudio.

En el año 2021, la mayoría de los pacientes no presentaban conducta suicida previa, con un 68,18% del total, mientras que aquellos que si la presentaron representaban el 31,82%. En el año 2022, la proporción de pacientes con conducta suicida previa era ligeramente mayor, constituyendo el 55,26% del total, mientras que en aquellos que no presentaban este factor representaban el 44,74%. Finalmente, en el año 2020, la proporción de pacientes que referían conducta suicida previa fue ligeramente mayor que la de aquellos que le negaban, con un 57,14% y un 42,86% respectivamente.

GRÁFICO N° 12

CONDUCTA SUICIDA PREVIA EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 12

TABLA Nº 13

USO DE DROGAS EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022

AÑO	USO DE DROGAS													
	TABACO		ALCOHOL		CANNABINOIDES		COCAINA		BENZODIACEPINAS		OTROS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2020	17	40,48	26	61,90	11	26,19	9	21,43	3	7,14	2	4,76	42	100
2021	4	18,18	11	50,00	2	9,09	1	4,55	4	18,18	2	9,09	22	100
2022	11	28,95	23	60,53	9	23,68	5	13,16	2	5,26	1	2,63	38	100
TOTAL	32	31,37	60	58,82	22	21,57	15	14,71	9	8,82	5	4,90	102	100

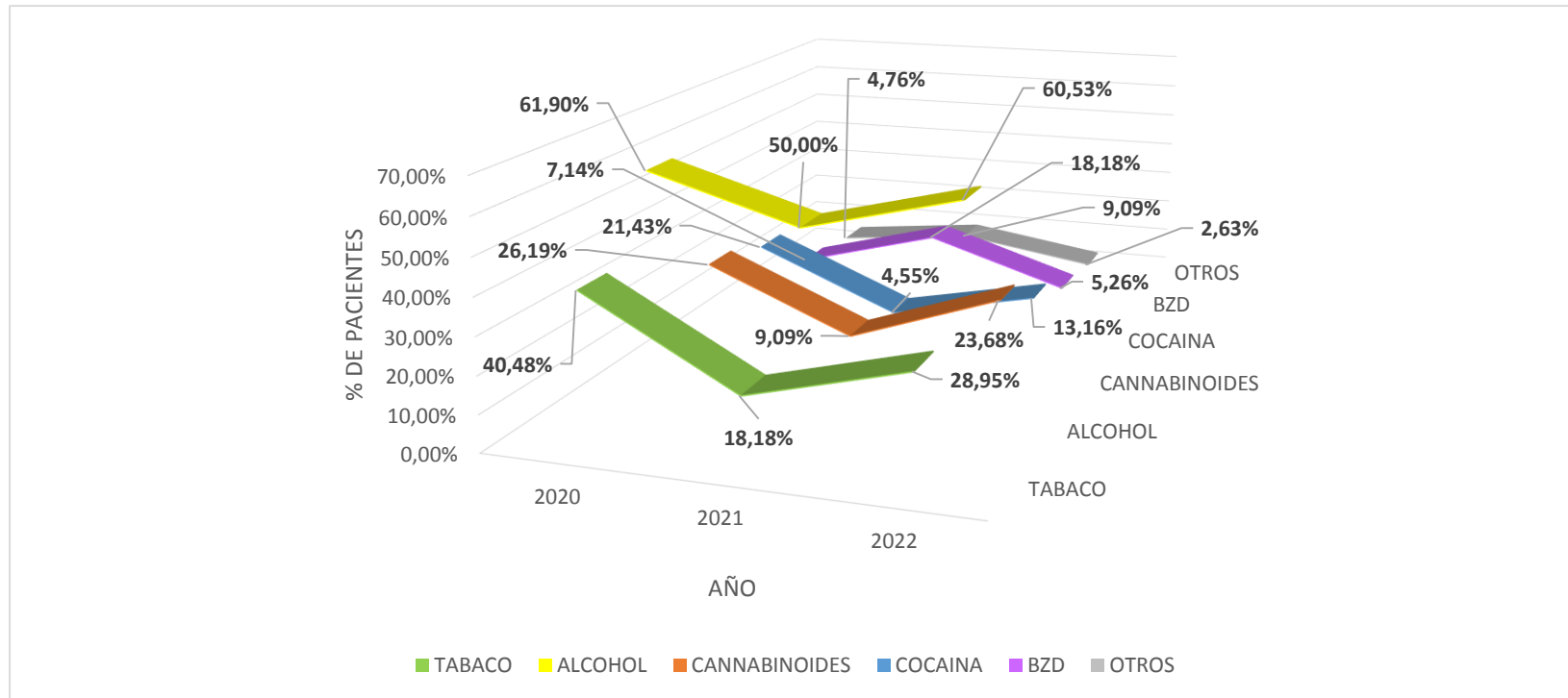
Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

INTERPRETACIÓN:

Se encontró que la mayoría de los individuos diagnosticados con conducta suicida presentaban un historial de consumo de sustancias. El consumo de alcohol fue la forma más común de abuso de sustancias, con un 58,82% de la muestra total (n=60). El consumo de tabaco fue el segundo lugar, afectando al 31,37% de los pacientes (n=32). Se observó que el consumo de cannabinoides afectó al 21,57% de los pacientes (n=22), mientras que el consumo de cocaína estuvo presente en un 14,71% de la muestra (n=15). Por otro lado, se registró un menor consumo de benzodiacepinas, afectando al 8,82% de la población (n=9), y se identificó un consumo de otras drogas en un 4,90% de la muestra (n=5).

GRÁFICO N° 13

USO DE DROGAS EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 13

TABLA N° 14

**TOCAMIENTOS Y/O ABUSO SEXUAL EN LOS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE
HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD
MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2020-2022**

AÑO	TOCAMIENTOS Y/O ABUSO SEXUAL									
	TOCAMIENTOS		ABUSO SEXUAL		AMBOS		NINGUNO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2020	19	45,24	9	21,43	9	21,43	23	54,76	42	100%
2021	13	59,09	9	40,91	9	40,91	9	40,91	22	100%
2022	17	44,74	6	15,79	6	15,79	21	55,26	38	100%
TOTAL	49	48,04	24	23,53	24	23,53	53	51,96	102	100%

Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

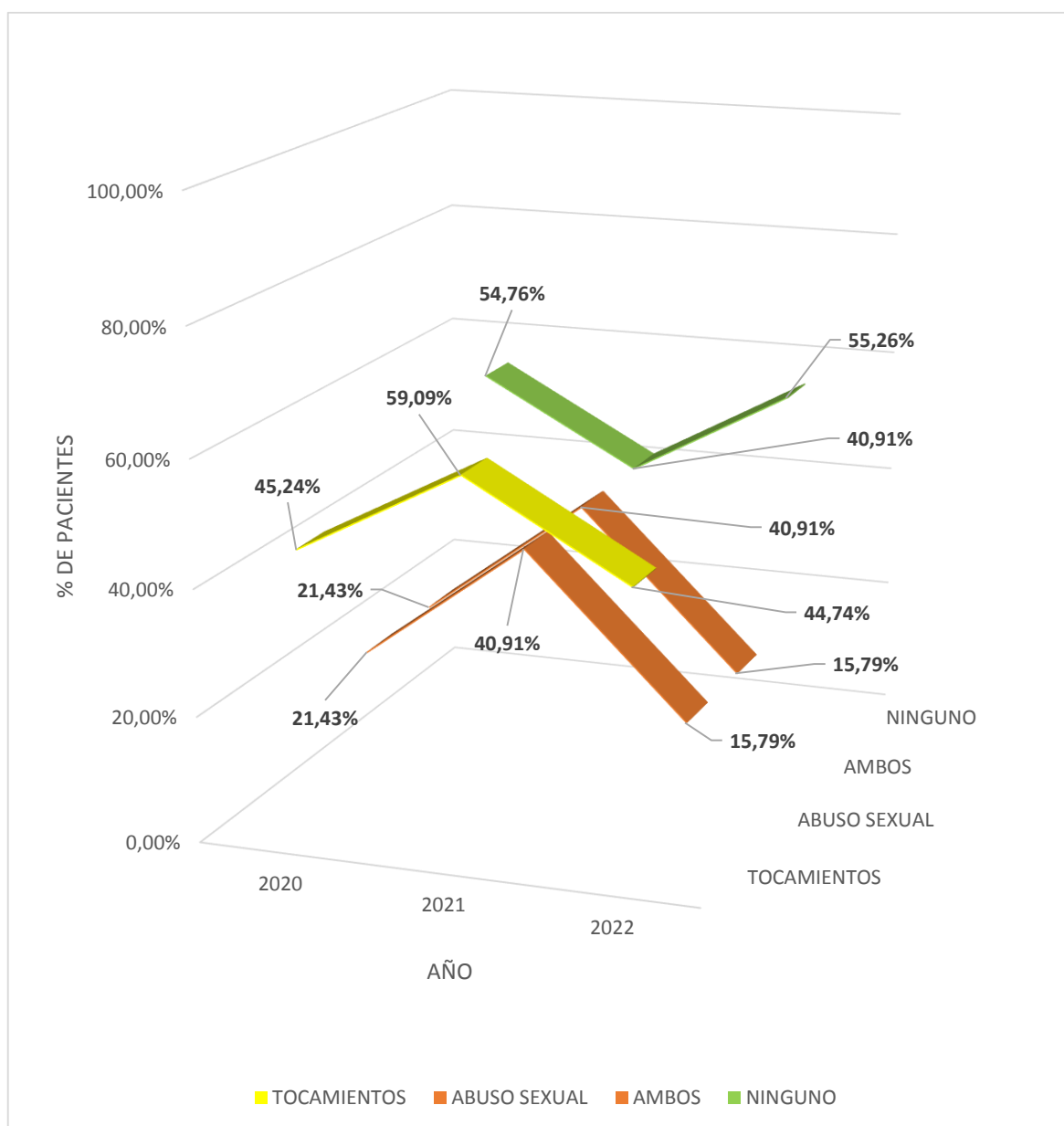
INTERPRETACIÓN:

Como se ve en la tabla 14, la mayor parte de la población refiere no haber sido víctimas de tocamientos y/o abuso sexual representados por un 51,96% (n=53), en segundo lugar, se obtuvo un total de 48,04% (n=49) pacientes que refirieron según historia clínica el haber sufrido tocamientos indebidos en algún momento de sus vidas. Asimismo, dentro de este grupo hubieron 24 (23,53%) pacientes que refirieron el también haber sido víctimas de abuso sexual.

Durante el año 2022 se evidencia que fue el mayor número de pacientes que no fueron víctimas de abuso sexual y/o tocamientos con un 55,26% (n=21), en el año 2021 el 59,09% (n=13) de los pacientes refirió haber sufrido tocamientos y el 40,91% (n=9) de la población también fue abusada sexualmente.

GRÁFICO N° 14

TOCAMIENTOS Y/O ABUSO SEXUAL EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 14

TABLA N° 15

**HISTORIA FAMILIAR DE SUICIDIO EN LOS PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE
HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD
MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2020-2022**

AÑO	HISTORIA FAMILIAR DE SUICIDIO					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
2020	4	9,52	38	90,48	42	100
2021	0	0,00	22	100,00	22	100
2022	2	5,26	36	94,74	38	100
TOTAL	6	5,88	96	94,12	102	100

Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

INTERPRETACIÓN:

Se encontró que la mayoría de pacientes no presentaba historia familiar de suicidio representados por 94,12% (n=96). La historia familiar de suicidio mostró una frecuencia de 5,88% (n=6) durante los 3 años de estudio. En el año 2021, los pacientes en su totalidad no presentaron historia familiar de suicidio, seguido por el año 2022 donde el 94,74% (n=36) de la población total. En el año 2020, la proporción de pacientes que negó historia familiar de suicidio era ligeramente menor, constituyendo el 90,48% (n=38) del total.

GRÁFICO N° 15

HISTORIA FAMILIAR DE SUICIDIO EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 15

TABLA N° 16

**TRASTORNO MENTAL EN LA FAMILIA DE LOS PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE
HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD
MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2020-2022**

AÑO	TRASTORNO MENTAL EN LA FAMILIA					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
2020	22	52,38	20	47,62	42	100
2021	5	22,73	17	77,27	22	100
2022	11	28,95	27	71,05	38	100
TOTAL	38	37,25	64	62,75	102	100

Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 16 se observa la frecuencia en cuanto al trastorno mental en la familia de los pacientes del estudio. Se encontró que la mayoría de pacientes no presentó trastorno mental en la familia con un 62,75% (n=64), mientras que la población que si presentó trastorno mental en su familia fue un total de 37,25% (n=38) durante los 3 años de estudio.

En el año 2020, el 52,38% de los pacientes (n=22) refirió trastornos mentales en su familia. En contraste, en el año 2021, se observó que un notable 77,27% de los pacientes (n=17) no presentaban trastornos mentales en su familia. Asimismo, en el año 2022, el 71,05% de los pacientes (n=27) negó trastornos mentales en su familia.

GRÁFICO N° 16

TRASTORNO MENTAL EN LA FAMILIA DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 16

TABLA N° 17

DINÁMICA FAMILIAR EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022

AÑO	DINÁMICA FAMILIAR					
	FUNCIONAL		DISFUNCIONAL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
2020	4	9,52	38	90,48	42	100
2021	8	36,36	14	63,64	22	100
2022	9	23,68	29	76,32	38	100
TOTAL	21	20,59	81	79,41	102	100

Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

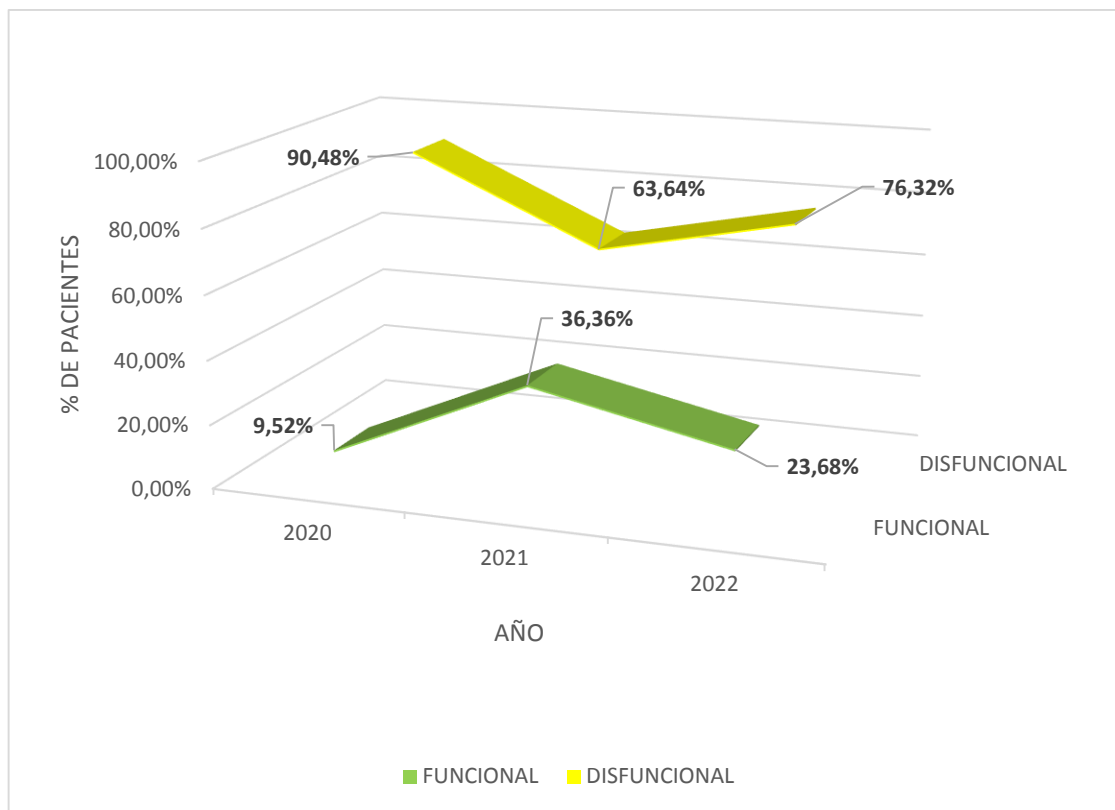
INTERPRETACIÓN:

En la tabla 17 se observa que hubo una predominancia de la dinámica familiar disfuncional en los pacientes pertenecientes al estudio, con un número total de 81 pacientes que presentaron este antecedente y representaron el 79,41% de la población. Por otro lado, el número de pacientes con dinámica familiar funcional fue mucho menor, con un total de 21 pacientes, y que representaron 20,59% del total.

En un análisis más detallado, durante el año 2020 se observó que el 90,48% (n=38) tuvo dinámica familiar disfuncional, seguido por un 76,32% (n=29) en el año 2022 y una menor cantidad de casos durante el año 2021 representados por el 63,64% de la población total, siendo así 14 pacientes que tuvieron dinámica familiar disfuncional.

GRÁFICO N° 17

DINÁMICA FAMILIAR EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 17

TABLA N° 18

**VIOLENCIA FAMILIAR EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022**

AÑO	VIOLENCIA FAMILIAR					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
2020	27	64,29	15	35,71	42	100
2021	14	63,64	8	36,36	22	100
2022	25	65,79	13	34,21	38	100
TOTAL	66	64,71	36	35,29	102	100

Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

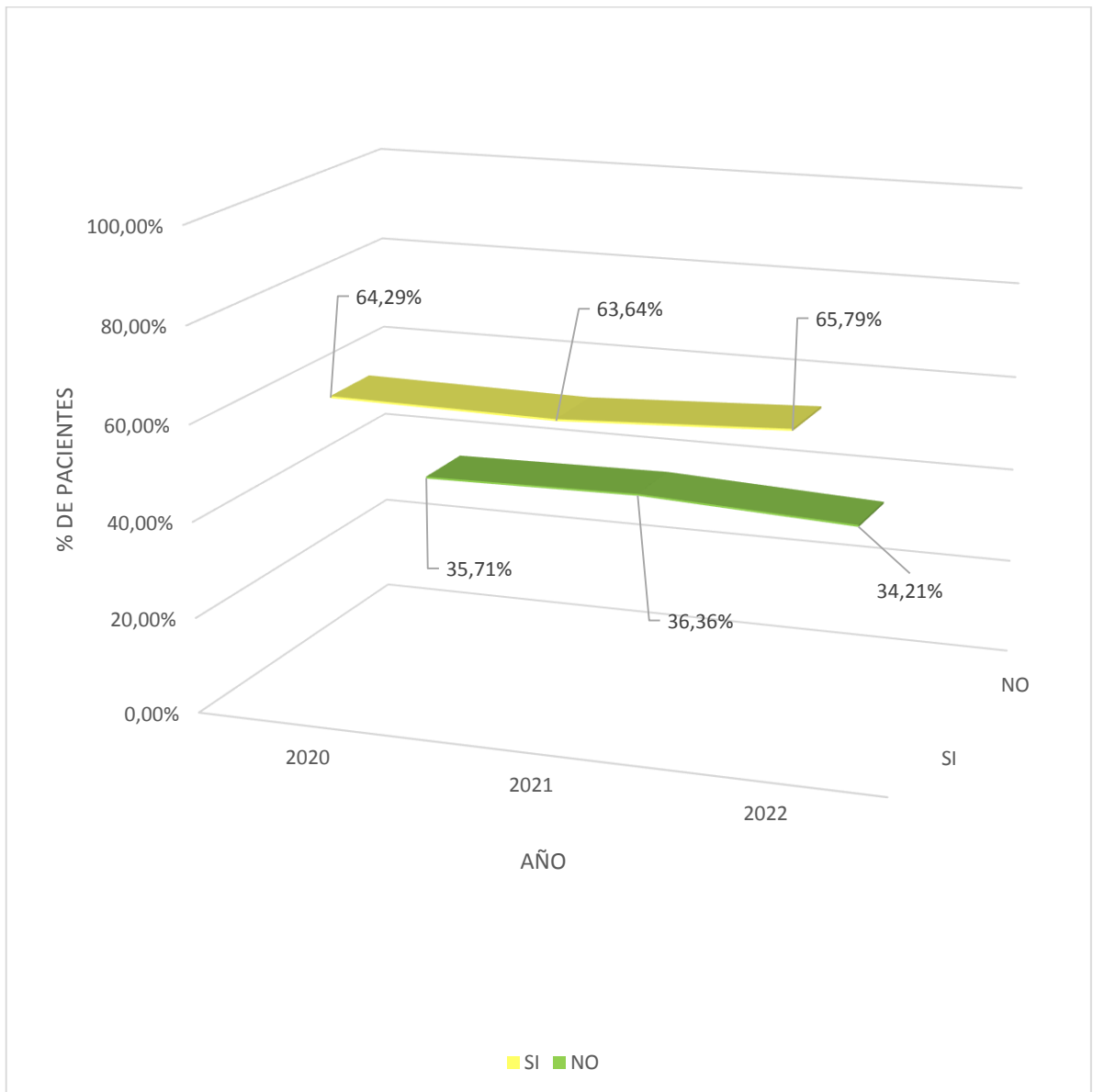
INTERPRETACIÓN:

Como se observa en la tabla 18, en cuanto al antecedente de violencia familiar de los pacientes pertenecientes al estudio, se observó que la mayoría de los pacientes refirió violencia familiar siendo representada con un 64,71% (n=66), por otro lado, los pacientes que no sufrieron violencia familiar fueron representado con un 35,29% (n=36).

Se encontró que, en el año 2020, 2021 y 2022 la población que fue víctima de violencia familiar estuvo representada por el 64,29%, 63,64% y 65,79% respectivamente, mientras que la población que no curso con violencia familiar fue representada por el 35,71% en el 2020, 36,36% en el año 2021 y 34,21% en el año 2022.

GRÁFICO N° 18

VIOLENCIA FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 18

TABLA N° 19

**SEPARACIÓN Y/O FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR EN LOS
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CONDUCTA SUICIDA
DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2020-2022**

AÑO	SEPARACIÓN Y/O FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
2020	30	73,17	11	26,83	41	100
2021	9	39,13	14	60,87	23	100
2022	20	52,63	18	47,37	38	100
TOTAL	59	57,84	43	42,16	102	100

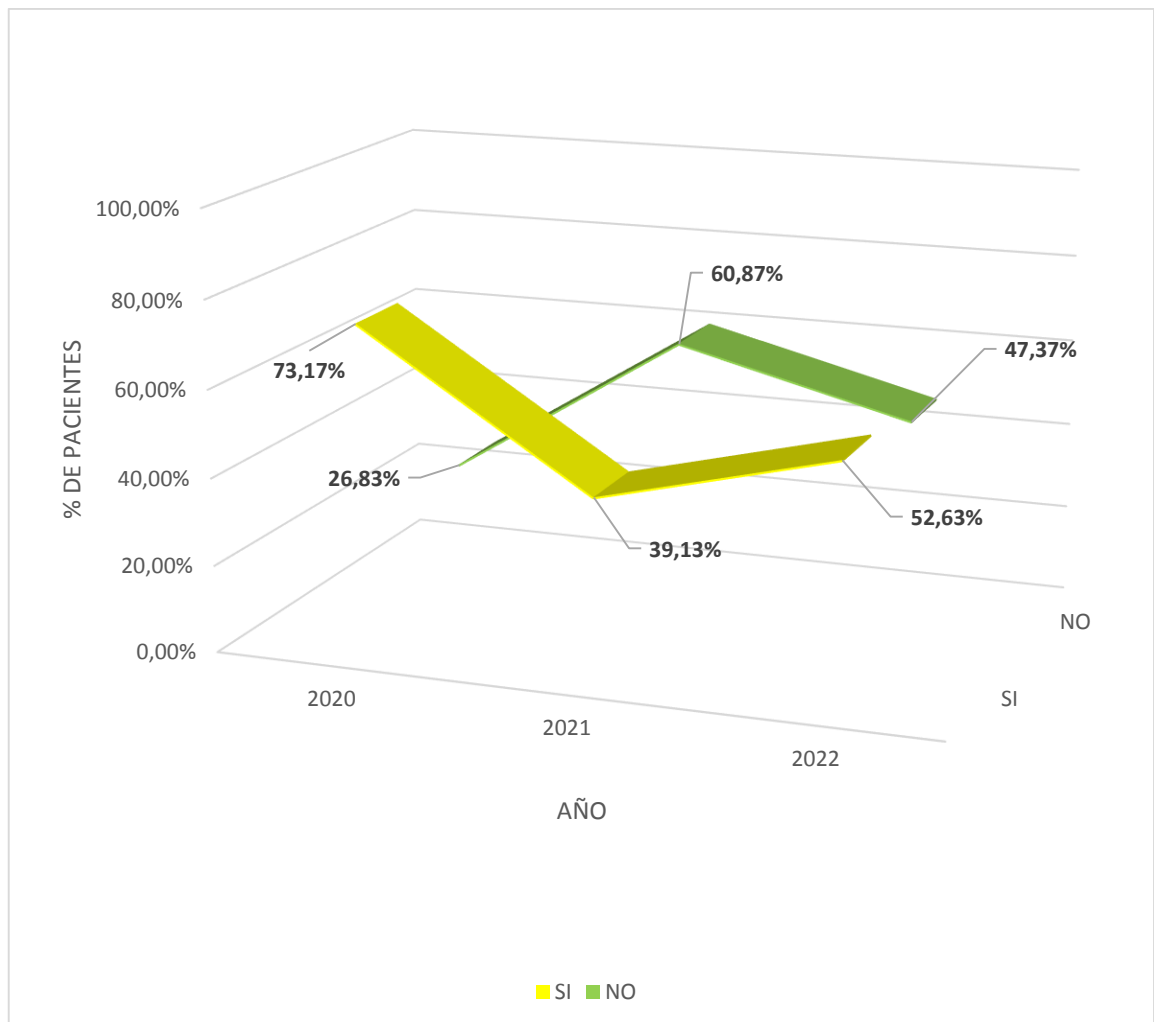
Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

INTERPRETACIÓN:

Según la tabla 19, el número total de pacientes que tenían separación y/o fallecimiento de un familiar fue de 59, lo que representa el 57,84% de la población estudiada. Este antecedente fue más predominante entre los pacientes hospitalizados en el año 2020, seguido por el 2022 y, en último lugar, el 2021, con 30, 20 y 9 pacientes respectivamente. Por otro lado, se observó que 43 pacientes, equivalente al 42,16% de la población, no presentaron este antecedente. En el año 2020 se observó un número significativamente mayor de casos en los que los pacientes informaron separación y/o fallecimiento de un familiar, lo que representó el 73,17% de la población estudiada. Posteriormente, en el año 2022, este porcentaje disminuyó a 52,63% (n=20) y en el año 2021 se registró la menor proporción de casos, con un 39,13% (n=9).

GRÁFICO Nº 19

SEPARACIÓN Y/O FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla Nº 19

TABLA N° 20

**APOYO FAMILIAR EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,
2020-2022**

AÑO	APOYO FAMILIAR					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
2020	34	80,95	8	19,05	42	100%
2021	21	95,45	1	4,55	22	100%
2022	33	86,84	5	13,16	38	100%
TOTAL	88	86,27	14	13,73	102	100%

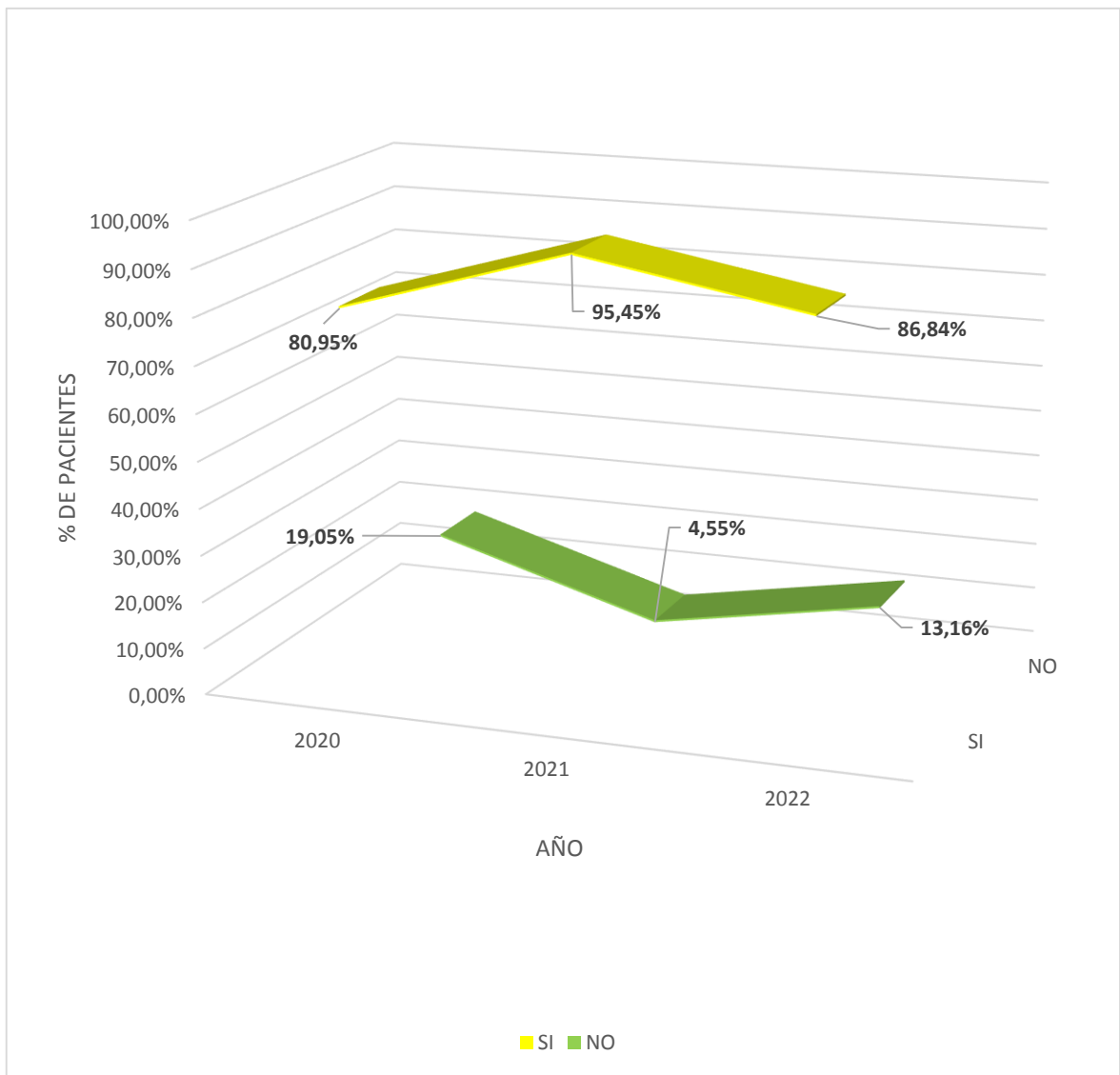
Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 20 podemos observar que la presencia de apoyo familiar a los pacientes con diagnóstico de conducta suicida fue predominante con un total de 88 pacientes que afirmaron contar con sus familiares, y que representaron el 86,27% de la población; mientras que el número de pacientes que negaron contar con este apoyo fue de 14, número que representa 13,73% de la población en los tres años de estudio. En el año 2021 hubo un notable porcentaje de apoyo familiar en los pacientes en estudio, siendo representados por un 95,45%, seguido por el año 2022 con un 86,84% (n=33) y se halló una menor cantidad de casos de pacientes que contaban con apoyo familiar en el año 2020 siendo así el 80,95% (n=34) quienes tuvieron apoyo por parte de su familia,

GRÁFICO Nº 20

APOYO FAMILIAR EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla Nº 20

TABLA N° 21

RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022

AÑO	RENDIMIENTO ACADÉMICO							
	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2020	5	11,90	28	66,67	9	21,43	42	100
2021	8	36,36	13	59,09	1	4,55	22	100
2022	9	23,68	25	65,79	4	10,53	38	100
TOTAL	22	21,57	66	64,71	14	13,73	102	100

Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

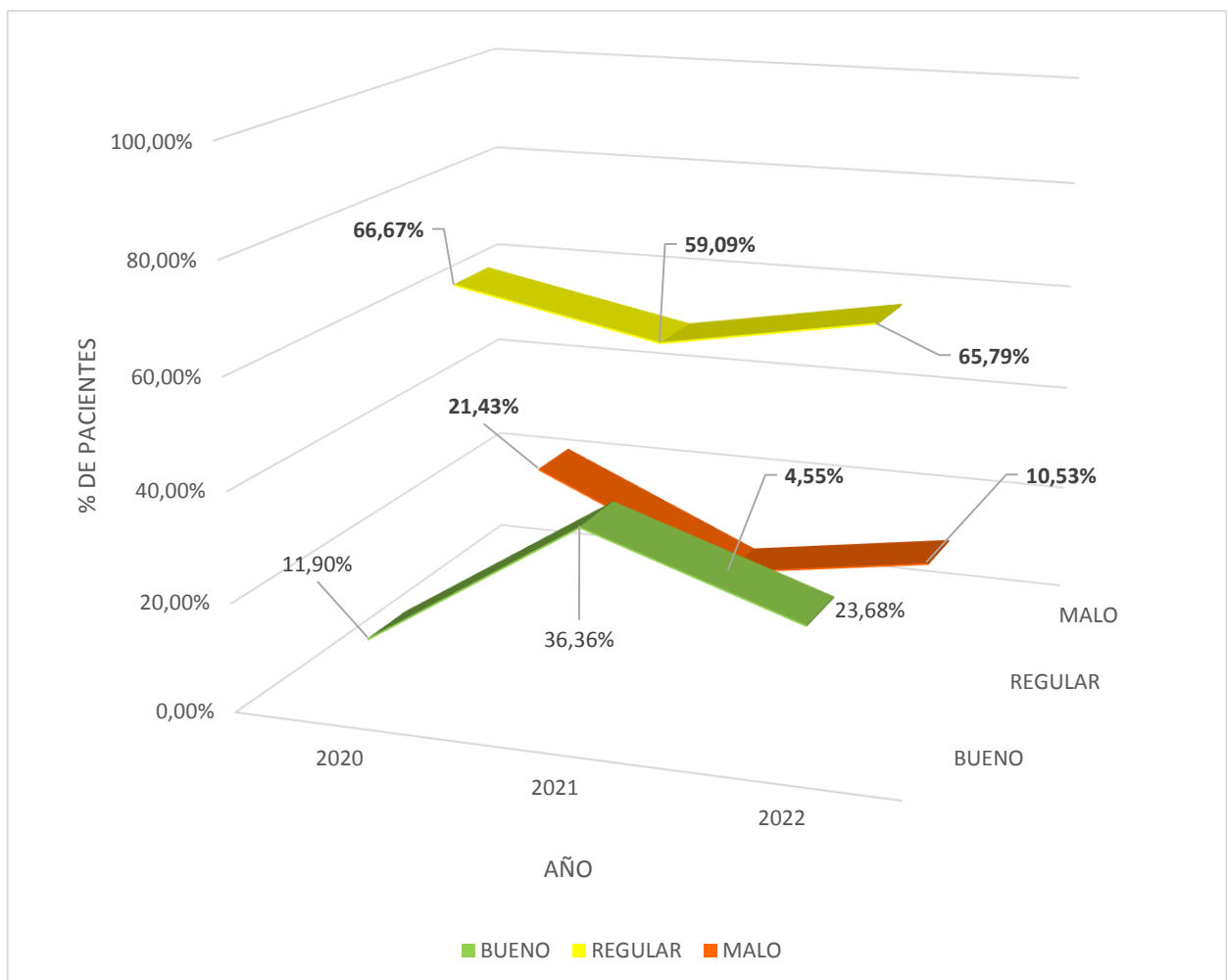
INTERPRETACIÓN:

En la tabla 21 podemos observar la frecuencia sobre rendimiento académico que presentaron los pacientes con diagnóstico de conducta suicida. Se observa que se encuentra predominando el rendimiento académico regular con un número de 66 pacientes (64,71%), seguido por el buen rendimiento académico que obtuvo un número de 22 pacientes (21,57%) y en último lugar el mal rendimiento con 14 pacientes (13,73%).

En el año 2020, un 66,67% (n=28) de los pacientes con conducta suicida presentaron un rendimiento académico regular, además durante mismo año se halló que el 21,43% (n=9) refirió un mal rendimiento académico, por otro lado, los pacientes con buen rendimiento estuvieron representado por un 36,36% durante el año 2021.

GRÁFICO N° 21

RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 21

TABLA N° 22

APOYO SOCIAL EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022

AÑO	APOYO SOCIAL					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
2020	22	52,38	20	47,62	42	100
2021	13	59,09	9	40,91	22	100
2022	24	63,16	14	36,84	38	100
TOTAL	59	57,84	43	42,16	102	100

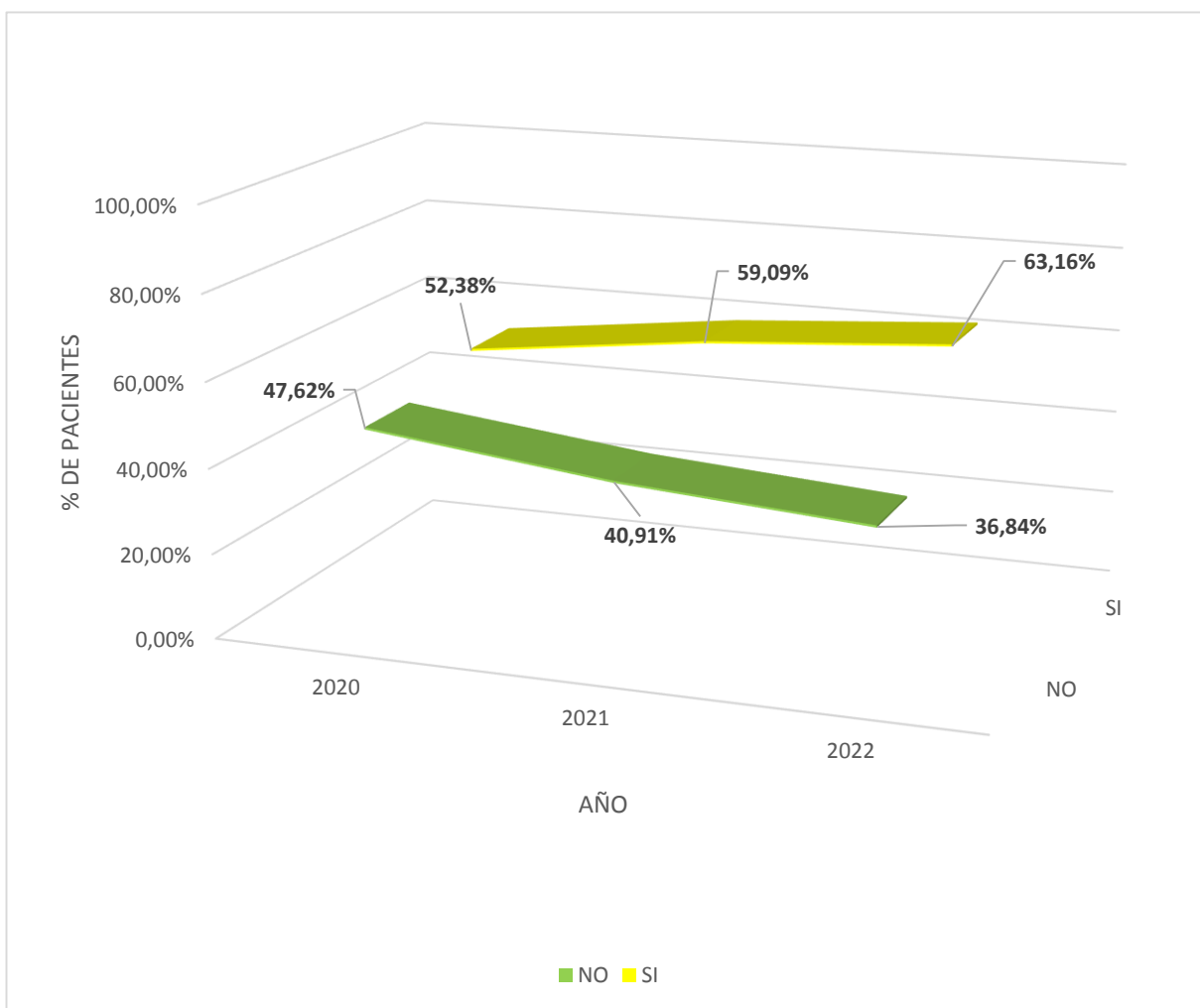
Fuente: historias clínicas de la unidad de hospitalización del departamento de salud mental del hospital Hipólito Unanue de Tacna

INTERPRETACIÓN:

Se puede observar en la tabla 22 una mayor cantidad de pacientes que refirieron apoyo social siendo representados por un 57,84% y el 42,16% de los pacientes refirió no haber tenido apoyo social durante los tres años de estudio. En un análisis más detallado por años, se encontró que en el año 2020 hubo más casos de ausencia de apoyo social representado por el 47,62% (n=20), seguido por un 40,91% (n=9) durante el año 2021 y con un menor porcentaje en el año 2022 representado por el 36,84% de la población.

GRÁFICO N° 22

APOYO SOCIAL EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA SUICIDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020-2022



Fuente: Tabla N° 22

4.2 DISCUSIÓN

La conducta suicida es un fenómeno complejo que involucra una interacción multifacética de factores personales, familiares y sociales en pacientes hospitalizados en el área de salud mental.

Los factores personales juegan un papel fundamental en la génesis de la conducta suicida. Estos factores pueden incluir antecedentes de trastornos psiquiátricos, como lo son el trastorno depresivo, el trastorno límite de la personalidad, la esquizofrenia y el trastorno mental y de conducta por abuso de sustancias, actuando como catalizadores que aumentan la vulnerabilidad del individuo. La historia de intentos de suicidio previos y el acceso a medios letales son indicadores adicionales de alto riesgo.

Otro de los grupos de factores que desempeñan un papel crucial en la conducta suicida son los factores familiares. Un ambiente familiar disfuncional, caracterizado por la falta de apoyo emocional, puede contribuir significativamente al deterioro del bienestar psicológico del paciente. La presencia de antecedentes familiares de suicidio también se ha identificado como un factor de riesgo importante, sugiriendo una posible influencia genética en la transmisión del riesgo suicida.

Asimismo, los factores sociales completan la triada de factores que desempeñan un papel determinante en la conducta suicida de los pacientes hospitalizados en salud mental. El aislamiento social, la discriminación y el estigma relacionado con los trastornos mentales pueden agravar la sensación de desesperanza y desesperación en estos individuos.

La comprensión de los factores personales, familiares y sociales en pacientes hospitalizados en el área de salud mental es esencial para desarrollar estrategias de prevención y tratamiento efectivas. La evaluación de estos factores en la práctica clínica puede ayudar a identificar a los individuos en mayor riesgo y proporcionar intervenciones personalizadas para mitigar este riesgo y promover la recuperación a largo plazo.

El presente estudio comprendió una población total de 110 pacientes hospitalizados comprendidos entre el año 2020 y el año 2022 de los cuales 8 de los pacientes hospitalizados cumplieron con nuestros criterios de exclusión.

En la **tabla N° 01** se puede visualizar los casos de conducta suicida por año de ingreso a la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental: Los pacientes hospitalizados en el año 2020 correspondieron a 42 pacientes (41,18%), los hospitalizados en el año

2021 correspondieron a 22 pacientes (21,57%) y en el año 2022 representaron el 37,25% con 38 pacientes.

Becoechea B. et al. (80) en su estudio titulado “Factores relacionados con conducta suicida en personas hospitalizadas en una unidad psiquiátrica” realizado en España encontraron una cantidad semejante de ingresos hospitalarios por intento de suicidio por año. En concreto, se registró un total de 44 pacientes que requirieron hospitalización debido a esta problemática. Por otro lado, Quispe M. (81) en su tesis titulada “Factores asociados al intento de suicidio y su reincidencia en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2019” encontró una incidencia mayor, que fue de 99 pacientes para el año 2019.

Como se menciona, los resultados de Becoechea B. et al (80) coinciden con el resultado de incidencia de nuestro estudio, mientras que en el estudio de Quispe M. (81) se encontró una incidencia mayor.

Estos hallazgos resaltan la incidencia de la conducta suicida en la población estudiada a lo largo del período de investigación. Sin embargo, es importante resaltar que pese a la reducción de camas hospitalarias que hubo en el Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue en el 2020, se denotó un número superior de ingresos en comparación de los años 2021 y 2022, esto podría guardar relación con la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, por lo cual hubo una crisis de salud

mental debido al confinamiento, pérdidas familiares, dificultades económicas y la incertidumbre de no haber una vacuna y/o tratamiento para poder combatir la enfermedad. Asimismo, el factor pandemia podría haber creado un sesgo, ya que hubo un menor índice de casos de hospitalizaciones por conducta suicida, esto probablemente debido a que se decidió hospitalizar solo a los casos a los que se consideraba los más graves. De igual manera, en reiteradas ocasiones los mismos pacientes optaban por su retiro voluntario, esto debido a la crisis sanitaria y el miedo al contagio.

En la **tabla N° 02** se describe la media, la mediana y la moda de la edad encontrada en la población de estudio. La media encontrada fue de 27,4 años, la mediana fue de 25 años y por último la moda fue 19 años.

Torales J. et al. (82) en su investigación titulada “Caracterización de pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital Universitario” realizada en Paraguay encontró una media de edad semejante para su población comprendida entre los años 2014 a 2018, la cual fue de 29 años. Asimismo, Viza J. (83) en su investigación realizada en el Hospital III Goyeneche de Arequipa menciona que los pacientes con mayor tasa de conducta suicida fueron en pacientes jóvenes entre las edades de 18-29 años.

La Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (84) nos indica que se observa un mayor número de casos registrados de conducta suicida entre las personas menores de 45 años. Este fenómeno parece ser común en todos los continentes.

Como se ha señalado, tanto el estudio realizado por Torales J. (82) como el realizado por Viza J. (83) presentaron resultados semejantes a los nuestros indicando que la mayoría de los casos de comportamiento suicida se encuentran en adultos jóvenes.

Esto se podría explicar debido a que la población adolescente y joven adulta atraviesa una transición en la que enfrentan distintos desafíos propios de la edad tales como; la presión académica, la exploración de la identidad propia, la definición de metas y objetivos de vida, como también muchos se enfrentan a dificultades como el desempleo y el desamor, siendo estos factores que predisponen a un trastorno depresivo.

En la **tabla N° 03** se detalla la proporción del género masculino y femenino por año en nuestra población de estudio. Se observa que hubo la proporción de mujeres fue significativamente mayor, comprendiendo el 65,69% de la población.

Coincidiendo con los hallazgos mencionados se encuentran autores como Méndez P. et al. (15) cuyo estudio denominado “Caracterización clínica, psicológica y sociofamiliar de la conducta suicida en adolescentes

chilenos: análisis de correspondencias múltiples” realizado en Chile obtuvo una población predominante del sexo femenino (59,3%). Resultados similares encontró Sendra J. et al. (12) cuya población en España eran mujeres en su gran mayoría (58,7%). Otro autor que menciona este hallazgo es Parhuana A. (18), cuya investigación presentó una proporción del sexo femenino del 80.5% de la población.

En este aspecto, la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (84) nos dicta que la distribución de suicidio según género entre hombres y mujeres es de 4 a 1 en naciones occidentales, mientras que en otras partes del mundo varía entre 3 a 1 y 7,5 a 1. De la misma forma, la Organización Panamericana de la Salud (85), corrobora que los suicidios consumados ocurren con mayor frecuencia en hombres, en proporción de 3,5 a 1, mientras que los intentos de suicidio son más comunes en mujeres en la misma proporción.

Como se ha señalado, los estudios realizados por Méndez P. (15), Sendra J. (12) y Parhuana J. (18) se asemejan a nuestros resultados, donde se señalaba una mayor proporción de sexo femenino en la población con conducta suicida. Sin embargo, la bibliografía nos habla de una mayor cantidad de suicidios consumados en el sexo masculino.

Estos resultados se pueden atribuir al uso de métodos menos letales o con efectos retardados por parte de las mujeres, lo que facilita su

rescate, mientras que en el caso del sexo masculino existe una tendencia a intentos de autólisis más agresivos y que más frecuentemente logran su cometido. Asimismo, en las mujeres con conducta suicida se han encontrado niveles más bajos de metabolitos de serotonina en su LCR, menos transportadores presinápticos y más receptores postsinápticos de serotonina en el córtex prefrontal. Estos datos sugieren que aquellos que llevaron a cabo el acto de suicidio mostraban carencias en su capacidad para controlar el comportamiento impulsivo (86).

En la **tabla N° 04** se presenta la proporción del estado civil de los pacientes, encontrando que el estado civil predominante en nuestro estudio fue "soltero" al cual pertenecieron 75 pacientes, siendo representados por un 73,53% de la población.

Concordando con estos resultados, Torales J. et al. (82) encontró en su investigación que el estado civil al que la mayor parte de la población pertenecía fue el soltero con 42,5%. Asimismo, Parhuana A. (18) presentó resultados semejantes a nuestra investigación, afirmando que el 75% de su población eran solteros.

La Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (87) nos habla acerca de que existe una correlación estadísticamente significativa entre la ausencia de un cónyuge o pareja y la propensión a la conducta suicida, aunque esta relación es más débil en comparación con factores como la

depresión o el abuso de alcohol. En consecuencia, el comportamiento suicida es más común en individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de una red de apoyo social.

Como se ha señalado, los estudios realizados por Torales J. (82) y Parhuana A. (18) son semejantes a nuestros resultados, mientras que la bibliografía consultada confirma estos hallazgos.

Una posible explicación a este hallazgo se puede deber a que los individuos solteros carecen de una red de apoyo adicional en comparación con las personas que forman parte de una relación amorosa, y pueden experimentar mayor sentido de aislamiento y soledad. En este sentido, la presencia de una pareja emocional podría relacionarse a una mayor capacidad para afrontar a los desafíos emocionales y psicológicos.

En la **tabla N° 05** se expone el grado de instrucción que presentaron los pacientes pertenecientes a nuestro estudio, y en el que se encontró que la mayoría de la población alcanzó la educación secundaria (53,92%), mientras que el grado de instrucción menos presentado fue el nivel técnico superior (10,78%).

En este sentido, Torales J. et al. (82) mencionaron en su estudio realizado en Paraguay que la mayor parte de la población presentó estudios secundarios como grado académico (48,8%). A nivel nacional, Viza J. (83) realizó su estudio en Arequipa donde da a conocer que un

63,8% de su población concluyó estudios secundarios, porcentaje que se asemeja a nuestro estudio donde un 53,92% presentó estudios de nivel secundario. Por otro lado, Becoechea B. et al. (80) en su estudio realizado en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, presentó un predominio de población con estudios superiores, el cual fue de 40,5%.

Según Schreiber J. et al. (88) menos años de educación pueden estar asociados con mayores tasas de suicidio. En los Estados Unidos, la tasa de suicidio en 2014 fue aproximadamente dos veces mayor en hombres con educación secundaria que en hombres con título universitario o más educación (39 y 17 suicidios por cada 100.000 personas).

En resumen, los estudios realizados por Torales J. (82) y Viza J. (83) se asemejan a nuestros resultados en los que la mayoría de población con conducta suicida llegó hasta el grado de instrucción de secundaria. Sin embargo, el estudio de Becoechea B. (80) presentó una mayor cantidad de pacientes con estudios superiores.

Este suceso puede explicarse, debido a que la mayoría de los pacientes con conducta suicida eran jóvenes, por lo que la mayoría de ellos daría inicio y/o estaría cursando algún estudio superior. Por otro lado, difiere la ubicación geográfica cuando se compara con estudios como el de Becoechea B. (80), el cual se realizó en España.

En la **tabla N° 06** se evidencia la distribución en cuanto a religión presentada en los pacientes de nuestro estudio. Se determinó que la religión predominante fue la religión católica representados por un 67,65% de nuestra población. Mientras que las religiones que tuvieron la menor presencia en nuestro estudio fueron la adventista y mormona, representando un 3,92% de la población cada una.

Esta observación coincide con el estudio realizado por Peralta F. (89) en el que se obtuvo como resultado que el 68,8% de la población profesaba la religión católica. De igual manera, Viza J. (83), señaló que la mayor parte de su población también era perteneciente a la religión católica, representando el 91,3% de su población. Estos resultados respaldan la noción de que en nuestro país y en el mundo la religión católica prevalece como la religión dominante.

Según la bibliografía, la religión puede funcionar como un factor protector, ya que se observan tasas de suicidio más bajas entre los seguidores de diversas religiones, como budistas, cristianos, hinduistas y musulmanes, en comparación con las tasas más altas que se encuentran entre aquellos que son ateos (88).

Tanto en nuestro estudio como en el de Peralta F. (89) y Viza J. (83) se encontró que la gran mayoría de la población pertenecía a la religión católica. Asimismo, por la bibliografía consultada esta población

presentaría un factor protector en comparación con las personas que no profesan ningún tipo de religión.

Esto se debe a que, en el contexto de la religión, el suicidio se considera un pecado mortal, un acto que transgrede los principios fundamentales de la ley divina en la que se rechaza el obsequio de la vida que nos entregó Dios y desafía Su voluntad. Asimismo, es importante destacar que esta percepción religiosa puede tener un impacto significativo en las actitudes y respuestas sociales hacia las personas que hayan cometido algún acto suicida, lo que posiblemente influiría en la estigmatización y la falta de comprensión en torno a este delicado tema.

En la **tabla N° 07** se detalla la orientación sexual que presentó nuestra población de estudio. En esta variable, se halló que la preferencia sexual predominante fue la heterosexual representando el 95,10% del total de la población, el segundo lugar la ocupó la orientación bisexual con 3,92% y la menos frecuente fue la orientación homosexual representando un 0,98% de la población.

Según el INEI, en una encuesta realizada a la población LGTBI en el año 2017: el 35,2% de los encuestados afirmó identificarse con la orientación sexual “homosexual” y el 56,5% de la población afirmó que teme expresar su orientación sexual (90).

Según Schreiber J. (88), la conducta suicida es más frecuente en minorías sexuales tales como personas bisexuales, en comparación con personas heterosexuales.

Una posible explicación al mayor riesgo de suicidio en individuos homosexuales se puede deber a que a menudo enfrentan discriminación, tensiones en sus relaciones personales, ansiedad y carencia de apoyo, factores que aumentan su vulnerabilidad al suicidio. Además, los individuos homosexuales muestran tasas más altas de trastornos por abuso de alcohol, depresión en comparación con la población general.

En la **tabla N° 08** se detalla la situación laboral en la que se encontraba nuestra población de estudio al momento de su hospitalización. En este sentido, se halló que la mayor parte de los pacientes contaba con un empleo, representando el 66,67% de la población con conducta suicida.

Sin embargo, existen estudios que difieren con nuestros resultados, como por ejemplo en la investigación de Torales J. et al. (82) realizada en Paraguay se halló que la mayoría de los pacientes pertenecientes al estudio no contaban con empleo al momento de la hospitalización (54,3%), o el de Chávez R. (19) que fue realizado en el Hospital Nacional María Auxiliadora en Lima en el que el 61,9% de la población no contaba con empleo al momento de su hospitalización.

Como lo explica la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (84), la pérdida de empleo y la situación de pobreza se vinculan a un riesgo más elevado de suicidio. Asimismo, la pérdida del trabajo o la jubilación, que son eventos generadores de estrés, pueden aumentar el riesgo de suicidio en dos o tres veces.

En resumidas cuentas, los estudios realizados por Torales J. (82) y Chávez R. (19) así como la bibliografía consultada difieren a nuestros resultados, presentando una mayor proporción de desempleo en los pacientes con conducta suicida.

Esta diferencia puede explicarse debido a que, según el INEI (91), el 73,5% de la población en el Perú trabaja de forma informal, y aún más importante, en nuestra región el 72,2% de la población cuenta con un empleo informal de los cuales la mayoría de ellos son eventuales, lo cual guarda relación con nuestro estudio y puede ser uno de los factores que están relacionados a la conducta suicida debido a que los trabajadores informales a menudo carecen de contratos formales, dejándolos sin protección legal en caso de despidos, accidentes laborales o enfermedades. Asimismo, en estos trabajadores existe una ausencia de seguros de salud, pensiones y sueldo estable, dejándolos financieramente vulnerables en situaciones de crisis. Además, muchas veces en estos empleos existe explotación laboral y bajos salarios que no guardan

relación con horas de trabajo, lo que contribuye a condiciones laborales precarias y a la perpetuación de un ciclo de pobreza.

En la **tabla N° 09** se ilustra la situación económica que atravesaban los pacientes al momento de su hospitalización. La mayor parte de la población se catalogó en situación de pobreza con un 76,47% y el segundo lugar lo ocupó la pobreza extrema representando el 22,55%.

Frente a este hallazgo, Mulholland (16) en su investigación encontró que los factores socioeconómicos y factores relacionados a la salud tienen una asociación significativa con la conducta suicida.

Asimismo, según la Guía de Práctica Clínica del Paciente con Conducta Suicida, la conducta suicida se asocia al estrato social bajo, relacionándose con la frustración y carencias económicas (92).

La Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (87) señala que factores como la condición socioeconómica están relacionados de manera más significativa con los intentos de suicidio en hombres. En el caso de las mujeres, estos intentos se asocian más con factores como una percepción más negativa de su salud o un nivel educativo más bajo. Asimismo, en el caso de los adolescentes, Ortiz E. (93) menciona que la situación económica desfavorable de los padres juega un papel importante en el riesgo de conducta suicida. La presión económica aumenta la irritabilidad y genera conflictos relacionados con el dinero.

La elevada frecuencia de pacientes con tendencia suicida en estado en pobreza y pobreza extrema se pueden deber a que existen factores relacionados a la pobreza que incrementan el riesgo de suicidio. Algunos de los factores clave incluyen: el estrés financiero que genera el no poder satisfacer las necesidades básicas, como alimentos, vivienda y atención médica; el limitado acceso a servicios de salud mental; la desesperanza que genera vivir en la pobreza durante un período prolongado; como la estigmatización y discriminación que puede hacer que las personas se sientan avergonzadas de sus circunstancias, lo que dificulta la búsqueda de ayuda y un respaldo social.

En la **tabla N° 10** se expone la presencia o ausencia de enfermedad no mental en los pacientes con conducta suicida. En nuestra investigación se encontró que la mayor parte de la población referían no presentarlas, representando el 74,51% de los participantes, mientras que un total de 25,5% de la población refirió presentar alguna enfermedad no mental.

Congruente a este resultado, Torales J. et al (82) en su investigación encontraron que el 38,6% de la población de estudio refirió presentar alguna enfermedad no psiquiátrica. Sin embargo, existen estudios en los que se halló lo contrario, como el de Quesada M. (94) en el que se registró que la mayoría de los pacientes presentó al menos una enfermedad medica-quirúrgica (56,5%).

Según la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (84), el sufrimiento debido a una enfermedad crónica, la disminución de la movilidad, cambios en la apariencia física y otras formas de discapacidad, así como un pronóstico desfavorable de enfermedades como el cáncer o el VIH, están correlacionados con un aumento del riesgo de suicidio.

Se puede señalar entonces que existe una discrepancia entre los estudios realizados por Torales J. (82) y Quesada M. (94), en el que en el primer caso concuerda con nuestros resultados el bajo número de pacientes con una enfermedad concomitante, mientras que en el segundo caso se registra un mayor número de pacientes que presentaron al mismo tiempo una enfermedad no mental asociada.

Una posible explicación a este fenómeno se puede deber a que en el Hospital Hipólito Unanue la mayoría de los pacientes que tienen alguna enfermedad concomitante y requieren manejo por Medicina Interna o Cirugía General motivo por el cual son internados en el servicio respectivo, de esta manera no suelen estar hospitalizados en el área de Psiquiatría.

En la **tabla N° 11** se representa la distribución de trastornos de salud mental que estuvieron asociados a nuestra población. Dentro de los trastornos de salud mental más frecuentes registrados en el estudio se encontró en primer lugar a la “Depresión” con un 52,94%, en segundo

lugar, el “Trastorno mental y del comportamiento por abuso de sustancias” con un 26,47%, en tercer lugar, el “Trastorno límite de personalidad” con 21,57% y en último puesto la “Esquizofrenia” con 16,67%.

Coronado O. (95) encontró un resultado similar en su estudio denominado “Características clínico-epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al Hospital General San José del Callao, Perú”, en el que al analizar los trastornos mentales diagnosticados a los pacientes con intento de autólisis hubo un predominio de depresión, llegando a ser del 50%. Contrario a este hallazgo, Torales et al (82) en su investigación realizada en Paraguay describió que el diagnóstico psiquiátrico más frecuente encontrado fue el trastorno límite de personalidad, presentándose en el 43,3% de la población de estudio, y dejando en segundo lugar a la depresión, que representó un 18,9% de los pacientes.

La literatura médica nos habla que tanto el trastorno depresivo como el trastorno límite de la personalidad son factores de riesgo para la autolesión (88). Se estima que la depresión aumenta el riesgo de suicidio 21 veces en comparación con la población general (96), mientras que en el caso del trastorno límite de personalidad el 60-70% de los pacientes con este diagnóstico llevarán a cabo al menos una vez en su vida un intento de suicidio (97).

Se puede señalar entonces que existe una discrepancia entre los estudios realizados por Coronado O. (95) y Torales J. (82), en el que en el primer caso concuerda con nuestros resultados, mientras que en el segundo caso la depresión ocupa un segundo lugar, siendo el trastorno límite de personalidad el primer puesto.

Una razón posible a la asociación entre estas 2 patologías y la conducta suicida se ve explicada por la clínica que producen. La depresión produce sensación de desesperanza, anhedonia y monotonía, mientras que el trastorno límite de personalidad se caracteriza por la labilidad emocional y la conducta impulsiva. Estos elementos con un manejo inadecuado de la patología pueden desembocar en un episodio de intento de autólisis.

En la **tabla N° 12** se describe a la población que presentó el antecedente de conducta suicida previa. Se encontró sobre esta variable que el 50,98% del total de la población tuvo al menos 1 episodio de conducta suicida previa.

Quesada M. (94) coincidió con estos resultados en su investigación denominada “Estudio sobre intentos de suicidio graves ingresados en un hospital general: Aspectos sociodemográficos y clínicos”, en la que un 62,5% de la población presentó 1 o más intentos de suicidio previos. Parhuana A. (18) también confirma la importancia de la conducta suicida

previa, describiendo en su estudio que de la totalidad de pacientes casi el 70% presentó este antecedente.

Según Schreiber J. (88) se estima que por cada suicidio consumado existen de 10 a 40 intentos de suicidio no fatales, comprendiendo al historial previo de intento de autólisis como el factor predictivo más fuerte de suicidio.

Tanto Quesada M. (94), como Parhuana A. (18) y Schreiber J. (88) coinciden en que, dentro de los pacientes con conducta suicida, generalmente va a existir un gran número de esos pacientes que ha presentado conducta suicida previa.

Este mayor riesgo asociado a previos intentos de suicidio se puede explicar por: la sensación de fracaso que genera el intento de suicidio, que desembocará en vergüenza o culpa; la menor aversión al acto suicida en la que las personas que han intentado suicidarse pueden haber superado ciertas barreras psicológicas para llevar a cabo el acto; la falta de resolución de problemas subyacentes; y la mayor facilidad de acceso a medios letales, debido a que las personas que han intentado suicidarse previamente tienen los conocimientos para acceder a medios letales.

En la **tabla N° 13** se detalla la frecuencia en cuanto al uso de drogas en los pacientes con conducta suicida. Se determinó que dentro de las drogas más frecuentemente consumidas por los pacientes de nuestro

estudio se encontró en primer lugar al alcohol con 60 pacientes que afirmaban consumirlo (58,82%), siguiéndole el tabaco con 32 pacientes (31,37%), el cannabis en tercer lugar con 22 pacientes (21,57%) y la cocaína con 15 pacientes (14,71%).

Coincidiendo con nuestros resultados, Torales et al (82) encontraron que las drogas más consumidas por los pacientes con intento de autólisis fue el alcohol (30,7%), dejando en segundo lugar al tabaco (8,7%). Asimismo, Chávez R. et al (19) en su investigación realizada en Lima titulada “Factores de riesgo asociados a ideación suicida en pacientes de un Hospital del Perú” obtuvo semejantes resultados, ocupando el primer lugar el consumo de alcohol en 71,3% de la población y segundo lugar el tabaco con 56,5%.

Corroborando estos hallazgos, la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (84) nos detalla acerca del papel que ocupa el abuso de sustancias en relación a la conducta suicida, y es que se conoce que uno de cada cuatro individuos que intenta suicidarse tiene un historial de abuso de alcohol u otras sustancias. Este antecedente no solo constituye un factor de riesgo, sino también un desencadenante, con una relación estadísticamente significativa con la conducta suicida. De esta forma, se estima que las personas con problemas de abuso de alcohol enfrentan un riesgo de suicidio seis veces mayor que la población general.

Como se puede ver, existe una semejanza de nuestro estudio con los estudios realizados por Torales J. (82) y Chávez R. (19), en el que el alcohol ocupa el primer puesto para abuso de drogas. La bibliografía también nos lo confirma, refiriendo que a nivel global el alcohol es la droga más consumida por los pacientes con conducta suicida (84).

Esto se podría explicar debido a que ambas, el alcohol y el tabaco, son las drogas más socialmente aceptadas y son legales en cualquier país, por lo que tienen libre distribución y mayor facilidad de adquisición. Sin embargo, hay que recalcar que el tabaco no necesariamente podría contar como un factor que aumente el riesgo o desencadene el suicidio, ya que como bien se conoce a diferencia del alcohol que es un depresor del sistema nervioso central, el tabaco es una droga estimulante debido a la acción que ejerce la nicotina, la cual aumenta la secreción de dopamina (efecto estimulante) y a través de la vía de la noradrenalina activa la liberación de cortisol (regulando los niveles de estrés) (98).

En la **tabla N° 14** se describe la presencia o ausencia de abuso sexual en los pacientes pertenecientes al estudio. Se halló que un 48,04% de la población reportó tocamientos indebidos en algún momento de sus vidas, mientras que un 23,53% manifestó haber sido víctima de abuso sexual, refiriéndose al acto de penetración.

Rivera L. (13) en este sentido indica que el sufrir abuso sexual se asocia con la conducta suicida, y en su estudio realizado en México encontró una asociación significativa en la que este factor de riesgo aumentó la probabilidad de conducta suicida 6 veces en comparación a la población en general.

De igual modo, la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (84) nos habla acerca de la violencia sexual y física, especialmente aquella que ocurre durante la niñez, y la relación sólida que mantiene con la tendencia suicida. Asimismo, las personas que han experimentado abusos físicos o sexuales suelen presentar comorbilidades, lo que contribuye al incremento del riesgo de suicidio.

La explicación a esta mayor predisposición se puede deber a que las personas que han experimentado tocamientos y/o abuso sexual a menudo enfrentan un trauma emocional y psicológico persistente, que muchas veces afecta negativamente la percepción que tienen de ellos mismos, generando sentimientos de culpa, vergüenza, además de poder afectar la capacidad para desarrollar relaciones saludables y confianza en las demás personas.

En la **tabla N° 15** se detalla a la historia familiar de suicidio, la mayor parte de los pacientes no presentó historia familiar de suicidio,

representando un aproximado de 94,12% de la población, mientras que solo el 5,88% presentó este antecedente.

Asemejándose a este resultado, Becoechea B. (80) en su investigación realizada en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid en España obtuvo que el 61,4% no presentaba antecedente de algún familiar que se haya quitado la vida. Asimismo, Parhuana A. (18) obtuvo en su estudio que la mayor parte de los pacientes no presentó antecedente familiar de suicidio (63,4%).

Tanto nuestro estudio, como el de Becoechea B. (80) y Parhuana A. (18) no tuvieron un gran porcentaje de pacientes con historia familiar de suicidio. Sin embargo, por teoría se conoce que este suceso es un factor de riesgo para la conducta suicida.

Este hecho se podría explicar debido a que algunos trastornos psiquiátricos tienen tanto componente ambiental como componente hereditario, como la depresión o el trastorno límite de la personalidad, factores que predisponen a los pacientes a cometer suicidio. Si bien no se conoce si se puede heredar la predisposición al suicidio, lo que si tiene evidencia científica es el componente genético de algunas enfermedades psiquiátricas como las ya mencionadas.

En la **tabla N° 16** se expone la presencia o ausencia del antecedente de trastorno mental en la familia. Se halló en nuestro estudio que la mayor

parte de los pacientes no presentó trastorno mental en la familia, representando un aproximado de 62,75% de la población, mientras que solo el 37,25% presentó este antecedente.

Con un resultado similar, Viza J. (83) en su estudio encuentra que solo un 12,5% de su población tuvo familiares con algún trastorno mental. Sin embargo, Quesada M. (94) en su estudio halló lo contrario, con el 60,7% de los pacientes que afirmaban tener algún familiar con patología psiquiátrica

Nuestro estudio tuvo resultados semejantes con el estudio realizado por Viza J. (83), sin embargo, Quesada M. (94) encontró una cantidad predominante de pacientes que tenían un familiar con trastorno mental.

La relación entre el trastorno mental en la familia y la conducta suicida puede ser debido a que la existencia de estos trastornos puede generar un entorno estresante y desequilibrado, lo que incrementa la posibilidad de que otros miembros de la familia también experimenten problemas de salud mental.

En la **tabla N° 17** se describe la dinámica familiar de los pacientes con conducta suicida. Nuestra investigación encontró que ocho de cada diez pacientes crecieron en una familia disfuncional (79,41%), mientras que solo una minoría creció en una familia funcional (20,59%).

En cuanto a las familias disfuncionales según Parhuana A. (18), el 63,4% de los pacientes refirió haber crecido en una familia disfuncional. Del mismo modo, Pugliese S. (99) en su investigación encontró que el 77% de pacientes catalogados con conducta suicida afirmaba haber crecido en una familia disfuncional.

Nuestro estudio tuvo resultados semejantes con el estudio realizado por Parhuana A. (18) y también con la investigación ejecutada por Pugliese S. (99) en la que hubo una predominancia de familia disfuncional en los pacientes con conducta suicida.

La conexión entre la conducta suicida y el hecho de ser parte de una familia disfuncional se puede deber a la falta de apoyo emocional y afectivo, la exposición a conflictos y violencia intrafamiliar, la internalización de modelos de comportamiento negativos y la ausencia de estabilidad que caracteriza a este tipo de familias. Estos factores subrayan la importancia de abordar las dinámicas familiares disfuncionales como un componente crítico en la prevención de la conducta suicida, enfatizando la necesidad de proporcionar intervenciones terapéuticas y de apoyo específicas para mejorar el bienestar emocional y psicológico de los miembros de la familia en riesgo.

En la **tabla N° 18** se describe la violencia familiar en los pacientes con conducta suicida. Nuestra investigación encontró que

aproximadamente las dos terceras partes de la población de estudio (64,71%) sufrieron violencia familiar, mientras que la menor parte de pacientes creció en una familia sin violencia (35,29%).

Asemejándose a nuestro estudio, Pugliese S. (99) encontró que el 60% de pacientes catalogados con riesgo suicida afirmaba haber sufrido violencia familiar. Asimismo, Chen X. et al (100) quienes realizaron una investigación en China en la que el 69,3% de la población afirmaron haber sufrido al menos un tipo de maltrato en su infancia (emocional, físico o sexual).

Es importante resaltar que la violencia familiar también ocupa un lugar en la ideación y conducta suicida. Como describe Espinoza F. (101) en su estudio titulado “Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes” tanto la violencia física como la violencia verbal presentaron una asociación estadísticamente significativa a la conducta suicida, presentando un riesgo 5,47 y 9,28 veces mayor de realizar estas conductas que la población control.

Resultados semejantes a nuestro estudio arrojaron las investigaciones de Pugliese S. (99) y Chen X. (100), en los que hubo un predominio de violencia familiar en la población estudiada. Asimismo, Espinoza F. en su estudio describió una asociación significativa entre este factor de riesgo y la conducta suicida.

Existen diversas posibles razones para este fenómeno, como; el trauma psicológico que las víctimas de violencia familiar a menudo experimentan y puede desencadenar en un trastorno de salud mental como el trastorno de estrés postraumático, la depresión y la ansiedad; también la violencia familiar puede erosionar la autoestima y la autoimagen de una persona; como también las víctimas de violencia familiar pueden sentirse atrapadas, con recursos limitados y pocas opciones para escapar de la violencia, por lo que ante la falta de soluciones pueden llegar a considerar el suicidio como una vía de escape.

En la **tabla N° 19** se detalla acerca de la separación y/o fallecimiento de un familiar. Se encontró que del total de la población estuvo presente este factor en 59 pacientes, representando el 57,84% de la población estudiada. Se observó un predominio de este antecedente entre los pacientes hospitalizados en el año 2020, seguido por el año 2022 y, en último lugar, el año 2021; con 30, 20 y 9 pacientes respectivamente. Por otro lado, se observó que 43 pacientes, equivalente al 42,16% de la población, no presentaron este antecedente.

A nivel nacional, la Guía de Práctica Clínica del Paciente con Conducta Suicida nos describe que la conducta suicida se asocia a la pérdida parental, encontrándose que las féminas con pérdidas parentales tempranas son más vulnerables en relación al intento suicida (92).

Dado el predominio de este antecedente en el año 2020, es posible que este incremento esté relacionado con los efectos de la pandemia de COVID-19 en el Perú. Durante ese período, el país se vio gravemente afectado por la pandemia, lo que provocó un aumento significativo en los casos y en las medidas de control, como cuarentenas y restricciones de movimiento. Estas circunstancias podrían haber contribuido a un mayor estrés y ansiedad en las familias, lo que a su vez podría haber exacerbado los riesgos psicosociales y emocionales, incluidos los asociados con la conducta suicida.

En la **tabla N° 20**, se encontró que el número total de pacientes que refirieron sentir apoyo de su familia fue de 88, representando el 86,27% de la población estudiada. Se observó un predominio de este antecedente entre los pacientes hospitalizados en el año 2020, seguido por el año 2022 y, en último lugar, el año 2021; con 34, 33 y 21 pacientes respectivamente. Por otro lado, se observó que 14 pacientes, equivalente al 13,73% de la población, no presentaron este antecedente.

Estos resultados se contraponen a lo que Hurtado F. (20) reporta en su investigación, ya que en ella sólo el 23% de pacientes refirieron sentir apoyo familiar.

Núñez A. (102) subraya la conexión directa entre un ambiente familiar positivo y la reducción de las ideaciones suicidas, incluso llegando

a indicar que la falta de apoyo o la disfuncionalidad familiar pueden aumentar considerablemente el riesgo de que las ideas suicidas evolucionen hacia intentos de suicidio. Esto subraya la importancia del papel protector que la familia desempeña en situaciones de crisis que las personas pueden experimentar.

Estos hallazgos se podrían explicar debido a que los pacientes que tienen apoyo familiar son los que más frecuentemente son llevados a Emergencia donde finalmente son hospitalizados en el área de Psiquiatría, mientras que los pacientes sin apoyo familiar deciden no buscar ayuda.

En la **tabla N° 21** se describe el antecedente de rendimiento académico de los pacientes de nuestro estudio. Se halló que, del total de la población, el 64,7% presentaba un rendimiento académico regular, en segundo lugar, se posicionó el buen rendimiento académico representando el 21,6% de la población, y en último lugar se encuentra el mal rendimiento académico presente en 13,7% de la población.

Este hallazgo se asemeja a lo hallado en el estudio de Kogan B. (103) titulado “Factores de riesgo asociados a intento de suicidio en adolescentes”, en donde hubo un bajo rendimiento académico en el 17% de la población con intento de suicidio.

El estudio de Gómez M. et al. (104) muestra la importancia del mal rendimiento académico estudiando a la procrastinación académica en relación con la conducta suicida, cuyo resultado indicó que la procrastinación se relacionaba positiva y significativamente con la conducta suicida.

Estos resultados se pueden explicar debido a que la población de nuestro estudio fueron pacientes adultos y adultos mayores que en su mayoría tenía un trabajo informal, por lo que el rendimiento académico de la escuela no tenía relación con la causa del intento de suicidio.

En la **tabla N° 22** se detalla la presencia o ausencia de apoyo social percibida por los participantes de nuestro estudio. El número total de pacientes que refirieron ausencia de apoyo social fue de 43, representando el 42,16% de la población estudiada. Se observó un predominio de este antecedente entre los pacientes hospitalizados en el año 2020, seguido por el año 2022 y, en último lugar, el año 2021; con 20, 14 y 9 pacientes respectivamente. Por otro lado, se observó que 59 pacientes, equivalente al 57,84% de la población, afirmaron percibir apoyo social.

Quispe M. (81) en su estudio realizado en el Hospital Goyeneche en Arequipa encontró que dentro del apoyo familiar y social en primer lugar éste fue dado por los padres (56%) y en segundo lugar la pareja (18%).

Asimismo, Becoechea B. (80) encontró en su estudio que solo el 11,4% de su población refirió no contar con apoyo social

Según la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (87), se ha establecido una relación entre el apoyo social y la conducta suicida, ya que contar con una red social sólida actúa como un factor protector mientras que el aislamiento social aumenta el riesgo de comportamiento suicida en todas las edades. Sin embargo, parece que el aislamiento tiene un impacto mayor en el suicidio consumado que en los intentos de suicidio, posiblemente debido a que el grado de aislamiento es más pronunciado en los casos de suicidio efectivo. El aislamiento puede estar vinculado a problemas en la comunicación interpersonal y a la carencia de una pareja, ambos factores que se relacionan con un mayor riesgo de suicidio (87).

Estos resultados acerca de la mayor frecuencia de la ausencia de apoyo social en el año 2020 posiblemente estén ligado al aislamiento obligatorio que se realizó ese año.

CONCLUSIONES

1. La edad promedio de los pacientes hospitalizados con conducta suicida fue de 27,4 años en el grupo de estudio, se encontró que un gran número de los pacientes eran mujeres, la mayor parte de la población fue soltera y estaba en una situación económica de pobreza. Dentro de los trastornos mentales el más frecuente fue el trastorno depresivo, seguido por trastorno mental y del comportamiento por abuso de sustancias. Del mismo modo, más de la mitad de la población presentó conducta suicida previa. Dentro de las drogas, la más consumida fue el alcohol.
2. Acerca de los factores familiares se encontró que la mayoría de los pacientes refirió tener una dinámica familiar disfuncional, además hubo un predominio de los pacientes que refirieron separación y/o fallecimiento de un familiar.
3. Respecto a los factores sociales no se encontraron datos determinantes en referencia al rendimiento académico. En cuanto al apoyo social, no se observaron datos significativos.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda fortalecer e implementar nuevos centros comunitarios de salud mental. Los centros comunitarios de salud mental pueden ofrecer una amplia gama de servicios, que incluyen evaluaciones, terapia individual y grupal, programas de prevención, apoyo emocional y psicoeducación, los cuales contribuirán al manejo y control de los pacientes.
2. Se recomienda el manejo oportuno del trastorno depresivo. Es importante que se promueva el acceso a servicios de detección temprana y tratamiento adecuado para las personas que padecen depresión, de esta forma se previene futuros intentos de autólisis, abordando el problema desde la raíz.
3. Se recomienda la intervención oportuna en hogares con familias disfuncionales y en las que esté presente la violencia. Esto implica fortalecer los sistemas de protección a las víctimas, implementar programas de prevención y establecer protocolos claros de intervención. De esta manera, se podrá promover entornos familiares seguros y saludables para todas las personas involucradas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Suicide [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 3]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 2008 Nov;30(1):133–54.
3. Durkheim É. *Le suicide*. 1897.
4. World Health Organization. First WHO report on suicide prevention [Internet]. 2014 [cited 2023 Jun 3]. Available from: <https://www.who.int/news/item/04-09-2014-first-who-report-on-suicide-prevention>
5. National Institute of Mental Health. Suicide Prevention [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 3]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention>
6. American Foundation for Suicide Prevention. Risk factors, protective factors, and warning signs [Internet]. [cited 2023 Jun 3]. Available from: <https://afsp.org/risk-factors-protective-factors-and-warning-signs>
7. Centers for Disease and Prevention. Risk and Protective Factors Suicide [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 3]. Available from: <https://www.cdc.gov/suicide/factors/index.html>
8. Hernández G. Conductas Suicidas. *Hipócrates Revista Médica.* 2011;6(27):10–4.
9. Tomicic A, Gálvez C, Quiroz C, Martínez C, Fontbona J, Rodríguez J, et al. Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014).

- Rev Med Chil [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2023 Jun 11];144(6):723–33. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Pérez M., Martínez L., Vianchá M., Avendaño B. Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá – Colombia. *Diversitas*. 2017 Mar 27;13(1):91.
 11. Contreras C., Atencio J., Sedano C., Ccoicca F., Paucar W., Contreras C, et al. Suicidios en el Perú: Descripción epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017-2021. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2022 Mar 21 [cited 2023 Jun 3];85(1):19–28. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972022000100019&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 12. Sendra J., Esteban M., Domínguez M. Suicidal behaviour characteristics and factors associated with mortality in the hospital setting. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*. 2018 Oct 1;11(4):234–43.
 13. Rivera L., Fonseca E., Sérís M., Vázquez A., Reynales L. Prevalencia y factores psicológicos asociados con conducta suicida en adolescentes. *Ensanut 2018-19. Salud Pública Mex* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 21];62(6):672–81. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342020000600672&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 14. Lee K., Sung H., Yoo S., Min H. Temporal Trends and Characteristics of Adult Patients in Emergency Department Related to Suicide Attempt or Self-Harm in Korea, 2016–2020. *J Korean Med Sci*

- [Internet]. 2023 Feb 2 [cited 2023 Jun 4];38(6). Available from: [/pmc/articles/PMC9925333/](#)
15. Méndez P., Fuster J., Tapia A., Lopez J. Caracterización clínica, psicológica y sociofamiliar de la conducta suicida en adolescentes chilenos: análisis de correspondencias múltiples. *Medwave*. 2022 Jul 1;22(6).
 16. Mulholland H., Whittington R., Lane S., Haines A., Nathan R., Saini P. et al. Longitudinal investigation of the presence of different trajectories and associated health and socio-economic determinants, for participants who report suicidal ideation within a community-based public health survey. *BMJ Open* [Internet]. 2023 May 5 [cited 2023 Jun 4];13(5): e063699. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37147094/>
 17. Beaven N., Campa R., Aurelia B., Guillen M. Inclusión educativa: factores psicosociales asociados a conducta suicida en adolescentes | *Revista Prisma Social*. 2018 [cited 2023 Jun 4];185–207. Available from: <https://revistaprismasocial.es/article/view/2770>
 18. Parhuana A. Factores de riesgo de intento de suicidio en adolescentes. Hospital Nacional Dos de Mayo. Repositorio de Tesis - UNMSM [Internet]. 2020 [cited 2023 May 12]; Available from: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/16459>
 19. Chávez R. Factores de riesgo asociados a trastornos de conducta suicida en pacientes de consultorio externo del servicio de psiquiatría del Hospital Nacional María Auxiliadora durante el periodo enero- febrero del 2020 [Internet]. Universidad Ricardo Palma. [Lima]: Ricardo Palma; 2020 [cited 2023 May 17]. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2964>

20. Hurtado F. Funcionalidad familiar y riesgo de ideación suicida en adolescentes I.E. José Santos Atahualpa. Arequipa 2018 [Internet]. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín; 2020 [cited 2023 Jun 4]. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10821>
21. Flores E. Factores asociados a ideación suicida en el establecimiento penitenciario Cusco varones, 2019. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 4]; Available from: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/4043>
22. Carrasco N. Personalidad y conducta suicida en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Mónica, Juliaca 2021 [Internet]. [Chincha]: Universidad Autonoma de Ica; 2022 [cited 2023 Jun 4]. Available from: <http://localhost/xmlui/handle/autonomadeica/1929>
23. Cuaquera D. Factores asociados a ideación suicida en estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna-2018 [Internet]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. [Tacna]; 2018 [cited 2023 Jun 4]. Available from: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3356>
24. Ramos I. Factores de riesgo que influyen en la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela [Internet]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. [Tacna]; 2017 [cited 2023 Jun 4]. Available from: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3122>
25. Vega A. Factores personales, familiares y sociales asociados a la ideación suicida en los estudiantes del quinto año de secundaria del distrito Ciudad Nueva de Tacna, año 2013 [Internet]. Universidad

- Nacional Jorge Basadre Grohmann. [Tacna]; 2014 [cited 2023 Jun 4]. Available from: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/1997>
26. Amones M. Factores psicosociales que se relacionan en la incidencia de intento suicida en pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, julio del 2011 a junio del 2012 [Internet]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. [Tacna]; 2015 [cited 2023 Jun 4]. Available from: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/416>
 27. Pinto C. Factores psicosociales relacionados al intento de suicidio en adolescentes del colegio Don José de San Martín Tacna-2018 [Internet]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. [Tacna]; 2018 [cited 2023 Jun 4]. Available from: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3357>
 28. Daray F., Grendas L., Rebok F. Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. Rev Fac Cienc Med [Internet]. 2016 [cited 2023 Jun 21];73(3):205–11. Available from: https://scholar.google.com.pe/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=brrs8l0AAAAJ&citation_for_view=brrs8l0AAAAJ:qUcmZB5y_30C
 29. Vasquez F., Nicolas Y., Vite V., Falconi S. Guía de Practica Clínica en Conducta suicida. Ministerio de Salud [Internet]. 2008 [cited 2023 Jun 11]; Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2906.PDF>
 30. Balseiro J, Berenzon S, Borges G., Borsani L., Caldera T., Cayetano C. Prevención de la conducta suicida. Levav I, editor. Prevención de

- la conducta suicida [Internet]. 2016 [cited 2023 Jun 3];78–86. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31167>
31. Roman V., Moncada E., Huarcaya J. Evolution and Differences of Suicide Rates in Peru by Gender and Department, 2017-2019. *Revista Colombiana de psiquiatría (English ed)* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 11]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34059318/>
 32. Rosado J., García G., Álvarez J., Rodríguez J. El suicidio masculino: una cuestión de género. *Revista Prisma* [Internet]. 2014 Dec 13 [cited 2023 Jun 11];433–91. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=353744532013>
 33. Gaxiola R., Bitzer Ó, García A., Celis A. Estado civil y suicidio. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2009 May 16 [cited 2023 Jun 11];383–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20553642/>
 34. Vásquez F., Nicolás Y., Martínez R., Vite V., Falconí S., Vargas V. El perfil de los intentadores de suicidio atendidos en el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” 2003. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2013 Feb 27 [cited 2023 Jun 10];68(1–2):67–82. Available from: https://www.researchgate.net/publication/345816498_El_perfil_de_los_intentadores_de_suicidio_atendidos_en_el_Instituto_Especializado_de_Salud_Mental_Honorio_Delgado_-_Hideyo_Noguchi_2003
 35. Spoerri A., Zwahlen M., Bopp M., Gutzwiller F., Egger M.. Religion and assisted and non-assisted suicide in Switzerland: National Cohort Study. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2010 Dec [cited 2023 Jun 11];39(6):1486–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20841328/>

36. Neeleman J., Lewis G. Suicide, religion, and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries, 1990. *J Epidemiol Community Health* (1978) [Internet]. 1999 [cited 2023 Jun 11];53(4):204. Available from: [/pmc/articles/PMC1756856/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1756856/)
37. Raifman J., Charlton B, Arrington-Sanders R, Chan PA, Rusley J, Mayer KH, et al. Sexual orientation and suicide attempt disparities among US adolescents: 2009-2017. *Pediatrics*. 2020 Mar 1;145(3).
38. Boxer P., Burnett C., Swanson N. Suicide and occupation: a review of the literature. *J Occup Environ Med* [Internet]. 1995 [cited 2023 Jun 11];37(4):442–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7670900/>
39. Boxer P., Burnett C., Swanson N. Suicide and occupation: a review of the literature. *J Occup Environ Med* [Internet]. 1995 [cited 2023 Jun 11];37(4):442–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7670900/>
40. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups*. 2022 Nov [cited 2023 Jun 4]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18208680/>
41. Ávila V., Apolinar G. Depresión y riesgo suicida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la unidad de salud del IMSS de Ciudad del Carmen, Campeche. *Temas de Ciencia y Tecnología* [Internet]. 2016 Apr [cited 2023 Jun 11];20(58):37–44. Available from: https://www.utm.mx/edi_anteriores/temas58/T58_1E5DepresionRiesgoSuicidaPacientesDMT2.pdf

42. Alejos M., Vázquez J., Santurtún M., Riancho J., Santurtún A. ¿Existe mayor riesgo de suicidio en pacientes diagnosticados de una enfermedad neurológica? *Neurología*. 2023 Jan 1;38(1):42–8.
43. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del Dsm-5. American Psychiatric Association [Internet]. 2014 [cited 2023 Jun 13]; Available from: www.appi.org
44. Delgado E., De La Cera D., Lara M., Arias R. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*. 2021;35(1):23–36.
45. Cordero M., Dorantes J., Troncoso G. Guía de Práctica Clínica. 2015 [cited 2023 Jun 4]. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. Available from: <http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?p=791>
46. Retamal P. Depresión [Internet]. Segunda edición. Santiago de Chile; 1998 [cited 2023 Jun 17]. Available from: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=1kwVmA7st_cC&oi=fnd&pg=PA3&dq=depresion&ots=7QYhSwvRZW&sig=711uxkncHafE_ysjfgpPVdWCc3U#v=onepage&q=depresion&f=false
47. Restrepo C., Malagón N. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población Colombiana. *Rev Col Psiquiatría*. 1997;XXVI(1).
48. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS. [cited 2023 Jun 4]. Abuso de sustancias. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
49. National Institute on Drug Abuse. NIDA. 2020 [cited 2023 Jun 4]. Drug Misuse and Addiction. Available from: <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction>

50. National Institute on Drug Abuse. NIDA. 2018 [cited 2023 Jun 4]. Understanding Drug Use and Addiction DrugFacts. Available from: <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction>
51. Zarabanda M., García M., Salcedo D., Lahera G. Trastorno bipolar. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2015 Sep 1;11(85):5075–85.
52. Arrieta M., Molero P. Trastorno bipolar. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]*. 2019 Oct 1 [cited 2023 Jun 19];12(86):5052–66. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S030454121930229X>
53. Martínez O., Montalván O., Betancourt Y. Bipolar disorder. *Clinical and epidemiologic characteristics. Revista Médica Electrónica [Internet]*. 2019 Apr [cited 2023 Jun 19];41(2). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242019000200467&script=sci_arttext&lng=pt
54. Medrano J. DSM-5, un año después. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet]*. 2014 [cited 2023 Jun 11];34(124):655–62. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
55. Castelló T. El espectro obsesivo compulsivo en el DSM 5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, ISSN 1695-4238, N° 112, 2014, págs 22-27 [Internet]*. 2014 [cited 2023 Jun 20];(112):22–7. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4907706&info=resumen&idioma=SPA>

56. Sanz P., Fernández A. Trastorno obsesivo compulsivo. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2015 Sep 1;11(84):5008–14.
57. Lozano A. Clinical aspects of obsessive compulsive disorder and related disorders. *Rev Neuropsiquiatr*. 2017;80(1):35–41.
58. Gejman V., Sanders A. La etiología de la esquizofrenia. *Medicina (Buenos Aires)* [Internet]. 2012 [cited 2023 Jun 20];72(3):227–34. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802012000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
59. Galaverna F., Bueno A., Morra C. Perfil Neurocognitivo en la esquizofrenia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* [Internet]. 2011 Jul [cited 2023 Jun 20];11(2):103–13. Available from: <http://revistaneurociencias.com/index.php/RNNN/article/view/261>
60. Ojeda N., Sánchez P., Elizagárate E., Yöller A., Ezcurra J., Ramírez I. et al. Evolución de los síntomas cognitivos en la esquizofrenia: una revisión de la literatura. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2007 Jun [cited 2023 Jun 20];35:263–70. Available from: <https://web.p.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=11399287&AN=26266370&h=Y7A8fPsh%2b6mTKWD6nijUDEkA6MUnr0Q8tF2pCmi7abaBAXkLHJ0Bsg68Tr%2b1K3kCm3m0jNDTluW7ZELFgPjnfA%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d11399287%26AN%3d26266370>
61. Mendes A., Alexandre C., Meizi F., Pedroza N, De Carvalho C., Sobral A. Esquizofrenia: Uma revisão bibliográfica. *UNILUS Ensino*

- e Pesquisa [Internet]. 2016 Apr 22 [cited 2023 Jun 20];13(30):18–25. Available from: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/688>
62. Rus M., Lemos S. Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, ISSN 1695-4238, Nº 111, 2014, págs 89-93 [Internet]. 2014 [cited 2023 Jun 20];(111):89–93. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906966&info=resumen&idioma=SPA>
 63. Fernández S., Grande T., Banzo C., Félix D. Trastornos de la conducta alimentaria. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2015 Oct 1;11(86):5144–52.
 64. Vargas M. Trastornos de la conducta alimentaria. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2013;70(607):475–82.
 65. Garriga A., Martínez J., González J., San Llorente C., Pagán G., Pujalte L. et al. Guía práctica clínica de los trastornos de conducta alimentaria. Hospital Psiquiátrico “Román Alberca.” 2005;
 66. Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Scientia [Internet]. 2009 Feb 1 [cited 2023 Jun 20];297. Available from: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1798>
 67. López C., Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Revista Médica Clínica Las Condes. 2011 Jun 1;22(1):85–97.
 68. Restrepo J., Sánchez O., Vallejo G., Quirama T., Sánchez Y., Cardona P. Depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en

- estudiantes universitarios colombianos. *Health and Addictions/Salud y Drogas* [Internet]. 2018 Jul 31 [cited 2023 Oct 11];18(2):227–39. Available from: [https://ojs.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path\[\]=359](https://ojs.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path[]=359)
69. Soto A., Villaroel P., Véliz A. Factores que intervienen en riesgo suicida y parasuicida en jóvenes Chilenos. *Propósitos y Representaciones* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 11];8(3). Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-79992020000400016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
70. Pavez P., Santander N., Carranza J., Vera P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Rev Med Chil* [Internet]. 2009 Feb [cited 2023 Jun 11];137(2):226–33. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
71. León C., Sánchez W. Familia disfuncional como factor de riesgo en adolescentes con ideación y conducta suicida [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 10]. Available from: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/6261>
72. Sánchez M., Gómez C. Violencia intrafamiliar, una visión internacional ante la pandemia por Covid-19. *instituto Belisario Domínguez*. 2020;191.
73. Garcíandía J. Familia, suicidio y duelo. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2013 Jan 1 [cited 2023 Jun 11];43(SUPPL. 1):71–9. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista->

colombiana-psiquiatria-379-articulo-familia-suicidio-duelo-
S0034745014000109

74. Maratuech M. Relación entre el entorno familiar y las ideaciones suicida en adolescentes. [Lima]: Universidad de Lima; 2022.
75. Expósito Concepción MY, Guevara Novoa C, Niño Ruiz ED, Marthe Manjarrés A, Visbal Mackenzie A, Borré Ortiz YM. Ajuste escolar e ideación suicida en adolescentes escolarizados en una institución educativa de Puerto Colombia. 2020 Jul 14 [cited 2023 Jun 11]; Available from: https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/891367/ajuste_escolar_ideacion_suicida_adolescentes.pdf
76. Quito C. El soporte social percibido e ideación suicida en estudiantes universitarios de lima metropolitana. [Lima]; 2021.
77. Klonsky E., May A., Saffer B. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204> [Internet]. 2016 Mar 28 [cited 2023 Jun 12];12:307–30. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
78. World Health Organization. Preventing Suicide : a Global Imperative. 2014;92.
79. Berlinerblau V. Abuso sexual. UNICEF. 2017;12–4.
80. Becoechea B., Antolín I., Lorenzo P, Malavés N, Muñoz I, Sagrado J. Factores relacionados con conducta suicida en personas hospitalizadas en una unidad psiquiátrica. NURE investigación: Revista Científica de enfermería, ISSN-e 1697-218X, N° 120, 2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 11];(120):3. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8584899&info=resumen&idioma=ENG>

81. Quispe M. Factores asociados al intento de suicidio y su reincidencia en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2019. 2020.
82. Torales J., Barrios I., González S. Caracterización de pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital Universitario. Mem Inst Investig Cienc Salud [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 11];54–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2020.018.02.54>
83. Viza J. Trastornos psiquiátricos en pacientes con intento de suicidio hospitalizados en el Hospital III Goyeneche en el año 2013. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín; 2014.
84. Ministerio de Sanidad PS e I. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida I. Evaluación y Tratamiento [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 21]. Available from: https://consaludmental.org/publicaciones/GPCprevencionconductas_uicida.pdf
85. PAHO. Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2010-2014. Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2010-2014. Pan American Health Organization; 2021.
86. Nock M., Borges G., Bromet E., Cha C., Kessler R., Lee S. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev [Internet]. 2008 Nov [cited 2023 Nov 8];30(1):133–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18653727/>
87. Bobes J., Ubago J., Saiz J. Suicidio y psiquiatría: Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida [Internet]. 2011 [cited 2023 Oct 21]. Available from: www.triacastela.com
88. Schreiber J., Culpepper L. UpToDate. 2023 [cited 2023 Oct 19]. Suicidal ideation and behavior in adults. Available from:

https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults?search=caracteristicas%20de%20los%20pacientes%20con%20ideacion%20suciida&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H1458841839

89. Peralta J. Estudio de la relación entre suicidio y religión [Internet]. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. [cited 2023 Oct 21]. Available from: www.interpsiquis.com-abril
90. Costa F., Sánchez A., Hidalgo N., Benavides H., Rivera G. Primera Encuesta Virtual para Personas LGBTI. Lima; 2017.
91. Gutiérrez C., Valle N., Merino B., Elías M., Palomares R., Centeno C. PERÚ: Comportamiento de los Indicadores del Mercado Laboral a nivel Nacional y en 26 Ciudades Primer Trimestre 2023 Encuesta Permanente de Empleo Nacional-EPEN. INEI [Internet]. 2023 Aug [cited 2023 Oct 11];1–84. Available from: www.inei.gob.pe
92. MINSA. Guía de Práctica Clínica del Paciente con Conducta Suicida. Cusco; 2016.
93. Ortiz E., Meza M., Cañón S. Determinación de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes - Ortiz et al 2019a - Scipedia. Scipedia: Collection of Articles on Medicina [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 21]; Available from: https://www.scipedia.com/public/Ortiz_et_al_2019a#
94. Quesada M., Braquehais M., Pintor L., Casas M. Estudio sobre intentos de suicidio graves ingresados en un hospital general: aspectos sociodemográficos y clínicos [Internet]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). [Barcelona]: Universitat Autònoma de Barcelona; 2016 [cited 2023 Oct 21]. Available from: <https://www.tdx.cat/handle/10803/384241>

95. Coronado O. Características clínico-epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al Hospital General San José del Callao, Perú. [Internet]. Vol. 77, Revista de Neuro-Psiquiatría. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2014 [cited 2023 Oct 21]. Available from: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/2198>
96. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. La depresión, un reto para la salud pública en Europa [Internet]. 2015 [cited 2023 Oct 12]. Available from: <https://fepsm.org/noticias/detalles/91/la-depresion-un-reto-para-la-salud-publica-en-europa>
97. Soloff P., Chiappetta L. Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up. American Journal of Psychiatry [Internet]. 2012 May 1 [cited 2023 Oct 12];169(5):484–90. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2011.11091378>
98. Corvalán B. El tabaquismo: una adicción. Revista chilena de enfermedades respiratorias [Internet]. 2017 Sep [cited 2023 Nov 8];33(3):186–9. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482017000300186&lng=es&nrm=iso&tlng=es
99. Viviana S. Vínculos familiares disfuncionales asociado al riesgo suicida en la adolescencia. Redalyc [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 21]; Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339666619004>
100. Chen X., Jiang L., Liu Y., Ran H., Yang R., Xu X. et al. Childhood maltreatment and suicidal ideation in Chinese children and adolescents: The mediation of resilience. PeerJ [Internet]. 2021 Jul 6 [cited 2023 Oct 21];7. Available from: [/pmc/articles/PMC8269734/](https://pmc/articles/PMC8269734/)

101. Espinoza F., Zepeda V., Bautista V., Hernández C., Newton O., Plasencia G. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2010 [cited 2023 Oct 12];52(3):213–9. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
102. Núñez A., Reyes L., Sanchez M. Ideación suicida y funcionalidad familiar en adolescentes del Caribe colombiano. *AVFT - Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica* [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 21]; Available from: <https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/5358>
103. Kogan B. Factores de riesgo asociados a intento de suicidio en adolescentes. [Lima]: Universidad San Martín de Porres; 2017.
104. Gómez M., Tomás J., Montes J., Brando C., Cladellas R., Limonero J. Procrastinación académica y riesgo de conducta suicida en jóvenes universitarios: el papel de la regulación emocional. *Ansiedad y Estrés* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2023 Oct 21];26(2):112–9. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-articulo-procrastinacion-academica-riesgo-conducta-suicida-S1134793720300269>

ANEXOS

FICHA TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES PERSONALES, FAMILIARES Y SOCIALES DE LA CONDUCTA
SUICIDA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2020-2022

FICHA N°: _____

H.C. N°: _____

DATOS DE FACTORES PERSONALES:

1. **Edad** _____

1. **Género**

Femenino

Masculino

2. **Estado civil**

Soltero

Conviviente

Casado

Divorciado

Viudo

3. **Grado de instrucción**

Sin estudios

Nivel primario

Nivel secundario

Nivel técnico superior

Nivel superior universitario

4. **Religión**

Católico

Adventista

Mormón

Otros

5. **Orientación sexual**

Heterosexual

Homosexual

Bisexual

6. **Situación laboral**

Trabaja

No trabaja

7. **Situación económica**

No pobre

Pobre

Pobre extremo

8. **Antecedente de enfermedad no mental**

Si

No

9. **Antecedente de enfermedad mental**

Trastorno depresivo Trastorno mental y del comportamiento por
abuso de sustancias Trastorno límite de personalidad
Esquizofrenia Otros

10. Conducta suicida previa

Si No

11. Uso de drogas

Tabaco Alcohol Cannabinoides Cocaína
Benzodicepinas Otros

12. Antecedente de abuso sexual

Tocamientos Abuso sexual Ambos Ninguno

DATOS DE FACTORES FAMILIARES:

1. Historia familiar de suicidio

Si No

2. Historia de problemas de salud mental en la familia

Si No

3. Dinámica familiar

Funcional Disfuncional

4. Violencia familiar

Si No

5. Pérdida o separación familiar

Si No

6. Apoyo familiar

Si No

DATOS DE FACTORES SOCIALES:

1. Rendimiento académico

Si No

2. Aislamiento social

Si No

a) Matriz de consistencia

<p>TITULO: Factores personales, familiares y sociales de la conducta suicida en pacientes de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022</p> <p>AUTOR: Maite Leonora Gamarra Barrios</p>				
PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLE	MUESTRA	METODOLOGÍA
<p>Problema principal:</p> <p>¿Cuáles son los factores personales, familiares y sociales de la conducta suicida en pacientes de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020 - 2022?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Conocer los factores personales, familiares y sociales de la conducta suicida en pacientes de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020 - 2022</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar los factores personales en pacientes de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud 	<p>Variable de estudio:</p> <p>Factores personales:</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Edad Género Estado civil Grado de instrucción Religión Orientación sexual 	<p>Para la muestra de estudio, se tomará a toda la población que cumpla los criterios de selección.</p> <p>Criterios de selección:</p> <p><u>Criterios de inclusión:</u></p> <p>Pacientes hospitalizados con diagnóstico de conducta suicida.</p> <p>Hospitalizados en el Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito</p>	<p>Diseño:</p> <p>Es de tipo observacional, descriptivo.</p> <p>Instrumento:</p> <p>Historia clínica</p> <p>Estadística:</p> <p>Estadística descriptiva, con frecuencias absolutas y relativas</p>

	<p>Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores familiares en pacientes de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022. • Reconocer los factores sociales en pacientes de la Unidad de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2022. 	<ul style="list-style-type: none"> • Situación laboral • Situación económica • Enfermedad no mental • Trastorno mental • Conducta suicida previa • Uso de drogas • Tocamientos y/o abuso sexual <p>Factores familiares:</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de suicidio • Trastorno mental en la familia • Dinámica familiar • Violencia familiar 	<p>Unanue de Tacna durante el periodo 2020-2022</p> <p><u>Criterios de exclusión:</u> Pacientes con registro incompleto de historias clínicas Pacientes con historia clínica extraviada Pacientes menores de edad</p>	
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Pérdida y/o fallecimiento de un familiar• Apoyo familiar Factores sociales: Indicadores: <ul style="list-style-type: none">• Rendimiento académico• Apoyo social		
--	--	---	--	--

