

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Segunda Especialidad en Enfermería

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

TESIS

Presentada por:

Lic. Maritza Amones Ticona

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

TACNA - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Segunda Especialidad de Enfermería

**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 2012.**

TESIS

PRESENTADO POR:

LIC. ENF. MARITZA AMONES TICONA


Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

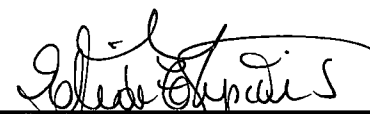
CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Aprobado por Unanimidad, ante el siguiente Jurado:



**Mgr. Elena Cachicatari Vargas
PRESIDENTE**


**Mgr. María Dalila Salas de Cornejo
JURADO**


**Lic.Esp. Elide Tipacti Sotomayor
JURADO**


**Lic. Esp. Gladys Arratia Torres
ASESORA**

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida diaria y permitirme ayudar a través del don que me otorgó.

A mis padres Roberto y Bertha por su constante apoyo en el logro de mi meta, por lo cual les viviré eternamente agradecida.

A mis hermanos Nimfa y Richer quienes como yo, han deseado la culminación de cada meta.

A mis sobrinos Carlitos y Alexis por ser una bendición de Dios por inspirarme tanta alegría y ternura.

A mis profesores que dedicaron su tiempo para compartir el valioso tesoro del conocimiento.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo ha sido posible gracias a Dios por que sin él nada es posible.

A mi Asesora de Tesis Lic. Gladys Arratia Torres por ayudarme durante en todo el proceso de la investigación y a su apoyo incondicional.

Al Profesional de Enfermería y a la Jefa del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, por permitirme y facilitar el desarrollo de la investigación.

En general quisiera agradecer a todos y cada una de las personas que han vivido conmigo la realización de esta tesis, y que no es necesario mencionarlos porque tanto ellos como yo sabemos que desde lo más profundo de mi corazón les agradezco el haberme brindado el apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo cariño y amistad.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACS	
INTRODUCCIÓN.....	01
CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	
1. 1. Fundamentos y Formulación del problema ...	04
1. 2. Objetivos	12
1. 3. Justificación	13
1. 4. Formulación de la hipótesis.....	14
1. 5. Operacionalización de variables.....	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2. 1. Antecedentes de la investigación.....	17
2. 2. Bases teóricas.....	22
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3. 1. Diseño de la investigación.....	51
3. 2. Población y muestra de estudio.....	51
3. 3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	53
3. 4. Procedimientos de recolección de datos.....	55
3. 5. Procesamiento de datos.....	55

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS

3. 6.	Resultados.....	57
4. 1.	Discusión	89
	CONCLUSIONES.....	97
	RECOMENDACIONES.....	99
	REFERENCIAS.....	101
	ANEXOS	

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, titulado “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 de 2012”, es un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal retrospectivo y correlacional. Tuvo como objetivo general determinar la relación entre las dos variables.

La población de estudio estuvo constituida por 52 pacientes que intentaron suicidarse. Para su ejecución se utilizó como instrumento un formulario tipo cuestionario con 26 ítems que evalúan las dos variables. Se manejó el paquete estadístico SPSS. La conclusión fue que los factores psicosociales están relacionados con el intento suicida, entre los factores psicológicos preponderante, es: el estrés, antecedentes de intento suicidio, identidad sexual, baja autoestima, antecedente de violencia y los factores sociológicos, fueron: La etapa de vida adolescente, sexo femenino, presentar una baja situación económica baja.

Palabras clave: Factores psicosociales, intento suicida, enfermería.

ABSTRACT

This research, entitled "Psychosocial factors that relate to the incidence of suicide attempts in patients treated at the Emergency Hipolito Unanue of Tacna, July 2011 to June 2012 Hospital" is a descriptive study, retrospective and cross-sectional correlational. Overall objective was to determine the relationship between the two variables.

The study population consisted of 52 patients who attempted suicide. For execution was used as an instrument type questionnaire form with 26 items assessing the two variables. SPSS was handled. The conclusion was that psychosocial factors are associated with suicide attempts among the dominant psychological factors is stress, history of suicide attempts, sexual identity, low self esteem, history of violence and sociological factors were: Stage of life teenager, female, have a low low economic status.

Keywords: Psychosocial factors, suicide attempt, nursing.

INTRODUCCIÓN

El intento suicida es un tema muy relevante en nuestros días, porque en las noticias vemos con frecuencia a jóvenes inmolándose para provocar atentados y en las grandes ciudades multitud de personas desesperadas deciden acabar con sus vidas. El contexto violento en el que vivimos, la pobreza, el poco impulso que se le viene brindando a la política de salud mental, el exiguo presupuesto para el sector Salud, la escasa provisión de personal de salud especializado en salud mental, así como el limitado acceso de la población a este tipo de servicios no solo en Tacna, sino a nivel nacional, son también principales factores sociales o de entorno que favorecen la persistencia de este problema.

La conducta suicida en nuestro país se ha convertido en un problema de salud pública, estimada en la actualidad como la tercera causa de muerte en la población económicamente productiva. Al intentar determinar sus causas se ha detectado una confluencia de muchos factores y condiciones dentro de los cuales destacan factores sociales y del entorno familiar que juegan papeles muy importantes (Dr. Víctor Alcázar Mendoza, psiquiatra del hospital Emilio Valdizán).

Es por ello necesario el análisis de este problema, los factores de riesgo que casi siempre están presentes en más de una persona que intenta o comete el suicidio abarcan diferentes aspectos de la vida de las personas como: familiares con conducta suicida, trastornos mentales como depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, el consumo de sustancias adictivas, trastornos de la conducta alimentaria y de la identidad sexual, trastornos de la personalidad con inestabilidad e impulsividad, la existencia de enfermedades médicas crónicas o terminales como el cáncer o SIDA y otros no menos importantes como antecedentes de maltrato físico o abuso sexual.

El presente estudio de investigación sobre los 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 de 2012; permite determinar la relación que hay entre las dos variables, para identificar los factores que afectan directamente al intento suicida y poder emprender cualquier forma de prevención e intervención precoz, en especial la de Enfermería, profesionales que deberán estar preparados para enfrentar estos casos y evitar la muerte de personas afectadas directa e indirectamente.

El trabajo de investigación está organizado de la siguiente manera: El Capítulo I presenta el planeamiento del problema, que incluye fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de la hipótesis y operacionalización de las variables; el Capítulo II está conformado por el marco teórico, que incluye los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, y la definición conceptual de términos; el Capítulo III describe la metodología de la investigación donde se presenta el diseño de la investigación, población y muestra de estudio, técnica e instrumento de recolección de datos, procesamiento de recolección de datos y procesamiento de datos; El Capítulo IV está conformado por los resultados y la discusión, por último se desarrollan las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. 1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

A pesar de la eficacia en las actividades realizadas por el personal de salud que ha contribuido a la disminución de la mortalidad de muchas enfermedades, los daños intencionados como los homicidios y los intentos de suicidios se han incrementado hasta llegar a constituirse en una de las principales causas de muerte. Así, en diversas regiones del mundo y durante los últimos años se ha observado un incremento paulatino y constante de fenómenos suicidas, especialmente en adolescentes. El Perú no es la excepción, si bien sus tasas de suicidio e intentos de suicidios no son las más altas en la región panamericana y el resto del mundo, el problema amerita ser considerado precisamente por su nefasta naturaleza.

En el año 2010 la OMS hizo público que la tasa de suicidios mundial fue de 16 cada 100 mil habitantes o una muerte cada 40 segundos. En nuestro continente el suicidio ha alcanzado

proporciones epidémicas durante los últimos decenios, convirtiéndose en una preocupación seria.¹ Las estimaciones indican que en el año 2020 las muertes por suicidio podrían ascender a 1,5 millones anuales lo que conlleva a la afectación emocional, económica y social de miles de personas relacionadas con el suicida, entre familiares y amigos, que son sobrevivientes de este fenómeno social. Se considera que por cada muerte por suicidio se realizan 20 intentos de autoeliminación llegando a sumar cifras verdaderamente exorbitantes de seres humanos que optan día a día por auto agredirse con el fin último de morir y escapar de un dolor que les es insoportable ya sea a nivel físico o psicológico.²

En el 2012 la OMS indica que la tasa de suicidio global aumento más del 60% en 45 años, que una persona de cada 20 intentará suicidarse al menos una vez en su vida, reporta 20 millones de intentos de suicidio en un año. Y considera al suicidio como la segunda causa de muerte en el mundo dentro de los adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años.³ En este grupo etario la tasa de mortalidad por suicidio se ha incrementado, en comparación con el resto de grupos etarios, en los últimos 40 años, alcanzando la cifra de 14,2 por 100 000 en varones y 12 por 100 000 en mujeres en el año 2003 a nivel mundial.²

Es importante agregar que un 20% de las personas que hacen un primer intento vuelven a intentarlo durante el lapso de un año posterior al evento inicial y que en el 10% de los casos consuman el suicidio, haciendo una llamada de atención hacia las medidas ineficaces o inexistentes para la prevención de los intentos suicidas. ⁴

En el mundo occidental el suicidio está entre la 9^a y 11^a causas de muerte. En Europa es la segunda causa de muerte en hombres entre los 14 a 44 años, siendo para las mujeres de la misma edad la cuarta causa de muerte. ⁵

A escala global, el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad. En la mayoría de países de Europa, el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito. En 2001 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500 000) y por guerras (230 000). El suicidio es la octava causa de muerte y la tercera causa de pérdida de años potenciales de vida en los Estados Unidos, donde se ha reportado una tasa de suicidio de 11,4 por cada 100 mil habitantes. La Organización Mundial de la Salud pronostica

un incremento progresivo del número de suicidios, el cual se aproximaría al millón de muertes en el año 2020.

Según los datos ofrecidos en la reunión científica (II Encuentros en Psiquiatría), cada año se producen en España más de 3 mil suicidios (3,457 en 2009), aunque son muchos más quienes lo intentan sin llegar a conseguirlo. Unas 60 mil personas muestran cada año algún tipo de conducta suicida en España. Sin embargo, los países con más elevadas tasas de suicidios según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son varias naciones que proporcionalmente lo superan. Así, mientras en Japón, de cada 100 mil habitantes se suicidan 24 de ellos, en Lituania la cifra correspondiente es de 39, en Bielorrusia de 35 y en Rusia de 34.

Llama la atención constatar que de las ocho naciones que encabezan la lista de tasa de suicidios, seis son antiguas repúblicas soviéticas (Lituania, Bielorrusia, Rusia, Kazajistán, Letonia y Ucrania) y las otras dos (Hungría y Eslovenia) tuvieron asimismo regímenes socialistas y formaron parte del Pacto de Varsovia. De esas ocho naciones, únicamente Rusia supera a Japón en números absolutos pues allí se registran 46,063 suicidios por año, pero de acuerdo a la OMS hay otros dos países que también rebasan a los japoneses en cifras netas. Se trata de la India con una monstruosa

cifra de 110,417 suicidas y China, el País más Poblado del Planeta con sus 1, 338, 613,000 habitantes, reportó 16,836 muertes por suicidio y ocupa el vigesimoséptimo lugar. Por cierto, mientras que en casi todos los países se suicidan más hombres que mujeres (la relación es de tres a uno), en China el 58 % de quienes se quitan la vida son mujeres. En Lituania, Hungría, Dinamarca y Japón se suicidan proporcionalmente 20 veces más, en Cuba 8 veces más, en Uruguay 7 veces más, en Estados Unidos 5 veces más y en Chile 50 % más.⁶

En América Latina es una de las menos afectadas por el suicidio y, por si eso fuera poco, en Perú tenemos una tasa muy inferior (0,9) a muchas naciones latinoamericanas ya que proporcionalmente ocurren más suicidios en Argentina, Uruguay, Chile, Ecuador, Panamá, Colombia, Venezuela, Brasil, Costa Rica, El Salvador, Cuba, Brasil y Nicaragua. De hecho, en Latinoamérica es Cuba quien cuenta con la tasa más alta de suicidios con 18 por cada 100,000 habitantes. Considerando que la tasa promedio mundial es de 16.⁶

En el Perú, se registraron 334 casos de suicidio en el 2012, superior en 9% al año 2011, cuando se reportaron 305 casos, las

frías cifras señalan que hay un promedio de 20 intentos de suicidio por uno consumado.⁷

Del total de casos en el 2012, el 85% de las víctimas fueron mayores de edad y unos 15% niños y adolescentes. El 65% de suicidios fue cometido por varones y el 30% por mujeres. En el grupo de mayores de edad, el 45% de los casos tuvo por motivo las dificultades de pareja y los problemas sentimentales (Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi).

En el caso de los menores de edad, solo el año 2010 más de 80 menores de edad se suicidaron y más de 300 lo intentaron. Las cifras en el país esconden un serio problema de salud pública. Y si bien el número total de suicidios se redujo en los últimos tres años, la tasa en niños y adolescentes pasó de representar el 10% en el 2009 al 12% en el 2010. Se ha incrementado no solo el porcentaje de menores que piensan en suicidarse, sino también el de los que lo intentan y el de los que lo consuman.⁷

Tanto Vásquez como Enrique Macher, director del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, precisan que la causa principal de suicidios en menores de edad en el Perú es el maltrato en cualquiera de sus formas (físico, psicológico, sexual),

provocado casi siempre por padres, maestros o familiares cercanos. Los últimos años, sin embargo, los centros de salud mental han comenzado a reportar a jóvenes pacientes acosados por sus propios compañeros de escuela: el temido 'bullying'.⁷

Como datos nacionales: Las ciudades con mayor porcentaje de **deseo suicidal** los tienen Huamanga con un 16,94%, Puno con 12,47% e Iquitos con un 12,10%. Y las ciudades con menor deseo suicida los tienen Ica con un 6,96%, Trujillo con 8,38%, Lima con 8,52% y Arequipa con 8,77%, Tacna representa el 10,70%, y como promedio Nacional 10,30%. Las ciudades con mayor porcentaje de **Intento Suicida** los tienen Pucallpa con un 1,07%, Lima con 1,04% y Huaraz con un 1,03%. Y las ciudades con menor Intento Suicida los tienen Chimbote con un 0,26%, Arequipa con 0,28%, Trujillo con 0,36% y Tacna con 0,38%, y como promedio Nacional es de 0,48%.⁸

En Tacna los suicidios ocupan la diecinueveava causa de muerte en la población general (1,85%), en adolescente ocupa la segunda causa de muerte (16,13%), en Jóvenes ocupa el tercer lugar y en los adultos ocupa la novena causa de muerte: 3,57% (ASIS 2012).¹¹.

El incremento de casos captados en relación a los años anteriores ha sido posible por el incremento de los tamizajes de salud mental en los controles integrales de las diferentes etapas de vida en los diferentes establecimientos de salud, especialmente los tamizajes de violencia de 65,72% (año 2008) a 60,21% (año 2009). (Análisis de la Situación de Salud Mental año 2010 de la Región de salud Tacna).

Los envenenamientos y traumatismos son la tercera causa de mortalidad general (8,08%) en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2010. (ASIS HHUT 2011).¹²

En base a lo expuesto anteriormente se formula la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los 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 2011 a Junio del 2012?

1. 2. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar los 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.

Objetivos específicos

- Identificar los Factores Psicológicos en la incidencia de intento suicida en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue
- Identificar los Factores Sociológicos en la incidencia de intento suicida en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue.
- Establecer la incidencia de intento suicida en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue.
- Establecer la relación de los factores psicosociales en la incidencia del intento suicida en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue.

1. 3. JUSTIFICACIÓN

El suicidio es un severo problema social de orden mundial, cada 40 segundos una persona se suicida en el mundo y cada 3 segundos otra lo intenta.² La complejidad en cuanto a su multifactorialidad causal inciden negativamente en su prevención, año tras año se convierte en la solución más oportuna para aquellas personas que han agotado sus recursos para afrontar situaciones conflictivas. En el medio hospitalario el sujeto suicida es objeto de discriminación, de rechazo particular y violento debido al problema frente a la muerte. El no reconocer el valor comunicativo puede empujar al individuo más allá en su desesperación y aumentar así el peligro de suicidio.

Es por ello que conocer el comportamiento y los factores de riesgo del fenómeno suicida en nuestra población es el primer paso, fundamental y necesario, para emprender cualquier forma de prevención e intervención precoz y en especial el profesional de Enfermería deberá estar preparado para enfrentar estos casos y evitar la muerte de personas afectadas directa e indirectamente.

Es por tal motivo que siendo este un problema que no sólo afecta al paciente, sino que causa muchas repercusiones a su

familia, comunidad y a la sociedad en general, es necesario realizar el siguiente estudio de investigación para identificar los factores Psicosociales que se relacionan al aumento de la incidencia de intento suicida en pacientes que ingresan al servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, para contribuir a mejorar la calidad de atención en estos casos, fortalecer estrategias en promoción de la salud mental y prevención del suicidio contando con el apoyo interdisciplinario de otros profesionales.

1. 4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Los factores Psicosociales se relacionan significativamente con el aumento de la incidencia de intentos suicida en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

1. 5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable dependiente: FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

Variable independiente: INTENTO SUICIDA.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	CATEGORIA	INDICADOR	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES SOCIALES Y BIOPSIOSOCIALES	Sociales	Edad	Grupo etario	0-11 años(niños), 12-17 años(adolescentes), 18-29 años (joven), 30-59 años(adulto), más de 60 años(adulto mayor)	Cardinal
		Genero	característicasfenotípicas	Masculino. Femenino.	Nominal
		Grado de Educación	Nivel de Estudio	Analfabeto, primaria, Secundaria, Técnico Superior, universitario, Profesional.	Ordinal
		Estado Civil	según RENIC	Casado, Conviviente, Soltera, Viuda, Divorciado/Separado.	Nominal
		Procedencia	Provincia de residencia	Tacna: Ciudad Nueva, Gregorio AlbarracínLanchipa, Alto de la Alianza, Tacna.	Nominal
				Tarata	
				Candarave	
				Jorge Basadre G.	
		Otro Departamento/País			
		Religión	Deacuerdo a creencias y practica	Católico, Protestante, Agnóstico Ateo.	Nominal
		Raza	característicasfenotípicas y genotípicas	Mestizos, Blancos, Mulato y Negros	
		Migrante	Departamento	presente, no presente	
		Actividad Laboral	Nivel Ocupación	Empleado, Subempleado, desempleado, estudiante, Ama de casa.	Nominal
	ámbito de residencia	abigeo	Urbana, Urbano Marginal y Rural.	Nominal	
	SituaciónEconómica	Activos fijos y pasivos	Alta, Regular y Baja.	Ordinal	
	Psicológicos	Estrés	Agudo	Presente, Ausente.	Nominal
			Crónico	Presente, Ausente.	
		Antecedente de intento suicida	Antecedentes familiares	Presente, Ausente.	Nominal
			Antecedentes personales	Presente, Ausente.	
		Identidad sexual	Heterosexuales	Presente, Ausente.	Nominal
Bisexuales			Presente, Ausente.		
Homosexuales	Presente, Ausente.				
El suicidio es un hecho social, y en ellas no se aceptan, que este fenómeno tenga en consecuencia, una explicación individual, ni patológica, ni biológica. Es en las leyes que determinan el modo de ser social, en las características de sus instituciones, sus costumbres, ideologías, cultura sus sistemas políticos y en sus estructuras económicas.					
El suicidio es "agresión dirigida hacia adentro, contra un objeto de amor introyectado que suscita ambivalencia". El suicidio está generalmente asociado a una falta de una importante función Yoica, en relación a la orientación en el mundo externo y el control de los impulsos peligrosos.					

VARIABLE DEPENDIENTE	INTENTO SUICIDA	Es el concepto general que sirve para designar a todo acto que busque la muerte propia, llamar la atención o manipular y obtener ganancias secundarias, y al cual se sobrevive.		Trans	Presente, Ausente.			
				Autoestima	Alta		Presente, Ausente.	
					Baja		Presente, Ausente.	
					Relativa		Presente, Ausente.	
				antecedentes de violencia	Maltrato Física		Presente, Ausente.	Nominal
					Maltrato Sexual		Presente, Ausente.	
					Maltrato Emocional		Presente, Ausente.	
					Infidelidad de pareja		Presente, Ausente.	
				Afectividad	Ansiedad generalizada		Presente, Ausente.	
					Ataque de pánico		Presente, Ausente.	
					Ansiedad situacional o fobias		Presente, Ausente.	
					Depresión, tristeza, abatimiento.		Presente, Ausente.	
					Pobre autoestima		Presente, Ausente.	
					Labilidad emocional		Presente, Ausente.	
				incidencia de Intento Suicida			cantidad de casos nuevos de intento suicida en un año	Cardinal
				Plan Suicida	Circunstancias asociadas		Uso de alcohol, Uso de droga ilegal/legal, ninguno	Nominal
Método utilizado	Arma de fuego, Arma Blanca, Ahorcamiento, Ahogamiento, Sobre dosis de Medicamentos, Envenenamiento, Corte de muñeca, Otros y No sabe.	Nominal						
Hora del intento de suicidio	Mañana, Tarde, Noche.	Ordinal						
Lugar de ocurrencia del intento del suicidio	En domicilio, Fuera del domicilio	Nominal						
Fecha del intento de suicidio	Día de la semana, Mes del año	Ordinal						

MARCO TEÓRICO

2. 1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Parque SM, Cho SI, Moon SS (2011) EEUU, "Los Factores asociados a la ideación suicida: rol emocional e instrumental de apoyo" nos indica: que los factores de riesgo incluían ideación suicida, síntomas depresivos, historia familiar de intento de suicidio. También indico que el género no tenía implicancia en los riesgos, sin embargo se encontró que las mujeres con muchos síntomas somáticos tienen un alto riesgo de intento de suicidio no fatal comparado con las que presentan pocos síntomas y con los varones con muchos o pocos síntomas.

Valencia Upegui Henry, Campo-Cabal Gerardo, Borrero Cortés Crystian, García Gallardo Ángela Marcela y Patiño García Maritza Mercedes (2011) Colombia, "Caracterización de la población con intento de suicidio en el Hospital Universitario del Valle, Cali 1994-2010" concluyo que: El 22,7% de los 8852 pacientes atendidos en la USM corresponde a un intento de suicidio. Hay un incremento por esta causa en grupos de menores de 35 años de edad, solteros, de estratos socioeconómicos más bajos, provenientes en su mayoría

de Cali, con un trastorno psiquiátrico asociado (casi la mitad corresponde a un trastorno depresivo), alrededor del 80% por ingestión de sustancias, un tercio de los casos corresponde a un reintento suicida. En general, el intento suicida ocurre martes y domingo, y en los meses de junio y diciembre.

Miller M, Borges G, Orozco R, Mukamal K, Rimm EB, Benjet C, Medina-Mora ME (2011) México, “La exposición al alcohol, las drogas y el tabaco y el riesgo de intento suicida” se concluyó que: el uso y dependencia de tabaco es un fuerte predictor de suicidio así como el uso, dependencia y abuso de alcohol y drogas.

Kwok SY, Shek DT. (2011) Hong Kong, “La funcionalidad familiar percibida y la ideación suicida en adolescentes chinos en Hong Kong. 2011” se concluyó que: La ideación suicida esta negativamente relacionada con la funcionalidad familiar global y comunicación entre padres y adolescentes. El análisis retrospectivo indico que ambos factores tenían la misma importancia en predecir ideación suicida.

Page RM, West JH, Hall PC. (2010) Jamaica, “Factores de riesgo asociados con intento e ideación suicida entre jóvenes del

Oeste de Jamaica” concluyo que: el diagnostico de enfermedad mental diferente a depresión, historia de abuso sexual, auto violencia y facilidad de acceso a sustancias letales o armas estaban positivamente asociados con ideación suicida. Además se encontró una alta prevalencia de ideación e intento suicida.

Brito Anny (2010) Venezuela, “Caracterización clínica y epidemiológica de la ingestión de cáustico en pacientes menores de 13 años atendidos en la Emergencia del Hospital Universitario de Pediatría: Dr. Agustín Zubillaga en Barquisimeto” concluyo que: Predominaron preescolares (52%), masculinos (64%), sin antecedentes de accidentes, predominaron los hijos únicos (40%) y los niños con 1 ó 2 hermanos (40%), procedentes del área urbana (88%). La edad de la madre, padre y del cuidador se encontraba alrededor de 21 a 30 años de edad (56%,48% y 40%) con estudios de secundaria(56% madres,60% padres), obreros(36%) y ama de casa (60%). La mayoría de pacientes estaba solo al momento del accidente (32%). El cuidador fue mayormente un abuelo (24%). El accidente ocurrió en la cocina del hogar (28%) baño (40%). El cáustico estaba en el recipiente original (56%), predominó el álcali (60%). El neutralizante más usado fue la leche (71%), no se indujo el vómito (80%). La mayoría de los pacientes fueron llevados al centro

asistencial (92%). En los meses de septiembre, octubre y diciembre (16% c/u), el día martes (28%) y horas de la tarde (52%) ocurrieron más accidentes. Clínica: sialorrea (64%), lesiones en lengua (48), edema, eritema (44) y vómitos (40). El estudio endoscópico fue realizado de 25 a 36 horas luego del accidente (40%). Predominaron las lesiones leves (80%) La complicación encontrada con más frecuencia fue la estenosis esofágica (16%).

Pérez Olmos, Ibáñez Pinilla Milcíades, Reyes Figueroa Julio C., Atuesta Fajardo Juana Y. y Suárez Díaz Mónica J. (2008) Bogotá, "Factores asociados al intento de suicidio e ideación suicida persistente en el centro de atención primaria octubre del 2004 a octubre del 2005" se concluyó que: los factores asociados así como factores predictores, tuvo como resultados el 80 % tenía 30 años o menor edad. Como desencadenantes: disfunción familiar y conflictos de pareja en 35,2 % cada uno. La persistencia de ideación suicida se asoció con tener 31 años o más, desempleo, más de un intento suicida previo, conflictos sin resolver y disfunción familiar. La no resolución de conflictos, y la disfunción familiar, fueron predictores de la persistencia de ideación suicida en el modelo de regresión logística.

Castro Paredes, Oswaldo Orbegoso, Paul Rosales (2006) Perú, "Caracterización del paciente con intento de suicidio en un Hospital General José Agurto Tello de Chosica Lima, 1995-2004" concluyo que: Se presentó con más frecuencia en mujeres (63,7%), 74% estuvo entre 15 a 29 años y 61,2% eran solteros. El 13% de los casos atendidos fueron reintentos. Entre las principales causas tenemos a las discusiones familiares (33,9%) y de pareja (27,6) y los métodos más frecuentes fueron el uso de compuestos órgano fosforados (75,3%) e intoxicaciones medicamentosas (20,3%). La tasa interna en el servicio de emergencia es de 0,0017 en el año 2004.

Cornejo Escalante, Marily del Rosario (2009) Perú, "Características clínico epidemiológicas de pacientes con ingesta de cáusticos en el servicio de medicina del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo enero 2004- diciembre 2008" concluyo que: se presentó con más frecuencia en mujeres con 66%, con promedio 28,9 años y con una incidencia de 108 por cada 10 000 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina. Así mismo se encuentra a la lejía con 68% como sustancia caustica de mayor ingesta, el tiempo de enfermedad promedio de 59,8 minutos con una hospitalización promedio de 7,8 días; el síntoma más frecuente: náuseas con 90%, un

62% presentaron congestiones, a un 14% se les practicó endoscopias encontrando que el 57% presentan lesiones de tipo IIb.

2. 2. BASES TEÓRICAS

Entre los grandes enigmas de la vida humana se encuentra el suicidio. Nadie sabe realmente por qué una persona se quita la vida, cuando la orientación básica es hacia la preservación de la vida misma. Incluso las personas que cometen suicidio pueden ignorar sus propios y complicados motivos para tomar esta actitud como vía de escape autodestructiva.¹⁸

El suicidio se asocia a frustraciones o necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperación y desamparo, conflictos ambivalente entre la supervivencia y una tensión insoportable, y una necesidad de escapar. Este acto autodestructivo para algunas personas puede representar una liberación de la desesperanza de un futuro estéril o el desamparo de la senectud; puede ser la reacción a las pérdidas, la separación y el abandono; puede ser un acto impulsivo que se experimenta como venganza.¹⁴

2.2.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

En sentido general el término suicidio o los suicidios se utilizan para designar, a todos los tipos de fenómenos: ideas, actos, conductas y procesos Suicidas; e incluye tanto al intento de suicidio como al suicidio “en sí”. Precisamente para diferenciar la utilización del término suicida en esta última función, se usa una expresión compuesta: suicidio consumado. (Moreno-Ceballos, 2000).¹⁴

La necesidad de precisión, y no otra razón ha obligado a que se acuñen términos compuestos para referirse a una enorme variedad de fenómenos suicidas que no son los que culminan con la muerte; y con tal procedimiento, lejos de perder rigor, se gana precisiones y claridad. Términos tales como gestos suicidas, intento suicida, suicida frustrado, y suicida consumado, entre otros, son el resultado de la necesidad de diferenciar varios tipos de fenómenos suicidas de un modo más riguroso.¹⁴

A. SUICIDIO: En suicidiología clínica, es la muerte no accidental de uno mismo que resulta del desarrollo exitoso de una acción autodestructiva, por el motivo que fuere, independiente del método utilizado y de la condición mental de quien se elimina.

Esta definición incluye los suicidios voluntarios, los compulsivos, los inconscientes y los orgánicos.(Moreno-Ceballos, 2000) ¹⁴

B. SUICIDIOS CONSUMADOS: Es cuando el suicida logra su cometido, es decir propiciarse la muerte. Se le denomina también Suicidio completo. Es el verdadero suicidio. (Moreno-Ceballos, 2000). ¹⁴

C. INTENTO DE SUICIDIO: Es el concepto general que sirve para designar a todo acto que busque la muerte propia, llamar la atención o manipular y obtener ganancias secundarias, y al cual se sobrevive.Un intento puede fallar por múltiples causas: porque no existió una firme decisión y hacerlo, por la levedad del intento, por los medios blandos empleados, por el desconocimiento de la ineficiencia de los medios o por la rápida actuación de otras personas para evitarlo. Siempre que se determine una manipulación consciente del acto no debe registrarse como intento de suicidio. (Moreno-Ceballos, 2000).

14

D. PARASUICIDIO: Acto que se parece al suicidio pero que en realidad no lo es, pues el sujeto que la produce no tiene

realmente la intencionalidad definida de llevarla a cabo. Puede ser un gesto suicida o un chantaje o manipulación suicida. El grupo Edimburgo acuñó el término “parasuicidio”, para denotar que no es un suicidio frustrado sino una conducta muy diferente. ¹⁴

E. ACTO SUICIDA: Se denomina así, por definición a la acción, desarrollo o puesta en práctica de una conducta destinada, consciente o inconscientemente a poner fin a la propia vida, a llamar la atención, o a obtener alguna ganancia secundaria a través de su intento. El no comprender el ámbito de contenidos heterogéneos, pero específicos, que encierra, en su acepción en suicidiología clínica, la categoría acto suicida puede llevar a confusión y ser fuente de errores interpretativos; si permaneciendo atados a la acepción que le asigna el sentido común, la consideración solo sinónimos de suicidio consumado, incluye los fenómenos siguientes: 1) suicidio en acto, 2) suicidio consumado, 3) tentativas o intento de suicidio, los cuales solo se diferencian entre sí por la gravedad del intento. ¹⁴

F. CONDUCTA SUICIDA: Es el conjunto de acciones, actividades, comportamientos o actos manifiestos, que por acción u omisión,

tienen como propósito producir la muerte no accidental de uno mismo. Se puede originar esta conducta en virtud de una decisión voluntaria, en pulsiones o motivos inconscientes, o en trastornos psicopatológicos que cursan con alteración del pasamiento, de la conciencia o de los impulsos. (Halbwirth, 2004).¹⁶

G. IDEAS SUICIDAS: Se denomina así en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo. Añoranza o intencionalidad de morir o de cualesquiera otras vivencias psicológicas suicidas, tal como representación, fantasías o prefiguración de la propia muerte. Sinónimo de pensamiento suicida. (Casullo y Bonaldi, 2000).¹⁷

H. PLAN SUICIDA: Es la programación de los pasos que el potencial suicida concibe que es preciso dar, una vez tomada la decisión para ejecutar y lograr el suicidio. La elaboración del plan puede ser la etapa final, previa a la ejecución del acto suicida. En dicho plan el sujeto establece a veces, como va a delegarse sus funciones, dispone de su responsabilidades y bienes. Establece fecha y lugar, escoge el método suicida que usará, escribe a menudo la nota suicida que dejará tras su

muerte, culpando a otros de sus actos e inculpándose o disculpándose a sí mismo. La existencia de un plan es un indicador de alto riesgo suicida. (Casullo, et al, 2000).¹⁷

I. POST – VENCION DEL SUICIDIO: Término creado por Schneidman. Se refiere al conjunto de acciones y estrategias desplegadas para intervenir y ayudar a los sobrevivientes; a los demás familiares, y a otras personas que tuvieron una relación significativa con el suicidio para prevenir en ellas que se produzca otros suicidios. El intento suicida: comprende conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia.

Se hace referencia a actos deliberados que no tiene un final fatal pero que provocan daños en el sujeto que los ejecuta y a su contexto (Casullo, et al, 2000).¹⁷

2.2.2.INTENTO SUICIDA:

El intento suicida en definitiva es una conducta autodestructiva, es un comportamiento que lleva una intención de provocarse daño a sí mismo o incluso la muerte, aunque por lo general el intento no tiene como final la pérdida de la vida. Es

importante mencionar que el daño no se queda estático en la persona, puesto que hay un daño físico que trae consigo consecuencias emocionales y sociales muy significativas.¹⁹

Se dice que las relaciones sociales tienen especial relevancia en el intento suicida, porque aunque parezca un acto dirigido a la destrucción de sí mismo, es también un acto de agresión en contra de otros (Stegel, 1965), en muchos de los intentos suicidas la intención no es morir precisamente; sino provocarse una autolesión para llamar la atención por motivos como venganza, culpa o soledad.¹⁹ Se han obtenido datos donde muchas veces la meta es reprender a su contexto, acabar con el sufrimiento o vengarse de una figura de autoridad. Es una realidad que las consecuencias emocionales, sociales, familiares, etc., son difíciles de determinar, pero es evidente que producen cambios en las relaciones interpersonales; en cierta medida es una de las finalidades, ya que este acto pretende alcanzar cambios a corto plazo: ganancias secundarias inmediatas (González, Villatoro et al., 2002).¹⁵

Hablar de conducta suicida no es solo incierto en cuestiones de cifras exactas o impactante como tal, es hablar de numerosos factores que sostienen este comportamiento, el intento suicida es la

punta de un iceberg, es un proceso multifactorial y dinámico, que, a su vez, incide en la magnitud del problema, se ha reconocido, en teorías psicológicas y sociológicas, que hay una influencia de factores psicosociales, demográficos y económicos más allá de ser un problema individual (González, Ramos , Mariño y Pérez, 2002 p. 74).¹⁵

Por los diversos procesos que lleva el intento suicida podemos observar que tiene una extensa complejidad, lo que es una realidad es que todo intento suicida debe tomarse con seriedad, ya que muchas veces es el resultado de un suicidio frustrado ya sea por la falta de decisión, por el medio o instrumento utilizado, por las limitaciones del sujeto, etc. Cualquiera que sea la causa o motivo, es una conducta la cual debe de llevar medidas terapéuticas porque representa un peligro para la vida del sujeto (Machiori, 1998).¹⁹

No se puede hablar de una sola causa en los intentos suicidas, de la misma manera ningún factor de riesgo puede considerarse por sí solo como la causa de este tipo de intentos. Sarro (2000, p. 44) menciona "el estudio de factores psicosociales demuestra la dificultad de identificar variables simples como las causas del suicidio, aunque son indicadores potenciales; normalmente estos factores están relacionados con situaciones

psicosociales complejas y en parte subjetivas, en función de edad, sexo, raza, nivel cultural y la personalidad; ya que algunas personas realizan una interpretación autoagresiva de los factores psicosociales”.²¹

Algunos autores han hablado sobre los motivos que podrían llevar a este tipo de conductas y de la misma manera promueven su el estudio de las razones del suicidio, aunque es complicado ya que cada individuo tiene sus motivaciones y sus factores únicos. Sin embargo, se puede observar en gran medida que el intento suicida resulta como la respuesta o solución de algún tipo de problemática.

A. EL PROCESO DEL SUICIDA:

Es el periodo que va desde la aparición inicial de la idea suicida, hasta la consumación del acto suicida.¹⁴

B. ETAPAS DEL PROCESO SUICIDA (FENÓMENO SUICIDA):

a. Etapas de ideas y consideración inicial del suicidio:

Por diferentes causas, el potencial sujeto suicida, empieza a pensaren el suicidio como una posible salida a su crisis o dificultad. Lo común es que, en esta etapa, el sujeto se asuste o rechace la

idea, pues predomina en él aún el intento de conservación, por encima de los motivos de autodestrucción.¹⁴

b. Etapa de ambivalencia, lucha y decisión suicida:

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

El sujeto puede empezar entonces a coquetear con ellas, puede asumir también las características de fantasías o ensueños suicidas. O puede estar esta etapa caracterizada por momentos de aceptación que alterna con otros de rechazo. En este periodo el sujeto vive una angustiante situación conflictiva de ambivalencia y dudas, donde le deseo de vivir coexiste con deseo de morir. Culmina con la decisión suicida. Esta etapa suele acompañarse con amenazas, o comentario, comunicados por el posible suicida a personas de confianza, las cuales deben ser interpretadas en algunos casos como gritos, petición o señal de alarma en procura de ayuda; o constituir amenazas reales en otras.¹⁴

c. Etapa de planificación y ejecución del acto suicida:

Con la decisión se introduce el potencial suicida en un periodo donde ya se ha resuelto la situación de ambivalencia. De una idea suicida, se pasa a una conducta suicida. Se entra en una fase de tranquilidad y calma, denominada calma suicida. Este es un momento donde, con sigilo se piensa y planifica el mejor modo de llevar a cabo el fatídico acto final. Ya no se prefieren amenazas, aunque puede haber alusiones tangenciales y signos indirectos de que el sujeto podría atentarse contra su vida, a los que se les debe prestar atención pues se trata de indicadores de alto riesgo de suicidio. Durante este periodo es cuando se escriben notas suicidas, se arreglan asuntos pendientes o se trata de dejar las cosas en orden. Si no hay un cambio de planes o intervenciones que interrumpan el proceso, culmina con la ejecución del acto suicida.¹⁴

2.2.3. TEORÍAS DEL FENÓMENO SUICIDA:

Se han desarrollado teorías para explicar, comprender o interpretar el fenómeno suicida en su complejidad. Aunque casi todos los grandes autores, escuelas y corrientes han realizado algún tipo de esfuerzo explicativo, las teorías sociológicas, las teorías psicológicas y las teorías biológicas, entre otras, son teorías

típicas en los esfuerzos realizados por explicar el complejo fenómeno. (Moreno-Ceballos, 2000).¹⁴

A. TEORÍAS PSICOLÓGICAS:

En la teoría psicoanalítica se ha explicado el fenómeno suicida vinculándolo al instinto de muerte y a la pulsión suicida.

La primera apreciación importante pertenece a Freud quien en su artículo de 1917, "Duelo y Melancolía" señala que el suicidio es "agresión dirigida hacia adentro, contra un objeto de amor introyectado que suscita ambivalencia". Para ese autor, en la melancolía, el acto autodestructivo encuentra su explicación por el funcionamiento de un Superyó sádico que ataca a un Yo débil y masoquista. El suicidio está generalmente asociado a una falta de una importante función Yoica, en relación a la orientación en el mundo externo y el control de los impulsos peligrosos.

Frecuentemente el sentimiento de desesperanza es tan severo que anula las otras funciones del Yo, apareciendo actitudes francamente superyoicas; entre otras, la imposibilidad de aceptar ayuda por motivo de orgullo. Entre las fantasías inconscientes que constituyen a la realización del acto suicida, se pueden mencionar

las siguientes: un deseo de escapar o de dormir; un sentimiento de culpa que desencadena una necesidad de auto castigo; un deseo hostil de venganza y de ejercer el control más allá de la muerte; un deseo erótico de sometimiento masoquista apasionado que puede llegar a un estado de éxtasis, como una forma de reunión con la persona amada muera; un deseo esperanzado de remamamiento, rehabilitación, una forma de empezar a vivir de nuevo. ²⁴

B. TEORÍA SOCIOLOGICA DEL SUICIDIO:

El padre de esta concepción fue el sociólogo francés Emile Durkheim, quién la expuso en su libro “el suicidio” publicado en 1897.³⁹ Para estas teorías el suicidio es un hecho social, y en ellas no se aceptan, que este fenómeno tenga en consecuencia, una explicación individual, ni patológica, ni biológica. Es en las leyes que determinan el modo de ser social, en las características de sus instituciones, sus costumbres, ideologías, cultura sus sistemas políticos y en sus estructuras económicas, donde hay que encontrar los factores que primariamente determinan y explican las conductas de los individuos. ²³

Este autor describió que el suicidio estaba más extendido en las ciudades que en los campos, que era una manifestación

esencialmente masculina, que en todos los países la tendencia al suicidio crece regularmente con la edad, con lo que es extremadamente raro en niños. Negaba la tendencia hereditaria. Postuló tres tipos de suicidios y posteriormente Dohrenwend, citado por Gonzáles – Fortaleza, reconocería a Durkheim un cuarto tipo: El Fatalista.²³

- **El suicidio “egoísta”** se aplica a aquellos que no están fuertemente integrados en ningún grupo social. La falta de integración familiar puede utilizarse para explicar por qué los solteros son más vulnerables al suicidio que los casados y por qué las parejas con hijos constituyen el grupo mejor protegido de todos. Las comunidades rurales tienen más integración social que las urbanas y, por tanto, menos suicidios. El protestantismo en una religión con menos cohesión que el catolicismo y, por ello, tienen una tasa más elevada que los católicos.
- **El suicidio “anónimo”** se aplica a aquellas personas cuya integración en la sociedad esta alterada, de manera que están privados de las costumbres habituales de conducta. La anonimia puede explicar por qué aquellos cuya situación

económica ha cambiado drásticamente son más vulnerables de lo que eran antes de ese cambio.

- **El suicidio “altruista”**, proviene de la excesiva integración al grupo, es resultado de lo que la sociedad espera del individuo. Un ejemplo sería el “harakiri”, que según las costumbres de la sociedad japonesa es una acción honorable del individuo que ha de quitarse la vida. Esto no explica el suicidio en los jóvenes.
- **El suicidio “fatalista”**, el individuo considera que la regulación social exagerada y las expectativas predestinadas desbaratan su futuro.

Desde una perspectiva psicológica, se ha observado que el incremento en las tasas de suicidio entre la población joven, está acompañado por aumento de otros problemas tales como el abuso de drogas, el abuso de alcohol, delincuencia, crimen, sentimientos de desesperanza y falta de pertenencia, devaluaciones de la autoestima, etc. que incluso pueden considerarse como indicadores del nivel de angustia y desesperación social. Es por eso que para entender el fenómeno del suicidio, por su naturaleza multifactorial, es importante tener en mente tanto las diferencias como las similitudes entre los diferentes grupos de cultura.

2.2.4.FACTORES SOCIALES:

Los factores socioeconómicos han sido identificados como importantes determinantes de salud a través de amplios problemas de salud pública; de hecho, la literatura profesional sugiere que los factores socioeconómicos son un eslabón para determinar las variaciones de salud entre grupos y sociedades.

A. EDAD: múltiples investigaciones se ha visto que el riesgo del suicidio aumenta con la edad. Hablando del intento suicida en las últimas décadas, existe una mayor prevalencia en los jóvenes., Este fenómeno no es exclusivo de México, se ha dado a nivel mundial con sujetos entre 15 y 29 años. Lo grave de esta situación se encuentra en que en las cifras cada día se observa un continuo ascenso (Larraguibel, 2005; Marchiori, 1998; Sarro, 2000).^{19 20 21}

B. SEXO: hay una diferencia marcada entre la incidencia del suicidio en los varones, el hombre está más amenazado que la mujer porque es menos resistente a las enfermedades físicas, mentales y suelen ser más agresivos. Por este hecho hay más suicidios consumados en varones que en mujeres, que a diferencia de ellos, se quedan en el intento suicida (Raymonde, 1982).²² En el transcurso del año 2003 se registraron un total de 3 327 suicidios,

los hombres constituyeron el 83,3% y las mujeres del 16,7% del total, por ende hay una proporción de cinco hombres suicidas por cada mujer.²⁵

C. ESTADO CIVIL: la tasa de suicidio y los intentos de suicidio en los solteros es dos veces mayor que en los casados. En los separados, divorciados y viudos es 4 a 5 veces más alta que los casados. David y Philippe señalan que la tasa de intento de suicidio es multiplicada por tres en los solteros y por quince en los divorciados y los viudos. El matrimonio parece tener un efecto protector y la presencia de hijos aumenta esta protección que estaría ligada más al rol parental que al estado conyugal, mientras que la sensación de soledad y desesperación puede ser el motivo abrumador para llevar a cabo un suicidio.²¹

D. OCUPACIÓN: tener un trabajo se considera, en general un factor protector contra el suicidio, mientras que el desempleo se constituye en un riesgo. Así, durante las recesiones y depresiones económicas y épocas de alto desempleo aumenta la tasa de suicidio. Esta tasa alta puede explicarse por la interacción de las circunstancias socioeconómicas, la vulnerabilidad psicológica y los eventos existenciales estresantes. Vásquez registra un 39% de

desempleo con predominio de varones, seguido de estudiantes con 20%.

Es importante señalar que entre los profesionales con mayor riesgo de suicidio están los músicos, los odontólogos y los médicos, y entre éstos últimos los psiquiatras, los anesthesiólogos, los oftalmólogos y los patólogos. (Sarro, 2000).²¹

E. PROFESIÓN: algunas profesiones se les ha relacionado con el suicidio, son aquellas que tienen un trato directo con personas y una gran carga y responsabilidad emocional. Los médicos, los psicólogos, los abogados y los dentistas, parecen tener factores que predisponen como el acceso y dependencia a sustancias, tensiones derivadas de la profesión y/o conflictos a nivel personal y social (Sarro, 2000).²¹

F. CLASE SOCIAL: la relación entre el nivel socioeconómico y la morbilidad por suicidio ha sido estudiada, pero los resultados no han sido contundentes, aunque se ha indicado un mayor predominio de actos suicidas en las clases sociales de elevados o escasos recursos económicos (Sarro, 2000).²¹

G. RAZA: La proporción de suicidios entre los blancos es casi el doble que la de los demás, aunque en los últimos años está aumentando la proporción entre los negros. Hending estudia una población negra de bajo nivel educativo, en Nueva York y muestra que el fenómeno suicida y la violencia están relacionados; aquel era utilizado como una salida en la ducha contra la furia y los impulsos asesinos conscientes. Estos jóvenes tenían una historia de violencia en su infancia. La conclusión importante de este trabajo es que el rechazo y la negación, por parte del grupo sociocultural dominante (anglosajón) hacia este tipo de población (negra), refuerza los sentimientos de rabia, rencor y minusvalía que ya están de suyos presentes y que éstos se han instalado en la cultura dominante, operando y reproduciéndose a través de la familia. (Sarro, 2000).²¹

H. RELIGIÓN: La proporción de suicidios entre la población católica ha sido menor que la existente entre protestantes y judíos. Puede que el grado de ortodoxia individual y la integración en la religión sean parámetros más precisos del riesgo de suicidio que la simple afiliación religiosa institucional. (Sarro, 2000).²¹

I. ANTECEDENTES FAMILIARES: Se estima que la dinámica familiar está alterada en 40 – 100% de los jóvenes suicidas. Estas familias suelen ser incapaces de proveer apoyo debido a la naturaleza y gravedad de su propia psicopatología generando mal desempeño parental, tasas más elevadas de abuso físico y sexual que incrementa la incidencia de conducta autodestructiva de todas las clases. La pérdida del padre, muerte o separación permanente a temprana edad, es considerada una situación de riesgo. Así, entre 40 y 60% de personas que intentaron suicidarse presentaron antecedentes de pérdida de un progenitor antes de los 17 años. No obstante, no solo va a ser crucial esta pérdida, sino también el grado de estabilidad en la relación familiar que se establezca entre los miembros que queden. Mardomingo citado por Fernández encontró en el 30% de los casos, la ausencia del padre y, en 3,3% la de la madre, frente a 0% de ambas ausencias en el grupo. ¹⁴

Davidson y Philippe cuantificaron el riesgo de intento de suicidio en los hijos de adolescentes de padres separados en 3,4 veces superior al de los hijos de padres casados y con relación estable. (Moreno-Ceballos, 2000).¹⁴

J. ANTECEDENTES DE SUICIDIO/INTENTO DE SUICIDIO EN LA

FAMILIA: El suicidio es más corriente en personas que tienen una historia familiar de suicidio. Así, en una serie de 5845 pacientes internados, 243 (4,2%) tenían dichos antecedentes. En un estudio Belga se comprobó que 123 (17%) de 713 pacientes deprimidos internados, tenían un familiar en primero o segundo grado que se había suicidado.

Es importante señalar los llamados suicidio de aniversario en las que las personas se quitan la vida el mismo día en que lo hizo un miembro de sus familias. (Sarro, 2000).²¹

2.2.6. FACTORES PSICOLÓGICOS:

Son aquellas disposiciones personales las cuales tienen una carga afectiva que lucha por satisfacer necesidades tales como poder ser alimentado, tendencia sexual, necesidad de amar y ser amado, experimentar una esperanza, vivenciar una frustración; va a formar una personalidad. Personalidad es la organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos.

A. DEPRESIÓN:

La depresión ha sido tomada por una alteración del estado de ánimo (Montejo, 1986), más intensa que la tristeza, a su vez es señalada como un conjunto de elementos que conllevan a la agresión contra sí mismo (Baras, 1997). Zhang (1996) identifica la depresión como el mejor predictor del riesgo suicida. Con frecuencia, la depresión se presenta mayoritariamente entre los 15 y 30 años de edad, pero también puede presentarse en niños y ancianos.³⁵

B. AMBIENTE FAMILIAR

Las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida, la ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes como la depresión. Esto depende de si la familia es disfuncional o, por el contrario, es funcional, y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social para un adecuado desarrollo del adolescente. Algunos adolescentes, presentan

dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.

C. AUTOESTIMA

La autoestima es un elemento importante del ser humano, promotor de conductas y cuyo grado de presencia es determinante en la vida. Existen diversos autores que han conceptualizado dicho elemento. Torres y Luna (1993) definen la autoestima como el valor que nos asignamos a nosotros mismos, es el sentirnos bien y satisfechos con nosotros mismos. La autoestima es el amor propio que comprende ideas y sentimientos acerca de uno mismo, los que pueden ser positivos o negativos. Es la imagen que se tiene de si mismo. Finalmente, Franco (1998) define la autoestima como la valoración positiva o negativa que nos asignamos, la que nos conduce a sentirnos a gusto o no con nosotros mismos.

La autoestima. Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2000) realizaron una investigación sobre autoestima, sintomatología depresiva e ideación suicida, es estudiantes de secundaria (n=423). Sus resultados mostraron 16,5% de estudiantes con ideación suicida, también se encontró que el 80,3% de la muestra tuvo baja autoestima, de los cuales 79,5%

eran hombres y 81,4% eran mujeres. Y al analizar la asociación entre ideación suicida y autoestima se observó que el 15,5% de toda la muestra tuvo ideación y autoestima baja.³⁶

D. RIESGO DE REINCIDENCIA:

Un intento de suicidio previo es quizás el mejor indicador de que un paciente se encuentra en riesgo de suicidio. La proporción de pacientes reincidentes de la tentativa de suicidio ha variado a lo largo del tiempo; en la década de los setenta los estudios señalan desde un 25 a 30% de repetidores. En los años ochenta oscila entre el 18 al 40%.

En los noventa, en estudios Europeos multicéntricos WHO/EURO se sitúa en torno al 55%. Estos resultados confirman la necesidad de considerar durante el tratamiento de los intentos de suicidio no sólo el riesgo de consumación, la mortalidad oscilando entre el 10 – 15% a los 10 años y del mayor en los dos años posteriores al intento; sino también, el de repetir la tentativa, ya que uno de cada dos pacientes vuelve a intentar el suicidio. Vásquez reporta 38% de pacientes que contaban con por lo menos un intento de suicidio anterior, predominando el sexo femenino. (Vásquez, 2002).²⁶

E. MOTIVACIÓN DEL FENÓMENO SUICIDA

Roy (1997) menciona que en general los intentos de suicidio, sobre todo en gente joven, son impulsivos, y que más del 60% de estas personas refieren que pensaron en quitarse la vida menos de 1 hora antes.²⁸

Davidson y Choquet, señala que 55% de adolescentes afirmaron no haber premeditado su gesto suicida, 88% no había prevenido a nadie y 76% no había efectuado ningún preparativo.²⁹ Algunos estudios señala como factores desencadenantes a los problemas sentimentales y conyugales referidos a separaciones, desengaños o conflictos entre parejas. Se aprecia asimismo un 10,2% de pacientes que intentaron suicidarse por causas psicopatológicas, caracterizadas por síntomas alucinatorias que motivaron conductas auto agresivas.³⁰

F. Diagnósticos psiquiátricos y fenómenos suicidas

El riesgo del intento de suicidio y suicidio consumado se encuentra incrementando en prácticamente todos los trastornos psiquiátricos mayores. Algunos estudios muestran cifras oscilantes entre 75% a 90% de personas que se suicidan que sufrían un trastorno psiquiátrico.³¹

- **Trastornos afectivos:** Del 90% de adultos que han consumado el suicidio y que sufrían un trastorno psiquiátrico, en 60 a 80% se trataba de una enfermedad afectiva mayor. Los pensamientos y planes suicidas son a menudo síntomas de depresión mayor y el tratamiento de la enfermedad debe producir la remisión de la ideación suicida.

Goldney citado por Duran refiere que se diagnóstica depresión en el 35 a 80% de pacientes que quieren suicidarse. Por otro lado, señala que no hay diferencia en el grado de depresión entre aquellas cuyo intento suicida compromete seriamente la vida con los que la comprometen de forma mínima. En un estudio realizado en el Hospital General, la prevalencia de episodios depresivos es mayor en pacientes con intento de suicida fue de 41,9% y estuvo asociado con el sexo femenino, la edad mayor de 35 años y antecedente personal de enfermedades psiquiátricas.³²

Un 25 a 50% de pacientes con trastornos bipolar hacen, durante su vida, al menos una tentativa de suicidio.³³

- **Consumo de alcohol:** Goodwin citado por Saavedra, en su revisión de 6 estudios, halló que la tasa de alcoholismo entre aquellos que intentaban suicidarse fluctuó entre el 13 y el 50%. En un estudio sobre el suicidio en adolescentes, se encontró que 70% de las víctimas sufría problemas como alcoholismo o abuso de sustancias.³⁴ Cuando los enfermos tienen dependencia del alcohol, el suicidio suele sobrevenir la fase tardía de la enfermedad, después de 20 años de alcoholismo crónico, y en general está relacionado con rechazo o alguna pérdida interpersonal. Esto hace contraste directo con los trastornos afectivos, en lo que el suicidio ocurre de manera más temprana durante la evolución de la enfermedad.
- **Trastorno por uso de sustancias:** el alcoholismo es un factor de riesgo suicida, las personas con dependencia al alcohol son un grupo de riesgo. Para Durkheim (2004) el alcoholismo constituye un terreno vulnerable de suicidio, pero se precisan otros factores, pues la relación que existe es irregular. Las estadísticas muestran esta relación entre sustancias y suicidio, en México se encontró que el 46,9% de los estudiantes que intentaron suicidarse han consumido alguna droga.¹⁸

- **La Esquizofrenia:** Entraña una incidencia elevada de suicidio. Aproximadamente un 15% mueren por suicidio; el riesgo es peor en los que experimentan desesperanza, los que han intentado ya el suicidio, los que sufren una evolución recurrente crónica y los que no responden al tratamiento.³⁴ La mayoría de los esquizofrénicos suicidas son varones jóvenes, solteros y desempleados, además 2/3 de estos pacientes tienen síntomas depresivos.²⁸
- **Trastornos mentales:** La enfermedad mental es un factor de riesgo importante para el suicidio, el riesgo de suicidio es mayor en pacientes con diagnóstico de depresión, esquizofrenia y alcoholismo, pero puede ocurrir en la mayoría de los pacientes psiquiátricos. Generalmente los diagnósticos de trastornos psicóticos se asocian al suicidio consumado y las tentativas de suicidio a los trastornos de personalidad, distímicos y adaptativos. La impulsividad forma parte de distintos trastornos psiquiátricos, en muchos casos constituye un criterio de diagnóstico y en otros es un síntoma, una característica de un comportamiento o un rasgo significativo de una enfermedad neuropsiquiátrica.³⁵

G. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y TRASTORNOS NEURÓTICOS:

Muchas veces se interpreta el acto suicida como una expresión manipulativa o una demanda de atención en los conflictos intra e interpersonales (Raymonde, 1982).²²

Sarro (2000) dice que las estructuras básicas de personalidad presentan rasgos de inmadurez, inestabilidad, impulsividad, disforia, escasa tolerancia a la frustración lo cual los hace más vulnerables a la gente. Los pacientes con trastornos afectivos y trastornos de la personalidad presentan síntomas caracterizados por impulsividad, desinhibición conductual, comportamiento autodestructivo, desesperanza, consumo de drogas y son los que en su mayoría más comportamientos suicidas presentan (Bobes et al. 2004).³⁵

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3. 1. DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal retrospectivo y relacional, con información recopilada de historias clínicas de pacientes que intentaron suicidarse en el periodo de Julio del 2011 a Junio del 2012 que fueron atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue.

Es descriptivo porque se estudia a las variables tal como se presenta en la realidad, es transversal retrospectivo porque se realiza en un determinado espacio en tiempo pasado y es relacional porque evalúa la relación de la variable independiente (factores sociales y psicológicos) con la variable dependiente (intento suicida).

3. 2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

En esta investigación no se empleó el método probabilístico, dado porque la población con intento suicida fue poca en el periodo de

estudio, por tanto, por conveniencia del investigador se determinó lo siguiente:

El primer grupo lo constituyeron el 100 % de pacientes que ingresaron al Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna por Intento Suicida en el periodo de julio del 2011 a junio del 2012, estos fueron un total de 52 pacientes.

El segundo grupo de población fue determinada por conveniencia del investigador conformado por 104 pacientes que ingresaron al Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna sin motivo de Intento Suicida en el periodo de julio del 2011 a junio del 2012, esta población fue con fines de comparación para establecer la asociación de los factores psicosociales al intento suicida, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes que demandaron atención médica con diagnóstico de intento de suicidio.
- Por cada paciente con intento suicida, se incluyó 2 pacientes sin motivo de intento suicida al servicio de emergencia del HHU-T.
- Historias clínicas con datos completos de los pacientes con intento de suicidio y de los pacientes sin intento suicida.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con intento suicida en cuya historia clínica no consignen datos sobre la variable de estudio.
- Pacientes sin intento suicida que tengan enfermedad grave y requiera el internamiento en UCI.

3. 3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Historia clínica: Revisión de la historia clínica del periodo Julio del 2011 a Junio del 2012.
- Ficha de registro: Diseñada en función de los indicadores de las variables en estudio.

VALIDEZ

El instrumento destinado para el estudio de investigación fue validado con el apoyo y asesoramiento de 4 expertos profesionales: dos Licenciadas en Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, una docente de la ESEN-FACS, y un Profesional Estadístico en Salud. (ANEXO N° 01).

PRUEBA PILOTO

Una vez validado el instrumento, se realizó la prueba piloto, aplicándose a una muestra de 10 pacientes con intento suicida

atendidos por el servicio de emergencia del Hospital Alcides Carrión de Tacna, teniendo en cuenta que la población tenga características similares a la población objeto de estudio. Posteriormente se realizaron las modificaciones que se estimaron por convenientes en los diferentes ítems del cuestionario.

El propósito de la aplicación de la prueba piloto fue conocer la comprensión, practicidad y tiempo en la aplicación del instrumento, así como proporcionar las bases necesarias para la prueba de confiabilidad.

CONFIABILIDAD

La confiabilidad del instrumento se realizó a través del Cálculo del Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Crombach aplicado a la muestra piloto de 10 pacientes con intento suicida. La confiabilidad del instrumento fue de 0,925 el cual es aceptable para propósitos de la investigación, por consiguiente el instrumento es confiable. (ANEXO N°03)

INSTRUMENTO	ALFA DE CRONBACH BASADA EN LOS ELEMENTOS TIPIFICADOS	Nº DE ELEMENTOS
pacientes con intento suicida que se relacionaron a los factores psicosociales	0,926	10

3. 4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se realizó coordinaciones con:

- La Unidad de estadística e informática, para recopilar información estadística acerca de la incidencia de intentos suicidas del HHUT.
- la Jefatura del Departamento de Enfermería para poder acceder a los libros de registros e Historias clínicas para encontrar los casos de estudio.
- La Jefatura de Consultorios Externos, para poder acceder a las Historias clínicas.
- La unidad de capacitación para realizar el trámite administrativo para autorizar la ejecución del proyecto de tesis en el HHUT.

Los datos serán tomados de las historias clínicas de los pacientes y recogidos en fichas de registro.

3. 5. PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la elaboración de los datos se consideró lo siguiente:

- Revisión de los datos, con el correspondiente examen crítico de cada una de las fichas utilizadas.

- Codificación de los datos, con códigos numéricos en relación a los indicadores de la variable de estudio.
- Recuento de los datos, mediante una tabulación computarizada.
- Los datos recopilados serán procesados por el Software SPSS (Paquete de Ciencias Sociales). Para la comprobación de hipótesis se utilizara la prueba estadística ji cuadrado.
- Se utilizara patrones de calificación simple como la tabulación nominal y porcentual. Los resultados se presentaran en cuadros estadísticos, complementados con representación gráfica reportando frecuencias absolutas y porcentuales.

CAPITULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

En este capítulo se presentan los cuadros estadísticos descriptivos que corresponden a la información obtenida como resultado de la investigación y los análisis estadísticos que a continuación se detalla.

CUADRO N° 01

**FACTORES PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA H. H. U. TACNA JULIO
DEL 2011 A JUNIO DEL 2012.**

Factores psicológicos	Intento de suicidio						Prueba Valor p
	SI		NO		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Estrés							
Agudo	25	48,1	20	19,2	45	28,8	X ² =14,05 p=0,000 Si existe relación estadísticamente significativa
Crónico	27	51,9	84	80,8	111	71,2	
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0	
Antecedentes de intento suicidio							
Antecedentes personales	19	36,5	5	4,8	24	15,4	X ² =26,81 p=0,000 Si existe relación estadísticamente significativa
Sin antecedentes	33	63,5	99	95,2	132	84,6	
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0	
Identidad sexual							
Heterosexuales	47	90,4	103	99,0	150	96,2	X ² =7,02 p=0,008 Si existe relación estadísticamente significativa
Homosexuales	5	9,6	1	1,0	6	3,8	
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0	
Autoestima							
Alta	1	1,9	16	15,4	17	11	X ² =14,30 p=0,001 Si existe relación estadísticamente significativa
Relativa	24	46,2	62	59,6	86	57	
Baja	27	51,9	26	25,0	53	32	
Total	52	100,0	104	100,0	156	100	
Antecedente de violencia							
Sexual	4	7,7	0	0,0	4	2,6	X ² =26,51 p=0,000 Si existe relación estadísticamente significativa
Psicológico	15	28,8	16	15,4	31	19,9	
Infidelidad de pareja	8	15,4	12	11,5	35	22,4	
Física/Psicológica	12	23,1	14	13,5	26	16,7	
Física/Sexual/Psicológica	3	5,8	2	1,9	5	3,2	
Ninguno	10	19,2	60	57,7	70	44,9	
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada Factores Psicosociales de intento suicida en pacientes del servicio de emergencia del HHU

Interpretación:

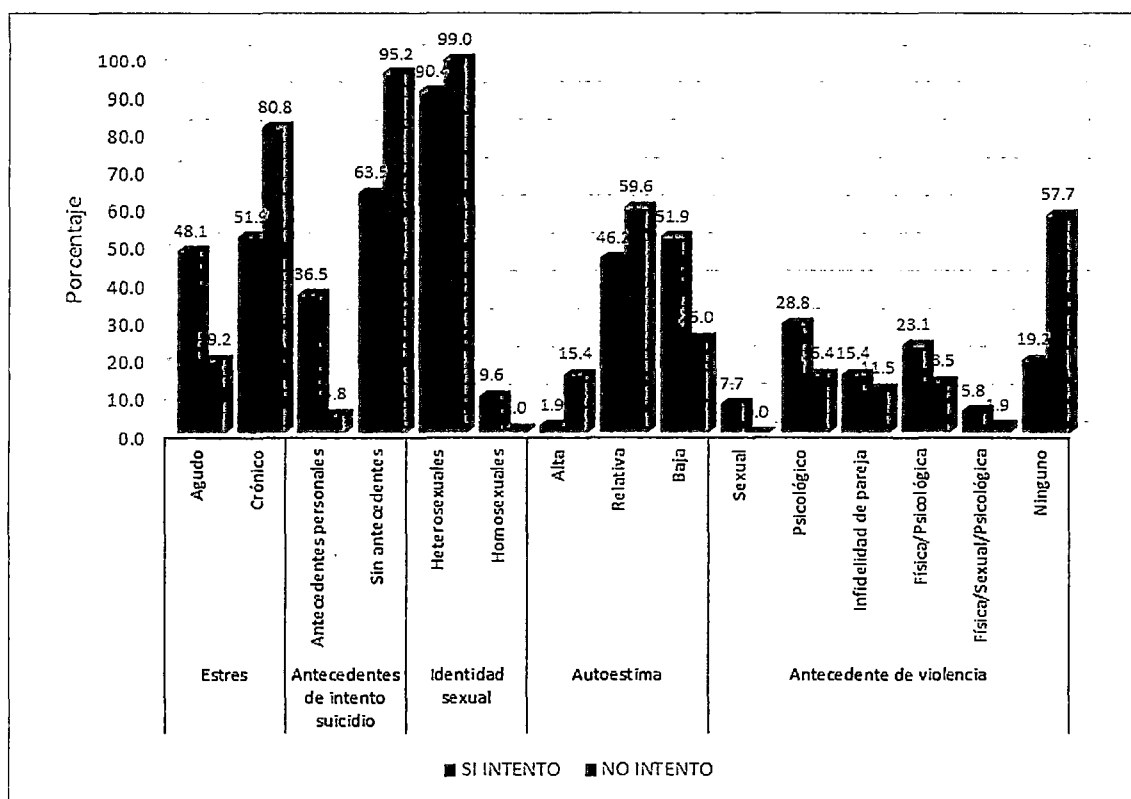
El cuadro N° 01 permite identificar los factores psicológicos de los pacientes que intentaron suicidarse en el servicio de emergencia del HHUT, donde:

- El estrés se evidencia en ambos grupos tanto en los que intentaron suicidarse, como en los que no lo intentaron. Donde el 28,8 % presenta estrés agudo y el 71,2 % presenta estrés crónico. El 55,5 % de la población que presento estrés agudo intento suicidarse y el 24,32% de la población que presento estrés crónico intentos suicidarse. Dentro del grupo de los pacientes que intentaron suicidarse resalta más los que presentaron estrés crónico con un 51,9 %. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,00$.
- Según los antecedentes de intento suicida personales, los que presentan antecedentes personales están representados por un 15,4 %, frente a un 84,6 % que no evidenciaron antecedentes personales de intento suicida en la población encuestada. Donde el 79,16% de los pacientes que evidenciaron tener algún antecedente personal intentaron suicida. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,00$.

- Respecto a la identidad sexual se evidencia que el 96,2% de los encuestados eran heterosexuales frente a un 3,8% de homosexuales. Donde el 31,3% de heterosexuales evidenciaron intentar suicidarse y un 83,3% de los homosexuales se intentaron suicidarse. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,008$.
- El 86% de los encuestados evidencia tener una autoestima relativa, el 53% presenta autoestima baja y el 17% alta autoestima. Donde el 50,94% de los que presentaron baja autoestima intentaron en alguna oportunidad suicidarse. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,001$.
- Los antecedentes de violencia en la población encuestada evidencian que el 80,8% presento algún tipo de violencia física, psicológica y sexual. Donde el 100% de los que recibieron violencia sexual intentaron suicidarse, el 48,3% de los que recibieron maltrato psicológico intentaron suicidarse, el 22,85% de los que presentaron infidelidad por su pareja intentaron suicidarse. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,00$.

GRAFICO N° 01

FACTORES PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA H. H. U. TACNA, JULIO DEL 2011 A JUNIO DEL 2012.



Fuente: Encuesta aplicada Factores Psicosociales de intento suicida en pacientes del servicio de emergencia del HHU

CUADRO N° 02

**FACTORES PSICOSOCIALES SEGÚN LA AFECTIVIDAD DE LOS
PACIENTES CON INTENTO SUICIDA DEL SERVICIO DE
EMERGENCIA H. H. U. TACNA, JULIO DEL
2011 A JUNIO DEL 2012.**

Afectividad de los pacientes	Intento de suicidio						Prueba Valor p
	SI		NO		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Ansiedad generalizada							
Presente	20	38,5	28	26,9	48	31,2	$X^2=2,166$ $p=0,141$ No existe relación estadísticamente significativa
Ausente	32	61,5	76	73,1	108	70,1	
Total	52	100,0	104	100,0	156	101,3	
Ataque de pánico							
Presente	5	9,6	2	1,9	7	4,5	$X^2=4,786$ $p=0,028$ Si existe relación estadísticamente significativa
Ausente	47	90,4	102	98,1	149	96,8	
Total	52	100,0	104	100,0	156	101,3	
Ansiedad situacional o fobias							
Presente	9	17,3	5	4,8	14	9,1	$X^2=6,63$ $p=0,010$ Si existe relación estadísticamente significativa
Ausente	43	82,7	99	95,2	142	92,2	
Total	52	100,0	104	100,0	156	101,3	
Depresión, tristeza, abatimiento							
Presente	46	88,5	38	36,5	84	54,5	$X^2=37,61$ $p=0,000$ Si existe relación estadísticamente significativa
Ausente	6	11,5	66	63,5	72	46,8	
Total	52	100,0	104	100,0	156	101,3	
Labilidad emocional							
Presente	47	90,4	41	39,4	88	57,1	$X^2=36,61$ $p=0,000$ Si existe relación estadísticamente significativa
Ausente	5	9,6	63	60,6	68	44,2	
Total	52	100,0	104	100,0	156	101,3	

Fuente: Encuesta aplicada Factores Psicosociales de intento suicida en pacientes del servicio de emergencia del HHU

Interpretación:

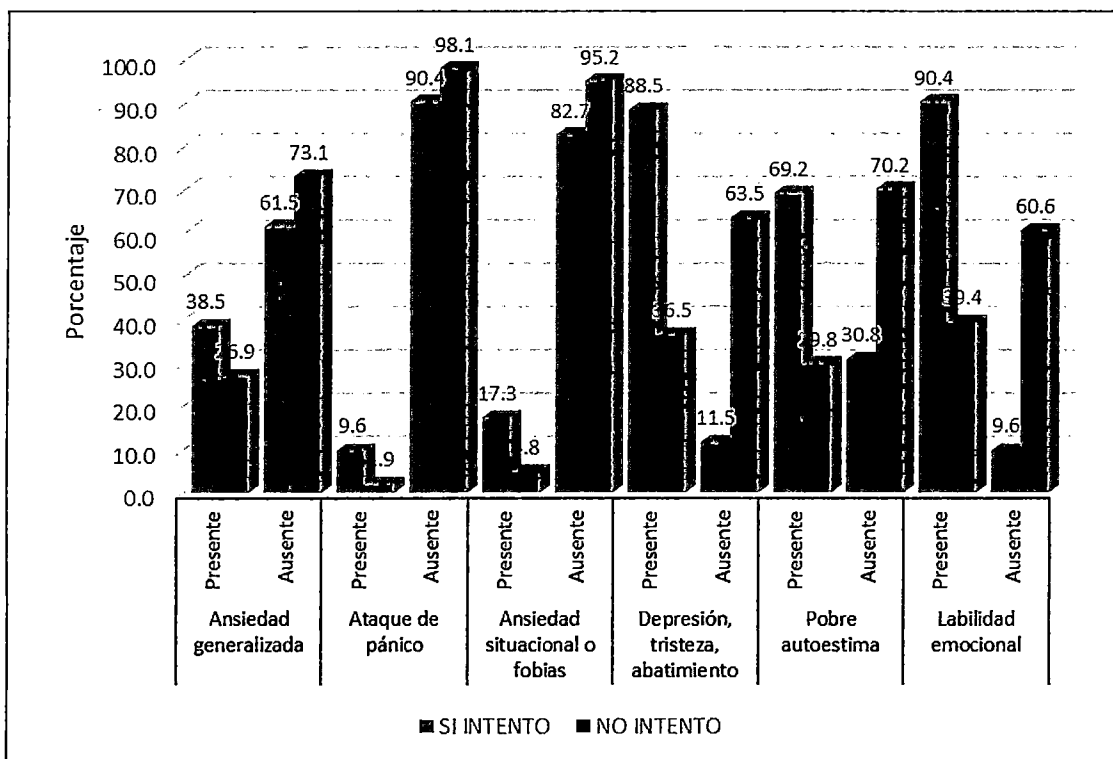
El cuadro N° 02, se evidencian los factores psicológicos según los indicadores de afectividad en pacientes que intentaron suicidarse en el servicio de emergencia del HHUT, tenemos:

- La ansiedad generalizada está presente en el 31,2 % de los encuestados. Donde el 41,6 % de los que presentaron ansiedad generalizada intentaron suicidarse. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que no existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,141$.
- El ataque de pánico se presentó en el 7% de los encuestados. Donde el 71,42% que presentaron ataque de pánico intentaron suicidarse. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,028$.
- La ansiedad situacional o fobias está presente en 4,8% de los encuestados. Donde el 64,28% de los que presentaron algún tipo de fobia o ansiedad situacional intentaron suicidarse. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,010$.

- La depresión, tristeza, abatimiento estuvo presente en el 54,5% de la población encuestada. Donde el 54,76 % que presentaron depresión intentaron suicidarse. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,000$.
- La labilidad emocional estuvo presente en 57,1% de la población encuestada. Donde el 53,40% de los que presentaron labilidad emocional intentaron suicidarse. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,000$.

GRÁFICO Nº 2

FACTORES PSICOSOCIALES SEGÚN LA AFECTIVIDAD DE LOS PACIENTES CON INTENTO SUICIDA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA H. H. U. TACNA, JULIO DEL 2011 A JUNIO DEL 2012.



Fuente: Encuesta aplicada Factores Psicosociales de intento suicida en pacientes del servicio de emergencia del HHU

CUADRO Nº 3-A

**FACTORES SOCIOLÓGICOS EN PACIENTE CON INTENTO SUICIDA
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA H. H. U. TACNA,
JULIO DEL 2011 A JUNIO DEL 2012.**

Características sociológicas		Intento de suicidio						Prueba Valor p
		SI		NO		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Etapa de vida	Adolescente	17	32,7	13	12,5	30	19,2	$\chi^2=9,587$ $p=0,008$ Si existe relación estadísticamente significativa
	Joven	24	46,2	56	53,8	80	51,3	
	Adulto	11	21,2	35	33,7	46	29,5	
	Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0	
Sexo	Masculino	13	25,0	62	59,6	75	48,1	$\chi^2=16,64$ $p=0,000$ Si existe relación estadísticamente significativa
	Femenino	39	75,0	42	40,4	81	51,9	
	Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0	
Grado de instrucción	Primaria	5	9,6	13	12,5	18	11,5	$\chi^2=0,388$ $p=0,942$ No existe relación estadísticamente significativa
	Secundaria	34	65,4	66	63,5	100	64,1	
	Sup. técnico	9	17,3	16	15,4	25	16,0	
	Sup. universitario	4	7,7	9	8,7	13	8,3	
	Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0	
Estado civil	Soltero	33	63,5	62	59,6	95	60,9	$\chi^2=1,315$ $p=0,725$ No existe relación estadísticamente significativa
	Casado	3	5,8	10	9,6	13	8,3	
	Conviviente	14	26,9	25	24,0	39	25,0	
	Separado	2	3,8	7	6,7	9	5,8	
	Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada Factores Psicosociales de intento suicida en pacientes del servicio de emergencia del HHU

Interpretación:

El cuadro N° 03-A permite identificar los factores sociológicos que se relacionan con los pacientes con intento suicida del servicio de emergencia del HHUT, donde:

- La población encuestada estuvo representada por adolescentes con el 19,2%, los jóvenes el 51,3% y los adultos el 29,5%. De los cuales el 56,6% de los adolescentes intentaron suicidarse, el 30% de los jóvenes intentaron suicidarse y el 23,91% de los adultos intento suicidarse. Dentro del grupo de la población que intentó suicidarse la etapa de vida más vulnerable estuvo representada por los jóvenes con un 46,2%, seguida de los adolescentes con un 32,7% y por último los adultos con un 21,2%.

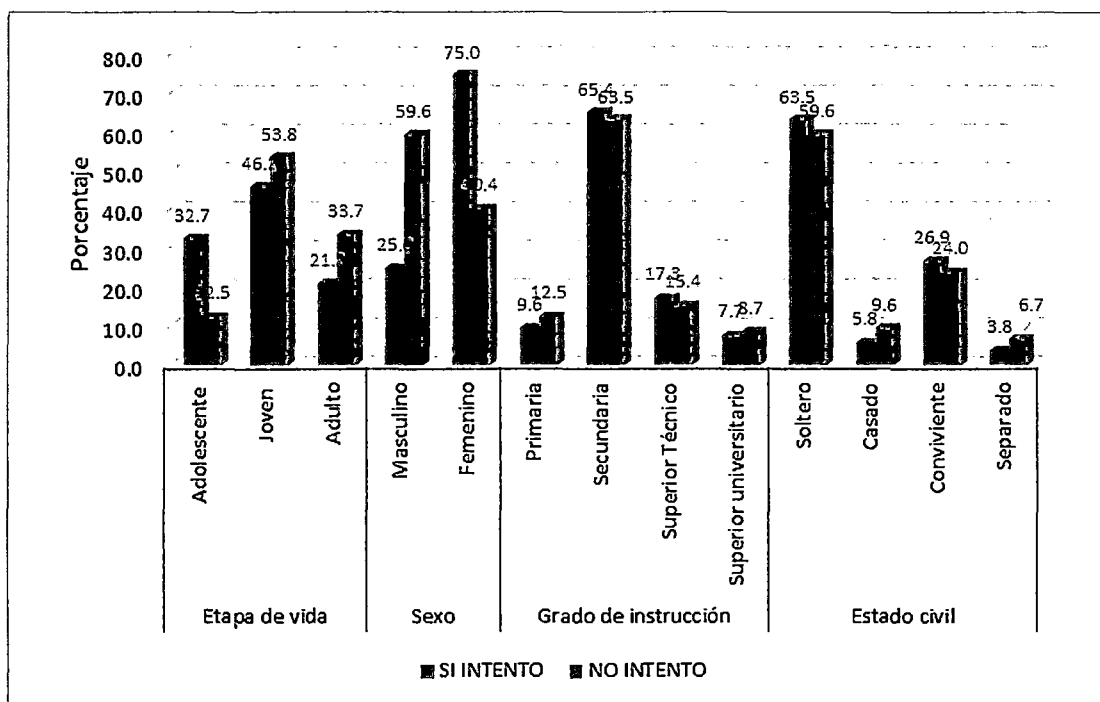
Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,008$.

- Según el sexo, los hombres representaron el 48,1% y las mujeres el 51,9% de la población encuestada. Donde el 48,14% de las mujeres intento suicidarse y el 17,3 % de los hombres intentaron suicidarse. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,000$.

- Según el grado de instrucción, el 11,5% evidencia tener grado de instrucción primaria, el 64,1% secundaria, 16% técnico superior y el 8,3 % universitario. Donde la mayor proporción de población que intentó suicidarse tenía estudios secundarios con un 65,4%. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que no existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,942$.
- Según el estado civil los solteros estuvo representado por el 60,9%, los casados el 8,3%, los convivientes el 25%, los separados el 5,8% de la población encuestada. Donde el 34,7% de los solteros intentaron suicidarse, el 23,07% de los casados intentaron suicidarse, el 35,89% de los convivientes intentaron suicidarse y el 22,2 % de los separados intentó suicidarse. Entre la población que intentó suicidarse los solteros ocuparon la mayor porcentaje con un 63,5%. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que no existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,725$.

GRAFICO N° 3-A

FACTORES SOCIOLÓGICOS EN PACIENTE CON INTENTO SUICIDA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA H. H. U. TACNA, JULIO DEL 2011 A JUNIO DEL 2012



Fuente: Encuesta aplicada Factores Psicosociales de intento suicida en pacientes del servicio de emergencia del HHU

CUADRO N° 3-B

**FACTORES SOCIOLÓGICOS EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA H. H. U. TACNA,
JULIO DEL 2011 A JUNIO DEL 2012**

Características sociológicas		Intento de suicidio						Prueba Valor p
		SI		NO		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Condición familiar	Integrada	28	53,8	58	55,8	86	55,1	X ² =0,51 p=0,819
	Desintegrada	24	46,2	46	44,2	70	44,9	
	Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0	
Procedencia	Tacna	25	48,1	38	36,5	63	40,4	X ² =3,072 p=0,381
	Ciudad Nueva	7	13,5	25	24,0	32	20,5	
	G. Albaracin	16	30,8	32	30,8	48	30,8	
	Otros	4	7,7	9	8,7	13	8,3	
	Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0	
Ocupación	Subempleado	11	21,2	24	23,1	35	22,4	X ² =1,366 p=0,713
	Desempleado	8	15,4	23	22,1	31	19,9	
	Ama de casa	9	17,3	17	16,3	26	16,7	
	Estudiante	24	46,2	40	38,5	64	41,0	
	Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0	
Ambito de residencia	Urbano	48	92,3	94	90,4	142	91,0	X ² =0,156 p=0,692
	Rural	4	7,7	10	9,6	14	9,0	
	Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada Factores Psicosociales de intento suicida en pacientes del servicio de emergencia del HHU

Interpretación:

El cuadro N° 03-B permite identificar los factores sociológicos que se relacionan con los pacientes con intento suicida del servicio de emergencia del HHUT, donde:

- Según la condición familiar en la población encuestada está representada por familia integrada el 55,1% y la familia desintegrada el 44,9%. Donde el 34,28% de las familias desintegradas intentaron suicidarse y el 32,55% de las familias integradas también lo hizo. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que No existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,819$.
- Según la procedencia en el total de encuestados, el 63% proviene de Tacna, el 20,5% de Ciudad nueva, 30,8% de G. Albarracín, y el 8,3% de otras localidades. Tacna fue el distrito con mayor número de intentos suicidas presento como era de esperarse ya que la población se encuentra concentrada en esta zona. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que No existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,381$.

- Según la ocupación en la población encuestada, los subempleados están representados por el 22,4%, los desempleados el 19,9%, el ama de casa el 16,7%, los estudiantes el 41 %.

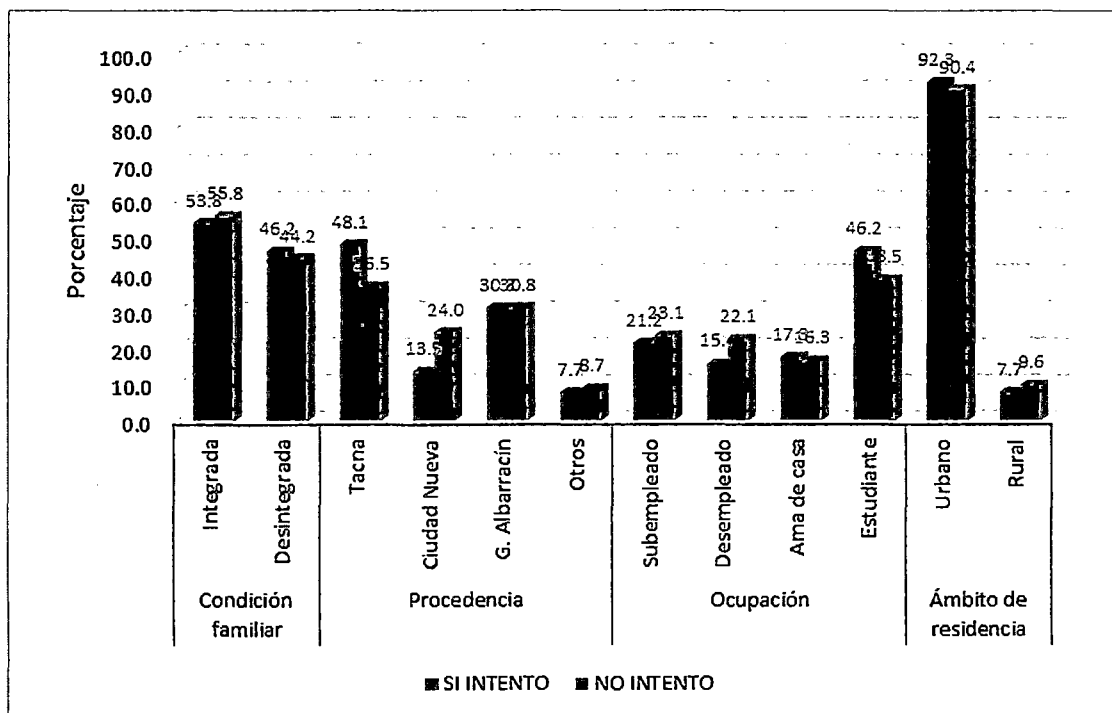
El 46,2% del grupo de población que intentó suicidarse era estudiante y el 11% subempleado. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que No existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,713$.

- Según el ámbito de residencia, el 91% reside en la zona urbana y el 9% en la zona rural de la población encuestada.

Dentro del grupo de población que intentó suicidarse como era de esperarse el 92,3% residía en la zona urbana ello por el número de habitantes la cual supera enormemente en cifras. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que No existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,692$.

GRAFICO Nº 3-B

FACTORES SOCIOLÓGICOS EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA H. H. U. TACNA, JULIO DEL 2011 A JUNIO DEL 2012.



Fuente: Encuesta aplicada Factores Psicosociales de intento suicida en pacientes del servicio de emergencia del HHU

CUADRO N° 3-C

**FACTORES SOCIOLÓGICOS EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA H. H. U. TACNA,
JULIO DEL 2011 A JUNIO DEL 2012.**

	Intento de suicidio						Prueba Valor p
	SI		NO		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Religión							
Católico	49	94,2	85	81,7	134	85,9	$\chi^2=4,471$ $p=0,034$ Si existe relación estadísticamente significativa
Protestante	3	5,8	19	18,3	22	14,1	
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0	
Raza							
Mestizo	50	96,2	89	85,6	139	89,1	$\chi^2=3,994$ $p=0,046$ Si existe relación estadísticamente significativa
Blanco	2	3,8	15	14,4	17	10,9	
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0	
Migrante							
SI	23	44,2	32	30,8	55	35,3	$\chi^2=2,752$ $p=0,097$
NO	29	55,8	72	69,2	101	64,7	
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada Factores Psicosociales de intento suicida en pacientes del servicio de emergencia del HHU

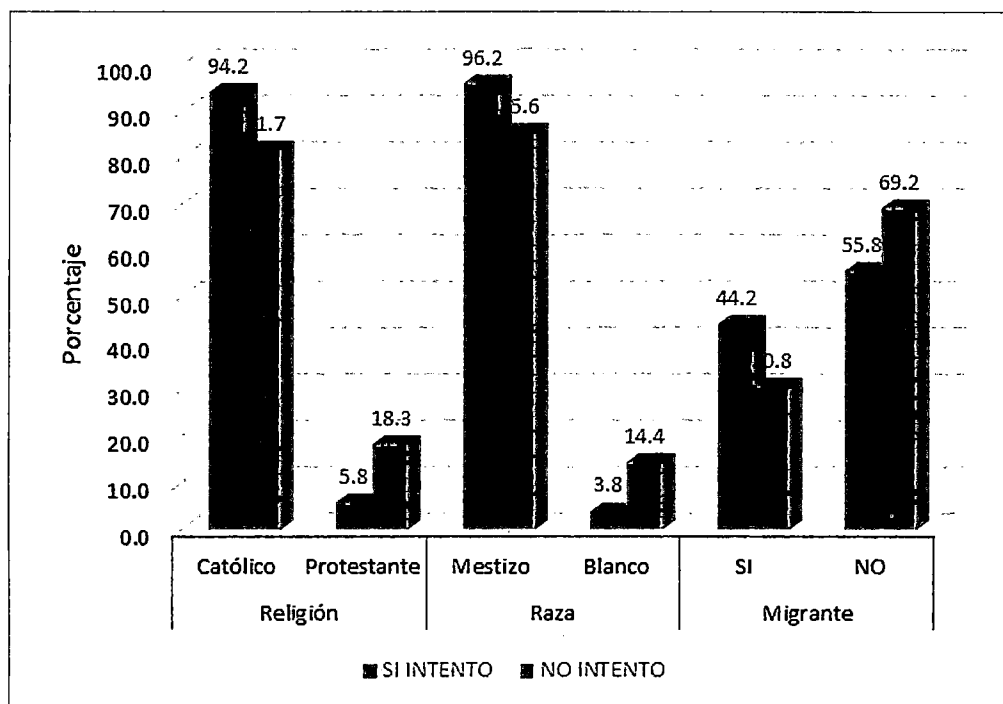
Interpretación:

El cuadro N° 03-C permite identificar los factores sociológicos que se relacionan con los pacientes con intento suicida del servicio de emergencia del HHUT, donde:

- Según la religión, el 85,9% pertenece a la religión católica y el 14,1% pertenece a la protestante del total de encuestados. Y como se espera dentro de la población que intentó suicidarse predomina la católica con un 94,2% debido a que la mayoría pertenece al catolicismo. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que No existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,034$.
- Según la raza, el 89,1% es mestiza, el 10,9% es blanca. Y como se espera dentro de la población que intentó suicidarse predomina la mestiza con un 96,2% debido a que la mayoría es mestizo. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que No existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,399$.
- Según la población migrante el 35,3% es migrante. Donde la población que intentó suicidarse el 55,8% no era migrante. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que No existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,097$.

GRÁFICO Nº 3-C

FACTORES SOCIOLÓGICOS EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA H.H.U. TACNA, JULIO DEL 2011 A JUNIO DEL 2012



Fuente: Encuesta aplicada Factores Psicosociales de intento suicida en pacientes del servicio de emergencia del HHU

CUADRO N° 04

**SITUACIÓN ECONÓMICA DE PACIENTES CON INTENTO SUICIDA
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA H. H. U. TACNA,
JULIO DEL 2011 A JUNIO DEL 2012.**

Situación económica	Intento de suicidio					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Alta	0	0,0	12	11,5	12	7,7
Regular	32	61,5	77	74,0	109	69,9
Baja	20	38,5	15	14,4	35	22,4
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0

Fuente: Encuesta aplicada Factores Psicosociales de intento suicida en pacientes del servicio de emergencia del HHU

Prueba Chi-cuadrado: $X^2=15,70$; G.L=2; $p=0,000 < 0,05$

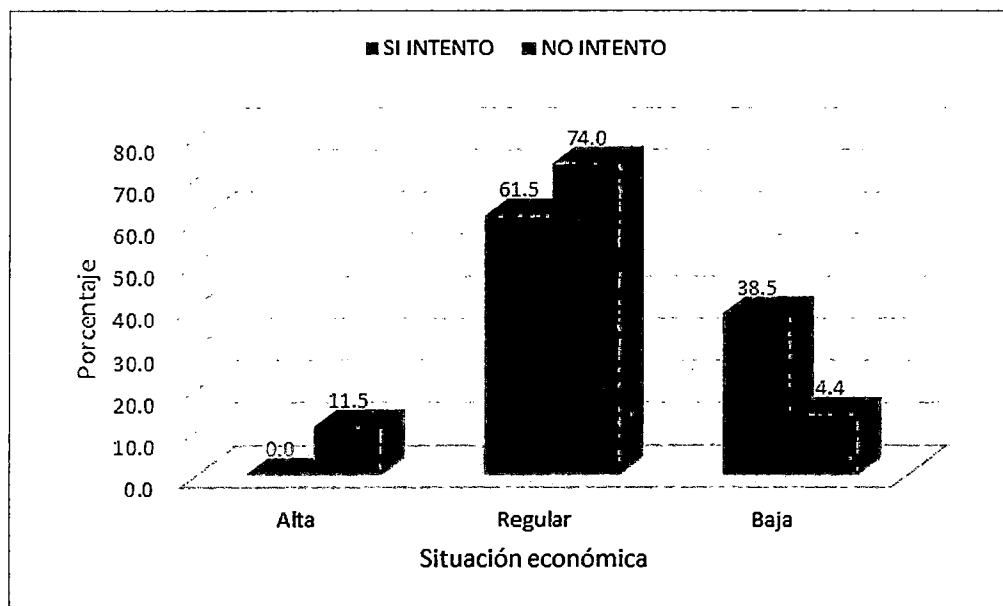
Interpretación:

El cuadro N° 04 permite identificar los factores económicos que se relacionan con los pacientes con intento suicida del servicio de emergencia del HHUT, donde:

- Según la situación económica, el 69,9% presenta una situación económica regular, el 22,4% baja y el 7,7% alta del total de encuestados.
- No se presentó ningún caso de intento suicida en pacientes que presenten una situación económica alta.
- El 29,35% de la población en situación económica regular intentó suicidarse.
- El 57,14% de la población en situación económica baja intentó suicidarse. Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,000 < 0,05$.

GRÁFICO Nº 4

SITUACIÓN ECONÓMICA DE PACIENTES CON INTENTO SUICIDA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA H. H. U. TACNA, JULIO DEL 2011 A JUNIO DEL 2012.



Fuente: Encuesta aplicada Factores Psicosociales de intento suicida en pacientes del servicio de emergencia del HHU

CUADRO N° 5

**INCIDENCIA DE PACIENTES CON INTENTO SUICIDA
DEL SERVICIO DE EMERGENCIAH. H. U. TACNA, JULIO DEL 2011 A JUNIO
DEL 2012.**

Año	Mes de intento de suicidio	Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
2011	Julio	0	0,0	2	3,8	2	3,8
	Agosto	1	1,9	3	5,8	4	7,7
	Septiembre	0	0,0	5	9,6	5	9,6
	Octubre	0	0,0	4	7,7	4	7,7
	Noviembre	0	0,0	1	1,9	1	1,9
	Diciembre	0	0,0	4	7,7	4	7,7
2012	Enero	1	1,9	3	5,8	4	7,7
	Febrero	8	15,4	2	3,8	10	19,2
	Marzo	0	0,0	1	1,9	1	1,9
	Abril	0	0,0	3	5,8	3	5,8
	Mayo	3	5,8	7	13,5	10	19,2
	Junio	0	0,0	4	7,7	4	7,7
Total		13	25,0	39	75,0	52	100,0

Fuente: Encuesta aplicada Factores Psicosociales de intento suicida en pacientes del servicio de emergencia del HHU

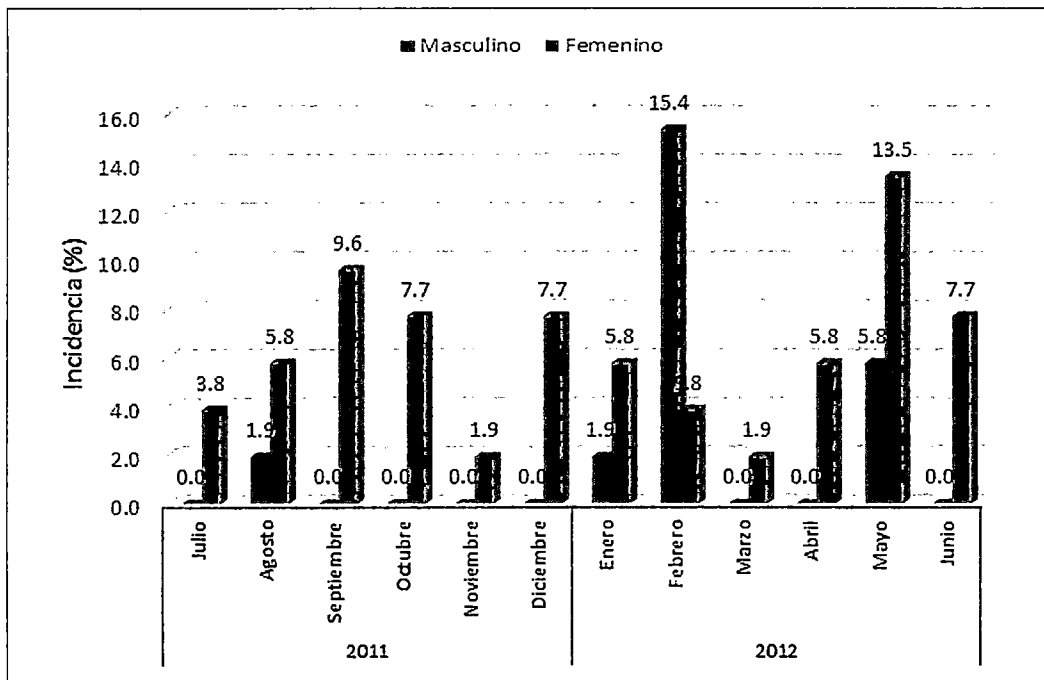
Interpretación:

El cuadro N° 05 permite identificar la incidencia de pacientes con intento suicida del servicio de emergencia del HHUT, donde:

- Se presentaron 52 casos de intento suicida en 12 meses que va desde julio del 2011 a junio del 2012.
- Los meses con mayos casos de intento suicida fueron: febrero y mayo del 2012 con 10 casos de intento suicida en cada mes.
- El 75 % de la poblacion con intento suicida fue de sexo femenino, y el 25% estuvo representado por el sexo masculino.

GRÁFICO N° 5

INCIDENCIA DE PACIENTES CON INTENTO SUICIDA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA H. H. U. TACNA, JULIO DEL 2011 A JUNIO DEL 2012.



CUADRO N° 6

CARACTERÍSTICAS DE INTENTO SUICIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA H. H. U. TACNA, JULIO DEL 2011 A JUNIO DEL 2012.

Incidencia de características de intento suicida		Nº	%
Método utilizado	Sobredosis de medicamento	6	11,5%
	Envenenamiento	42	80,8%
	Sobredosis de medicamento/envenenamiento	4	7,7%
	Total	52	100,0%
Hora del intento de suicidio	Mañana	12	23,1%
	Tarde	14	26,9%
	Noche	26	50,0%
	Total	52	100,0%
Lugar de ocurrencia	En domicilio	37	71,2%
	Fuera de domicilio	15	28,8%
	Total	52	1000%

Fuente: Encuesta aplicada Factores Psicosociales de intento suicida en pacientes del servicio de emergencia del HHU

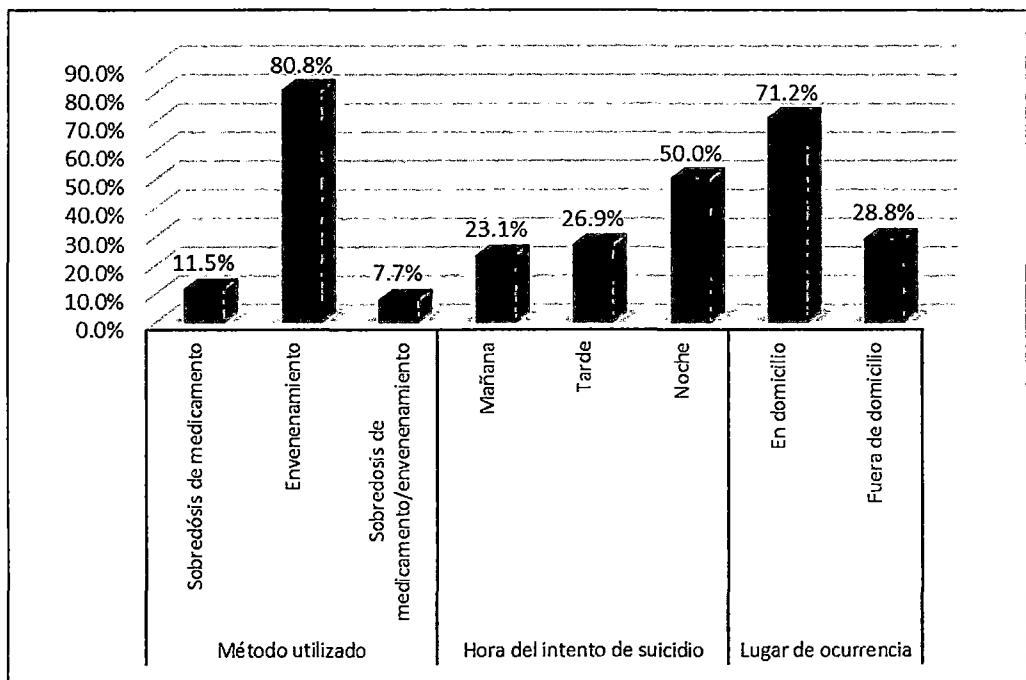
Descripción:

El cuadro N° 06 permite identificar la características de los pacientes con intento suicida del servicio de emergencia del HHUT, donde:

- El metodo mas usado fue el envenenamiento 80,8%, seguido de sobredosis de medicamentos 11,5%.
- El horario mas frecuente escogido por los pacientes que intentacon suicidarse fue de noche con un 50%.
- El 71,2% intentaron suicidarse en su domicilio.

GRAFICO N° 6

CARACTERÍSTICAS DE INTENTO SUICIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA H. H. U. TACNA, JULIO DEL 2011 A JUNIO DEL 2012.



**icada Factores Psicosociales de intento suicida en pacientes del
servicio de emergencia del HHU**

CUADRO Nº 7

INCIDENCIA DE PACIENTES CON INTENTO SUICIDA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA H. H. U. TACNA, JULIO DEL 2011 A JUNIO DEL 2012.

Motivo del acto suicida	SI		NO		Total
	Nº	%	Nº	%	
Problemas familiares	43	82,7%	9	17,3%	52
Problemas de parejas	37	71,2%	15	28,8%	52
Maltrato psicológico	25	48,1%	27	51,9%	52
Problemas económicos	22	42,3%	30	57,7%	52
Maltrato físico	20	38,5%	32	61,5%	52
Problemas laborales	11	21,2%	41	78,8%	52
Otros problemas	10	19,2%	42	80,8%	52

Fuente: Encuesta aplicada Factores Psicosociales de intento suicida en pacientes del servicio de emergencia del HHU

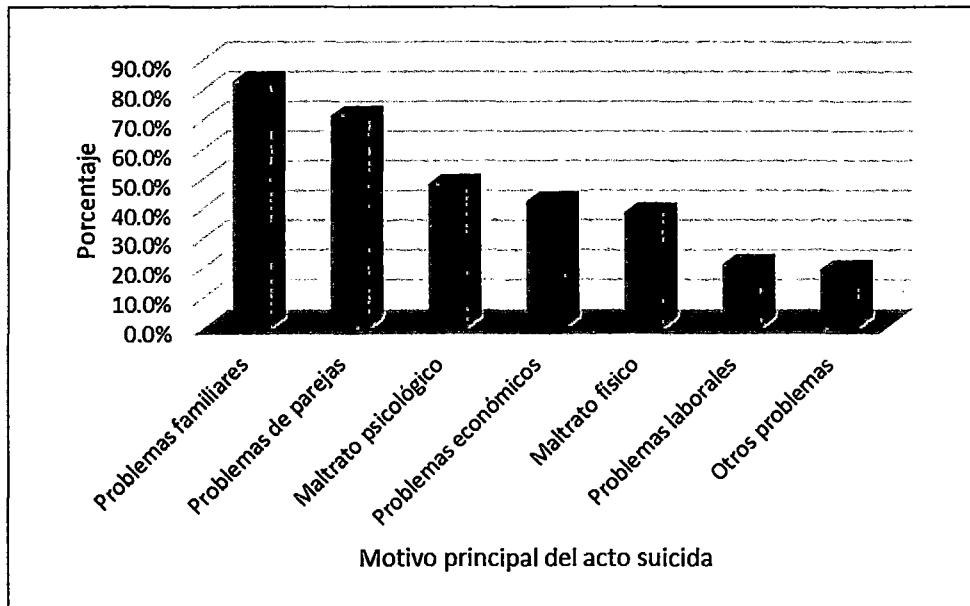
Descripción:

El cuadro N° 07 permite identificar el motivo del acto suicida en los pacientes con intento suicida del servicio de emergencia del HHUT, donde:

- 82,7% de los pacientes encuestados se intentaron suicidarse por problemas familiares.
- 71,2% de los pacientes encuestados se intentaron suicidarse por problemas conyugales.
- 48,1% de los pacientes encuestados se intentaron suicidarse por maltrato psicologico.
- 42,3% de los pacientes encuestados se intentaron suicidarse por problemas conyugales.
- 38,5% de los pacientes encuestados se intentaron suicidarse por maltrato psicologico.

GRAFICO N° 7

INCIDENCIA DE PACIENTES CON INTENTO SUICIDA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA H. H. U. TACNA, JULIO DEL 2011 A JUNIO DEL 2012.



Fuente: Encuesta aplicada Factores Psicosociales de intento suicida en pacientes del servicio de emergencia del HHU

4.2 DISCUSIÓN

Los hallazgos obtenidos en esta investigación son relevantes y teniendo en cuenta el **primer objetivo** específico, que fue Identificar los factores psicológicos que se relacionan en el aumento de la incidencia de intento suicida en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue, se tiene:

- *El estrés* se relaciona con el intento suicida. Donde el 55,5 % de la población que presento estrés agudo intento suicidarse y el 24,32% de la población que presento estrés crónico también lo hizo.

Es decir todos los pacientes con intento suicida presentan cuadros de estrés sea crónico o agudo. Esta tasa alta puede explicarse por la interacción de las circunstancias socioeconómicas, la vulnerabilidad psicológica y los eventos existenciales estresantes. Vásquez ²⁶.

Como evitar “los estresores cotidianos” es necesario fomentar un adecuado desarrollo del individuo y potenciar los factores protectores.

- Los *antecedentes de intento* de suicidio se relaciona con el intento suicida. El 79,16% de los pacientes que evidenciaron tener algún antecedente personal intentaron suicida. Todo intento previo debe tomarse seriamente como un factor indicador de un nuevo intento y estos resultados así como los encontrados por otros autores confirman

la necesidad de considerar durante el tratamiento de los intentos de suicidio no solo el riesgo de consumación, sino también, el de repetir la tentativa, ya que 1 de cada 3 pacientes presenta recidivas. En estos intentos pueden existir distintos significados que ameritan ser estudiados y aclarados, y no describirlos irónicamente como personas que han realizado sólo un gesto o una manipulación suicida. Esto refleja la falta de conocimiento o claridad en la capacidad para evaluar y juzgar la seriedad del acto autodestructivo.

- La identidad sexual se relaciona con el intento suicida. el 96,2% de los encuestados eran heterosexuales frente a un 3,8% de homosexuales. Donde el 31,3% de heterosexuales evidenciaron intentar suicidarse y un 83,3% de los homosexuales se intentaron suicidarse. Los homosexuales muestran de 2 a 6 veces más probabilidades de cometer suicidio que los heterosexuales; mayor prevalencia de trastornos depresivos, ansiedad, ataques de pánico, y distress psicológico; así como tasas más altas de intento suicida ⁴⁰. Debido al rechazo social hacia la homosexualidad, la negación y vergüenza son barreras que dificultan el auto aceptación en la familia y en el homosexual mismo, los discursos sociales sobre la homosexualidad generan miedo, culpa y rechazo promoviendo actitudes discriminatorias.

- la *autoestima* se relacionan con el intento suicida. En el estudio se puede evidenciar que solo el 1,9% tienen autoestima alta, encontrando a un 51,9% cuya autoestima se evaluó como baja y 46,2 % autoestima relativa. Esto nos indica que 98,1% de los pacientes con intento suicida presento algún problema de autoestima. Además el 50,94% de los que presentaron baja autoestima intentaron en alguna oportunidad suicidarse.

Similar al de resultado de Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2000) que realizaron una investigación sobre autoestima, sintomatología depresiva e ideación suicida en estudiantes de secundaria obteniendo como resultados el 16,5% de estudiantes con ideación suicida, también se encontró que el 80,3% de la muestra tuvo baja autoestima, de los cuales 79,5% eran hombres y 81,4% eran mujeres. Y al analizar la asociación entre ideación suicida y autoestima se observó que el 15,5% de toda la muestra tuvo ideación y autoestima baja.

- Los antecedentes de violencia se relaciona con el intento suicida. La violencia psicológica son los más frecuentes en estos pacientes con un 28,8% seguido por la violencia física/psicológica (23,1%) e infidelidad de la pareja (15,4%). Considerando que 80,8% de los pacientes que intentaron suicidarse sufrieron algún tipo de violencia,

siendo la más común la psicológica. Donde el 100% de los que recibieron violencia sexual intentaron suicidarse, el 48,3% de los que recibieron maltrato psicológico intentaron suicidarse, el 22,85% de los que presentaron infidelidad por su pareja intentaron suicidarse. Tanto el abuso sexual como el intento suicida afectan en el estado de salud mental de quienes lo han experimentado. Es un estudio sobre fenómeno suicida, Vásquez encuentra una mayor incidencia de alguna forma de violencia sexual de la mujeres durante la infancia o la adolescencia, y más de la mitad de las afectadas señalo a una figura de su entorno familiar como el agresor.

- Algunos trastornos afectividad se relacionan con el intento suicida como lo son:
 - ✓ La ansiedad situacional o fobias que estuvo presente en 4,8% de los encuestados. Donde el 64,28% de los que presentaron algún tipo de fobia o ansiedad situacional intentaron suicidarse.
 - ✓ La depresión, tristeza, abatimiento estuvo presente en el 54,5% de la población encuestada. Donde el 54,76 % que presentaron depresión intentaron suicidarse.
 - ✓ La labilidad emocional estuvo presente en 57,1% de la población encuestada. Donde el 53,40% de los que presentaron labilidad emocional intentaron suicidarse.

En el caso de los trastornos afectivos, padecer depresión, se considera un buen predictor de la ideación suicida (Petersen, Compas, Brooks Gunn y otros, 2011). Por otro lado, es indiscutible la estrecha relación que puede haber en ciertos suicidios y los trastornos afectivos. Este punto hay que alzarlo con cuidado. No todo caso de depresión finalmente acabará en suicidio, al igual que no todo caso de suicidio es el resultado de una depresión. Simplemente, existe una alta correlación entre ambos eventos y no necesariamente habría que pensar para todos los casos.

De manera semejante Maris menciona como se ha estimado que al menos un 15% de las personas diagnosticadas con depresión, cometerán suicidio y que dos terceras partes de quienes se han suicidado, padecían algún trastorno afectivo (Maris, 2002).

Para el logro del **segundo objetivo** en relación a los Factores Sociológicos que se relacionan en la incidencia de intento suicida es imprescindible identificar las características sociológicas de los pacientes del servicio de emergencia del HHUT, los cuales describiremos a continuación:

- Las etapas de vida se relacionan con el intento suicida. Donde el 56,6% de los adolescentes intentaron suicidarse, el 30% de los jóvenes intentaron suicidarse y el 23,91% de los adultos intento

suicidarse. Dentro del grupo de la población que intentó suicidarse la etapa de vida más vulnerable estuvo representada por los jóvenes con un 46,2%, seguida de los adolescentes con un 32,7% y por último los adultos con un 21,2%.

Realizando la prueba de asociación estadística afirmamos al 95% que existe relación estadística significativa entre estas dos variables, $p=0,008$.

- El sexo de los pacientes se relacionan con el intento suicida, los resultados muestran que hay un predominio del sexo femenino con un 75,0% de la población estudiada. La relación mujer/hombre es de 3,1 a 1 que se puede entender debido a la prevalencia del suicidios en este género. Los registros oficiales del intento suicida son en gran medida poco confiables, pues es contradictorio que la tasa de intentos sea menor en varones a las tasa de suicidios consumados donde los varones ocupan un 75% (González, Villatoro et al., 2002).²⁵ En ese sentido, las mujeres intentan con el suicidio hacer un llamado de atención. También, se le es más concedido a la mujer, tener mayores solicitudes de ayuda, pensando en ella como en un ser dependiente y desvalido. El hombre por el contrario, tiene que ser más sereno, frío, racional y autosuficiente. De esto se desprende que el no tener una permisividad en la manifestación de sus emociones y en la solicitud de

ayuda, lo conduce a sumirse en la desesperación y abocar por el suicidio de una manera más efectiva. Un hecho que podría brindar un poco de soporte a esta suposición es que la mayor demanda de consulta psicológica en general, es realizada por mujeres y no por hombres. En términos de la consulta concreta por suicidio, las mujeres hacen mayores solicitudes que los hombres.

- La situación económica de los pacientes se relaciona con el intento suicida. Donde el 29,35% de la población en situación económica regular intento suicidarse, y el 57,14% de la población en situación económica baja intento suicidarse.

No se presentóningún caso de intento suicida en pacientes que presenten una la situación económica alta. Esto nos permite deducir que tener un trabajo, se considera en general, un factor protector contra el suicidio, mientras que el desempleo y la pobreza aumentan la tasa de suicidio. Esto se puede explicar por la interacción de las circunstancias socioeconómicas, la vulnerabilidad psicológica y los eventos existenciales estresantes ¹⁹.

En cuanto a la incidencia de pacientes con intento, concordante con el **tercer objetivo** específico, se tiene un comportamiento irregular durante los meses del año 2012 con una ligera tendencia al incremento; las incidencias más altas se presentaron en el mes de febrero y mayo, con 10 casos de intento suicida por mes. Alcanzando a un total de 52 pacientes que intentaron suicidarse en un año, donde se evidencia que tanto los factores psicológicos y sociales se relacionaron significativamente.

Al referirnos sobre las características de intento suicida, se destaque el envenenamiento fue el método más utilizado en los pacientes con intento suicidio, estos representaron el 80,8% y el 50% lo intento durante la noche, aunque algunos lo hicieron durante la mañana o la tarde. Por otro lado, llama la atención que la gran mayoría intento suicidarse dentro del domicilio con 71,2%.

Es relevante indicar que entre los motivos del acto suicida de los pacientes que lo intentaron, el más predominante fue los problemas familiares con 82,7%, seguido de los problemas de pareja con 71,2%, maltrato psicológico 48,1% y problemas económicos 42,3%; mientras, el menos frecuente fueron los problemas laborales.

CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados de la presente investigación se llega a las siguientes conclusiones:

- Los factores psicológicos que se relacionan con el intento suicida, fueron: el estrés (100%), los antecedentes de intento de suicidio previo (79,16%), la identidad sexual como la homosexual (83,3%), los problemas de autoestima (98,1%), los antecedentes de violencia (80,8%), y algunos trastornos afectividad (ansiedad: 64,28%, depresión: 54,76%, labilidad emocional: 53,4%).
- Los factores sociológicos más importantes que se relacionan significativamente a la incidencia de intento de suicidio en los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue, fueron: sexo femenino (75,0%), la etapa de vida adolescente (56,6%), y el presentar un situación económica baja (57,14%).

- La incidencia más alta de intento de suicidio en los pacientes atendidos en el servicio de emergencia se dio en el mes de febrero y mayo, con 10 casos de intento suicida por mes, alcanzado un total de 52 pacientes que intentaron suicidarse en un año. Es importante destacar que el envenenamiento fue el método más utilizado (80,8%), preferentemente durante la noche (50%) y dentro del domicilio (71,2%).
- Es motivo del acto suicida más frecuente en los pacientes con intento suicida, fueron los problemas familiares (82,7%), problemas de pareja (71,2%), maltrato psicológico (48,1%) y problemas económicos (42,3%).

RECOMENDACIONES

- Por su importancia como problema de salud pública, por su incremento paulatino y contante, el intento suicidio merece mayores estudios en nuestro medio: epidemiológicos, clínicos e investigaciones que provean de mejores sistemas de prevención para la conducta suicida.
- Se recomienda realizar estudios de carácter prospectivos que incluya seguimiento a los pacientes que intentaron suicidarse así como también incrementar y expandir los sistemas de seguimiento y soporte para las víctimas de conducta suicida.
- Se recomienda mejorar los sistemas de registro en los centros de atención, con los que se tendrá cifras reales tanto como el intento suicida, como para el suicidio consumado.
- Visto que el principal factor psicológico es la depresión se sugiere la evaluación de personas para poder identificar este trastorno de manera preventiva. Es necesario implementar programas de entrenamiento para el reconocimiento de los factores de riesgo y el tratamiento eficaz de la conducta suicida en el personal de salud. También promoviendo programas educativos a las familias con miembros de alto riesgo suicida y sobre todo mejorar la comunicación dentro de la familia.
- Conociendo que en envenenamiento es el método más usado, se debe promover esfuerzos para reducir el acceso a estas sustancias, diseñando campañas públicas de información y de

prohibición a su venta libre.

- Es importante trabajar en su prevención y para ello es necesario alertar a la población que el suicidio es un problema de salud prevenible. Esta meta puede llevarse a cabo a través del desarrollo de campañas sobre la conducta suicida y su prevención en instituciones educativas, laborales y comunales en general. Se puede desarrollar programas de disseminación de información y soporte a través de medios masivos de comunicación.
- La primera atención que reciben los pacientes con intento suicida se da en los servicios de emergencia de los hospitales, es por ello la necesidad de aplicar de manera oportuna y adecuada las estrategias y herramientas de evaluación e intervención en el riesgo suicida. Sobre todo el del profesional de enfermería, por el trato directo que tiene con el paciente y la familia.
- Elaborar protocolos de atención para pacientes con intento suicida, que ayuden a mejorar el cuidado del paciente y disminuyan la incidencia de intentos suicidas. Hasta un plan al alta del paciente, ya que este momento del alta es de especial significación para el paciente que vuelve a su entorno sin la protección del equipo terapéutico. Por ello es muy importante planificar el alta cuidadosamente y disponer de un programa de tratamiento y seguimiento post alta organizado en torno a las necesidades del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- HERNANDEZ L R. Diseño de Investigaciones en Ciencias de la Salud y sus Fundamentos Epistemológicos. Colombia: Ecoe ediciones, 2001: 134 p.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI R. Metodología de la Investigación. 3 ed. México: McGRAW-Hill, 2003:705 p.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas (SUPRE). Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS, 2000.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud (SUPRE). Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS, 2000.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Americas. Washington: OPS, 2007.
- Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – HideyoNoguchi. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana Informe General. Perú: Anales de Salud Mental Vol. XXIII, 2007: Números 1 y 2.

- Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – HideyoNoguchi. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana Informe General. Perú: IESMHD-HN; 2003.
- Instituto Nacional de Informática y Estadística. Violencia Conyugal física en el Perú: Distribución Regional. Perú: INEI, 2006.
- Instituto Nacional de Informática y Estadística. Tacna compendio estadístico: 2009-2010. Perú: INEI, 2010.
- Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud mental por etapas de vida en la región de Tacna año 2009. Perú: Estrategia Sanitaria de salud mental y cultura de Paz, 2009.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS CITADAS

- 1) Organización Mundial de la Salud. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS, 2000.
- 2) Organización Mundial de la Salud. Estadística Sanitaria Mundial 2010 [base de datos en Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [acceso 18 de Octubre de 2012]. Disponible en:
http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf
- 3) Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio (SUPRE). Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS, 2012.
- 4) Guevara Villalobos. Dinámica Microsocial del suicidio en adolescentes: Un estudio de redes sociales, 2004.p. 3, 12, 14.
- 5) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001; Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
- 6) Organización Mundial de la Salud. EL Suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS, 2007.
- 7) Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado. Análisis de la Situación de Salud 2010. Perú: MINSA, 2010.

- 8) Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. estudios epidemiológicos de salud mental 2002 - 2006. Perú: MINSA, 2007.
- 9) Ministerio de Salud. Análisis Situacional de Salud de la Región de Salud Tacna: 2013. Perú: Dirección Ejecutiva de Epidemiología, 2013.
- 10) Ministerio de Salud. Análisis Situacional de Salud de la Región de Salud Tacna: 2012. Perú: Dirección Ejecutiva de Epidemiología, 2012.
- 11) Ministerio de Salud [base de datos en Internet]. Perú: Dirección regional de Salud Tacna; 2012, [Acceso 17 de Octubre de 2012]. Disponible en:
<http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?page=estadisticas>.
- 12) Ministerio de Salud. Análisis Situacional de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna: 2011. Perú: Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, 2011.
- 13) Tuesca R, Navarro E. Factores de Riesgo Asociados al Suicidio e Intento de Suicidio. Barranquilla: Salud Uninorte, 2003.p.19-28.
- 14) Moreno Ceballos N. Nomenclatura en Suicidología Clínica. República Dominicana: Editora Búho, 2000: 200 p.

- 15)González Forteza C, Ramos L, Mariño MC, Pérez E. Vidas en Riesgo: Conducta Suicida en Adolescentes Mexicanos. México: Acta de Psiquiatría Psicológica de América Latina, 2002. p. 74-84.
- 16)Halbwirth R. Suicidio Adolescente. Universidad del Salvador. El Salvador: UES, 2004.
- 17)Casullo M, Bonaldi P, Fernández Liporace M. Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte. Buenos Aires: Búho, 2000.
- 18)Villatoro J, Alcántar I, Medina Mora ME. Fleiz C, González C, Amador N, Bermúdez P. El intento suicida y el consumo de drogas en adolescentes ¿dos problemas entrelazados? España: SESAM, 2003.
- 19)Marchiori H. El Suicidio: Enfoque Criminológico. México: Porrúa, 1998.
- 20)Larraguibel QM, González MP, Martínez NV, Valenzuela GR. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Sociedad Chilena de Pediatría. Revista Chilena de Pediatría [revista en Internet] 2005 Mayo. [acceso 17 de Octubre de 2012]; 71(3): disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s03704106200000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es Fecha de último acceso: 09-05-2009.

- 21) Sarro C. Los Suicidios. Barcelona: Martínez Roca, 2000.
- 22) Raymonde J. Los Suicidios. Suiza: La Roche y CIA, 1982.
- 23) Durkheim E. El Suicidio. México: Grupo Editorial Tomo, 2004.
- 24) Freud S. Deuilet Melancolie in Metapsychologie. Paris: Gallimard, 1968.p. 147-174.
- 25) Gonzàles Fortaleza C, Berenzòn Gom S, Tello Granados AM et al. Ideaciòn Suicida y Características Asociadas en Mujeres Adolescentes. Mexico: Salud Pùblica, 1998.p. 430-437.
- 26) Vásquez Freddy, Nicolás Ysela, Falconi Silvia, Vite Vilma. Estudio de la depresión y conducta suicida en Nauta Iquitos. Perú: ASULAC, 2009.
- 27) Schmitz M, Batista J, Bittencourt P. Tentativa de suicidio por autoenvenenamiento: Un estudio sobre 684 casos. España: ABP-APAL, 1992.p.63-66.
- 28) Roy A. Emergencias Psiquiàtricas in Kaplan HI: Sadoc BJ Tratado de psiquiatria .6º Edic. Argentina: editorial intermedica, 1997.p.1671-1683.
- 29) Davidson F, Choque M. Le Suicide de l'adolescent: ÉtudeEpidemiologique. París: ESF, 1982.

- 30) Vázquez F. Estudio del intento de suicidio en emergencia del INSM: HD-HN. Perú: Anales de salud mental, 1997.p. 59-85.
- 31) Moscicki E. Identification of Suicide risk factors using Epidemiologic studies. EEUU: The Psychiatric Clinics of North America, 1998.
- 32) Duran D, Mazzoti G, Vivar A. Intento de suicidio y depresión mayor en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. Perú: HNG, 1999.p.226-241.
- 33) Lejoyeux M, León E, Rouillon F. Prevalence et Facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide. Francia: Encephale, 2000.p. 495-503.
- 34) Blumenthal S. Suicidio. Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Perú: CLIN MED norteamericana, 1988.p.999-1035.
- 35) Bobes J, Suíz P, García M, Bascarán M, Bousuño M. Comportamientos Suicidas: Prevención y Tratamiento. Barcelona: ARS Médica, 2004.
- 36) Jiménez J, Mondragón L, y González Forteza C. Autoestima y Sintomatología Depresiva en la Ideación Suicida. México: PSM, 2000.p.185-191.

- 37) Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis S, MANN JJ, et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. EEUU: Am J Psychiatry, 2004.
- 38) Goodwin FK: Preventing inpatient suicide. EEUU: J Clin Psychiatry, 2003.
- 39) Emile Durkheim. El Suicidio. Madrid España: Akal, 2008.
- 40) Jorm AF, Korten AE, Rodgers B, Jacomb PA, Christensen H. Sexual Orientation And mental Health: results from a community survey of Young and middle-aged adults. Br J Psychiatry 2012.

ANEXOS

ANEXO Nº 01

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
1. ¿Considera usted que los ítems de los instrumentos mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera usted que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1	2	3	4	5
¿Qué aspectos habría que modificar, que aspectos tendría que aumentar o que aspectos habría que suprimirse?					

Muchas gracias

Firma y sello del experto

PROCEDIMIENTO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Se construye una tabla como la adjunta, donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios.

N° de Ítems	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	4	4	3	4	3,75
2	5	4	3	4	4,00
3	4	4	4	4	4,00
4	5	4	4	5	4,50
5	5	4	3	4	4,00
6	4	4	3	5	4,00
7	5	4	4	5	4,50
8	5	4	4	4	4,25
9	4	4	3	5	4,00

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación.

$$DPP = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

Dónde: X = Valor máximo en la escala concedida para cada ítem.

Y = Promedio de cada ítem.

En este estudio: DPP = 2,26

3. Determinar la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido, respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D_{\max} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_9 - 1)^2}$$

Dónde: X = Valor máximo en la escala concedida para cada ítem.

1 = Valor mínimo de la escala para cada ítem (es decir 1)

En este estudio: Dmax= 11, 4010,77

4. La Dmax se divide entre el valor máximo de la escala lo que nos da un valor de 1.
5. Con este último valor hallado se construye otra nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a Dmax, dividiéndose en intervalos iguales entre si, llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

A.				
	0,00	2,28		
B.				
		2,28	4,56	
C.				
			4,56	6,84
D.				
			6,84	9,12
				E.
				9,12
				11,40

6. El punto Dpp debe caer en las zonas A ó B, en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de las cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En nuestro caso, el valor DPP fue **2,26** cayendo en la zona "A" lo cual significa una ***adecuación total*** del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

ANEXO N° 03

ANALISIS DE LA CONFIABILIDAD

Escala: todas las variables

Resumen del procesamiento de casos

	N°	%
Casos validos	10	100,0
Excluidos ^a	0	,0
Total	10	100,0

a) Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

INSTRUMENTO	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N° de elementos
Pacientes con intento suicida que se relacionaron con los factores psicosociales	0,926	25

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
IT_1	67,000	183,111	,379	,925
IT_2	66,600	180,267	,434	,925
IT_3	66,900	190,322	,115	,927
IT_4	67,400	176,044	,576	,922
IT_5	67,300	175,789	,729	,920
IT_6	67,700	167,122	,862	,917
IT_7	67,200	176,400	,648	,921
IT_8	67,300	170,011	,768	,919
IT_9	67,900	170,989	,647	,921
IT_10	66,700	179,344	,662	,922
IT_11	67,100	184,100	,222	,929
IT_12	68,000	178,000	,464	,924
IT_13	67,200	179,511	,815	,921
IT_14	67,000	187,778	,216	,927
IT_15	67,500	175,611	,648	,921
IT_16	66,500	186,944	,443	,925
IT_17	67,700	169,344	,704	,920
IT_18	67,300	177,344	,654	,921
IT_19	67,700	171,567	,780	,919
IT_20	68,200	169,067	,698	,920
IT_21	68,500	179,389	,487	,924
IT_22	67,600	176,933	,571	,922
IT_23	69,300	192,233	,000	,927
IT_24	67,300	168,900	,733	,919
IT_25	68,300	176,678	,463	,925

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
70,300	192,233	13,8648	25