

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN DE AREQUIPA

FACULTAD DE MEDICINA



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL III GOYENCHE EN EL AÑO 2015-
2018”**

TESIS PRESENTADA POR:

BACH. MEDINA ZAÁ, DIEGO ARTURO

PARA OBTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

MEDICO CIRUJANO

ASESORA

Dra. LINARES SILVA, BLANCA MARITZA

AREQUIPA – PERU

2019

DEDICATORIA

*En primer lugar, a Dios por hacer que persevere
en este largo y hermoso camino de la medicina.*

*En segundo lugar, a mis padres Arturo Medina, Rosa Zaá y mi
hermano menor Manuel Medina que han sido mi motor para seguir
adelante, quienes siempre me dieron su apoyo incondicional,
y que a pesar de la distancia estuvieron siempre a mi lado.*

*Gracias a mis tíos y primos quienes me acompañaron
en mis años de vida académica y personal*

*Gracias a todos los doctores que son nuestros guías dejándonos
enseñanzas, lecciones de la vida y el respeto hacia los demás.*

DIEGO ARTURO MEDINA ZAÁ

INDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT:	5
CAPITULO 1	6
INTRODUCCION:	6
CAPITULO 2:	9
FUNDAMENTO TEORICO	9
CAPITULO 3	15
METODOS	15
CAPITULO 4	19
RESULTADOS	19
CAPITULO 5	35
DISCUSIÓN	35
CAPITULO 6	40
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFIA	42
ANEXOS	45

RESUMEN

El presente trabajo de Investigación se realizó en adolescentes atendidos en el Hospital III Goyeneche Arequipa por intento de suicidio.

Se realizó un estudio de investigación es un estudio es de tipo observacional, retrospectivo de corte transversal de nivel descriptivo. Las variables han sido investigadas y se ha recopilado la información mediante ficha de recolección datos. Las variables para su procesamiento han requerido del Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

Esta investigación tiene como objetivo general conocer los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes en el Hospital III Goyeneche en el año 2015-2018.

El universo está constituido por las historias clínicas de los adolescentes hospitalizados en el servicio de pediatría desde los 10 hasta los 14 años y en el servicio de medicina desde los 15 hasta los 19 años que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión del Hospital antes mencionado, cuyos resultados fueron: el 55.1% de los adolescentes atendidos en el Hospital III Goyeneche por intento de suicidio tienen entre 14 – 16 años, el 78.3% son de sexo femenino, el 26.8% de los adolescentes viven en Cerro Colorado, el 97.8% no trabajan, mientras que el 61.6% viven solo con su mamá; el 68.8% de los adolescentes utilizaron Sustancias químicas no medicamentosas, el 76.8% no han tenido intentos previos de suicidio, el 98.6% tienen alguna comorbilidad psiquiátrica, mientras que el 99.3% no presentan ninguna enfermedad física.

Palabras Clave: intento de suicidio, adolescentes, comorbilidad, desencadenante.

ABSTRACT

The present investigation was carried out by adolescents treated at Hospital III Goyeneche Arequipa for attempted suicide.

A research study was carried out, it is a study of observational type, retrospective of cross section of descriptive level. The variables have been investigated and the information has been collected using data collection form. The variables for its processing have required the Chi square with a level of significance of 5%.

The general objective of this research is to know the risk factors associated with attempted suicide in adolescents at Hospital III Goyeneche in the year 2015-2018.

The universe consists of the clinical records of adolescents hospitalized in the pediatric service from 10 to 14 years of age and in the medical service from 15 to 19 years of age who meet the inclusion and exclusion criteria of the aforementioned Hospital , whose results were: 55.1% of adolescents treated in the Hospital III Goyeneche for attempted suicide are between 14 - 16 years old, 78.3% are female, 26.8% of adolescents live in Cerro Colorado, 97.8% they do not work, while 61.6% live alone with their mothers; 68.8% of adolescents used non-drug chemical substances, 76.8% had no previous suicide attempts, 98.6% had some psychiatric comorbidity, while 99.3% did not present any physical illness.

Keywords: suicide attempt, teenagers, comorbidity, trigger.

CAPITULO I

INTRODUCCION

En el Perú, Durante el 2017, la vigilancia centinela realizada en hospitales, centros de salud mental comunitarios (CSMC) y centros de salud I-4, registró 753 intentos de suicidio de los cuales, el 72,5% correspondió al sexo femenino. Los casos fueron registrados en establecimientos centinela de Amazonas, Áncash, Arequipa, Ayacucho, Callao, Huancavelica, Lima Metropolitana, Lima región, Loreto, Madre de Dios, Pasco y Tumbes¹.

El suicidio del adolescente es una conducta de difícil evaluación por los prejuicios culturales que existen, en el público en general y entre profesionales de salud. En el mundo, la cantidad de autolesiones se aproxima en 3% a un 5% en la población de mayores de 16 años, junto a los suicidios en sí. Anualmente la UE manifiesta de 800 a 1000 episodios por cada 100.000 personas. Los pacientes que se autolesionan son de un 15% a un 30 %, y se repite esta conducta antes del año, un 1% a 2 % se suicidan entre los 5 y 10 años luego de intentarlo².

El presente trabajo se realiza, debido al aumento de casos de intento de suicidio, pues siendo éste un hospital de referencia de muchos centros de salud, que cuenta con servicio de emergencia las 24 horas, personal capacitado para la atención inmediata y oportuna, se realiza este estudio con el fin de conocer los factores asociados y la posibilidad de hacer un manejo conjunto para la prevención del intento de suicidio debido a que este proyecto adquiere gran importancia pues contribuirá a la disminución del índice de intentos de suicidio, pues podremos intervenir en dicha problemática a través de charlas educativas dirigidos a los padres de familia, adolescentes, maestros, sobre todo a nivel periférico donde se realizara el SERUM, así estaremos concientizando a la población cumpliendo con la labor de brindar consejería, de esta manera estaremos contribuyendo al bienestar de la población atendida dentro y fuera del establecimiento de salud.

Un estudio realizado por Figueroa Choque M. "Frecuencia del Intento de suicidio y según etapas del desarrollo psicosocial del Adolescente del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa 2010" en un estudio de tipo descriptivo de asociación transversal y no experimental, el cual tuvo una población de 124 casos. Se encontró que el 56.45% fueron adolescentes avanzados, el 33,06% eran adolescentes intermedios y 10,49% fueron adolescentes tempranos².

Otro estudio realizado por Viza Q. "Trastornos psiquiátricos en pacientes con intento de suicidio hospitalizados en el hospital III Goyeneche en el año 2013" en un estudio de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal, el cual se obtuvo una población de 80 casos. Se encontró que el trastorno psiquiátrico más frecuente en pacientes con intento de suicidio hospitalizados en el Hospital III Goyeneche es el trastorno adaptativo con un 57.5%. Mayoría fueron del sexo femenino con el 70%, la edad más frecuente fue la de 18 a 29 años con 50%³.

Otro estudio realizado por Santisteban V. "Frecuencia y características clínico epidemiológicas del intento de suicidio en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche, Arequipa 2009 - 2013". Se llevó a cabo un estudio observacional Retrospectivo en base a revisión de historias clínicas por medio de una ficha de recolección de datos, a pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría con el diagnóstico de intento de suicidio. La población total fue de 64 pacientes que fueron diagnosticados como intento de suicidio que representaban un 1,4% del total de pacientes hospitalizados, la edad de mayor presentación fue Entre 12 y 13 años (46.8%), en cuanto al sexo fue más en mujeres (70.5%) y los pacientes con antecedente de suicidio previo (9.8%)⁴.

En otro estudio realizado por Puma A. "Frecuencias y características sociodemográficas del intento de suicidio en adolescentes atendidos en el hospital III Goyeneche de Arequipa año 2013-2017" El intento de suicidio según la etapa de la adolescencia se presentó con mayor frecuencia en la adolescencia tardía siendo 45.7%, seguido de la adolescencia intermedia con 29.9% y 24.4% en la adolescencia temprana⁵.

Un estudio realizado por Amones T. "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". Es un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal retrospectivo y correlacional. La población de estudio estuvo constituida por 52 pacientes. Los factores psicológicos que se relacionan con el intento suicida, fueron: el estrés (100%), los antecedentes de intento de suicidio previo (79, 16%), el envenenamiento fue el método más utilizado (80,8%), y el sexo más frecuente fue el femenino (75,0%)⁶.

Un estudio realizado en Perú "Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural" en el año 2016 se encontró que de los 658 adolescentes en estudio, de los cuales 338 fueron de sexo masculino (48,4%) y 320 de sexo femenino (51,6%), 372 (53,7%) pertenecían al grupo etario de 12 a 14 años

mientras que 286 (46,3%) al grupo de 15 a 17 años. La prevalencia de vida del deseo de morir y del pensamiento suicida en adolescentes fue 21,4% y 7,4% respectivamente⁷.

Otro estudio realizado por Campo M. "Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Colombia" en el año 2003. Es un estudio clínico descriptivo de menores de 14 años que consulta al Hospital Universitario del Valle por intento suicida, se evaluó la historia clínica psiquiátrica, el test Child Behavior Checklists (CBCL), prueba de la figura humana y de la familia, la Escala Revisada de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC-R), y una entrevista semi-estructurada de evaluación familiar. La población total fue de 18 menores de edad; 2 mujeres menores fallecieron y de los restantes, sólo 8 menores (7 mujeres y 1 hombre) aceptaron participar. El envenenamiento auto infringido por ingestión de sustancias es el método suicida más utilizado y además más frecuente en mujeres⁸.

En otro estudio realizado en Santiago de Chile "Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción" en el año 2015 se encontró que de 195 adolescentes, la mayoría comprendido entre edades de 14 a 20 años, siendo el 52,6% de sexo masculino y el 47,4% de sexo femenino; el 16,4% presentó intento de suicidio en los últimos doce meses y 19,5% en el período anterior a los últimos doce meses. La prevalencia de vida para intento de suicidio (haber intentado por lo menos una vez quitarse la vida en algún momento) fue 25,6%⁹.

En un estudio realizado en Cuba "Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad" en el año 2014 se encontró que el grupo etario más representado fue el de 15 años, seguido de los de 16 y 18 años, hubo más pacientes del sexo femenino que del masculino. Del total de 75 pacientes del estudio, 41 adolescentes (54,7%) realizaron intentos de suicidio de carácter serio; 48 (64 %) realizaron intentos suicidas de gravedad moderada¹⁰.

CAPITULO II

FUNDAMENTO TEORICO

SUICIDIO

DEFINICION

En suicidiología clínica, es la muerte no accidental de uno mismo que resulta del desarrollo exitoso de una decisión autodestructiva, por el motivo que fuere, independientemente del método que fuere, independientemente del método utilizado y de la condición mental de quien se elimina¹¹.

Etimológicamente se compone de los términos latinos sui, que significa “uno mismo”, y cidium, que se refiere a caédere, y se traduce como matar, es decir, el acto del individuo encaminado a la autodestrucción intencional¹¹.

DEFINICION DE TERMINOS:

- **Ideación suicida:** Pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida expresada en ideas tales como “no querer seguir viviendo”, pueden o no contener la planificación del suicidio, que se refiere a cómo, cuándo y dónde llevar a cabo la conducta de autodestrucción¹².
- **Intento de suicidio:** Definida por la OMS como “un acto con una consecuencia no fatal en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte, que sin la intervención de otros le causara autodaño”, o ingerir una sustancia superior a la dosis terapéutica generalmente reconocida y cuyo objetivo es producir cambios en él o ella, desean a través de las consecuencias físicas o psíquicas reales o esperadas a la muerte¹³.
- **Suicidio consumado:** Acto por el cual una persona acaba con su vida¹⁴.
- **Conducta suicida:** Es el conjunto de acciones actividades y comportamientos o actos manifiestos, que por acción u omisión, tiene como propósito producir la muerte no accidental de uno mismo ¹².

TEORIAS DEL FENOMENO SUICIDA

Se han desarrollado elaboraciones teóricas para explicar, comprender o interpretar el fenómeno suicida en su complejidad, las teorías sociológicas, las psicológicas y las biológicas, son las teorías más utilizadas para explicar el complejo fenómeno.

Teoría Neurobiológica: Una disminución en la acción de la serotonina, 5HT está implicada en conductas depresivas, agresivas y de trastornos de control de los impulsos, asociados a los suicidios violentos o agresivos. Asimismo la conducta suicida se asocia con una disminución en los niveles serotoninérgicos de la corteza ventral pre frontal. También se encontraron niveles bajos de 5- HIAA en el líquido cefalorraquídeo de las personas deprimidas que intentaron suicidarse por métodos violentos. El alcohol y otras sustancias psicoactivas pueden disminuir el 5-HIAA, quizá incrementado así la vulnerabilidad para la conducta suicida en personas predispuestas¹⁵.

Teoría Psicológica: En la teoría Psicoanalítica se ha tratado de explicar el intento suicida relacionándolo al instinto de muerte y a la ideación suicida. Los primeros estudios pertenecen a Freud quien en su artículo de 1917, Duelo y melancolía señala que el suicidio es “la agresión dirigida hacia adentro, contra un objeto de amor introyectado que suscita ambivalencia”. Para este autor, en este artículo, el “acto autodestructivo encuentra su explicación por el funcionamiento de un Superyó sádico que ataca a un Yo débil y masoquista”¹⁶.

Teoría Sociológica: Durkheim propone, identificar las diferentes causas sociales del suicidio. A partir de ello, distingue entre cuatro tipos de suicidio.

- suicidio egoísta: Este tiene lugar cuando los vínculos sociales son demasiado débiles para comprometer al suicida con su propia vida en la sociedad en la que radica.
- El suicidio altruista es el causado por una baja importancia de la individualidad. Es el tipo exactamente opuesto al egoísta, esta es la muerte por el grupo, es el suicidio también llamado heroico (historia conocida en la segunda guerra mundial sobre los kamikazes).
- El suicidio anómico es aquel que se da en sociedades cuyas instituciones y lazos de convivencia se hallan en situación de desintegración o de anomia. En las sociedades donde los límites sociales y naturales son más flexibles, sucede este tipo de suicidios.
- El suicidio fatalista, que se produce allí donde las reglas a las que están sometidos los individuos son demasiado férreas o un exceso de reglamentación o presión, de modo que éstos conciben y concretan la posibilidad de abandonar la situación en la que se hallan. Es el tipo exactamente opuesto al anómico¹⁷.

FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Género: Se ha reportado que los suicidios consumados son más frecuentes en adolescentes masculinos, mientras que la ideación y los intentos de suicidio son más frecuentes en el género femenino.

Edad: Está bien establecido que las tasas de suicidio y las conductas suicida aumentan con la edad, siendo inusual en menores de 15 años, aunque se ha encontrado en estudios recientes adolescentes cuyas edades rodean los 13 años, con conductas suicidas¹⁸.

Intento de suicidio previo: Los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida. Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces¹⁹.

Comorbilidad:

- **Enfermedad Física:**

El dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración, así como otras formas de discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad (cáncer, sida, etc), se relacionan con mayor riesgo de suicidio²¹ La enfermedad física está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% cuando hablamos de personas de edad avanzada, aunque el suicidio rara vez se produce sólo por una enfermedad física, sin asociarse a trastornos mentales²⁰.

- **Enfermedad Psiquiátrica:**

Depresión: Es el trastorno mental que de forma más común se asocia con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general ²¹. La OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión²² , que dentro de sus diagnósticos se encuentran el episodio depresivo leve, moderado y severo (CIE 10 F320, F321, F322 respectivamente), además del trastorno depresivo mayor.

Trastorno bipolar: Entre un 25-50% de los pacientes con trastorno bipolar realizan un intento de suicidio. El riesgo es mayor al inicio del trastorno y cuando existen comorbilidades asociadas siendo 15 veces mayor en estos casos que en la población general ²¹.

Trastornos de personalidad: Los que se asocian con más frecuencia son el trastorno de personalidad antisocial, el trastorno límite de personalidad,

fundamentalmente si hay presencia de otros trastornos. El riesgo de suicidio para las personas con trastornos de personalidad límite es un 4-8% superior al de la población general. Otros trastornos mentales (ansiedad, trastorno de la ingesta de alimentos)²¹.

Problemas académicos - laboral: En el mundo desarrollado, la pérdida de empleo y la pobreza se asocian con un mayor riesgo de suicidio²¹, pudiéndose considerar la pérdida de empleo o la jubilación, así como empleos de mucha exigencia que causan eventos estresantes, incrementándose dos o tres veces el riesgo de suicidio²².

Factores familiares: La pérdida de un pariente por muerte o divorcio, historia familiar de conducta suicida, discordia familiar, pobre calidad de la relación niño-familia y el maltrato, se asocian a mayor riesgo de suicidio y conductas suicidas en jóvenes²¹. Se ha evidenciado que en hogares disfuncionales en el que existen frecuentes discusiones entre padres y demás miembros, se desarrollan conductas suicidas producto del maltrato físico o psicológico, como variante de la violencia intrafamiliar²².

Factores socioculturales y sociodemográficos: El bajo estatus socioeconómico, el poco nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo para el suicidio en los jóvenes, ya que limitan su participación social²³.

ADOLESCENCIA

a) DEFINICION

El término adolescencia deriva del latín «adolescere» que significa «crecer hacia la adultez». La adolescencia es aquella etapa del desarrollo ubicada entre la infancia y la adultez, en la que ocurre un proceso creciente de maduración física, psicológica y social que lleva al ser humano a transformarse en un adulto, edad comprendida entre los 10-19 años.

b) PERIODOS DE LA ADOLESCENCIA

Adolescencia Temprana (Edad de 10 a 13 años)

El desarrollo psicológico de esta etapa se caracteriza por la existencia de egocentrismo, el cual constituye una característica normal de niños y adolescentes, que disminuye progresivamente, dando paso a un punto de vista sociocéntrico (propio de la adultez)²⁴. En el área del desarrollo psicológico, en esta etapa existe labilidad emocional con rápidas y amplias fluctuaciones del ánimo y de la conducta

(«Mi hija puede estar riéndose conmigo en un minuto y gritándome al siguiente»), una tendencia a magnificar la situación personal (« ¡Me voy a morir si no voy a ese concierto!»), falta de control de impulsos, y necesidad de gratificación inmediata y de privacidad. Además en el ámbito vocacional, los jóvenes presentan metas no realistas o idealistas (ser modelo top, estrella de rock, actor o actriz de cine, piloto de carreras, etc.)²⁴.

En el ámbito del desarrollo social, se inicia la movilización hacia afuera de la familia. Aumenta el deseo de independencia del joven y disminuye su interés por las actividades familiares. Se muestra insolente ocasionalmente y adquiere más conciencia de que los padres no son perfectos. Todo ello causa cierta tensión con estos. El grupo de pares adquiere mayor importancia y el adolescente se hace más dependiente de las amistades como fuente de bienestar ²⁴.

Adolescencia Media (Edad de 14 a 16 años)

El hecho central en este período es el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de pares¹⁷. En cuanto al desarrollo psicológico, en esta etapa continúa aumentando el nuevo sentido de individualidad. Sin embargo, la autoimagen es muy dependiente de la opinión de terceros. El egocentrismo es significativo, y durante décadas se le responsabilizó de generar en los adolescentes un sentimiento de invulnerabilidad que los predisponía a conductas de riesgo, pues los llevaba a tener convicciones tales como «nunca me voy a quedar embarazada» a pesar de tener relaciones sexuales no protegidas o «imposible que me convierta en un adicto» aunque consumiesen drogas. También en el ámbito psicológico, en la adolescencia media persiste la tendencia a la impulsividad (otro factor relevante en las conductas de riesgo). Respecto del desarrollo social, el involucramiento del adolescente en la subcultura de pares es intenso. No existe otra etapa en la que el grupo de pares sea más poderoso e influyente. El joven adopta la conducta, los códigos y valores de su grupo de pares ²⁴.

Adolescencia Tardía (Edad de 17 a 19 años)

Esta es la última etapa del camino del joven hacia el logro de su identidad y autonomía. Para la mayor parte de los adolescentes es un período de mayor tranquilidad y aumento en la integración de la personalidad¹⁷. El desarrollo social en esta etapa se caracteriza por una disminución de la influencia del grupo de pares, cuyos valores se hacen menos importantes a medida que el adolescente se siente más cómodo con sus propios principios e identidad. Las amistades se hacen menos y más selectivas. Por otra parte, el joven se re acerca a la familia, aumentado

gradualmente la intimidad con sus padres si ha existido una relación positiva con ellos durante los años previos. La relación padres-hijo alcanza nuevas dimensiones, que acrecientan el desarrollo personal y familiar, cuando el clima es de verdadero respeto y valoración de las diferencias¹⁷.

Por tanto hemos planteado el siguiente problema general:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes en el hospital III Goyeneche en el año 2015-2018?

Por lo cual hemos planteado el siguiente objetivo general:

Conocer los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes en el hospital III Goyeneche en el año 2015-2018.

Y los siguientes objetivos específicos:

- Conocer la frecuencia de intento de suicidio según grupo de edad y sexo.
- Conocer qué periodo de adolescencia es más frecuente en el intento de suicidio.
- Conocer la frecuencia de intento de suicidio luego de un intento previo.
- Conocer la comorbilidad más frecuente para el intento de suicidio.
- Conocer el método empleado más frecuente para el intento de suicidio

CAPITULO III

METODOS

2.1 LUGAR Y TIEMPO

El presente estudio se realizó en el Hospital III Goyeneche de Arequipa; que cuenta con todos los servicios y especialidades.

Los pacientes atendidos por intento de suicidio ingresaron por los tópicos de medicina, cirugía y pediatría, quienes realizan una interconsulta al servicio de psiquiatría, siendo estos los que deciden su hospitalización; si los pacientes ingresan durante la noche o madrugada al día siguiente se realiza la interconsulta al servicio de psiquiatría. Los pacientes que presentan autolesiones se derivan al área de observación y dados de alta posterior a la interconsulta de psiquiatría. Las historias clínicas que se revisaran son aquellas que se encuentran entre enero de 2015 y diciembre del 2018.

POBLACIÓN Y MUESTRA:

Universo:

El universo estará constituido por las historias clínicas de los adolescentes hospitalizados en el servicio de pediatría desde los 10 años hasta los 14 años 11 meses 29 días y en el servicio de medicina desde los 15 años hasta los 19 años 11 meses 29 días, con el diagnóstico de intento de suicidio durante los años 2015 al 2018 a fin de determinar los factores asociados al intento de suicidio así como comorbilidad psiquiátrica y método utilizado. Se encontraron 138 historias clínicas que cumplieron los criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas con datos completos de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de intento de suicidio en el servicio de pediatría y medicina.
- Historias clínicas de pacientes entre los 10 y 19 años 11 meses 29 días.

Criterio de exclusión:

- Historias clínicas con datos incompletos (que no registren los datos consignados en la ficha de recolección de datos), que serán consignados en los resultados.

2.2 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS**a) TIPO DE ESTUDIO:**

Según Altman, es un estudio observacional, retrospectivo de corte transversal.

b) DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable	Indicador	Categoría /unidad	Escala	Fuente de información
Intento de Suicidio previo	Diagnostico por Psiquiatra	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Uno • Dos • Tres o mas 	Ordinal	Historia Clínica
Edad	Fecha de nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> • 10 – 13 • 14 - 16 • 17 – 19 	Ordinal	Historia Clínica
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal	Historia Clínica
Etapa de Desarrollo adolescente	Periodo de la adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> -Adolesc. Temprana -Adolesc. Intermedia -Adolesc. Tardía 	Ordinal	Historia Clínica
Método Utilizado	Medio empleado con fines suicidas	<ul style="list-style-type: none"> -Arma blanca -Ingestión de sustancias -Ahorcamiento -Otros 	Nominal	Historia Clínica

Comorbilidad	Diagnóstico médico - psiquiátrico	-Enfermedad física -Depresión -Alcoholismo -Esquizofrenia -Trast. de la personalidad -Trast. Adaptativo -Otros	Nominal	Historia Clínica
Estructura Familiar	Tipo de Familia	- Familia nuclear - Familia extensa - Familia monoparental - Familia reconstituida	Nominal	Historia Clínica
Ocupación laboral	Grupo laboral	Estudiante Empleado Desempleado	Nominal	Historia Clínica
Situación académica	Problemas en el ambiente académico	Ausente Presente	Nominal	Historia Clínica

C) RECOLECCION Y REGISTRO DE DATOS

1. Para la recolección de datos se obtuvo autorización del jefe del servicio de estadística del Hospital III Goyeneche, para acceder a la revisión de historias clínicas, en la oficina de estadística e informática, de todos los pacientes atendidos con el diagnóstico de intento de suicidio en adolescentes entre los años 2015 al 2018.

3. Se realizó una lista previa brindada por estadística de pacientes atendidos con el diagnóstico de intento de suicidio en adolescentes desde el año 2015 al 2018, con el diagnóstico de ingestión de sustancia desconocida, también se incluyó a los paciente con diagnóstico de heridas en muñecas; para luego proceder a la identificación del número de historia clínica.

4. Luego se procedió a la revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos y seleccionadas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión que fueron 186 historias, se excluyeron 48 historias por tener datos incompletos y otras por no

ubicarse en archivo. Posteriormente se procedió a la identificación de las variables como edad, sexo, comorbilidad física o psiquiátrica, método utilizado, motivo del intento de suicidio, estructura familiar, en una ficha de recolección de datos. (ANEXO 1).

5. Finalmente toda la información obtenida se llenó en la ficha de recolección de datos y luego se almaceno en una matriz de datos del programa Microsoft Excel 2013.

E) ANÁLISIS ESTADISTICO

Los datos obtenidos fueron almacenados en hoja de cálculo del programa Microsoft Excel 2013, luego serán transfirieron al programa estadístico SPSS Statistics versión 23.0. Se utilizó la prueba estadística de chi cuadrado.

CAPITULO IV

RESULTADOS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN
 ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL III GOYENCHE EN EL AÑO 2015-
 2018**

TABLA N° 1

**FRECUENCIA DEL INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN ETAPA DE LA
 ADOLESCENCIA**

PERIODO DE LA ADOLESCENCIA	N	%
<i>ADOLESCENCIA TEMPRANA (10-13 años)</i>	13	9,4
<i>ADOLESCENCIA INTERMEDIA (14-16 años)</i>	76	55,1
<i>ADOLESCENCIA TARDIA (17 – 19 años)</i>	49	35,5
TOTAL	138	100

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL AÑO 2015-
2018**

TABLA N° 2

FRECUENCIA DEL INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN SEXO

SEXO	N	%
<i>FEMENINO</i>	108	78,3
<i>MASCULINO</i>	30	21,7
TOTAL	138	100

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL III GOYENCHE EN EL AÑO 2015-
2018**

TABLA N° 3

**FRECUENCIA DEL INTENTO DE SUICIDIO LUEGO DE UN INTENTO
PREVIO**

<i>INTENTOS ANTERIORES</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Uno</i>	<i>20</i>	<i>14.49</i>
<i>Dos</i>	<i>10</i>	<i>7.24</i>
<i>Tres o mas</i>	<i>2</i>	<i>1.44</i>
<i>Ninguna</i>	<i>106</i>	<i>76,8</i>
<i>TOTAL</i>	<i>138</i>	<i>100</i>

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN
 ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL III GOYENCHE EN EL AÑO 2015-
 2018**

TABLA N° 4

**FRECUENCIA DEL INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN COMORBILIDAD
 PSIQUIATRICA**

COMORBILIDAD PSIQUIATRICA	N	%
<i>Trastorno adaptativo</i>	100	74.1
<i>Episodio depresivo moderado</i>	39	28.9
<i>Trastorno depresivo mayor</i>	22	16.3
<i>Trastorno límite de la personalidad</i>	13	9.6
<i>Trastorno de conducta</i>	9	6.7
<i>T. personalidad mixta</i>	4	3.0
<i>Trastorno de la ingestión de alimentos</i>	2	1.5
<i>Personalidad inestable</i>	5	3.7

*Un solo paciente tuvo varios diagnósticos que fueron dados por el servicio de psiquiatra.

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN
 ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL III GOYENCHE EN EL AÑO 2015-
 2018**

TABLA N° 5

FRECUENCIA DEL INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN METODO UTILIZADO

METODO UTILIZADO	N	%
<i>Cortes múltiples</i>	5	3,6
<i>Sustancias químicas no medicamentosas</i>	95	68,8
<i>Medicamentos y psicofármacos</i>	37	26,8
<i>Arrojarse a un vehículo en marcha</i>	1	0,7
TOTAL	138	100

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL III GOYENCHE EN EL AÑO 2015-
2018**

TABLA N° 6

**FACTORES DESENCADENANTES DEL INTENTO DE SUICIDIO EN
ADOLESCENTES**

MOTIVO	N	%
<i>Problemas en el estudio</i>	5	3,6
<i>Problemas de pareja</i>	58	42,0
<i>Problemas económicos</i>	1	0,7
<i>Por abuso sexual</i>	2	1,4
<i>Por llamar la atención</i>	3	2,2
<i>Acto impulsivo</i>	3	2,2
<i>Testigo de conflicto entre padres</i>	51	37,0
<i>Otros</i>	15	10,9
TOTAL	138	100

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL III GOYENCHE EN EL AÑO 2015-
2018**

TABLA N° 7

**METODO DE INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN SUSTANCIA QUIMICA NO
MEDICAMENTOSA**

SUSTANCIA QUIMICA	N	%
<i>Cáusticos</i>	9	9,5
<i>Carbamatos</i>	65	68,4
<i>Organofosforados</i>	21	22,1
TOTAL	95	100

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL AÑO 2015-
2018**

TABLA N° 8

**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS DE LOS ADOLESCENTES CON
INTENTO DE SUICIDIO**

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	N	%
DISTRITO		
C. COLORADO	37	26.8
ALTO SELVA ALEGRE	33	23.9
CAYMA	10	7.2
CERCADO	8	5.8
JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO	1	0.7
LA JOYA	3	2.2
M. MELGAR	5	3.6
MIRAFLORES	13	9.4
PAUCARPATA	16	11.6
SACHACA	1	0.7
SOCABAYA	8	5.8
UCHUMAYO	3	2.2
ESTRUCTURA FAMILIAR		
FAMILIA NUCLEAR	33	23.9
FAMILIA EXTENSA	2	1.4
FAMILIA MONOPARENTAL	86	62.3
FAMILIA RECONSTITUIDA	17	12.2
SITUACION LABORAL		
TRABAJO	3	2.2
ESTUDIANTE	135	97.8

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL III GOYENCHE EN EL AÑO 2015-
2018**

TABLA N° 9

**RELACION ENTRE PERIODO DE ADOLESCENCIA Y LOS INTENTOS
PREVIOS DE SUICIDIO**

PERIODO DE ADOLESCENCIA	Intentos anteriores				TOTAL	
	Si		No		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%		
<i>TEMPRANA</i>	2	1,4	11	8,0	13	9,4
<i>INTERMEDIA</i>	17	12,3	59	42,8	76	55,1
<i>TARDIA</i>	13	9,4	36	26,1	49	35,5
TOTAL	32	23,2	106	76,8	138	100

$X^2=0.78$ $P>0.05$ $P=0.67$

La Tabla N°. 9 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.78$) muestra que la edad y los intentos previos de suicidio no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN
 ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL III GOYENCHE EN EL AÑO 2015-
 2018**

TABLA N° 10

**RELACION ENTRE EL SEXO Y LOS INTENTOS PREVIOS DE SUICIDIO
 EN LOS ADOLESCENTES**

Sexo	Intentos anteriores				TOTAL	
	Si		No		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%		
Femenino	31	22,5	77	55,8	108	78,3
Masculino	1	0,7	29	21,0	30	21,7
TOTAL	32	23,2	106	76,8	138	100

X²=8.48 P<0.05 P=0.00

La Tabla N°. 10 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=8.48$) muestra que el sexo y los intentos previos de suicidio presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL III GOYENCHE EN EL AÑO 2015-
2018**

TABLA N° 11

**RELACION ENTRE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y LOS INTENTOS
PREVIOS DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES**

<i>Estructura familiar</i>	<i>Intentos anteriores</i>				<i>TOTAL</i>	
	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>Nº.</i>	<i>%</i>
	<i>Nº.</i>	<i>%</i>	<i>Nº.</i>	<i>%</i>		
<i>FAMILIA NUCLEAR</i>	8	5,8	25	18,1	33	23,9
<i>FAMILIA EXTENSA</i>	1	0,7	1	0,7	2	1,4
<i>MONOPARENTAL</i>	17	12,3	69	50,0	86	62,3
<i>FAMILIA COMPUESTA</i>	6	4,3	11	7,9	17	13,2
TOTAL	32	23,2	106	76,8	138	100,0

$X^2=8.03$ $P>0.05$ $P=0.24$

La Tabla N°. 11 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=8.03$) muestra que la estructura familiar y los intentos previos de suicidio no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN
 ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL III GOYENCHE EN EL AÑO 2015-
 2018**

TABLA N° 12

**RELACION ENTRE LA EDAD Y LAS COMORBILIDADES
 PSIQUIATRICAS EN LOS ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO**

<i>Edad</i>	<i>Comorbilidad psiquiátrica</i>				<i>TOTAL</i>	
	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>Nº.</i>	<i>%</i>
	<i>Nº.</i>	<i>%</i>	<i>Nº.</i>	<i>%</i>		
<i>10-13</i>	12	8,7	1	0,7	13	9,4
<i>14-16</i>	75	54,3	1	0,7	76	55,1
<i>17-19</i>	49	35,5	0	0,0	49	35,5
<i>TOTAL</i>	136	98,6	2	1,4	138	100

$X^2=4.28$ $P>0.05$ $P=0.12$

La Tabla N° 12 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.28$) muestra que la edad y la presencia de comorbilidades psiquiátricas no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN
 ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL III GOYENCHE EN EL AÑO 2015-
 2018**

TABLA N° 13

**RELACION ENTRE EL SEXO Y LAS COMORBILIDADES
 PSIQUIATRICAS EN LOS ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO**

Sexo	Comorbilidad psiquiátrica				TOTAL	
	Si		No		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%		
Femenino	107	77,5	1	0,7	108	78,3
Masculino	29	21,0	1	0,7	30	21,7
TOTAL	136	98,6	2	1,4	138	100

$X^2=0.95$ $P>0.05$ $P=0.33$

La Tabla N°. 13 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.95$) muestra que el sexo y la presencia de comorbilidades psiquiátricas no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL III GOYENCHE EN EL AÑO 2015-
2018**

TABLA N° 14

**RELACION ENTRE LOS PROBLEMAS ACADEMICOS Y LOS INTENTOS
PREVIOS DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES**

Problemas académicos	Intentos anteriores				TOTAL	
	Si		No		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%		
<i>Bajo rendimiento escolar</i>	8	5,8	11	8,0	19	13,8
<i>Ausentismo escolar</i>	0	0.0	1	0.7	1	0.7
<i>Intimidación</i>	0	0.0	2	1.4	2	1.4
<i>Repitió de grado</i>	4	2.9	0	0.0	4	2.9
<i>No tuvo influencia</i>	20	14.5	92	66.7	112	81.2
TOTAL	32	23.2	106	76.8	138	100

$$X^2=19.76 \quad P<0.05 \quad P=0.00$$

La Tabla N°. 14 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=19.76$) muestra que los problemas académicos y los intentos previos de suicidio presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL III GOYENCHE EN EL AÑO 2015-
2018**

TABLA N° 15

**RELACION ENTRE LOS MOTIVOS DESENCADENANTES Y LOS
INTENTOS PREVIOS DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES**

Motivo	Intentos anteriores				TOTAL	
	Si		No		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%		
<i>P. en el estudio</i>	3	2,2	2	1,4	5	3,6
<i>P. de pareja</i>	12	8,7	46	33,3	58	42,0
<i>P. económicos</i>	1	0,7	0	0,0	1	0,7
<i>Por abuso sexual</i>	2	1,4	0	0,0	2	1,4
<i>Por llamar la atención</i>	1	0,7	2	1,4	3	2,2
<i>Acto impulsivo</i>	1	0,7	2	1,4	3	2,2
<i>Testigo de conflicto entre los padres</i>	8	5,8	43	31,2	51	37,0
<i>Otros</i>	4	2,9	11	8,0	15	10,9
TOTAL	32	23,2	106	76,8	138	100

$X^2=16.00$ $P<0.05$ $P=0.03$

La Tabla N°. 15 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=16.00$) muestra que los motivos y los intentos previos de suicidio presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

CAPITULO V

DISCUSION

El presente estudio lo inicié debido al aumento de casos de intento de suicidio, también se abordó el presente estudio debido a que los adolescentes representan en el Perú uno de los grupos más vulnerables. Con esta información se puede hacer un manejo conjunto para prevenirlo, considero que esta investigación contribuirá a la disminución del índice de intentos de suicidio pues se podrá intervenir en esta problemática a través de charlas informativas. Se revisaron las historias clínicas de los adolescentes atendidos por el servicio de psiquiatría durante su hospitalización, que cumplieron con los criterios de selección.

En la **tabla 1**, muestra que el 55.1% de los adolescentes atendidos en el Hospital III Goyeneche por intento de suicidio tienen entre 14 – 16 años, que corresponde al periodo de adolescencia intermedia, Estos resultados coinciden parcialmente con Santiesteban V. en su investigación “Frecuencia y características clínico epidemiológicas del intento de suicidio en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche 2009-2013, quien concluyó que la edad de mayor presentación fue entre 12-13 años (46.8%)⁴. Por otro lado Figueroa Choque M. En su estudio “Frecuencia de intento de suicidio y según etapas del desarrollo psicosocial del adolescente del hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa 2010” encontró que el 56.45% fueron adolescentes tardíos, el 33.06% eran adolescentes intermedios y el 10.49% eran adolescentes tempranos². Esto puede explicarse debido al aumento en la problemática familiar y en la psicopatología del adolescente, las relaciones interpersonales, el estudio y la participación social en general, también se observó que la mayoría de adolescente en la etapa adolescencia tardía presentaba en primer lugar malas relaciones familiares, en segundo lugar se observó que tuvieron antes de dicho episodio una ruptura en su relación

amorosa en la cual sentían que no podían superarla, en tercer lugar preocupación por los estudios y aun no definían bien su vocación por alguna carrera universitaria.

En la **tabla 2** muestra que el 78.3% de los adolescentes atendidos en el Hospital III Goyeneche por intento de suicidio son de sexo femenino, 22.7% corresponde al sexo masculino, estos resultados coinciden con un estudio realizado por Amones T. “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” quien encuentra que el sexo más frecuente fue el femenino (75,0%)⁶, por otro lado un estudio realizado en Perú por Bazán J. et al. “Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural” en el año 2016 se encontró que de los 658 adolescentes en estudio, de los cuales 338 fueron de sexo masculino (48,4%) y 320 de sexo femenino (51,6%)⁵. Las posibles explicaciones de este fenómeno apuntan a que los hombres usan métodos más letales para suicidarse como el ingesta de dosis elevadas de sustancias tóxicas; mientras las mujeres optan como plan la ingesta de drogas o tóxicos que, en algunas ocasiones, pueden recibir atención oportuna con mayores posibilidades de sobrevivir las del sexo femenino, además las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir depresión y ansiedad, también se observó durante el estudio que en la adolescencia las mujeres se encuentran en búsqueda de una relación formal y al presentar una ruptura amorosa y no saber cómo afrontarla es que deciden por el suicidio como una manera de evadir la realidad.

En la **tabla 3** el antecedente previo de intento de suicidio en los adolescentes se muestra que el 76.8 % no tuvo antecedente, 14.49% tuvo un intento previo, 7.24% dos intentos previos y 1.44% tuvieron 3 o más intentos. Estos resultados coinciden con un estudio realizado en Santiago de Chile por Valdivia M. et al. “Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción” en el año 2015 se encontró que de 195 adolescentes, el 16,4% presentó intento de suicidio en los últimos doce meses y 19,5% en el período anterior a los últimos doce meses⁷. Los trabajos relacionados concuerdan en que el factor

de riesgo más importante para predecir nuevas conductas suicidas es la presencia de intentos de suicidio previos¹⁹. A pesar de no ser objetivo del estudio también se encontró que dichos episodios repetidos son llevados a cabo bajo el mismo método y en algunas ocasiones a los pocos meses del intento anterior.

En la **tabla 4** muestra que el 74.1% de los adolescentes atendidos en el Hospital III Goyeneche que intentaron suicidarse presenta trastorno adaptativo, el 28.9% tienen Episodio depresivo moderado, el 16.3% presentan trastorno depresivo mayor, mientras que el 1.5% tienen trastorno de la ingestión de alimentos. Esto se asemeja con un estudio realizado por Viza Q. "Trastornos psiquiátricos en pacientes con intento de suicidio hospitalizados en el hospital III Goyeneche en el año 2013", quien encontró que el trastorno psiquiátrico más frecuente es el trastorno adaptativo con un 57.5%. A pesar de no ser objeto de estudio se observó que su mayor estrés es haber terminado estudios secundarios y no ingresar a la universidad no encontrando el soporte familiar adecuado para volver a intentar sino sentimientos de culpa y desesperanza, la falta de sentido y la desintegración familiar aumentan la probabilidad de suicidio en adolescentes, presentando un manejo inadecuado de los conflictos²².

En la **tabla 5** muestra que el 68.8% de los adolescentes atendidos en el Hospital III Goyeneche por intento de suicidio utilizaron Sustancias químicas no medicamentosas, 26.8% utilizaron psicofármacos y medicamentos y un 3.6% tuvieron cortes múltiples. Un estudio realizado por Amones T. "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". Encontró que el envenenamiento fue el método más utilizado (80,8%)⁶. Además otro estudio realizado por Campo M. "Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Colombia" en el año 2003 indica que el envenenamiento auto infringido por ingestión de sustancias es el método suicida más utilizado. A pesar de no ser objetivo de estudio se observó que la intoxicación por sustancias químicas no medicamentosas fue la sustancia más usada, siendo el uso de Carbamatos la más frecuente, esto se puede deber a

la fácil accesibilidad de dicha sustancia que se encuentra tanto en mercados como en servicios de abarrotes locales.

En la **tabla 6** muestra que el 42.0% intentaron suicidarse por problemas de pareja, el 37.0% por conflicto entre los padres y otros como discusión con la madre que presentan el 10.9%. A pesar de no ser objetivo de estudio se observó que los problemas de pareja en este grupo etáreo influyen de manera significativa en el intento de suicidio, debido a una inestabilidad emocional propia de la adolescencia, además que el conflicto con los padres y el mal funcionamiento familiar influye en el comportamiento e intento de suicidio de los adolescentes.

En la **tabla 7** muestra que el 68.4% de los adolescentes atendidos en el Hospital III Goyeneche por intento de suicidio utilizaron carbamatos, el 22.1% usaron Organofosforados, mientras que el 9.5% de los adolescentes tomaron lejía para intentar suicidarse.

En la **tabla 8** muestra que el 26.8% de los adolescentes viven en Cerro Colorado, el 23.9% vive en Alto Selva Alegre y el 11.6 % vive en Paucarpata, además el 97.8% son estudiantes que no trabajan, el 62.3% son de familia monoparental, el 23.9% familia nuclear. A pesar de no ser objetivo de estudio se observó que el distrito más frecuente es de Cerro Colorado y Alto Selva Alegre se podría presumir que la ubicación geográfica del Hospital III Goyeneche es el criterio de elección para la atención hospitalaria de intentos de suicidio.

En la **tabla 9** según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.78$) muestra que la edad y los intentos previos de suicidio no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

En la **tabla 10** según la prueba de chi cuadrado ($X^2=8.48$) muestra que la asociación de las variables, sexo y los intentos previos de suicidio, presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

En la **tabla 11** según la prueba de chi cuadrado ($X^2=8.03$) muestra que la asociación de las variables, estructura familiar y los intentos previos de suicidio previo, no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

En la **tabla 12** según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.28$) muestra que la asociación de las variables, edad y la presencia de comorbilidades psiquiátricas no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

En la **tabla 13** según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.95$) muestra que la asociación de las variables, sexo y comorbilidades psiquiátricas, no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

En la **tabla 14** según la prueba de chi cuadrado ($X^2=19.76$) muestra que la asociación de las variables, problemas académicos y los intentos previos de suicidio, presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

En la **tabla 15** según la prueba de chi cuadrado ($X^2=16.00$) muestra que la asociación de las variables, motivos desencadenantes y los intentos previos de suicidio, presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- La frecuencia de intento de suicidio según edad fue entre los 14 a 16 años con un 55.1 % seguido de adolescentes entre 17 a 19 años y el porcentaje menor lo presentan los comprendidos entre los 10 a 13 años. El sexo más frecuente fue el femenino con 78.3%.
- El periodo de adolescencia más frecuente fue la adolescencia media.
- La frecuencia del intento de suicidio después de presentar un intento anterior es de 23.2%.
- La comorbilidad más frecuente la presentan los adolescentes con trastorno adaptativo 74.1%, el 28.9% tienen episodio depresivo moderado, el 16.3% presentan trastorno depresivo mayor, mientras que el 1.5% tienen trastorno de ingestión de los alimentos.
- El método usado más frecuente fue el uso de sustancias químicas no medicamentosas con un 68.8%, el 26.8% utilizaron Medicamentos y psicofármacos, el 3.6% cortes múltiples y el 0.7% se arrojaron a un vehículo en marcha.

RECOMENDACIONES

1. Realizar seguimiento a los pacientes ya que el primer y segundo mes son críticos para evitar los posteriores reintentos de suicidio.
2. Brindar psicoeducación sobre los cambios conductuales de los adolescentes tanto a padres como a hijos, con el fin de evitar discusiones que lleven a actos de impulsividad.
3. Promover la creación de políticas de salud, para la restricción del acceso a los métodos empleados para el plan suicida, siendo clave para la prevención del intento de suicidio.
4. Considerar la creación de un área de hospitalización de psiquiatría con una unidad para adolescentes ya que los pacientes durante su hospitalización se encuentran en el servicio de medicina o pediatría, que permitan su evaluación continua durante su hospitalización.
5. Hacer un diagnóstico precoz de las posibles patologías psiquiátricas debido a que es un factor para el intento de suicidio.

3 BIBLIOGRAFIA

¹ Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico de Perú. Lima. 2018. Vol 27 – SE 34 (fecha de acceso 11 de enero del 2019). Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/34.pdf>

² John Leivis: Hombre y evolución. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana. 1972. P. 149-152. (fecha de acceso 11 de enero del 2019). Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos20/paciente-suicida/paciente-suicida.shtml>

³ Viza Quispe J. Trastornos psiquiátricos en pacientes con intento de suicidio hospitalizados en el hospital III Goyeneche en el año 2013. Tesis de pregrado. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa. 2014.

⁴ Santisteban Valdivia P. Frecuencia y características clínico epidemiológicas del intento de suicidio en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche, Arequipa 2009 – 2013. Tesis de Pregrado. Universidad Católica Santa María. Arequipa. 2015.

⁵ Puma Apaza A. Frecuencias y características sociodemográficas del intento de suicidio en adolescentes atendidos en el hospital III Goyeneche de Arequipa año 2013-2017. Para optar el título Profesional de Médico-Cirujano. Arequipa-Perú: UNSA, 2018.

⁶ Amones Ticona M. Factores psicosociales que se relacionan en la incidencia de intento suicida en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital Hipólito Unanue de Tacna, julio del 2011 a junio del 2012. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna. 2018

⁷ Bazán J. et al. “Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural” Rev Neuropsiquiatría vol.79 no.1 Lima ene. 2016. (fecha de acceso 11 de enero del 2019)) Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S003485972016000100002&script=sci_arttext

⁸ Gerardo JA, Pérez Á. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. Colomb Med. 2003; 4:9-16. (fecha de acceso 11 de enero del 2019). Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2016/abr16262c.pdf>

⁹ Valdivia M. et al. “Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción” Rev. méd. Chile

vol.143 no.3 Santiago mar. 2015. (fecha de acceso 11 de enero del 2019). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

¹⁰ Pérez J. et al. "Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad". Rev Cubana Invest Bioméd vol.33 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2014. (fecha de acceso 11 de enero del 2019). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000100008

¹¹ Moreno N. "Nomenclatura en suicidología clínica". 1ª ed. Santo Domingo, república Dominicana: Edit. Búho 2000: 245-248pp.

¹² Goldstein TR, Chiapetta L, Brimaher B, et al. History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. Bipolar Disorder 2005; 7(6):525-535. (fecha de acceso 11 de enero del 2019). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3679347/>

¹³ Krug G, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A. y Lozano R. "Informe mundial sobre la salud y la violencia". Rev Panamericana de Salud Pública de OMS 2002; 12(4): 201-223. . (fecha de acceso 11 de enero del 2019). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf

¹⁴ Duarte CS, Bordin I, Paula C, Hoven W. Conductas suicidas en adolescentes brasileños: análisis exploratorio de prevalencia y factores de riesgo. Rev Psiquiatr y Salud Int 2002; 2(4):32-37

¹⁵ López M. Teorías sobre el suicidio. El puente punto informativo. Valladolid, España. Diciembre 2006. (fecha de acceso 12 de enero del 2019) Disponible en <http://usuarios.discapnet.es/border/tlpmerce.htm>

¹⁶ Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J., Dahl, R.E., Perel, J. y Nelson, B. (2016). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. . Part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35(11), 1.427-1.439. (fecha de acceso 12 de enero del 2019). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807758/>

¹⁷ Vilchez M. "El Suicidio desde el Enfoque Social en perspectiva histórica. El caso de la Armada Japonesa y el nazismo" Oct. 2017. (fecha de acceso 12 de enero del 2019). Disponible en: <http://www.seguridadinternacional.es/?q=es/print/1207>

¹⁸ Áñez H. "Factores de riesgo para intento de Suicidio en niños y adolescentes". Maracaibo, Venezuela. 2011. Tesis virtual. Universidad Del Zulia. (fecha de acceso 12 de enero del 2019). Disponible en: http://tesis.luz.edu.ve/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4860

¹⁹ Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health; 2005. (fecha de acceso 12 de enero del 2019). Disponible en: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicideprevention-areviewoftheevidence.pdf>

²⁰ World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. (fecha de acceso 12 de enero del 2019). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1

²¹ Garduño R. Gomez K. Peña A. "Suicidio en adolescentes". Trabajo de investigación en tanatología. México 2011. (fecha de acceso 13 de enero del 2019) Disponible en <http://www.tanatologiaamtac.com/descragas/tesinas/27%20suicidos%20en%20adoltescentes.pdf>

²² Gaona JB, Bohórquez A, Gómez PA, Ramírez YD, Barrientos G, Peñaloza LN, et al. Incidencia de los antecedentes de funcionalidad familiar, consumo de sustancias psicoactivas y enfermedad mental frente al intento de suicidio. Ciencia y Cuidado. 2012;9(12):36-42. (Fecha de acceso: 13 de enero del 2019). Disponible en: <http://respuestas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/337/358>

²³ Pérez B. "Factores de riesgo suicida en adolescentes". Rev. Psiquiátrica del Uruguay 1996 11(4):318-25. (Fecha de acceso: 13 de enero del 2019). Disponible en: <http://www.adolescenza-fl.net/sinopsis.pdf>

²⁴ Gaete V. "Desarrollo psicosocial del adolescente". Revista. Medica de Chile 2015. (Fecha de acceso: 13 de enero del 2019). Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-pediatria-219-articulo-desarrollo-psicosocial-del-adolescente-S0370410615001412>

Anexo 1:

Ficha de recolección de datos

SECCIÓN A: Factores sociodemográficos

1. Distrito de procedencia

.....

2. Edad.....

3. Sexo: 1 Femenino [] 2 Masculino []

4. Situación Laboral

Trabajo SI () NO ()

5. Estructura familiar []

- a. Papá, mamá y hermanos
- b. Papá, mamá y abuelos, hermanos y tíos
- c. Solo con mamá
- d. Solo con papá
- e. Con madrastra o padrastro o hijastro
- f. Vive solo
- g. Otros

SECCIÓN B. Factores clínicos

6. Métodos utilizado []

- a. Arma de fuego
- b. Cortes múltiples
- c. Ahorcamiento
- d. Arrojar al vacío
- e. Asfixia por gases
- f. Sustancias químicas no medicamentosas:
Kerosene []; Lejía []; Carbamatos []; Organofosforados []
- g. Medicamentos y psicofármacos
- h. Arrojar a un vehículo en marcha
- i. Otros (especifique):

.....

7. Intentos anteriores de suicidio

[] SÍ [] NO
Número de veces [] una
[] Dos
[] Tres o más
Método utilizado

.....

8. Comorbilidad psiquiátrica.

SÍ NO
Cuál?

.....

9. Existencia de alguna enfermedad física

SÍ NO

SECCIÓN C. Factores Desencadenantes

10. Problemas académicos

- a. Bajo rendimiento escolar
- b. Ausentismo escolar (faltó a clases por lo menos dos veces por semana)
- c. Intimidación (conflictos con profesores y compañeros, marginación)
- d. Repitió de grado
- e. No tuvo ninguna influencia

11. Motivo que le llevó a tomar esta decisión (Una sola respuesta)

- a. Problemas en el trabajo
- b. Problemas en el estudio preuniversitario
- c. Problemas de pareja
- d. Problemas económicos
- e. Problemas de salud
- f. Problemas con la ley (policía)
- g. Por imitación
- h. Por haber sufrido abuso sexual
- i. Por llamar la atención
- j. Acto impulsivo
- k. Testigo de conflicto entre los padres
- l. Otros motivos (Especifique)