



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**Prevalencia de conducta suicida y factores de riesgo
asociados en una población universitaria de la ciudad
de Cajamarca**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTOR

Roger Alejandro ABANTO MARÍN

ASESOR

César TIPACTI ALVARADO

Lima, Perú

2006



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Abanto R. Prevalencia de conducta suicida y factores de riesgo asociados en una población universitaria de la ciudad de Cajamarca [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006.

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros que me formaron en esta difícil tarea de la Psiquiatría, por su paciencia, gran dedicación, por escuchar nuestros puntos de vista, por corregirnos y por su firme compromiso de lograr excelentes especialistas; en especial quisiera agradecer al Dr. Gustavo Vásquez Caicedo, por su sapiencia, fortaleza mental, discurso coherente, su templanza y sobretodo por el contenido de sus mensajes, que logra elevar nuestros niveles de abstracción.

A los doctores Aitor Castillo y Carlos Saavedra, que dedican todo su tiempo a la enseñanza, lo hacen con la firmeza científica y nos demuestran lo mucho que nos falta por recorrer.

Mención aparte, un agradecimiento especial a mi asesor de tesis, César Tipacti, por sus enseñanzas y evaluaciones continuas.

A mi querida sede, el Hospital Víctor Larco Herrera, donde aprendí los aspectos psicopatológicos más complejos, los diagnósticos más difíciles, la importancia de intervenir a la familia y comunidad y la admiración a los pacientes.

Al Dr. Jorge Jacinto Heredia, quién me enseñó a resolver conflictos, a manejar crisis, a interactuar con la familia. Por permitirme acercarme a él, por su humildad, por ser un ejemplo a seguir y por sus amenas, interesantes y prolongadas conversaciones que hasta ahora me produce el deseo de estar las veinticuatro horas con él.

A todo el personal del Hospital Víctor Larco Herrera, al Dr. Boggiano por que sabe esperar, al Dr. Felipa, por su gran humanidad, al Dr. Zevallos, por encontrar formas de vivir mejor, a la Dra. Eguiguren por su paciencia y al Dr. Ranilla por su trascendencia. Al personal técnico, de enfermería, a los psicólogos, las asistentes sociales, a los médicos de la unidad de cuidados especiales, al personal de todos los servicios y al personal de mantenimiento.

A los ex residentes del hospital, es especial al Dr. Jorge Martín Larco González, la Dra. Giovanni Rivera, el Dr. Lecaros, Dr. Vílchez, Dra. Gallegos y el Dr. Víctor Raúl Carreño Martínez por su constancia en seguir estudiando y enseñando.

A mis compañeros residentes, Jessica Málaga. Carmen Vera, Carlos Rueda, Luis Villanueva, Luis Bonelli, Reuven Samolski, Mákel Najarro, Rocío Ramírez, Lina Rojas y Héctor Ramos.

Al Dr. Medina, quién nos enseñó desde el primer momento, y lo sigue haciendo y de quién nos sentimos honrados de ser el Padrino de nuestra promoción.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, cuna de mi carrera médica, a los profesionales que allí laboran y que nos permitió la realización del presente trabajo.

A mi maestro y hermano Carlos Sebastián Chávez Sáenz, por enseñarme que con las antorchas de la fe y perseverancia vamos a conseguir lo que anhelamos.

Este trabajo está dedicado a mi esposa, Carmen Sagástegui Medina y nuestra hija María Alejandra por permitirme realizar mi sueño y por su apoyo incondicional.

A la memoria de mi padre, Misael Abanto Rojas, quién siempre nos inculcó la importancia del estudio, además de valores como la honradez, la fraternidad, el respeto, la serenidad y el amor.

A mis hermanos por su ejemplo de perseverancia, por su motivación constante de realizar grandes proyectos y por que siempre estamos unidos.

Y muy especialmente a mi madre, Flor de María Marín Sánchez por su infinito amor, paciencia, seguridad, ayuda desinteresada, deseo de progreso para sus hijos y por que, gracias a Dios, tenemos la mejor mamá del universo.

***“TÚ ERES LO QUE TU DESEO MÁS PROFUNDO ES; ASÍ COMO ES TU
DESEO ES TU INTENCIÓN; ASÍ COMO ES TU INTENCIÓN ES TU
VOLUNTAD; ASÍ COMO ES TU VOLUNTAD SON TUS ACTOS; ASÍ COMO SON
TUS ACTOS ES TU DESTINO”***

(UPANISHAD)

ÍNDICE

CAPÍTULO I:

DATOS GENERALES

Título	8
Área de Investigación	8
Autor responsable del proyecto	8
Asesor	8
Institución	8
Entidades o Personas con las que se coordinará el proyecto	8
Duración	8
Clave del proyecto	8

CAPÍTULO II:

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

Planteamiento del problema	9
Descripción del problema	9
Antecedentes del problema	10
Fundamentos	12
Marco Teórico	12
Marco Referencial	19
Formulación del Problema	19
Hipótesis	19
Hipótesis general	19
Hipótesis específicas	20
Objetivos de la Investigación	20
Objetivo General	20
Objetivos específicos	21
Evaluación del Problema	21
Justificación e Importancia del Problema	23
Justificación Legal	23
Justificación Teórico – Científico	23
Justificación Práctica	23

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Tipo de estudio	24
Diseño de investigación	24
Población investigada	24
Criterios de inclusión	24
Criterios de exclusión	24
Muestra de estudio	24
Diseño muestral	24
Unidad muestral	24
Marco muestral	24
Obtención de la muestra	25
Variables de estudio	26
Independientes	26
Dependiente	26
Intervinientes	26
Operacionalización de las Variables	27
Definiciones operacionales	27

Conducta suicida	27
Edad	27
Sexo	27
Pérdidas afectivas	27
Depresión	27
Enfermedades físicas	27
Antecedentes de consumo de alcohol	27
Pobreza	27
Técnica y Método del Trabajo	28
Tareas específicas para el logro de resultados y recolección de datos	
Proceso de captación de los datos	28
Pasos en captación de datos	28
Medición de la depresión y la pobreza	29
Procesamiento y Análisis de Datos	29
CAPÍTULO IV:	
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	
Plan de Acciones	30
Asignación de Recursos	31
Recursos Humanos	31
Recursos Materiales	31
Presupuesto o Costo del Proyecto	31
Cronograma de Actividades	32
Control y Evaluación del Proyecto	32
CAPÍTULO V:	
ANEXOS	
Definición de Términos	33
Ficha de Recolección de Datos	34
CAPÍTULO VI:	
RESULTADOS	
Variables en estudio	35
Características cualitativas de la muestra	36
Características cuantitativas de la muestra	38
Prevalencia de conducta suicida, según grupos de edad y género	39
Prevalencia de conducta suicida, según pérdidas afectivas	41
Prevalencia de conducta suicida, según grados de depresión	42
Prevalencia de conducta suicida, según presencia de enfermedades físicas	43
Prevalencia de conducta suicida, según consumo de alcohol	44
Prevalencia de conducta suicida, según grado de pobreza ...	45
CAPÍTULO VII:	
DISCUSIÓN	46
CAPÍTULO VIII	
CONCLUSION	49
CAPÍTULO IX	
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

PREVALENCIA DE CONDUCTA SUICIDA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN UNA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DE LA CIUDAD DE CAJAMARCA

AUTOR: Dr. ROGER ALEJANDRO ABANTO MARÍN
ASESOR: Dr. CÉSAR TIPACTI ALVARADO

RESUMEN:

La conducta suicida constituye un problema de salud que va en aumento en el mundo y también en nuestro país por lo que debe tomarse en serio, es especial en los jóvenes; de allí la importancia de conocer la prevalencia y los factores de riesgo asociados en una población universitaria.

Se realizó la recolección de datos de una muestra de 603 estudiantes de la Universidad Nacional de Cajamarca durante el mes de agosto del 2004. Además de determinar la prevalencia de conducta suicida, nuestros objetivos fueron conocer el grado de asociación directa entre edad, sexo, pérdidas afectivas, depresión, presencia de enfermedades físicas, antecedentes de consumo de alcohol, pobreza y la conducta suicida.

Se obtuvieron los siguientes resultados: el 18 % de las personas encuestadas presentaron conducta suicida; es decir, tuvieron ideación, gestos o intentos suicidas en los últimos seis meses. Se observó que la prevalencia se incrementa conforme aumenta la edad, desde el 18,5 % en el primer grupo de edad (de 15 a 20 años) hasta el 33 % en el grupo de edad 4 (de 36 a 40 años). Además en el género femenino predomina la conducta suicida con un 64 % comparado con el 36 % en el género masculino. La conducta suicida aumenta si hay pérdidas afectivas; el mayor porcentaje se obtuvo con una pérdida afectiva (45,4 % de conducta suicida). También se observó que en la depresión menor hay un porcentaje de conducta suicida del 34,3 % y en la depresión mayor hay un porcentaje de conducta suicida del 47,2 %, siendo altamente significativo. El 56,5 % de los que presentaron conducta suicida tenían antecedentes de enfermedades físicas, comparado con el 43 % de los que no las tuvieron. El porcentaje de conducta suicida en los que consumieron alcohol fue del 85,2 % comparado con el 14,8 % en lo que no consumieron. Finalmente en las personas con pobreza moderada se presenta el mayor porcentaje de conducta suicida (34,3 %), lo cual es muy significativo.

Palabras claves: conducta suicida, prevalencia, factores de riesgo.

CAPÍTULO I:

DATOS GENERALES

1.1. Título:

“PREVALENCIA DE CONDUCTA SUICIDA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN UNA POBLACIÓN UNIVERSITARIA DE LA CIUDAD DE CAJAMARCA”

1.2. Área de Investigación:

PSIQUIATRÍA

1.3. Autor responsable del proyecto:

DR. ROGER ALEJANDRO ABANTO MARÍN

1.4. Asesor:

DR. CÉSAR TIPACTI ALVARADO

1.5. Institución:

HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

1.6. Entidades o Personas con las que se coordinará el proyecto:

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
DR. GUSTAVO VASQUEZ-CAICEDO N.
DR. JORGE JACINTO HEREDIA
DR. ETHEL BAZAN
LIC. ENF. DIORGA NÉLIDA MEDINA HOYOS
LIC. ENF. CARMEN JOSEFINA SAGÁSTEGUI MEDINA**

1.7. Duración:

2 AÑOS

1.8. Clave del proyecto:

CONDUCTA SUICIDA

CAPÍTULO II:

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

2.1. Planteamiento del problema

2.1.1 Descripción del problema

La conducta suicida abarca la ideación suicida, los gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado (1).

Cualquier conducta debe considerarse como alto riesgo futuro. Este fenómeno va en aumento en todos los países según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre todo los países de alto desarrollo tecnológico, donde las causas más importantes de muerte son las llamadas "enfermedades del desarrollo" (cardiovasculares, cerebrovasculares, accidentes, etcétera) con incremento del suicidio en un 15 % en dichos países, convirtiéndose en segunda causa la muerte entre individuos menores de 35 años (3).

Todos los pensamientos y los comportamientos suicidas, ya se trate de gestos o de tentativas, deben ser tomados en serio (1).

También, cualquier acto o amenaza suicidas deben tomarse en cuenta. El 20 por ciento de las personas que intentan suicidarse repite el intento en el plazo de un año. Por ello, todas las personas que realizan gestos suicidas o que intentan suicidarse necesitan ser tratadas. Cerca del 10 por ciento de todos los intentos de suicidio resultan mortales (1).

En general, los que se suicidan están deprimidos y por ende el paso práctico más importante para prevenir el suicidio es diagnosticar y tratar correctamente la depresión. Sin embargo, el riesgo de suicidio se incrementa cerca del comienzo del tratamiento de la depresión, cuando la persona se vuelve más activa y decidida pero aún sigue deprimida (7).

Un buen cuidado psiquiátrico y social después de un intento de suicidio es el mejor modo de prevenir nuevos intentos de suicidio. Como mucha gente que

se suicida ya había previamente intentado hacerlo, se debe realizar un asesoramiento psiquiátrico inmediatamente después del intento. El asesoramiento ayuda al médico a identificar los problemas que contribuyeron al acto y a planear un tratamiento apropiado (8).

Si consideramos que la conducta suicida es un problema de salud pública es importante conocer la prevalencia y los factores de riesgo en la población universitaria de la ciudad de Cajamarca, para la toma de decisiones en relación a la prevención y promoción de la salud y a una mejor calidad de vida de los estudiantes.

2.1.2 Antecedentes del problema.

Actualmente la mayoría de investigadores de las sociedades occidentales considera que la conducta suicida es un fenómeno complejo, con factores psicológicos, biológicos y sociales asociados. La conducta constituye un fenómeno tan antiguo como la humanidad misma. Se hace referencia a éste en obras de las civilizaciones más antiguas. Su práctica se ha hecho más frecuente según se ha avanzado hacia el progreso, hacia la modernización. La Organización Mundial de la Salud reporta alrededor de 500 000 muertes cada año, con un estimado de 1110 suicidios cada día; produciéndose, a la vez, entre 10 y 20 intentos por cada uno. Éstas son cifras conservadoras, pues por múltiples razones en diferentes países existe la tendencia a no reconocerlos y publicarlos (6).

Como las estadísticas de suicidio se basan principalmente en los certificados de defunción y en las pesquisas judiciales, existe seguramente una subestimación de la verdadera incidencia. Aun así, el suicidio se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte. El suicidio es la causa del 30 por ciento de las muertes entre los estudiantes universitarios y del 10 por ciento de las muertes en personas entre 25 y 34 años. Es la segunda causa de muerte entre los adolescentes. Sin embargo, más del 70 por ciento de las personas que se suicidan son mayores de 40 años y la frecuencia aumenta dramáticamente en los mayores de 60 años, sobre todo en los varones. Las tasas de suicidio son mayores en las áreas urbanas que en las rurales (6).

En contraste, los intentos de suicidio son más frecuentes antes de llegar a la mediana edad. Los intentos de suicidio son particularmente frecuentes entre las adolescentes solteras y entre los solteros alrededor de los 30 años. Aunque las mujeres intentan suicidarse con una frecuencia tres veces mayor que los hombres, éstos consuman el suicidio en una proporción cuatro veces mayor que ellas (4).

Las personas casadas tienen menos probabilidades de intentar o de llevar a cabo un suicidio que las personas separadas, divorciadas o viudas que viven solas. Los suicidios son más frecuentes entre los familiares de quienes han realizado un intento o se han suicidado (4).

El suicidio ocurre con menos frecuencia entre los miembros practicantes de grupos religiosos (particularmente los católicos). Sin embargo, la afiliación religiosa y las creencias profundas no impiden necesariamente la realización de actos suicidas por motivos de frustración, ira y desesperación, especialmente cuando se acompañan de sentimientos de culpabilidad o de indignidad (15).

Las tasas de suicidio entre abogados, dentistas, médicos (especialmente del sexo femenino) y personal militar son mayores que en la población general. La intoxicación con fármacos es una forma frecuente de suicidio entre los médicos, posiblemente porque pueden obtener los fármacos con facilidad y saben cuál es la dosis letal (12).

Una de cada seis personas que se suicida deja una nota escrita (13).

En Perú, un estudio realizado en el distrito de Magdalena, Lima en 1996 encontró importantes indicadores suicidas en adolescentes, estando presente la ideación en un 16,1% de la muestra y con un 3% que había intentado suicidarse alguna vez. Otro estudio epidemiológico encontró deseos de morir en algún momento entre el 16% y 24,4% de adolescentes de las localidades estudiadas, siendo más altas en las urbano populares (urbano populares: distritos del Rímac, Santa Anita; urbano: Magdalena). En adultos un estudio realizado en la urbanización popular Los Angeles

del distrito del Rímac encontró una prevalencia de ideas e intentos suicidas de 6,5 y 8,4% respectivamente (14,15)

En el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental del 2002, Saavedra, J. y Cols. encontraron que un 30,3% de la población adulta alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, un 8,5% lo ha considerado en el último año y un 3,5% en el último mes. En cuanto a los motivos por los cuales las personas piensan o intentan quitarse la vida resaltan los problemas con la pareja, luego problemas económicos y en tercer lugar problemas con los padres (18)

No se tiene un indicador de prevalencia de conducta suicida en la población de la Universidad Nacional de Cajamarca – Perú. Estos hechos impiden una adecuada toma de decisiones en relación a la prevención, promoción y control de la conducta suicida.

2.1.3 Fundamentos

2.1.3.1. Marco Teórico

Definimos ideación suicida como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinflingida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir (1).

Según las investigadoras Medina Mora y González Forteza, señalan que el suicidio puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte autoinflingida es decir con el suicidio consumado. Consideran además que ese proceso podría truncarse si se detiene es decir si se descubre desde su primera fase.

El comportamiento suicida abarca la ideación suicida, los gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado. Los planes de suicidio y las acciones que tienen pocas posibilidades de

llevar a la muerte son llamados gestos suicidas. Las acciones suicidas con intención de muerte pero que no logran su propósito se llaman intentos de suicidio. Algunas personas que intentan suicidarse son descubiertas a tiempo y salvadas. Otras personas que intentan suicidarse tienen sentimientos contradictorios acerca de la muerte y el intento puede fallar porque en realidad es una petición de ayuda combinada con un fuerte deseo de vivir. Finalmente, un suicidio consumado tiene como resultado la muerte. Todos los pensamientos y los comportamientos suicidas, ya se trate de gestos o de tentativas, no son un juego (1).

El comportamiento autodestructivo puede ser directo o indirecto. Los gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado son ejemplos de comportamiento autodestructivo directo. El comportamiento autodestructivo indirecto implica la participación, generalmente de modo repetido, en actividades peligrosas sin que exista una intención consciente de morir. Ejemplos de comportamiento autodestructivo indirecto incluyen el abuso del alcohol y de las drogas, el abuso del tabaco, el comer con exceso, el descuido de la propia salud, la automutilación, el conducir un vehículo de modo temerario y el comportamiento criminal (2,4). De las personas con comportamiento autodestructivo indirecto se dice que tienen un “deseo de muerte”, pero generalmente existen muchas razones para ese comportamiento (9).

La conducta suicida generalmente resulta de la interacción de varios factores: (13)

Trastornos mentales (fundamentalmente depresión y abuso de sustancias).

Factores sociales (desilusión, pérdida y ausencia de apoyo social).

Trastornos de la personalidad (impulsividad y agresión).

Una enfermedad orgánica incurable.

Más de la mitad de la gente que se suicida está deprimida (17). Los problemas matrimoniales, una relación amorosa rota o problemática o una reciente pérdida personal (particularmente entre las personas de edad avanzada) pueden precipitar la depresión. A menudo, un factor como la ruptura de una relación personal, se considera la gota que desborda el vaso (18). La depresión combinada con una enfermedad orgánica puede llevar a intentar el suicidio. Una minusvalía física, especialmente si es crónica o dolorosa, tiene mayor probabilidad de acabar en un suicidio consumado. La enfermedad orgánica, especialmente aquella que es grave, crónica y dolorosa, tiene un papel importante en cerca del 20 por ciento de los suicidios entre las personas de edad avanzada (16).

El suicidio es a menudo el acto final de una serie de comportamientos autodestructivos. El comportamiento autodestructivo es especialmente frecuente entre las personas con experiencias traumáticas en su niñez, especialmente las que padecieron abusos o negligencia o el sufrimiento de un hogar monoparental, quizás porque éstas son más propensas a tener mayores dificultades en establecer relaciones profundas y seguras. Los intentos de suicidio son más probables entre mujeres maltratadas, muchas de las cuales también sufrieron abusos de niñas (10).

El alcohol incrementa el riesgo de conducta suicida porque agrava los sentimientos depresivos y disminuye el autocontrol. Alrededor de la mitad de los que intentan el suicidio están intoxicados en el momento de hacerlo. Puesto que el alcoholismo por sí mismo, particularmente si hay ingestión exagerada de forma aguda, causa a menudo sentimientos profundos de remordimiento en los

periodos entre una ingestión y otra, los alcohólicos son particularmente propensos al suicidio incluso cuando están sobrios (9).

La autoagresión violenta puede ocurrir durante un cambio de humor hacia una depresión profunda pero transitoria. Los cambios de humor pueden estar causados por fármacos o por enfermedades graves. Una persona que está experimentando un cambio de su humor hacia la depresión es, con frecuencia, consciente sólo de modo parcial, y probablemente después, recuerde sólo vagamente su intento de suicidio (19). Los que padecen epilepsia, especialmente aquellos con epilepsia del lóbulo temporal, con frecuencia experimentan episodios depresivos breves pero intensos lo que, unido a la disponibilidad de fármacos para tratar su enfermedad, incrementa el factor de riesgo para la conducta suicida (7).

Además de la depresión, existen otros trastornos mentales que aumentan el riesgo de suicidio. Por ejemplo, los esquizofrénicos, particularmente los que también están deprimidos (un problema bastante frecuente en la esquizofrenia), son más propensos a intentar el suicidio que aquellos que no tienen dicho trastorno. Los métodos de suicidio que eligen los esquizofrénicos pueden ser insólitos y con frecuencia violentos (2). En la esquizofrenia los intentos de suicidio acaban generalmente en la muerte. El suicidio puede ocurrir en las primeras fases de la enfermedad y puede ser la primera indicación clara de que la persona padecía esquizofrenia (8).

Las personas con trastornos de la personalidad están también en riesgo de suicidarse, especialmente las inmaduras, con poca tolerancia a la frustración y que reaccionan al estrés de modo impetuoso con violencia y agresión (18). Estas personas pueden beber alcohol en exceso, abusar de drogas o cometer actos

criminales. La conducta suicida se exagera a veces por el estrés que inevitablemente conlleva la ruptura de relaciones problemáticas y las cargas que supone el establecer nuevas relaciones y estilos de vida. Otro aspecto importante en los intentos de suicidio es el método de la ruleta rusa, en el que la gente decide dejar que sea la suerte la que determine el desenlace (11).

Algunos individuos inestables encuentran emocionantes las actividades peligrosas que implican flirtear con la muerte, como conducir un vehículo de modo temerario o los deportes peligrosos (12)

El método escogido por una persona para suicidarse es a menudo determinado por la disponibilidad y por los factores culturales. También puede reflejar la seriedad del intento, puesto que algunos métodos, como saltar desde un edificio alto, hacen que sea virtualmente imposible sobrevivir, mientras que otros, como la sobredosis farmacológica, dejan abierta la posibilidad del rescate. Sin embargo, el usar un método que demuestra no ser mortal no indica necesariamente que el intento de la persona es menos serio (14).

La sobredosis de fármacos es el método usado con más frecuencia en los intentos de suicidio. Dado que los médicos no prescriben barbitúricos a menudo, ha descendido el número de sobredosis con estos fármacos; sin embargo, está aumentando el número de sobredosis con otros fármacos psicotrópicos como los antidepresivos. La sobredosis de aspirina ha descendido desde más del 20 por ciento de los casos hasta aproximadamente el 10 por ciento. En cerca del 20 por ciento de los suicidios se usan dos métodos o más o una combinación de fármacos, lo que aumenta el riesgo de muerte (14).

Entre los suicidios consumados, el arma de fuego es el método más usado en los países donde su tenencia es legal. Es un método

usado predominantemente por niños y varones adultos. Las mujeres son más propensas a usar métodos no violentos, como el envenenamiento (o la intoxicación farmacológica) y la inmersión, aunque en los últimos años han aumentado los suicidios por arma de fuego entre las mujeres. Los métodos violentos, como las armas de fuego o los ahorcamientos, son poco utilizados por aquellas personas que sólo quieren llamar la atención porque generalmente conducen a la muerte (14).

Un acto suicida a menudo contiene evidencias de agresión hacia otros, como puede verse en los asesinatos seguidos por un suicidio y en la alta incidencia de suicidios entre los prisioneros que cumplen condena por crímenes violentos (15).

Aunque a veces un suicidio consumado o un intento de suicidio se presenta como algo totalmente sorpresivo o chocante, incluso para los familiares cercanos, los amigos y los compañeros, generalmente existen signos premonitorios. En general, los que se suicidan están deprimidos y por ende el paso práctico más importante para prevenir el suicidio es diagnosticar y tratar correctamente la depresión.

Mucha gente que intenta suicidarse es llevada todavía inconsciente a un servicio de urgencias. Cuando se sabe que una persona ha tomado una sobredosis de un fármaco o de un veneno, el médico sigue los siguientes pasos: (4)

Retirar la máxima cantidad posible del fármaco o del veneno del cuerpo de la persona, tratando de impedir su absorción y acelerando su excreción.

Controlar los signos vitales y tratar los síntomas para mantener a la persona viva. Administrar un antídoto si se conoce exactamente el fármaco que ha sido ingerido y si existe ese antídoto.

Aunque por lo general las personas se encuentran físicamente bastante bien para

ser dadas de alta tan pronto se haya tratado la lesión, a menudo son hospitalizadas para recibir asesoramiento y tratamiento psiquiátrico. Durante la valoración psiquiátrica, la persona puede negar todo problema. Con bastante frecuencia, la depresión grave que condujo al acto suicida es seguida por un período corto de mejoría del humor, así que raras veces se producen nuevos intentos suicidas inmediatamente después del inicial. Sin embargo, el riesgo de otro intento de suicidio es alto a menos que sean resueltos los problemas de la persona (6).

Existen variaciones tanto en el tiempo de estancia en el hospital como en el tipo de tratamiento requerido. El enfermo psiquiátrico grave generalmente es ingresado en la unidad psiquiátrica del hospital para un control de forma continuada hasta que se resuelvan los problemas que lo han inducido al suicidio o hasta que tenga capacidad de afrontarlos. En caso de necesidad, se puede mantener al paciente en el hospital aun en contra de sus deseos porque representa un peligro para sí mismo o para otros (8).

Un suicidio consumado tiene un fuerte impacto emocional en cualquier persona implicada. La familia de la persona, sus amistades y su médico pueden sentirse culpables, avergonzados y con remordimientos por no haber podido evitar el suicidio. También pueden sentir ira contra la persona que se ha suicidado. Finalmente, se dan cuenta de que no podían estar al corriente de todo o de que no son todopoderosos y que el suicidio, la mayoría de las veces, no puede impedirse (5).

Un intento de suicidio tiene un impacto similar. Sin embargo, los que son más cercanos a la persona tienen la oportunidad de calmar sus conciencias respondiendo a la llamada de ayuda de ésta (10).

2.1.3.2 Marco Referencial

El estudio permitirá estimar la prevalencia de Conducta Suicida y proporcionará conocimientos sobre su relación con los factores de riesgo en la población de una universidad de Cajamarca.

Tiene relevancia social, debido a que la conducta suicida es un problema de salud pública cuya prevalencia fluctúa entre el 0.5 y el 1%, asociándose a múltiples factores como la edad, el sexo, pérdida de relaciones afectivas, trastornos mentales (depresión), enfermedades físicas, consumo de alcohol, y la pobreza.

2.1.4. Formulación del Problema

¿Cuál es la relación que existe entre la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en la población de la Universidad Nacional de Cajamarca?

2.2 Hipótesis

2.2.1. Hipótesis general:

H₁: Existe una relación positiva entre la prevalencia de conducta suicida y la presencia de factores de riesgo en los casos diagnosticados en la Universidad Nacional de Cajamarca.

2.2.2. Hipótesis específicas:

H1: A mayor edad, más elevada será la prevalencia de conducta suicida en la Universidad Nacional de Cajamarca.

H2: A mayores personas de sexo femenino, más elevada será la prevalencia de conducta suicida en la Universidad Nacional de Cajamarca.

H3: A mayores pérdidas afectivas, más elevada será la prevalencia de conducta suicida en la Universidad Nacional de Cajamarca.

H4: A mayor depresión, más elevada será la prevalencia de conducta suicida en la Universidad Nacional de Cajamarca.

H5: A mayores enfermedades físicas, más elevada será la prevalencia de conducta suicida en la Universidad Nacional de Cajamarca.

H6: A mayores antecedentes de consumo de alcohol, más elevada será la prevalencia de conducta suicida en la UNC.

H7: A mayor nivel de pobreza, más elevada será la prevalencia de conducta suicida en la UNC.

2.3 Objetivos de la Investigación

2.3.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de Conducta Suicida en la población universitaria de la ciudad de Cajamarca.

2.3.2 Objetivos específicos:

Determinar el grado de asociación directa entre la edad y la prevalencia de conducta suicida en la población de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Determinar el grado de asociación directa entre el sexo y la conducta suicida en la población de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Determinar el grado de asociación directa entre las pérdidas afectivas y la conducta suicida en la población de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Determinar el grado de asociación directa entre la depresión y la conducta suicida en la población de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Determinar el grado de asociación directa entre las enfermedades físicas y la conducta suicida en la población de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Determinar el grado de asociación directa entre los antecedentes de consumo de alcohol y la conducta suicida en la población de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Determinar el grado de asociación directa entre la pobreza y la conducta suicida en la población de la Universidad Nacional de Cajamarca.

2.4 Evaluación del Problema

El suicidio se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte. El suicidio es la causa del 30 por ciento de las muertes entre los estudiantes universitarios y del 10 por ciento de las muertes en personas entre 25 y 34 años. Es la segunda causa de muerte entre los adolescentes. Sin embargo, más del 70 por ciento de las personas que se suicidan son mayores de 40 años y la frecuencia aumenta dramáticamente en los mayores de 60 años, sobre todo en los varones. Las tasas de suicidio son mayores en las áreas urbanas que en las rurales (6).

En contraste, los intentos de suicidio son más frecuentes antes de llegar a la mediana edad. Los intentos de suicidio son particularmente frecuentes entre las adolescentes solteras y entre los solteros alrededor de los 30 años. Aunque las mujeres intentan suicidarse con una frecuencia tres veces mayor que los hombres, éstos consuman el suicidio en una proporción cuatro veces mayor que ellas (3).

Los suicidios son más frecuentes entre los familiares de quienes han realizado un intento o se han suicidado (4).

El suicidio ocurre con menos frecuencia entre los miembros practicantes de grupos religiosos, que generalmente se apoyan en sus creencias, tienen lazos sociales cercanos que les protegen de la autodestrucción y además tienen prohibido por sus creencias el cometer tal acto. Sin embargo, la afiliación religiosa y las creencias profundas no impiden necesariamente la realización de actos suicidas por motivos de frustración, ira y desesperación, especialmente cuando se acompañan de sentimientos de culpabilidad o de indignidad (3).

Más de la mitad de la gente que se suicida está deprimida. La depresión combinada con una enfermedad orgánica puede llevar a intentar el suicidio. La enfermedad orgánica, especialmente aquella que es grave, crónica y dolorosa, tiene un papel importante en cerca del 20 por ciento de los suicidios en personas de edad avanzada (4).

El alcohol incrementa el riesgo de conducta suicida porque agrava los sentimientos depresivos y disminuye el autocontrol. Alrededor de la mitad de los que intentan el suicidio están intoxicados en el momento de hacerlo. Puesto que el alcoholismo por sí mismo, particularmente si hay ingestión exagerada de forma aguda, causa a menudo sentimientos profundos de remordimiento en los periodos entre una ingestión y otra, los alcohólicos son particularmente propensos al suicidio incluso cuando están sobrios (6).

2.5 Justificación e Importancia del Problema

2.5.1 Justificación Legal

El presente proyecto de investigación científica no rompe las reglas y normas actuales de investigación, no ha sido presentado ni publicado en congresos, eventos científicos ni revistas. Además el conocimiento de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en una población universitaria de Cajamarca permitirá la acción conjunta intersectorial Salud-Justicia para en caso de la detección de un paciente de alto riesgo que no asuma las responsabilidades que le sugieren los profesionales de salud, sean referidos a la fiscalía del lugar.

2.5.2 Justificación Teórico – Científico

Incrementar el conocimiento de los factores de riesgo que intervienen en la conducta suicida, los que se pueden generalizar o inferir en la población universitaria de Cajamarca con similares características.

2.5.3 Justificación Práctica

El conocimiento del grado de relación de los factores de riesgo asociados a la prevalencia de conducta suicida en la población de la Universidad Nacional de Cajamarca, nos permitirá la modificación de los mismos, logrando de esta manera su prevención y control.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

El estudio realizado fue de tipo transversal y analítico.

3.2 Diseño de investigación

Población investigada:

Este estudio fue realizado en la Universidad Nacional de Cajamarca – Perú, en personas que han ingresado hasta julio del 2005, registrándose 5 632 estudiantes.

Criterios de inclusión:

Personas que han ingresado en al Universidad Nacional de Cajamarca hasta julio del 2005.

Edad: Cualquier edad.

Sexo: ambos sexos.

Personas con conducta suicida presente o antigua.

Criterios de exclusión:

Personas que no cumplan con los criterios de inclusión.

3.3 Muestra de estudio

Diseño muestral:

Unidad muestral:

La Unidad muestral fue las personas con conducta suicida presente o antigua en la Universidad Nacional de Cajamarca hasta julio del 2005.

Marco muestral:

El marco muestral estuvo constituido por todos los estudiantes que han ingresado en la Universidad Nacional de Cajamarca hasta julio del 2005.

Obtención de la muestra:

Según estudios se sabe que la conducta suicida tiene una prevalencia de aproximadamente el 1%. El grado de confianza que tuvo la muestra fue del 95% y el error de fluctuación del 0,0075. El valor de este error se toma con el fin de encontrar un mayor número de personas con conducta suicida y de esta manera encontrar factores relacionados.

Entonces el tamaño fue:

Datos:

$$N = 5\ 632 \quad Z = 1.96$$

$$p = 0,01 \quad E = 0,0075$$

$$q = 0,99$$

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N-1)E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.01) (0.99) (5632)}{(5632 - 1) (0,0075)^2 + (1.96)^2 (0.01)(0.99)}$$

$$n = 603 \text{ personas}$$

Los 603 sujetos de la muestra fueron obtenidos en forma aleatoria, durante el mes de julio del 2005.

3.4 Variables de estudio

3.4.1 Independientes

Edad

Sexo

Pérdidas afectivas

Depresión

Enfermedades físicas

Antecedentes de consumo de alcohol

Pobreza.

3.4.2 Dependiente

Conducta suicida

3.4.3 Intervenientes

Estado civil

Procedencia

3.5 Operacionalización de las Variables

Definiciones operacionales:

CONDUCTA SUICIDA:

Presente: SÍ.

Respuesta afirmativa a todo acto pasado o presente de pensamientos, sentimientos e intentos de morir.

Ausente: NO.

Cuando la persona niega cualquier acto pasado o presente de pensamientos, sentimientos o intentos de morir.

EDAD: Se consideraron los siguientes grupos etéreos:

15 – 20

21 – 25

26 – 30

31 – 35

36 – 40

mayores de 40 años

SEXO (género)

Masculino o Femenino.

PERDIDAS AFECTIVAS: 0, 1, 2 ó >2

DEPRESION: Según el Test de Hamilton, se consideró:

Normal: TH de 0 a 10

Depresión menor: TH de 11 a 20.

Depresión mayor: TH de 21 a 30.

ENFERMEDADES FÍSICAS:

Presentes: Sí; Ausentes: No

ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL:

Presentes: Sí; Ausentes: No

POBREZA.

No pobreza

Pobreza 3

Pobreza 2

Pobreza 1 (extrema pobreza)

3.6 Técnica y Método del Trabajo

Durante el mes de Agosto del 2005, se procedió a reconocer la cantidad total de estudiantes (antiguos y recién ingresantes) de la Universidad Nacional de Cajamarca hasta el 31 de julio del 2005 en la base de datos del centro de informática de dicha institución. Luego, una vez que establecimos la muestra de 603 personas al azar, procedimos a ubicarlas y aplicarles la ficha de recolección de datos (ver anexo). Contamos con la participación de dos enfermeras, una de las cuales es profesora principal y de post-grado de dicho centro superior de estudios.

3.7 Tareas específicas para el logro de resultados y recolección de datos

Proceso de captación de los datos

Para la captación de los datos se utilizó una *ficha* con el fin de recolectar todas las variables en estudio, descritas anteriormente, facilitar el manejo de las mismas y comprender mejor las características de los factores de riesgo de la conducta suicida.

A todas las personas seleccionadas de acuerdo con la muestra, se les invitó a participar en el estudio, informándoles de la naturaleza de éste y luego de su aceptación, se les formuló las preguntas de la FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS, instándolas a responder con veracidad y asegurándoles la debida privacidad.

Pasos en captación de datos

Paso 1: Determinar las variables del estudio:

Variable dependiente: Prevalencia de conducta suicida.

Variable independiente: Factores de riesgo (edad, sexo, pérdidas afectivas, depresión, enfermedades físicas, antecedentes de consumo de alcohol y pobreza)

Paso 2: Desarrollar el instrumento a medir.

Paso 3: Autoaplicación de la ficha de recolección de datos a las personas seleccionadas.

Para la medición de la depresión, las pérdidas afectivas, los antecedentes de consumo de alcohol y la presencia de enfermedades físicas, así como la presencia de conducta suicida, se estableció como parámetro temporal los *seis meses previos*.

Medición de la depresión y la pobreza.

A cada una de las personas seleccionadas se le aplicó la ficha de recolección de datos. En ésta, se presenta el test de Hamilton para la depresión que fue heteroaplicada en un tiempo no mayor de 30 minutos. El grado de depresión se midió en base al puntaje obtenido; así, si la puntuación estaba entre cero y diez, se consideró ausente de depresión, si la puntuación estaba entre once y veinte, entonces se consideró depresión menor y si la puntuación se encontraba entre veintiuno y treinta, se trataba de una depresión mayor.

La pobreza se estimó de acuerdo al ingreso mensual promedio en nuevos soles y se dividió por el total de miembros que conforman la familia. Los resultados se compararon en la tabla de pobreza (propuesta por Ethel Bazán y Cols.), determinándose: pobreza 1 o extrema pobreza (de 100 a 200 soles), pobreza 2 (de 201 a 300 soles), pobreza 3 (de 301 a 400 soles) y no pobreza (de 401soles a más).

3.8 Procesamiento y Análisis de Datos

Para el procesamiento de la información se utilizó el sistema mecanizado, elaborándose una base de datos en Excel para el formulario. Previamente se realizó una revisión de los formularios que fueron obtenidos con el fin de estudiar la calidad de la información.

Para el análisis de los datos se utilizó el software SPSS ver. 12.0, que facilitó el procesamiento, la emisión de los resultados y el cruce de las tablas de contingencia, empleándose inicialmente porcentajes, prevalencias, medidas de tendencia central y dispersión.

Se estimaron también intervalos de confianza exactos al 95%. Se utilizó la prueba Chi cuadrado de tendencias (X^2_{tend}) con las variables categóricas. Se realizó la prueba de diferencias de medias en aquellas variables continuas que tuvieron una distribución normal y se construyó un modelo explicativo usando la regresión logística no condicional, estimando como medida de efecto la razón de momios (RM), con intervalos de confianza de 95% (IC95%) y calculando el valor de “p” (significación estadística) para la participación de cada variable en el modelo.

CAPÍTULO IV:

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Plan de Acciones

Para la realización del presente Proyecto de Investigación científica, se tuvo en cuenta el siguiente plan de acciones:

Empíricamente, habíamos observado un incremento del síndrome de conducta suicida (F91.5 según el CIE X) en el Hospital Psiquiátrico Víctor Larco Herrera.

Sin embargo, pensamos hacer un estudio en una población más extensa, no hospitalaria, de corte epidemiológico, para determinar qué porcentaje de esa población presentaba el cuadro y qué factores de riesgo lo acompañaban.

Para ello, usamos la metodología del Marco Lógico:

Asumimos que existe un alto índice de síndrome de conducta suicida; El MINSA a través de la ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ tiene como uno de sus objetivos la disminución del índice de suicidio a través de la identificación temprana de la psicopatología del síndrome y la prevención. Ante esto, el alto índice de síndrome de conducta suicida es un problema relacionado con los lineamientos de la institución.

Tomamos como área posible afectada la Universidad Nacional de Cajamarca por dos razones: una que es la casa de estudios de pre-grado del autor del presente estudio y dos porque tenía más acceso a los datos.

Vimos la gravedad del problema, pues los intentos de suicidio constituyen un factor de riesgo para el suicido consumado posterior, además de otros factores relacionados. Además Existe apoyo económico, social y político para formular el proyecto de salud. Así, estudiamos las causas y efectos del problema.

Fuimos un equipo de profesionales que realizamos las acciones según lo programado en nuestro cronograma y realizamos reuniones de trabajo cada mes.

4.2 Asignación de Recursos

4.2.1 Recursos Humanos

Dr. Roger Alejandro Abanto Marín
Dr. César Tipacti Alvarado
Dr. Gustavo Vasquez-Caicedo N.
Dr. Jorge Jacinto Heredia
Dr. Ethel Bazan
Lic. Enf. Diorga Nélica Medina Hoyos
Lic. Enf. Carmen Josefina Sagástegui Medina
Diez estudiantes de la Universidad Nacional de Cajamarca

4.2.2 Recursos Materiales

Computadora con software SPSS versión 12 en castellano
Impresora
Mesa de reuniones y escritorio
Material didáctico: pizarra acrílica, plumones indelebles, borrador, lápices, lapiceros, papel.
Cuadernos de borradores, disketes, CDs, USBs
Bibliografía actualizada
Fichas de recolección de datos
Archivadores
Movilidad permanente

4.3 Presupuesto o Costo del Proyecto

El presupuesto se hizo de acuerdo a las actividades y a las reuniones mensuales, así:

Pago de asesor: 500 dólares
Pago de enfermeras: 500 dólares cada una (total: 1000 dólares)
Material didáctico: 200 dólares
Bibliografía: 300 dólares
Movilidad: 500 dólares
Pago a los recolectores de datos, total: 500 dólares

El costo total del Proyecto: 3 000 dólares, fue asumido por el autor.

4.4 Cronograma de Actividades

2003 – 2004

Actividades	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set
Elaboración Proyecto	X	X	X									
Recursos humanos	X	X	X	X	X	X						
Recursos materiales	X				X		X				X	X
Asesoría	X	X	X							X		
Coordinación con UNC	X											X

2004 – 2005

Actividades	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set
Revisión proyecto	X	X					X	X	X			
Recolección de datos										X	X	
Análisis de datos											X	X
Resultados												X
Discusión y sugerencias												X
Correcciones												X

Además, durante el mes de Febrero del 2006, se solicitó la opinión sobre el trabajo a los doctores Gustavo Vásquez-Caicedo N. y Ethel Bazán, quienes dieron su visto bueno.

4.5 Control y Evaluación del Proyecto

El presente Proyecto ha sido objeto de control y evaluación en todo momento por el asesor, César Tipacti Alvarado. Además fue evaluado por el Doctor Gustavo Vásquez-Caicedo N. a partir del mes de febrero del 2006 dando su opinión favorable.

CAPÍTULO V:

ANEXOS

5.1. Definición de Términos

Con el fin de aclaración de conceptos y precisarlos se definió los siguientes términos:

CONDUCTA SUICIDA: definimos la conducta suicida como todo pensamiento, sentimiento o acción acerca de morir voluntariamente que está asociado a factores biológicos, psicológicos y sociales.

EDAD: La tasa de suicidio aumenta con la edad, lo cual señala la importancia de la crisis de la mediana edad.

SEXO: Los hombres consuman el suicidio con una frecuencia tres veces mayor que las mujeres, valor que se mantiene constante en todas la edades. Sin embargo, las mujeres lo intentan cuatro veces más que lo hombres.

PERDIDAS AFECTIVAS: Divorcio o separación del cónyuge, muerte del cónyuge, duelo por la pérdida de otro familiar o amigo íntimo, y otras pérdidas como quedar solo por la marcha del hogar de un familiar.

DEPRESIÓN: El riesgo de suicidio en los que tienen trastornos depresivos es del 15 % aproximadamente. Las personas con depresión delirante son los que tienen el riesgo más alto de suicidio.

ENFERMEDADES FÍSICAS: La relación entre el suicidio y la salud física es significativa. La atención médica previa aparece como un indicador de riesgo positivo para el suicidio. El 32 % de las personas que se suicidan habían recibido cuidados médicos en los 6 meses previos a su muerte. Los estudios postmortem demuestran que existe una enfermedad física en el 25 a 75 % de los suicidas.

ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL: Hasta el 15 % de los alcohólicos se suicidan. Alrededor del 80% de los alcohólicos que se suicidan son varones. Suelen ser blancos, de mediana edad, solteros, sin amigos, aislados socialmente y bebedores en ese momento. La conducta suicida se asocia a consumo previo de alcohol, sin necesidad de dependencia de alcohol como enfermedad.

POBREZA: El trabajo, en general, protege contra el suicidio. Se conoce que el desajuste financiero o la ruina económica son factores de riesgo para la conducta suicida.

5.2. Ficha de Recolección de Datos

DATOS PERSONALES

Fecha:..... Número de registro:.....
Apellidos y Nombres.....
Sexo: M() F()
Estado Civil: Soltero() Casado/conv() Divorciado/sep()
Viudo()
Procedencia: Urbana() Rural ()
Religión: Cristiana () No cristiana () Ninguna()
CONDUCTA SUICIDA: En los últimos seis meses, ¿ha tenido usted pensamientos, sentimientos o intentos de morir?
SÍ() NO()

FACTORES DE RIESGO

Nº de miembros en la familia (con los que vive):.....
PERDIDAS AFECTIVAS.....
ENFERMEDADES FÍSICAS: SÍ() NO()
ANTECEDENTES DE CONSUMO DE OH: SÍ() NO()
INGRESO (FAMILIAR) MENSUAL PROMEDIO:s/.....
TEST DE HAMILTON (modificado)
ANIMO DEPRIMIDO: (0)Ausente (1)Sólo a la pregunta
(2)Oral y espontáneo
(3)Expresión (4)Verbal y no verbal espontánea
CULPABILIDAD: (0)Ausente (1)creo haber decepcionado a la gente
(2)Ideas de culpa, pasadas y presentes
(3)Ideas delirantes de culpa
(4)Alucinaciones
INSOMNIO: (0)Ausente (1)Dificultad para iniciar o continuar el sueño, inquietud
(2)Está despierto durante la noche, todos los días
TRABAJO: (0)Ausente (1)Fatiga (2)Pérdida de interés
(3)Disminución de la productividad (4)Deja de trabajar
INHIBICIÓN: (0)Palabra y pensamiento normales (1)Ligero retraso (2)Evidente retraso (3)Diálogo difícil (4)Torpeza absoluta
ANSIEDAD: (0)No hay dificultad (1)Tensión e irritabilidad (2)Preocupaciones (3)Aprensivo (4)Terror
HIPOCONDRIA: (0)No la hay (1)Preocupado por su cuerpo (2)Preocupado por su salud (3)Se lamenta (4)Ideas delirantes hipocondriacas
PERDIDA DE PESO: (0)No hay (1)Probable (2)Pérdida de peso definida
INSIGHT: (0)Se da cuenta (1)Atribuye a otras causas (2)Niega que esté enfermo

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

Variables en estudio:

Las variables de interés del presente estudio fueron elaboradas de acuerdo con sus objetivos. Las variables de estudio fueron:

VARIABLE	INDICADOR	TIPO	ESCALA
Edad	Años	Cuantitativa	Razón
Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal dicotómica
Estado Civil	Soltero Casado/conviviente Divorciado/separado Viudo	Cualitativa	Nominal categórica
Pérdidas Afectivas	Número de pérdidas	Cuantitativa	Razón
Depresión	Puntuación	Cuantitativa	Intervalo
Procedencia	Urbano Rural	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Ingreso mensual	Nuevos Soles	Cuantitativa	Razón
Pobreza	Puntuación	Cuantitativa	Intervalo
Miembros En la familia	Número de miembros	Cuantitativa	Razón
Conducta Suicida	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Enfermedades Físicas	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Religión	Sin religión Cristiana No cristiana	Cualitativa	Nominal Categórica
Antecedentes de consumo de al- cohol	Si No	Cualitativa	Nominal

6.1. Características cualitativas de la muestra.

Se estudiaron 603 personas, el 49 % fueron del sexo masculino y el 51 % de sexo femenino; el 96,4 % fueron solteros, el 2,3 % casados o convivientes, el 1 % divorciados o separados y el 0,3 % fueron viudos; el 74,3 % de los estudiantes procedieron de la zona urbana y el 25,7 % de la zona rural; el 83,4 % son cristianos, el 14,6 son no cristianos y el 2 % no tienen religión. Además, el 20 % tuvieron enfermedades físicas en los últimos seis meses, mientras que el 80 % no las tuvieron; y el 27,7 % de la muestra tuvieron antecedentes de consumo de alcohol en los últimos seis meses comparado con el 72,3 % que no tuvieron antecedentes de consumo. Finalmente el 18 % de las personas encuestadas presentaron conducta suicida, es decir, tuvieron ideación, gestos o intentos suicidas en los últimos seis meses.

TABLA N° 1 Características cualitativas de la muestra

GENERO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MASCULINO	294	48,8	48,8	48,8
	FEMENINO	309	51,2	51,2	100,0
	Total	603	100,0	100,0	

ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SOLTERO	581	96,4	96,4	96,4
	CASADO/CONV.	14	2,3	2,3	98,7
	DIVOR/SEPARADO	6	1,0	1,0	99,7
	VIUDO	2	,3	,3	100,0
	Total	603	100,0	100,0	

PROCEDENCIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	URBANO	448	74,3	74,3	74,3
	RURAL	155	25,7	25,7	100,0
	Total	603	100,0	100,0	

RELIGIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CRISTIANA	503	83,4	83,4	83,4
	NO CRIST.	88	14,6	14,6	98,0
	NINGUNA	12	2,0	2,0	100,0
	Total	603	100,0	100,0	

ENFERMEDADES FÍSICAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SÍ	121	20,1	20,1	20,1
	NO	482	79,9	79,9	100,0
	Total	603	100,0	100,0	

CONSUMO DE ALCOHOL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	167	27,7	27,7	27,7
	NO	436	72,3	72,3	100,0
	Total	603	100,0	100,0	

CONDUCTA SUICIDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SÍ	108	17,9	17,9	17,9
	NO	495	82,1	82,1	100,0
	Total	603	100,0	100,0	

6.2. Características cuantitativas de la muestra

El promedio de edad de las 603 personas de la muestra fue de 24,42 ($\pm 6,36$), los miembros de la familia fueron en promedio 4,59 ($\pm 2,146$), las pérdidas afectivas fueron en promedio de 0,25 ($\pm 0,603$), el promedio del puntaje de depresión según el Test de Hamilton fue de 7,94 ($\pm 6,739$), el ingreso mensual en soles fue de 2289,27 soles en promedio ($\pm 1070,756$), el promedio del puntaje de pobreza fue de 506,7238 ($\pm 166,29001$). Ver tabla N° 2

TABLA N° 2. Características cuantitativas de la muestra

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD (AÑOS)	603	15	45	24,42	6,360
MIEMBROS DE LA FAMILIA	603	1	9	4,59	2,146
PÉRDIDAS AFECTIVAS	603	0	5	,25	,603
PUNTAJE DE DEPRESIÓN	603	0	30	7,94	6,739
INGRESO MENSUAL (SOLES)	603	150	4500	2289,27	1070,756
PUNTAJE DE POBREZA	603	150,00	1000,00	506,7238	166,29001
N válido (según lista)	603				

6.3. Prevalencia de Conducta Suicida, según grupos de Edad y Género.

En la tabla N° 3 se presenta la prevalencia de conducta suicida por edad y sexo. Se observa que la prevalencia se incrementa conforme aumenta la edad, desde el 18,5 % en el primer grupo de edad (de 15 a 20 años) hasta el 33 % en el grupo de edad 4 (de 36 a 40 años). Además en el género femenino predomina la conducta suicida con un 64 % comparado con el 36 % en el género masculino

TABLA Nº 3 Prevalencia de Conducta Suicida, según grupos de Edad y Género

Tabla de contingencia GRUPOS DE EDAD * CONDUCTA SUICIDA

		CONDUCTA SUICIDA		Total	
		SÍ	NO		
GRUPOS DE EDAD	1 (15-20)	Recuento	20	194	214
		% de CONDUCTA SUICIDA	18,5%	39,2%	35,5%
	2 (21-25)	Recuento	14	131	145
		% de CONDUCTA SUICIDA	13,0%	26,5%	24,0%
	3 (26-30)	Recuento	29	117	146
		% de CONDUCTA SUICIDA	26,9%	23,6%	24,2%
	4 (31-35)	Recuento	36	51	87
		% de CONDUCTA SUICIDA	33,3%	10,3%	14,4%
	5 (36-40)	Recuento	9	2	11
		% de CONDUCTA SUICIDA	8,3%	,4%	1,8%
Total		Recuento	108	495	603
		% de CONDUCTA SUICIDA	100,0%	100,0%	100,0%

* X^2 tend = 80,925, p = 0,000

Tabla de contingencia GENERO * CONDUCTA SUICIDA

		CONDUCTA SUICIDA		Total
		SÍ	NO	
GENERO	MASCULINO	Recuento % de CONDUCTA SUICIDA	39 36,1%	255 51,5% 294 48,8%
	FEMENINO	Recuento % de CONDUCTA SUICIDA	69 63,9%	240 48,5% 309 51,2%
Total		Recuento % de CONDUCTA SUICIDA	108 100,0%	495 100,0% 603 100,0%

* X^2 tend = 8,420, p = 0,004

6.4. Prevalencia de conducta suicida, según pérdidas afectivas

En la tabla 4 podemos observar que la conducta suicida aumenta si hay pérdidas afectivas. El mayor porcentaje se obtuvo con una pérdida afectiva (45,4 % de conducta suicida). El porcentaje de conducta suicida en las personas que no tuvieron pérdidas afectivas fue del 32,4 %, mientras que a medida que aumentan las pérdidas a 2, 3, 4 y 5 disminuye el porcentaje de conducta suicida.

TABLA Nº 4. Prevalencia de conducta suicida, según pérdidas afectivas

Tabla de contingencia **PÉRDIDAS AFECTIVAS * CONDUCTA SUICIDA**

		CONDUCTA SUICIDA		Total
		SÍ	NO	
PÉRDIDAS AFECTIVAS	0	Recuento 35	461	496
		% de CONDUCTA SUICIDA 32,4%	93,1%	82,3%
	1	Recuento 49	22	71
		% de CONDUCTA SUICIDA 45,4%	4,4%	11,8%
	2	Recuento 21	10	31
	% de CONDUCTA SUICIDA 9,4%	2,0%	5,1%	
	3	Recuento 2	2	4
		% de CONDUCTA SUICIDA 1,9%	4%	,7%
	5	Recuento 1	0	1
		% de CONDUCTA SUICIDA ,9%	,0%	,2%
Total		Recuento 108	495	603
		% de CONDUCTA SUICIDA 100,0%	100,0%	100,0%

* χ^2 tend = 225,601, p = 0,000

6.5. Prevalencia de conducta suicida, según grados de depresión

En la tabla 5, se observa que hay una mayor prevalencia de conducta suicida en las personas que presentan depresión menor o mayor en comparación a los que no presentan depresión. Así, se observa que en el grupo 2 (depresión menor) hay un porcentaje de conducta suicida del 34,3 % y en el grupo 3 (depresión mayor) hay un porcentaje de conducta suicida del 47,2 %, siendo altamente significativo.

TABLA Nº 5. Prevalencia de conducta suicida, según grados de depresión

Tabla de contingencia GRADOS DE DEPRESIÓN * CONDUCTA SUICIDA

		CONDUCTA SUICIDA		Total	
		SÍ	NO		
GRADOS DE DEPRESIÓN	1	Recuento	20	481	501
		% de CONDUCTA SUICIDA	18,5%	97,2%	83,1%
	2	Recuento	37	11	48
		% de CONDUCTA SUICIDA	34,3%	2,2%	8,0%
	3	Recuento	51	3	54
		% de CONDUCTA SUICIDA	47,2%	,6%	9,0%
Total		Recuento	108	495	603
		% de CONDUCTA SUICIDA	100,0%	100,0%	100,0%

* X^2 tend = 395,458, p = 0,000

6.6. Prevalencia de conducta suicida, según presencia de enfermedades físicas

En la tabla N° 6, se observa que a mayor presencia de enfermedades físicas en las personas en los últimos seis meses, es mayor la prevalencia de conducta suicida. Así el 56,5% de los que presentaron conducta suicida tenían antecedentes de enfermedades físicas comparado con el 43 % de los que no tuvieron. El riesgo para presentar conducta suicida en este caso es 5,170 veces mayor en los que tuvieron enfermedades físicas que en los que no las tuvieron. (OR superior = 7,148 y OR inferior = 3,739)

TABLA Nº 6. Prevalencia de conducta suicida, según presencia de enfermedades físicas

Tabla de contingencia ENFERMEDADES FÍSICAS * CONDUCTA SUICIDA

			CONDUCTA SUICIDA		Total
			SÍ	NO	
ENFS FÍSICAS	SÍ	Recuento % de CONDUCTA SUICIDA	61 56,5%	60 12,1%	121 20,1%
	NO	Recuento % de CONDUCTA SUICIDA	47 43,5%	435 87,9%	482 79,9%
Total		Recuento % de CONDUCTA SUICIDA	108 100,0%	495 100,0%	603 100,0%

* X^2 tend = 108,768, p = 0,000

6.7. Prevalencia de conducta suicida, según consumo de alcohol

En la tabla 7, se observa que a mayor consumo de alcohol en los últimos seis meses, aumenta la conducta suicida, en forma muy significativa. Así el porcentaje de conducta suicida en los que consumieron alcohol fue del 85,2 % comparado con el 14,8 % en lo que no consumieron, con un riesgo estimado de 15,012.

TABLA Nº 7. Prevalencia de conducta suicida, según consumo de alcohol

Tabla de contingencia CONSUMO DE ALCOHOL * CONDUCTA SUICIDA

			CONDUCTA SUICIDA		Total
			SÍ	NO	
CONSUMO DE ALCOHOL	SI	Recuento	92	75	167
		% de CONDUCTA SUICIDA	85,2%	15,2%	27,7%
	NO	Recuento	16	420	436
		% de CONDUCTA SUICIDA	14,8%	84,8%	72,3%
Total		Recuento	108	495	603
		% de CONDUCTA SUICIDA	100,0%	100,0%	100,0%

* X^2 tend = 217,149; p = 0,000

6.8. Prevalencia de conducta suicida, según grados de pobreza

En la tabla 8, se observa que en el grupo 2 (recuérdese que 1 es pobreza extrema, 2 es pobreza moderada, 3 es pobreza leve y 4 es no pobreza), se presenta el mayor porcentaje de conducta suicida (34,3 %), lo cual es muy significativo.

TABLA N° 8. Prevalencia de conducta suicida, según grados de pobreza

Tabla de contingencia GRUPOS DE POBREZA * CONDUCTA SUICIDA

				CONDUCTA SUICIDA		Total
				SÍ	NO	
GRUPOS DE POBREZA	1	Recuento	17	7	24	
		% de CONDUCTA SUICIDA	15,7%	1,4%	4,0%	
	2	Recuento	37	17	54	
		% de CONDUCTA SUICIDA	34,3%	3,4%	9,0%	
	3	Recuento	21	16	37	
		% de CONDUCTA SUICIDA	19,4%	3,2%	6,1%	
	4	Recuento	33	455	488	
		% de CONDUCTA SUICIDA	30,6%	91,9%	80,9%	
Total		Recuento	108	495	603	
		% de CONDUCTA SUICIDA	100,0%	100,0%	100,0%	

* X^2 tend = 219,014; p = 0,000

CAPÍTULO VII:

DISCUSIÓN

Según la investigación hecha en nuestro país el año 2002 por el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, a cargo de Saavedra y Cols. en Lima Metropolitana, 21, 27 % de personas encuestadas habían pensado en el suicidio alguna vez en su vida. Es precisamente la ideación la que nos preocupa, puesto que según el modelo *predisposición – actitud – conducta*, los pensamientos suicidas predisponen al individuo a que tenga actitudes autopunitivas de autoinflingirse dolor y que lo puede conducir hacia la conducta de muerte propiamente dicha. Es por ello que en nuestro estudio hemos considerado conveniente añadir la ideación dentro del *SÍNDROME* de conducta suicida. Algunos autores por ejemplo, aplican el término *deseo* de morir, refiriéndose a la intencionalidad del acto. También los americanos prefieren el uso de los términos intención, tentativa y atentado suicida, no como sinónimos, sino según la intensidad o grado de decisión de la persona para morir.

Pero, más allá de los términos utilizados, es importante reconocer que el síndrome de conducta suicida va en aumento, ya no sólo en los países industrializados, sino también en los pobremente desarrollados como el nuestro. Y aquí, poco o casi nada hacemos para revertir esta dramática situación. Que nos corresponde, que es menester que la sociedad y sus instituciones tomemos cartas en el asunto, más todavía, si pertenecemos al sector salud, que es un medio y un fin, de evitar la muerte, de prolongar la vida y de mejorar la calidad de vida de nuestros semejantes.

Es así, que decidimos hacer este pequeño estudio, en un área geográfica pequeña (la Universidad Nacional de Cajamarca tiene diez hectáreas de extensión), no para ser subestimados, no con la intención de ser evaluados por la belleza exterior o por la apariencia pirotécnica del trabajo, sino con el profundo deseo que sea tomado en cuenta el mensaje que intrínsecamente lleva y para ver qué podemos hacer, desde nuestra humilde posición de servicio, para que los jóvenes, aquellos líderes del futuro, no sucumban ante las adversidades de la vida; que comprendan la intención que filogenética y ontogénicamente tenemos: de ser visibles en este mundo, de ver la abundancia en todos los campos físicos y no físicos, de conocer el lado positivo de las cosas, puesto que si nos autoaplicáramos un análisis FODA, nos daríamos

cuenta que poseemos fortalezas importantes, oportunidades a cada instante, debilidades también, es cierto, diagnóstico quizás para que la letra se mantenga; pero que se entienda que tenemos una enfermedad, no somos enfermos. El tener (al igual que el estar) implican un tiempo y un espacio; sin embargo el ser rompe las barreras del tiempo y el espacio y cuando decimos YO SOY desaparece el temor a la muerte y por tanto, dejamos de pensar en ella. Y el hombre (o mujer) vale por lo que es, no por lo que tiene. Desde este punto de vista, debo discrepar con lo que algunos colegas, psiquiatras incluso, refieren que no existen enfermedades sino enfermos; pienso que nadie merece ese calificativo o estigma; más bien prefiero considerar que hay seres humanos que tienen enfermedades. Y así como las tienen, pueden dejar de tenerlas; hablar de una persona que tiene esquizofrenia o depresión es diferente a decirle deprimida o esquizofrénica. No por esto ha dejado de ser.

En tal sentido, consideramos fundamental la implementación de módulos de educación para vivir bien (o sea, con salud) y considerar que las enfermedades, desde un resfrío común en pequeño hasta un trastorno del juicio más arriba son sólo estados temporales, así como los errores, tal vez para aprender, pues el hombre sin una dosis de irracionalidad no sería hombre, no tendría sentido estar aquí y ahora; sería un robot o, quién sabe, razaría con la estupidez.

Así podríamos evaluar el momento de crisis de quién está pensando, gesticulando, murmurando, amenazando, deseando, viendo, sintiendo, atentando y actuando en función de algo que no sabemos (pues no lo hemos vivido ni sentido) si en verdad existe. Para ello es importante buscar mecanismos de despertar, de darse cuenta, de tomar conciencia, de lo que significa la vida y sonreír ante tales absurdos, que irían quedando en el pasado. Puesto que no somos lo que fuimos, tampoco somos lo que seremos, entonces es posible el cambio, el amor a la vida, al ritmo de la naturaleza, a la espontaneidad, hacia la felicidad que sí existe y puede considerarse sinónimo de salud o bienestar.

En el presente estudio, hemos podido comprobar cómo una simple amenaza (para concluir el análisis FODA) de ruptura sentimental, el robo de algún bien material, la pobre autoestima, el creerse viejos, el no aclarar mi opción sexual o el usar anteojos son suficientes variables –factores de riesgo– que pueden conducir al joven a pensar en la muerte, posiblemente debido a la gran influencia (muchas veces dañina) de la información que proviene del exterior, de la sociedad misma. .

Pero además, hemos advertido que hay otros jóvenes que han hecho hasta casi lo imposible por salvar su relación sentimental y el conflicto permanece y se perpetúa, casos de franca depresión sin un factor externo claramente establecido, una enfermedad “incurable”, estudiantes que consumen alcohol sin moderación y, finalmente, creencias a veces internalizadas por la mismísima religión que en los más ingenuos, se produce la búsqueda del “paraíso” o “reino de los cielos” a través del suicidio.

Por eso, en nuestro estudio vemos que el 18 % de las personas encuestadas presentaron ideación, gestos o intentos suicidas en los últimos seis meses. El porcentaje disminuye (en relación al estudio del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi) debido a que nosotros consideramos no sólo los pensamientos de muerte, sino también, los gestos e intentos suicidas; además, hemos contemplado sólo los seis últimos meses, desechando la cantidad de conductas que los estudiantes hayan presentado a lo largo de su vida. Además, nuestra población fue mucho menor y hay probablemente un factor protector en el hecho que los encuestados sean de nivel de instrucción superior. 18 % significa casi dos de cada diez personas por lo cual resulta de notable relevancia insistir en la realización de estudios similares, no sólo en los colegios, institutos o universidades, sino también en la propia comunidad, para lograr controlar lo que podría constituir una epidemia mundial.

Finalmente, en cuanto a los factores de riesgo, múltiples estudios a nivel mundial han señalado que las pérdidas afectivas, la depresión, el consumo de alcohol, la presencia de enfermedades físicas, el estado civil soltero y la falta de religión están muy asociadas a la conducta suicida, lo cual se corrobora en nuestro trabajo. En el estudio arriba señalado de Lima Metropolitana, se observó que los conflictos familiares, la violencia y las pérdidas afectivas se asociaban a la conducta suicida, encontrándose una relación entre este último factor con nuestro estudio.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIÓN

En conclusión, durante la presente investigación, globalmente se constata la importante prevalencia de la conducta suicida (18 %) entre los jóvenes estudiantes de la universidad Nacional de Cajamarca y una asociación positiva significativa de los factores de riesgo: edad, sexo, pérdidas afectivas, depresión, enfermedades físicas, consumo de alcohol y pobreza. Esto nos motiva para seguir realizando trabajos similares con el objeto de disminuir la prevalencia a través de implementación de módulos de capacitación interactiva entre profesores, alumnos y padres de familia, para conocer los factores de riesgo, que son como señales de alerta, y lograr una temprana intervención en el individuo potencial suicida, su cambio de visión de sí mismo, del mundo y del presente-futuro, ayudándonos de las técnicas de psicoterapia, ampliando el soporte socio-familiar, implementando sistemas de vigilancia continua y haciendo un uso racional de los medios de comunicación.

CAPÍTULO IX

RECOMENDACIONES

Realizar estudios similares en otros centros superiores de estudios, con el fin de conocer más sobre el tema, determinar la prevalencia real más homogénea, buscar coincidencias, comparar, analizar y finalmente hacer programas de intervención para el síndrome de conducta suicida, adecuados.

Hacer un estudio a nivel de comunidad directamente como un distrito, provincia o región para tener una mayor población e identificar otros posibles factores de riesgo asociados al síndrome de conducta suicida.

Hacer el seguimiento correspondiente de los casos que presentaron el síndrome de conducta suicida, a fin de determinar un destino (cuántos llegan al suicido consumado y cuántos no)

Capacitación y educación a las autoridades de la universidad a fin de prevenir los riesgos.

Educación a los estudiantes y sus familiares

Priorizar la salud mental en la población

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bille U, Jensen G. Suicide among the Danish Elderly: now in years to come. 1994.
2. Goldman Howard H. PSQUIATRÍA GENERAL. Quinta edición. Editorial Manual Moderno. 2001.
3. Ineke WM. Kienhorst, ERIC J. de Wildf an DIEKSTRA RENE F.W. Suicidal behavior in adolescents. Review article. Departament of clinical and Health.
4. Kaplan Harold, Sadock Benjamín. SINOPSIS DE PSQUIATRÍA. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Octava edición. Editorial médica Panamericana. 2003.
5. Krarup G, Nielsen B, Rask P, Patersen P. Childhood experiences and repeated suicidal behaviour. Acta Psychiatric Scand. 1991; 83: 16 -9.
6. Kienlorst CWM, Wilde EJ de, Diekstra RFW, Wolters WHG. Differences between adolescent suicide attempter and depressed adolescents. Acta Psychiatric Scand. 1992; 85: 222 – 2.
7. Mardomingo Cruz MJ. Psicopatología del niño y el adolescente. En: suicidio e intento de suicidio. Ediciones Driz de Sotos. 1994: 415 – 30.
8. Marttunem MD; Aro HM, Henrisksson MM, Lonquist JK. Mental disorders in adolescents suicide. Arch Gen Psychiatric. 1991; 48.
9. Mardomingo MJ, Catalina ML. Características de personalidad, medio familiar y rendimiento escolar en los intentos de suicidio en los niños y adolescentes. Pediatría. 1992; 12 -5.
10. Mardomingo MJ, Catalina – Zamora ML. Intentos de suicidio en la infancia y adolescencia: características epidemiológicas. An Esp Pediatric. 1992; 37, 1 (29–32)
11. Mardomingo MJ, Gil Flores S. Acontecimientos vitales y trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. An Esp Pediatric. 1992; 8 (5): 195 – 8.
12. Mardomingo Sanz MJ, Catalina – Zamora ML. Intentos de suicidio en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. An Esp Pediatric. 1992; 36,6/429-432)
13. Mardomingo Sanz MJ, Catalina – Zamora ML. Suicidio e intentos de suicidio en la infancia y adolescencia: ¿Un problema en aumento? Pediatría. Mayo/92, vol. 12/118.

- 14. Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas R.E. Salud mental de una población urbano marginal de Lima; en serie: Monografías de Investigación N° 2. INSM Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. 1995. Lima – Perú.**
- 15. Perales A., Sogi C., Sánchez E., Salas R.E. Salud mental en adolescentes del distrito de Magdalena; en serie: Monografías de Investigación N° 4. INSM Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. 1995. Lima – Perú.**
- 16. Sarró Martin B, Cruz Coma C de la. Evaluación del riesgo de suicidio. Rev. Psiquiatric Jan 2-8 Mayo 1997; L11 N° 1211.**
- 17. Sarró B, de la Cruz. Suicidio y supervivientes. Rev. Arg. Psiquiátrica. 1996; 7 VII 25-31.**
- 18. Saavedra, Javier. Informe del Estudio Epidemiológico Metropolitano. 2002. En Anales de salud mental. Órgano oficial del IESM. Lima - Perú.**
- 19. Vidal Guillermo, Alarcón Renato. PSIQUIATRÍA. Editorial médica Panamericana. Buenos Aires. 1986.**
- 20. Yip PSF. Suicides in Hong Kong, Taiwán and Beijing. Br J Psychiatric. 1996,169: 495-500.**