



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**  
**Universidad del Perú. Decana de América**

Dirección General de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina  
Unidad de Posgrado

**Factores de riesgo de intento de suicidio en adolescentes.**  
**Hospital Nacional Dos de Mayo**

**TESIS**

Para optar el Grado Académico de Doctora en Medicina

**AUTOR**

Alejandra PARHUANA BANDO

**ASESOR**

Dr. Juan Alberto PERALES CABRERA

Lima, Perú

2020



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

---

Parhuana A. Factores de riesgo de intento de suicidio en adolescentes. Hospital Nacional Dos de Mayo [Tesis de doctorado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2020.

---

## Hoja de metadatos complementarios

Código ORCID del autor	<a href="https://orcid.org/000-0002-3969-6047">https://orcid.org/000-0002-3969-6047</a>
DNI o pasaporte del autor	08797243
Código ORCID del asesor	<a href="https://orcid.org/0000-0002-3940-5182">https://orcid.org/0000-0002-3940-5182</a>
DNI o pasaporte del asesor	081833552
Grupo de investigación	“—”
Agencia financiadora	Autofinanciado
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima- Perú. Latitud: -12.056054 Longitud: -77.015729 Altitud sobre el nivel del mar: 161 m
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2012-2014 y 2017
Disciplinas OCDE	Psiquiatría <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24</a>  Medicina Interna <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.27">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.27</a>



# Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA  
**FACULTAD DE MEDICINA**



VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO  
**SECCIÓN DOCTORAL**

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

En la ciudad de Lima, a los veintitrés días, del mes de diciembre del año dos mil veinte, siendo las **12:00 p.m.**, ante el Jurado de Sustentación, bajo la Presidencia del **Dr. RONCEROS MEDRANO, SERGIO GERARDO**, y los Miembros del mismo:

- |   |                   |
|---|-------------------|
| ➤ <b>Dr. RONCEROS MEDRANO, SERGIO GERARDO</b>   | <b>PRESIDENTE</b> |
| ➤ <b>Dr. IZAGUIRRE SOTOMAYOR, MANUEL HERNAN</b> | <b>MIEMBRO</b>    |
| ➤ <b>Dra. VILLAR CHAMORRO, AURORA</b>           | <b>MIEMBRO</b>    |
| ➤ <b>Dr. PERALES CABRERA, JUAN ALBERTO</b>      | <b>ASESOR</b>     |

la postulante al Grado de Doctora, es MAGISTER EN MEDICINA, doña: **ALEJANDRA PARHUANA BANDO**, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su Tesis titulada: “**FACTORES DE RIESGO DE INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO**”, para optar el grado Académico de Doctora en Medicina.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, la cual obtuvo la siguiente calificación: “**B**” **MUY BUENO 18 (DIECIOCHO)** a continuación el Presidente del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina, proponga que se le otorgue a la Magister **ALEJANDRA PARHUANA BANDO**, el Grado Académico de **DOCTORA EN MEDICINA**.

Se expide la presente acta en digital y siendo las **1:10 p.m.** horas, se da por concluido el acto académico de sustentación.

**DR. RONCEROS MEDRANO, SERGIO GERARDO**  
PRESIDENTE DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

**DR. IZAGUIRRE SOTOMAYOR, MANUEL HERNAN**  
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

**DRA. VILLAR CHAMORRO, AURORA**  
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

**DR. PERALES CABRERA, JUAN ALBERTO**  
ASESOR DE LA TESIS

## AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecer a Dios por ser mi guía, en la elaboración de la presente tesis.

A la memoria de mi madre, quien con su amor y sus consejos supo guiar mi vida y a quien le debo todo lo que soy: Gracias madre

A mi esposo y mi hija por ser mi soporte en el hogar, por su comprensión y su amor infinito compañía y palabras de aliento.

Al Dr. Juan Alberto Perales Cabrera, mi asesor; quien con sus sabios consejos y apoyo permanente supo orientarme exitosamente en la ejecución de la presente tesis.

A mis participantes por brindarme la información necesaria, en una etapa tan complicada y difícil de su vida.

## INDICE GENERAL

INDICE GENERAL.....	iv
Lista de Tablas .....	v
Lista de Gráficos .....	vi
Resumen.....	vii
Summary.....	viii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Situación del Problema.....	1
1.2 Formulación del Problema .....	4
1.3 Justificación de la Investigación.....	4
1.4 Objetivos de la Investigación .....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	7
2.1 Marco filosófico o epistemológico de la investigación.....	7
2.2 Antecedentes de la Investigación .....	9
2.3 Bases Teóricas .....	18
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA .....	28
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	35
4.1 Resultados .....	35
4.2 Discusión.....	49
CONCLUSIONES .....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS.....	67
Anexo 1.....	68
Anexo 2.....	70

**Lista de Tablas**

Tabla 1 <b>Factores sociodemográficos en adolescentes con intento de suicidio</b> <b>Hospital Nacional Dos de Mayo.....</b>	<b>366</b>
Tabla 2 <b>Factores clínicos en adolescentes con intento de suicidio. Hospital</b> <b>Nacional Dos De Mayo.....</b>	<b>40</b>
Tabla 3 <b>Factores familiares de adolescente con intento de suicidio Hospital</b> <b>Nacional Dos De Mayo.....</b>	<b>41</b>
Tabla 4 <b>Factores relacionados con estilos de vida de adolescentes con intento de</b> <b>suicidio. Hospital Nacional Dos de Mayo.....</b>	<b>433</b>
Tabla 5 <b>Factores precipitantes de intento de suicidio en adolescentes. Hospital</b> <b>Nacional Dos De Mayo.....</b>	<b>444</b>
Tabla 6 <b>Análisis multivariado factores de riesgo de intento de suicidio. Hospital</b> <b>Nacional Dos De Mayo.....</b>	<b>47</b>
Tabla 7 <b>Análisis multivariado de regresión logística. Hospital Nacional Dos de</b> <b>Mayo.....</b>	<b>488</b>

**Lista de Gráficos**

Gráfico 1. **Lugar donde se produjo el intento de suicidio en adolescentes.**

**Hospital Nacional Dos de Mayo ..... 377**

Gráfico 2. **Métodos empleados en el intento de suicidio en adolescentes. Hospital**

**Nacional Dos de Mayo. .... 399**

Gráfico 3. **Motivo más importante para el intento de suicidio en los adolescentes.**

**Hospital Nacional Dos de Mayo ..... 46**

## Resumen

**Introducción:** El intento de suicidio es un hecho ejecutado por un individuo de manera intencionada provocándose daño a sí mismo sin conseguir poner fin a su vida. Su incremento en los adolescentes ha generado un interés a nivel mundial en conocer los factores que condicionan el intento de suicidio. Se sabe que está ligado a múltiples factores que es importante conocer y reflexionar, así como las motivaciones que conducen a un joven a su autodestrucción. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo que se asocian al intento de suicidio en adolescentes en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, analítico, caso-control retrospectivo; se realizó una entrevista clínica a 82 adolescentes hospitalizados con diagnóstico de intento de suicidio (casos) y 82 adolescentes hospitalizados sin intento de suicidio (controles), emparejados por edad y sexo con una relación de 1:1. Se aplicó cuestionario de datos sociodemográficos, cuestionario de Salud Mental del Instituto Honorio Delgado-Hideyo Noguchi adaptados, escala de depresión y de ansiedad de Zung y escala de APGAR familiar. Para establecer las asociaciones se realizaron análisis bivariado y multivariado. Se consideró que dos variables están asociadas estadísticamente si el p es menor a 0.05. **Resultados:** Características más relevantes de la población de estudio, el 97.6% estuvo entre los 15-19 años, 80.5% de sexo femenino, 65.9% tenía grado de instrucción secundaria, 75.6% eran solteros, 22.0% fueron convivientes, 69.5% intentó suicidarse en su casa, en 45.1% fue por ingesta de carbamatos, en 29.3% la motivación más importante fue por conflictos familiares. En el análisis de regresión logística multivariado se asociaron significativamente al intento de suicidio en la población adolescente estudiada como factores de riesgo: depresión (OR= 16.01; IC 95%: 4.64-55.10); familia disfuncional (OR=10.11; IC95%: 4.73-21.61); consumo de alcohol en familiares (OR= 5.46; IC95%: 1.86-10.60); consumo de tabaco en los adolescente (OR=5.06; IC95%: 2.14-11.94), conflictos con la pareja (OR= 6,23; IC95%: 2.65-14.61) e intentos de suicidio previos (OR=2.79; IC95%: 1.14-6.81).

**Palabras claves:** Intento de suicidio; adolescentes; factores de riesgo; depresión; familia disfuncional.

Fuente: DeCS: BIREME

## Summary

**Title:** Risk factors of suicide attempt in adolescents. Dos de Mayo National Hospital.

**Introduction:** The suicide attempt is an act executed by an individual intentionally causing harm to himself but fails to end his life. Its increase in adolescents has generated a worldwide interest in knowing the factors that condition the suicidal act. It is known that it is linked to multiple factors that are important to know and reflect, as well as the motivations that lead a young man to his self-destruction. **Objective:** To determine the risk factors that are associated with suicide attempts in adolescents at the Dos de Mayo National Hospital. Lima. **Material and methods:** Retrospective, analytical case-control study; A clinical interview was conducted with 82 adolescents hospitalized with a diagnosis of attempted suicide (cases) and 82 adolescents without attempted suicide (controls), matched by sex and age, with a ratio of 1: 1. Applied sociodemographic data questionnaire, Mental Health questionnaire of the adapted Honorio Delgado-Hideyo Noguchi Institute, Zung anxiety and depression scale and family APGAR scale. To establish the associations, bivariate and multivariate analyzes were performed. It was considered that two variables are statistically associated if the p is less than 0.05. **Results:** Most relevant characteristics of the study population, 97.6% were between 15-19 years old, 80.5% female, 65.9% had secondary education, 75.6% were single, 69.5% attempted suicide at home, in 45.1% was due to carbamate intake, in 29.3% the most important motivation was due to family conflicts. In the multivariate logistic regression analysis, risk factors associated to suicide attempt in adolescents were statically significant depression: (OR=16.01; IC95%: 4.64-55.10); dysfunctional family (OR=10.11; IC95%: 4.73-21.61); alcohol consumption in relatives (OR=4.97; IC95%: 1.86-10.61); tobacco use of adolescents (OR = 5.06; IC95%: 2.14-11.94), conflicts with the couple (OR=6.23; IC95%: 2.65-14.61) and previous suicide attempts (OR=2.79; IC95%: 1.14-6.81).

**Keywords:** Suicide attempt; adolescent; risk factors; depression; dysfunctional family.

## **CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Situación del Problema**

El suicidio y el intento de suicidio siguen siendo un grave problema de salud pública, considerado como un fenómeno mundial que afecta a todos los países del mundo. No obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas y con un enfoque multidisciplinario según Informe de la Organización Mundial de Salud -OMS (2006) y OMS/ OPS en prevención del suicidio (2014) (2016).

En los últimos años el suicidio ha tenido incrementos a costa de la población cada vez más joven, para el año 2016 fue la segunda causa de muerte en la población de 15 a 29 años en todas las regiones del mundo. Informe de OMS (2018). Afecta a todas las clases sociales, siendo mayor en países de ingresos económicos bajos y medianos con 78% según OMS (2018).

La OMS (2014), en un informe estimó para el año 2020 que las víctimas de suicidio podrían ascender a 1,5 millones de personas por cada

año, es decir una muerte cada 20 segundos y un intento cada 1 a 2 segundos. Esto ocasiona alteración afectiva, económica y social de cientos de individuos relacionadas con el suicida, entre familiares y amistades, que son involucrados en este problema social.

La prevalencia de las conductas suicidas varía según cada región, pero los factores de riesgo fueron similares en todas las regiones y en la mayoría de los países: violencia física, soledad, falta de apoyo de los padres, consumo de alcohol y tabaco, según Mckinnon B, (2016).

Las conductas suicidas son el resultado de una complicada interacción de múltiples variables: sociales, psicopatológicos, genéticos, sociológicos, culturales y medioambientales, según Mosquera L, (2016). En un estudio de conductas violentas en adolescentes de Lima, los principales factores de riesgo identificados fueron la tendencia antisocial, mala relación con pareja, familia desintegrada y nivel socioeconómico bajo, según Perales & Sogi, (1995). Entonces el desafío de las diversas instituciones y la comunidad será reconocer los principales factores prevenibles, identificar a las personas vulnerables y en situación de riesgo. Entender las circunstancias que influyen en su comportamiento autodestructivo, ayudara a implementar intervenciones eficaces, Informe de OMS (2006).

El aumento progresivo en la población de adolescentes ha generado una preocupación especial en los médicos, psiquiatras, psicólogos, profesores, progenitores y otros grupos sociales por investigar los factores que condicionan esta conducta; algunas justificaciones de porque se presenta este fenómeno, son la adaptación a nuevas exigencias de la sociedad, abuso de alcohol, drogas, presencia de enfermedades físicas y mentales, conflictos familiares, problemas económicos, etc. OMS (2006) (2014).

Conocer los factores de riesgo del intento de suicidio es una tarea compleja debido a la carencia de datos estadísticos específicos disponibles,

según Pacheco B, et al (2016). Aquí, se incluye el registro civil de suicidas, archivos hospitalarios y los informes auto notificados, según De la Hoz (2014). Similar problema se observa en los hospitales generales de Perú, donde los diagnósticos registrados en las historias clínicas no figuran como intento de suicidio; esta información puede llevar a un subregistro minimizando el problema al no contar con datos reales, Vásquez N, & De Haro M, (2018).

Según Perales & Soja, (1995) en Perú, la conducta suicida en adolescentes es una situación que ocasiona silencio y evasión, pues impacta y cuestiona el sistema social, sistema de atención de salud y el entorno familiar en que vive el suicida; sin embargo, es importante conocer y reflexionar sobre los factores y motivaciones que conducen a un joven a su autodestrucción.

Según informe técnico de la situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú, 2017 el 17.4% intento suicidarse una o más veces en el último año, siendo mayor en mujeres (22.2%) que en hombres (12.6%). Además, la presencia de trastornos mentales como depresión y el consumo de alcohol se asocian con la conducta suicida.

El escenario de atención inicial del adolescente con intento de suicidio es el área de emergencia de los hospitales generales en la mayoría de los estudios, como lo mencionan Castro P, et al (2006), en un estudio descriptivo sobre "Caracterización del paciente con intento de suicidio en un Hospital general de Chosica, Lima de 1995-2004. Asimismo, Cabrejos C, et al (2005). Investigaron el intento de suicidio en niños y adolescentes, sus características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos, en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

En el Hospital Nacional Dos de Mayo, no existen estudios previos, se desconoce los factores de riesgo en la población de adolescentes con intento de suicidio; sin embargo, la demanda de atención es alta por la ubicación geográfica, zona de alto riesgo de violencia juvenil, consumo de drogas y violencia familiar. Por lo que se plantea el presente estudio, para llenar este

vacío de información, La finalidad será que los adolescentes alcancen una vida más saludable, con mejores oportunidades y sean los futuros adultos competentes del Perú.

## **1.2 Formulación del Problema**

¿Qué factores de riesgo se asocian al intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo?

## **1.3 Justificación de la Investigación**

### **1.3.1 Justificación Teórica**

El principal problema, es la falta de estudios de factores de riesgo en adolescentes con intento de suicidio en el HNDM.

Los resultados permitirán comprender mejor la dinámica psicopatológica del intento suicida en el adolescente ampliando las posibilidades terapéuticas de actuar sobre tales factores previos al intento y no sobre sus consecuencias.

### **1.3.2 Justificación Práctica**

La identificación de los factores de riesgo será de gran utilidad para los gestores de salud y ayudaran a generar en el futuro los programas preventivos y su posterior aplicación en los establecimientos de salud.

Los adolescentes y su entorno familiar se beneficiarán con el conocimiento de los factores de riesgo y la implementación en el futuro de programas de prevención, mejorando su relación familiar, interacción social y en general su calidad de vida.

Hablar del sufrimiento humano que el intento suicida causa al adolescente, sus familiares, amistades y vecindarios es alto y no cuantificable, pero ciertamente reducible a través de programas preventivos y terapéuticos. Nuestros resultados pueden contribuir a esta meta.

## **1.4 Objetivos de la Investigación**

### **1.4.1 Objetivos Generales**

Determinar los factores de riesgo que se asocian al intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

## **1.4.2 Objetivos específicos**

**1.4.2.1** Identificar los factores clínicos de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes hospitalizados: Intentos de suicidio previos antecedente de haber asistido a alguna consulta psiquiátrica, presencia de depresión y ansiedad.

**1.4.2.2** Identificar los factores familiares de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes hospitalizados: Intento de suicidio previo en familiares; consumo de drogas, consumo de alcohol, estructura y funcionamiento familiar.

**1.4.2.3** Determinar los estilos de vida que se comportan como factores riesgo en los adolescentes con intento de suicidio: Pertenecer a pandillas juveniles, no practicar deportes, consumo de alcohol, tabaco y drogas.

**1.4.2.4** Identificar las principales situaciones que pueden precipitar el intento suicida en adolescentes: Conflictos con familiares, tener pareja, conflictos con pareja o enamorado, problemas económicos y de estudio; motivo más importante para el intento de suicidio.

## **CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Marco filosófico o epistemológico de la investigación**

Existen varios enigmas grandiosos de la vida humana, el suicidio es uno de ellos. Nadie conoce realmente porque un ser humano se quita la vida, mediante comportamientos autodestructivos.

Hasta la actualidad es difícil comprender la naturaleza de la conducta suicida y la complicada decisión humana de autolesionarse y acabar con su vida. El suicidio es un acto específicamente humano, es preciso tener un conocimiento, de qué es la vida, la muerte y el morir para tomar la decisión de auto eliminarse. Freedman M, et al (1982).

Esta nefasta forma de autodestrucción ha sido conceptualizada de diversas maneras en las culturas y durante el desarrollo de la humanidad ha sufrido muchos cambios; en algunas culturas fue desconocido y en otras culturas fue un acontecimiento notorio. El comportamiento suicida en algunas sociedades era considerado un fenómeno positivo y en otros como negativo. Freedman A, (1982).

Hoy en día, la preocupación en el mundo sobre la conducta suicida se enfoca en la necesidad de conocer adecuadamente su etiología, la genética, el entorno social, así como su prevalencia, con la finalidad de implementar

medidas preventivas e investigar sobre los factores determinantes que puedan explicar esta penosa decisión del ser humano.

### **2.1.1 Antecedentes Históricos**

Desde la aparición del hombre a lo largo de la historia el suicidio, siempre ha estado presente dentro de las sociedades, en algunas culturas aceptado y en otros rechazado. Entonces, era apreciado como parte de las divinidades religiosas y filosóficas; estaba muy ligada a las clases sociales, al nivel económico y al grado de desarrollo de las culturas García N, (2006).

En Grecia antigua, el suicidio fue considerado en forma ambivalente, así en Roma era aceptado como un hecho de valentía, pero en Grecia antigua eran acusados y rechazados. El cadáver del suicida era despreciado y se cortaban las manos, no estaba permitido su entierro en el cementerio.

Las escuelas filosóficas dieron un aporte importante generando una nueva visión en la sociedad eliminando el carácter de indigno y deshonor del suicida, en algunos casos vivir era considerado indeseable.

En la China y el Japón, el suicidio se practicaba como un acto de honor y un culto a las divinidades. En Egipto, se crearon escuelas con el propósito de conseguir la muerte dulce. Según Rivera A, et al (2015).

La religión judía, censuraba fuertemente el suicidio, en un principio adopto una actitud tolerante, pero posteriormente, la vida fue considerado, “como un regalo de Dios”, y solo él puede decidir su fin, oponiéndose explícitamente al suicidio. En esta misma línea se situó el budismo y el hinduismo. Rivera A, (2015).

San Agustín, en el siglo IV (354-430) rechazo en forma categórica el suicidio, considerando como un pecado mayor. Santo Tomas de Aquino,

(1225-1274), considero al suicidio un pecado mortal y el Concilio de Toledo proclamo que la persona que intentara el suicidio serio excomulgada. Freedman A, (1982).

En Europa el suicidio fue visto como un crimen hasta finales del siglo XIX, durante el renacimiento cultural, aparecieron nuevos personajes con enfoques distintos como Hume, Montesquieu, Rousseau, Montaigne o Voltaire, desde un punto de vista de la filosofía, la literatura y las leyes, iniciaron a presentar justificaciones nacionales a la autodeterminación que lleva hacia la muerte y se opusieron de forma crítica al castigo del suicida.

En el mundo, a través del desarrollo de las culturas el suicidio ha sido considerado frecuentemente como un acto delictivo, en algunas civilizaciones con influencias negativas para la sociedad; para otros como una gran culpa, que debe enfrentar al mundo social. En otros como un gesto defectuoso o de agresividad que era condenado o rechazado. García N, (2006).

## **2.2 Antecedentes de la Investigación**

### **2.2.1 Antecedentes a nivel Internacional**

Giupponi G, et al (2018). Realizaron un estudio de factores asociados con el suicidio: estudio de casos y controles en el Sur del Tirolo. El objetivo fue diferenciar y

comparar los factores de riesgo entre los pacientes psiquiátricos con conducta suicida y sin conducta suicida. Los casos fueron 131 pacientes psiquiátricos con conducta suicida y los controles 131 psiquiátricos sin suicidio, pareados por edad y sexo, utilizando métodos de autopsias psicológicas para evaluar las diferencias en factores demográficos, sociales y clínicos evaluados clínicamente, utilizando probabilidades condicionales bivariados. Comparaciones de riesgos seguidas de modelos de regresión condicional controlados por etnia. Según el modelo de regresión condicional multivariable: en los suicidios los factores de riesgo significativos fueron: antecedentes familiares de suicidio o intento, estresores interpersonales recientes, falta de atención clínica, eventos traumáticos infantiles, intento de suicidio previo; no hubo diferencias significativas en niveles de educación, estado civil, situación de vida o empleo, ni por diagnósticos psiquiátricos o por abuso de sustancias.

Aguirre-Flores D, et al (2015). El Objetivo fue determinar el riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Manizales en Colombia en una población de 322 adolescentes de estratos II y III. Estudio de corte transversal, se aplicó el cuestionario de Plutchik para riesgo suicida y otros cuestionarios para factores asociados. Resultados: El 16.5% de los estudiantes presentó riesgo suicida; el 38.5% de la población tuvo buena funcionalidad familiar; el 18% presentó depresión; la baja autoestima se encontró en 19.6%; el 11.8% evidenció dependencia alcohólica; el consumo de sustancias psicoactivas y cigarrillo fue de 31.4% y 13.4%, respectivamente. Los factores asociados significativamente fueron: depresión y disfuncionalidad familiar con un  $p=0.000$ .

Narishige R, et al (2014). Diferencias de género y factores desencadenantes de intentos de suicidio en una unidad de emergencia crítica de Japón. El objetivo fue aclarar las diferencias de género de los factores desencadenantes de los intentos de suicidio en Japón. Los sujetos fueron suicidas de alta letalidad que ingresaron en el Centro Médico de Cuidados Críticos del Hospital de la Escuela de Medicina Nippon entre el 1 de marzo de 2010 y el 31 de marzo de 2012. Los factores precipitantes para intento de suicidio, fueron recogidos de los registros médicos de los pacientes de forma

retrospectiva, y se realizaron análisis estadísticos para variables categóricas de hombres / mujeres. Los participantes fueron 193 (88 hombres y 105 mujeres). Los que intentaron suicidarse con gas venenoso fue mayor en hombres, las que intentaron suicidarse por sobredosis de fármacos fue mayor en mujeres. La presencia de trastorno depresivo mayor y trastorno “bipolar” fue significativamente mayor en los hombres, mientras que los “trastornos de la personalidad” o “trastorno distímico” fue significativamente mayor en las mujeres. Los “problemas de salud”, “problemas financieros”, “problemas de trabajo”, “deudas” fueron significativamente mayor entre los hombres; mientras que los “problemas familiares”, “relaciones entre padres e hijos” o “soledad” fueron significativamente más frecuentes en las mujeres. Conclusiones: los trastornos mentales fueron el factor precipitante más común para los intentos de suicidio, independientemente del sexo. Se observaron diferencias de género significativas en los diagnósticos psiquiátricos, los métodos de intento de suicidio y los problemas psicosociales.

Bella E, (2012). “Comportamiento de riesgo para la salud de niños y adolescentes con intentos de suicidio y en sus familiares, Chile”. Fue un estudio de casos y control, observacional, analítico y prospectivo, durante un año; se realizó una entrevista clínica semiestructurada y al test, “Cómo es tu familia”. Conclusiones: fueron factores de riesgo en menores de 12 años el sexo masculino; en los mayores de 12 años el sexo femenino, el uso de sustancias, el abuso sexual, el maltrato y la comunicación de riesgo.

Kawashima Y, et al (2012). El objetivo fue explorar las características de los intentos de suicidio graves en adolescentes japoneses, comparados con los adultos. Investigaron a adolescentes que intentaron suicidarse gravemente y fueron tratados en el Centro Médico de Cuidados Críticos (CCMC) del Hospital de la Escuela Médica Nippon entre 2000 y 2010, y los compararon con los intentos de suicidio en adultos tratados durante 2009. Estudiaron retrospectivamente los registros médicos y recopilaron datos clínicos y factores sociodemográficos, incluyendo edad, sexo, síntomas psiquiátricos o diagnóstico, métodos de intento de suicidio, motivos de intento de suicidio, autolesiones deliberadas previas, antecedentes psiquiátricos

previos, experiencia de pérdida de los padres y antecedentes psiquiátricos previos en la familia. Los adolescentes que intentaron suicidarse fueron 15 varones y 44 mujeres de 13 a 18 años; los adultos fueron 37 hombres y 65 mujeres, de 19 a 79 años. Conclusiones: los adolescentes presentaron con mayor frecuencia trastorno límite de personalidad, problemas escolares y experiencia de pérdida de padres, pero menos problemas financieros. En los adolescentes hombres, la esquizofrenia fue el diagnóstico psiquiátrico más frecuente y en adolescentes mujeres la personalidad bordelinde, problemas escolares y familiares.

Añez-Valdez J, (2011). El objetivo fue identificar los factores de riesgo para intento de suicidio en niños y adolescentes de 6 a 17 años en Venezuela; se aplicó un instrumento de recolección de datos epidemiológicos, dinámica familiar, escolar y Escala de Intencionalidad Suicida de Beck. Resultados: El 68.4%, eran de padres separados y 63.1% vivían sólo con su madre. El ambiente familiar conflictivo en 57.9%; el método más utilizado para suicidarse fue la ingesta de venenos en 63.1%. Tsirigotis K, et al (2011). Diferenciación de género y los métodos de intentos de suicidio utilizados por hombres, se investigó el posible rol del género en la selección del método suicida. Las personas que intentaron suicidarse por diversos métodos fueron ingresadas en el hospital de Polonia. La población de estudio comprendió 147 participantes (33 hombres y 114 mujeres) de 14 a 33 años. Los métodos más frecuentes del intento de suicidio fueron el abuso de drogas farmacológicas (42.31%) y exanguinación (25,64%), los menos frecuentes fueron el envenenamiento y el arrojarse bajo un automóvil en movimiento (1,28%). Las mujeres tendían a elegir la sobredosis farmacológica y la exanguinación como el método del suicidio, mientras que los varones con mayor frecuencia usaban ahorcamiento y asfixia. Las conclusiones indican que las mujeres como grupo intentaron suicidarse con más frecuencia sin llegar al suicidio, mientras que los hombres fueron más propensos a completar en suicidios y elegir métodos de suicidio más violentos; por ello, las mujeres son las “tentativas” y “sobrevivientes” de los intentos de suicidio.

Bella E, (2010). El objetivo fue identificar el método de autoagresión utilizada y los antecedentes psicopatológicos previos; estudio transversal de 41 niños y adolescentes con intento de suicidio de Córdoba. Resultados: El método más utilizado fue la ingesta de psicofármacos ( $p < 0.0001$ ) y los antecedentes psicopatológicos previos más prevalentes fueron los intentos de suicidio previos y el trastorno de conducta disocial ( $p < 0,0001$ ). Las enfermedades más frecuentes fueron depresión (29.27%) y trastorno de conducta disocial. (24.39%).

Tuesca & Navarro (2003). Realizaron un estudio con el objetivo determinar los factores de riesgos asociados en la población de suicidas (consumados y no consumados) en Colombia. El diseño fue de casos y controles. (60 casos y 56 controles) no apareados. Los casos son los suicidios, proceden del registro departamental de necropsia del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, los intentos de suicidio proceden de dos hospitales y los controles son pacientes que acuden a consulta externa. Se aplicó una encuesta sociodemográfica, trastornos del comportamiento, patología psiquiátrica y necropsia psicológica. Resultados: la ansiedad ( $OR=7.33$ ;  $p=0.00$ ) fue el trastorno del comportamiento asociado a los casos; dentro del trastorno psiquiátrico la depresión ( $OR=18.16$   $p=0.00$ ); estar hospitalizado ( $OR= 2.81$ ;  $p=0.00$ ) y presentar enfermedad crónica ( $OR=8.31$ ;  $p=0.00$ ).

TM K, et al (2002). El objetivo fue evaluar las patologías psiquiátricas y el uso de sustancias como factores de riesgo de la conducta suicida. Los casos fueron 96 adolescentes chinos con intentos de suicidio con trastornos psiquiátricos y 96 controles que no hacían intento. El trastorno bipolar, los trastornos por consumo de cocaína y el trastorno de conducta fueron predictivos de intento de suicidio en pruebas univariadas. Se descubrió que el trastorno bipolar, los trastornos por uso de inhalantes, los trastornos por uso de cocaína y los trastornos por consumo de alucinógenos son predictivos de intento de suicidio, después de ajustar por todas las otras covariables. Los análisis logarítmicos revelaron altas posibilidades de asociación con las comorbilidades de trastorno por consumo de alcohol con trastorno de

conducta y trastornos por consumo de drogas con trastorno de conducta en ambos grupos. Las tasas más altas de trastorno por uso de cocaína / trastorno de conducta, trastorno por consumo de alucinógenos / trastorno de conducta y trastorno por consumo de alcohol / trastorno de conducta se encontraron entre los que intentaron suicidarse.

Liu KC, et al (1993). Estudiaron la prevalencia de comportamiento suicida y factores asociados en adolescentes de China. El objetivo fue determinar los factores de riesgo del pensamiento suicida, el plan y el intento de suicidio.

La edad promedio de los participantes fue de 15.0 (SD = 1.5) y el 51% eran niños; completaron un cuestionario estructurado de salud del adolescente, comportamiento suicida, características de intento suicida más reciente, demografía, uso de sustancias, desesperanza e impulsividad en problemas de conducta.

Las tasas de prevalencia de vida y del último año fueron 17.6 y 10.7% para intento de suicidio en hombres; 23.5 y 14.7% para intento de suicidio en mujeres, 8.9 y 2.9% para plan suicida en hombres, 10.7 y 3.8% para plan suicida en mujeres. El método más común para intentar el suicidio era apuñalar / cortar. Aproximadamente el 24% de los hombres que intentaron y el 16% de mujeres que intentaron recibieron tratamiento médico. Más del 70% de los que intentaron no tuvieron una acción preparatoria. El sexo femenino, el tabaquismo, la bebida, la desesperanza, la historia suicida de amigos y conocidos, el bajo nivel económico familiar y la escasa relación parental se asociaron significativamente con un mayor riesgo de comportamiento suicida.

Brent DA, et al (1993). El objetivo fue identificar las patologías psiquiátricas relacionados con el suicidio en adolescentes de Pensilvania. Estudio de casos-contróles; los casos fueron 67 adolescentes suicidas y 67 controles de la comunidad. La alteración psiquiátrica de los suicidas se

registró en la autopsia psicológica y en los controles se aplicó la entrevista psiquiátrica. Los factores de riesgo se determinaron con el OR. Las patologías psiquiátricas asociados con el suicidio en adolescentes fueron: depresión mayor (OR=27.0), estado bipolar mixto (OR=9.0), abuso de sustancias (OR=8.5) y trastornos de conducta (OR=6.0).

## 2.2.2 Antecedentes a nivel Nacional

Coronado-Molina O, (2014). "Características clínico-epidemiológico y abordaje terapéutico de pacientes con intento suicida. Hospital General San José del Callao- Lima, en una revisión de 100 historias clínicas en los servicios de observación de emergencia y hospitalización de medicina. Resultados: La proporción de intentos suicidas mujer/hombre fue de 3 a 1; el 61% tenía hijos, 34% tuvo estudios de secundaria incompletos y 81% estaba desocupado o con trabajos inestables. El 54% intentaron suicidarse con carbamatos. Los problemas interpersonales relacionados a la pareja fueron la causa más frecuente de la crisis. El 92% presento algún trastorno mental y 50% fue depresión mayor.

Perales A, Sánchez E, et al (2013). El objetivo fue evaluar la prevalencia de vida de la conducta suicida y factores asociados. Participaron 131 estudiantes de nutrición de una universidad pública peruana, Se aplicó cuestionarios validados de conducta suicida, escalas de Zung para ansiedad y depresión. La prevalencia de vida de la conducta suicida total fue de 39,5%: en el intento suicida, 9,4%; prevalencia puntual de depresión 4,6%; ansiedad 3,1%; y CAGE positivo, 5,2%. En el análisis bivariado la conducta suicida global se asoció a ideación homicida, OR 9,07, (IC 95% 2,41-34,10)  $p < 0,001$  y vivir con familia nuclear constituye un factor protector: OR 0,38, (IC 95% 0,15-0,97)  $p < 0,039$ . Uno de cada 11 estudiantes ha intentado suicidarse, por lo menos una vez durante su vida.

Vargas H, (2012). Realizaron un estudio analítico de corte transversal con el objetivo de identificar la “Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida de adolescentes de Lima Metropolitana y Callao.” En el intento suicida, la prevalencia de vida en el último año fue: 3.6%, y en el actual de 2.4%; según el modelo de regresión logística lineal, los resultados fueron: sentir que nada o poco lo respetan en la familia (OR: 4.8), tener enamorado (a) (OR: 2.71) y episodio depresivo (OR: 8.5).

Cano P, (2009). Realizo un estudio transversal analítico con el objetivo de determinar la prevalencia de la ideación suicida y su asociación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros, en adolescentes escolares, en una ciudad de la Amazonia Peruana. El 31% presentó deseos pasivos de morir, 21.1% pensó en quitarse la vida y el 18.1% intentó suicidarse alguna vez. La predisposición a la violencia en pensamiento fue 51.7%, conducta violenta en 18.7%, predominó en varones ( $p < 0.001$ ). Conclusiones: existe alta prevalencia de ideación suicida y, haber pensado en quitarse la vida; se asoció con haber presentado conducta violenta dirigida hacia otro.

Castro P, (2006). Realizaron un estudio descriptivo, tipo serie de casos, con el objetivo de identificar las características de los pacientes con intento de suicidio, en el hospital de Chosica, Lima. Se revisaron historias clínicas en el periodo de 1995 al 2004. Fueron 380 casos; en el año 1995 con 13 pacientes y en 2004 fueron 41. Fue más frecuente en mujeres con 63.7%; entre los 15 - 29 años con 74%, solteros en 61.2%, reintentos en 13% de casos. Los hallazgos principales fueron, discusiones familiares en 33.9% y de parejas en 27.6%; los métodos más utilizados fueron la ingesta de compuestos organofosforados en 75.3% e intoxicaciones medicamentosas en 20.3%.

Bazan-Lopez J, (2016). Con la finalidad de identificar la prevalencia y los factores asociados con tendencias suicidas en adolescentes de Lima rural. Se aplicó un análisis secundario de los datos de estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima rural, 2007. Se estudiaron las características demográficas, socioeconómicas, salud mental, variables clínicas y familiares. En el análisis multivariado se halló asociación significativa con deseo de morir

en sexo femenino (OR=3.05), trastorno de ansiedad generalizada (OR=6.41) y depresión mayor (OR=7.5).

Cabrejos C, et al (2005). Investigaron, el Intento de suicidio en niños y adolescentes, con el objetivo describir los aspectos biopsicosociales y los diagnósticos psiquiátricos en menores de 18 años, en emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Estudio descriptivo y prospectivo, con 24 pacientes. Instrumentos utilizados el FEIA. Resultados: 83.3% fue de sexo femenino; 79% tenía problemas académicos; 62.5% de los intentos se produjo los fines de semana, el 50% de ellos durante las mañanas y el 87.8% fueron causados por intoxicaciones.

Perales & Sogi, (1995). Realizaron una investigación sobre “Conductas violentas en adolescentes e Identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo”. Entrevistaron 221 adolescentes de ambos sexos de 12 - 17 años, de la zona urbana marginal de Lima. Identificaron los factores de riesgo estadísticamente significativo: Tendencia antisocial, presencia de amigo consumidor de sustancias; sexo masculino, bajo nivel de la madre, percepción de mala salud, relación de pareja, estrato socioeconómico bajo, edad entre 15 – 17, estructura familiar desintegrada y mayor densidad habitacional de la vivienda. Uno de cada 5 adolescentes menciona ideas de no seguir viviendo; el 2.7% presento intento suicida, y el 4% refirió ideas homicidas.

Mosquera A, (2006). “Perfil epidemiología de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el hospital Hermilio Valdizan. Estudio prospectivo de 67 casos, cuyo objetivo fue identificar las variables sociodemográficas, clínicas, familiares y principales motivaciones. Resultados: sexo femenino en 76.12% y sexo masculino en 23.88%; grupo etario más afectado estuvo entre los 14 y 25 años en 58.21%; desocupados (47.76%), educación superior incompleta en 37.31%; estado civil predomino en solteros 74.63%, convivientes en 16.42%. Los métodos químicos más utilizados: ansiolíticos con 41.79%, insecticidas con 20.9%; los métodos mecánicos: predomino el corte de las muñecas con 23.88%. El 79.10% no presento antecedentes

familiares de intento de suicidio previo; 20.90% registro algún familiar con intento de suicidio. Intención del acto suicida: 47.47% fueron mujeres, 16.42% lo hizo para llamar la atención, 8.96% por impulso y el 7.46% solo quería dormir. El motivo más importante del acto suicida fue conflicto con la pareja en 46.27% y problemas psicopatológicos en 19.40%. La enfermedad psiquiátrica más frecuente fue la depresión (56.95%), más frecuente en mujeres en 48.61% y consumo de sustancias psicoactivas en 13.8%.

Vásquez & Parhuana (1997). Con el objetivo de analizar las características clínicas y epidemiológicas se realizó un estudio con 82 pacientes hospitalizados en emergencia del hospital Nacional Dos de Mayo, con diagnóstico de Intoxicaciones agudas por plaguicidas, siendo accidental en 6.09% e intencional con fines suicidas en 90.24%; además la población más afectada fue de 16 a 25 años en 54.84%, con predominio en el sexo femenino en 63.82%.

## **2.3 Bases Teóricas**

### **2.3.1. Conducta Suicida**

Según Rivera A, et al (2015), en el siglo XX, surgieron las teorías sobre el suicidio, que dos conceptos diferentes. Durkheim se centró en los efectos perjudiciales que la sociedad ejerce sobre el individuo y Freud evitando las nociones de crimen o pecado, centro la acción en el inconsciente del hombre.

La OMS (2006), propuso como “acto suicida para referirse a todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y del conocimiento del verdadero móvil”.

Entonces, el suicidio y las conductas suicidas son tan antiguos como la propia humanidad; sin embargo, desde el siglo XX son considerados un problema de salud pública. Vásquez J, (1998)

A lo largo de la historia ha tenido enfoques distintos según la religión, la cultura y la condición socioeconómica de cada región. Su incremento progresivo en los últimos años, especialmente en la población de niños y adolescentes preocupa y hace un llamado urgente a las autoridades responsables de los programas, a unir esfuerzos con los profesionales de la salud y la sociedad para implementar estrategias de control, prevención y tratamiento. A pesar de los esfuerzos multisectoriales la conducta suicida va en incremento afectando principalmente a la población de adolescentes en prevención del suicidio OMS (2014).

La violencia social creciente, el uso de drogas, las familias disfuncionales y las enfermedades mentales afectan principalmente a la población de adolescentes, por ello la OMS (2014) hace un llamado para implementar investigaciones de control, intervenciones y prevención de conductas suicidas.

Las ideas suicidas, la tentativa de suicidio y el suicidio conforman un proceso secuencial, de difícil abordaje, asociado a múltiples factores que muchas veces constituyen para el adolescente una forma de encontrar la solución y terminar con el sufrimiento. Mckinnon B, et al (2016).

En ambientes conflictivas, el suicidio puede ser una alternativa, que los conduce a una desgracia al propio adolescente y su familia.

Los cambios fisiológicos y psicológicos normales del adolescente, muchas veces se presenta con eventos adversos como conflictos en la familia,

exigencias sociales, presión en la escuela, nuevas amistades o problemas de pareja, que pueden causar gran angustia. Castán N, (2016).

Por otro lado, la probabilidad de desajuste social y la falta de soporte constituyen, en este grupo etario, factores de riesgo para el inicio de conductas patológicas como el uso y abuso de drogas, incluyendo alcohol; comportamiento suicida y enfermedades psiquiátricas. Cortez A, (2014).

En algunos estudios, el acto precipitado y vehemente, propio del adolescente explica el porqué de la actitud suicida. Así, mientras mayor sea la vehemencia de un individuo, mayor será la probabilidad de auto eliminarse. Viza Q, (2014).

Los adolescentes, constituyen más de la tercera parte de la población total (31.7%), según “Análisis de la situación de las y los Adolescentes de MINSA” (2009). Nuestro país es considerado como una nación de adolescentes y jóvenes, son el presente y futuro del país, por estar en una etapa de formación y desarrollo fisiológico, constituye la población más vulnerable y necesitan un cuidado integral por parte de la sociedad; por ello los hospitales generales, necesitan cambiar su infraestructura e implementar intervenciones innovadoras en los servicios de los hospitales, como áreas de atención para los adolescentes, donde deben recibir un tratamiento adecuado y oportuno con apoyo de salud mental para una recuperación rápida y retorno a la comunidad para continuar rehabilitación en el seno familiar. Un informe de OMS (2018), señala que las autoridades deben prepararse para enfrentar la violencia social, el abuso sexual y el maltrato físico y psicológico que muchos adolescentes tienen que afrontar.

### **2.3.3. Factores de riesgo del intento de suicidio**

La literatura sobre las conductas suicidas reporta la existencia de múltiples factores de riesgo asociados que han sido estudiados ampliamente en los adolescentes de las diferentes regiones, pero no se han logrado identificar en su totalidad; siendo necesario seguir investigando.

El uso de este concepto ha posibilitado a la epidemiología, estudiar la distribución de las enfermedades no infecciosas; como los trastornos mentales y los problemas de salud mental, en los cuales el mecanismo de contagio o transmisión individual de la enfermedad requiere de reformulación. Perales & Sogi (1995).

El reconocimiento de los factores que riesgo en la conducta suicida es de vital importancia debido a la relación directa que mantiene con el intento de suicidio. Diversos estudios mencionan que la gravedad de riesgo suicida aumenta de manera proporcional al número de factores presentes; muchos son considerados como predictores de mayor gravedad en comparación con otros. Moya (2007).

La valoración de riesgo suicida se puede realizar mediante la evaluación del profesional, identificando las variables que concurren de manera individual en cada adolescente, en una determinada etapa de la vida, o en la presencia de acontecimientos estresantes específicos. OMS (2006).

Los factores de riesgo han sido clasificados en modificables y no modificables:

Los factores modificables se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente. Los factores no modificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y puede cambiar independientemente al cuadro clínico. Alcántara (2002).

Según Mosquera L (2016), realizó una revisión crítica de conducta suicida en la infancia; ha realizado un análisis comparativo y menciona que

los factores pueden ser individuales, familiares, contextuales, biológicos, psicológicos y culturales. La confluencia de varios factores puede aumentar la incidencia, probabilidad, mortalidad y severidad de la conducta suicida.

Según informe, OMS (2014). El intento de suicidio es considerado un problema social y económico para las diferentes regiones del mundo, debido a la asignación de los recursos para recuperación de los perjuicios y el impacto psicológico en el individuo y familiares. “Lo más grave es que un intento previo de suicidio es la principal variable predictiva individual de muerte por suicidio en la población general”.

La preocupación constante es identificar los factores de riesgo y conocer los grupos más vulnerables, para elaborar las estrategias más apropiadas e intervenir con acciones preventivas e identificar los factores de riesgo, ayuda al médico a prestar atención a determinadas áreas en la evaluación de individuo que consulta por síntomas multifactoriales, según informe de OMS Plan de salud mental: 2013-2020.

### **2.3.3.1 Factores sociodemográficos:**

#### **Edad:**

En la etapa de la niñez el suicidio o la tentativa son acontecimientos poco frecuentes; a partir de la adolescencia se ha observado un incremento progresivo y están asociados a trastornos emocionales y consumo de drogas. Las etapas de desarrollo, con mayor peligro de intento de suicidio consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada, antes de la pubertad la tentativa y el suicidio son excepcionales debido a la inmadurez cognitiva de la persona. Vargas H, (2012).

#### **Sexo:**

La conducta suicida se asocia en forma significativa al sexo femenino con un OR de 2,69. Perales (2013.).

Las mujeres en general realizan más intentos de suicidio en relación con los hombres siendo hasta tres veces más suicidios consumados. Freedman M, (1982).

Los hombres presentan tasas de suicidios de dos a tres veces mayores que las mujeres. Sin embargo, las mujeres realizan tres veces más intentos de suicidio que los hombres. Vargas H, (2012).

### **Estado Civil**

Se han reportado que las viudas presentan mayores tasas de suicidio que las personas solteras. Las mujeres casadas presentan las menores tasas de suicidio, en relación con los hombres. (Moya J, 2007). La menor tasa de suicidio la presentan las mujeres con hijos menores de 2 años.

### **Situación laboral y Nivel educativo**

En los países desarrollados, ser desempleado y pertenecer a niveles económicos bajos se relacionan con alto riesgo de suicidio; la pérdida de empleo y la jubilación han sido catalogados como acontecimientos estresantes, aumentan de dos a tres veces el riesgo de suicidio. Según Cortez A, (2014).

Las actividades laborales muy exigentes llevan a los profesionales a elevados niveles de estrés y como consecuencia aumento del número de suicidios, como los artistas, personal de salud y los militares. Un nivel educativo bajo se asocia con alto riesgo de suicidio Moya J, (2007).

#### **2.3.3.2 Factores Clínicos:**

**Métodos empleados:** La disponibilidad y el alcance a los medios facilitan la ejecución del acto suicida. La facilidad para acceder a algunos medios como, tóxicos armas de fuego, alturas, vías de ferrocarril, venenos, medicamentos y gases tóxicos varían de un lugar a otro; otro factor a considerar es la proximidad de estos medios para su adquisición. Otro aspecto es la preferencia individual a ciertos medios que permiten cometer un suicidio.

Además, dependen y varían según el contexto geográfico, religioso y cultural en. Un imperativo global. Washington, DC. OMS (2014).

**Intento de suicidios previos:** Los individuos con antecedente de intentos de suicidio previos, tienen un riesgo elevado de cometer tentativas de suicidio nuevamente, dentro de los primeros seis a doce meses siguientes a la tentativa anterior. Los sujetos que han realizado intento de suicidio, tienen un riesgo de consumación mayor al de la población general durante el año siguiente al evento. Antes de 24 meses repetirá la tentativa alrededor de un 30%, según Viza Q. (2014).

Los intentos de suicidio previos constituyen la principal variable predictiva individual de muerte por suicidio en la población general; los que ya han intentado suicidarse presentan un riesgo muy alto de morir por suicidio. Es importante reconocer a las personas de riesgo elevado para proporcionarles orientación y seguimiento como punto clave de las estrategias de prevención integrales de prevención del suicidio. Un imperativo global. Washington, DC OMS/OPS (2014).

En las investigaciones longitudinales un 40% de personas que intenta suicidarse han presentad intentos previos y de 13 a 35% hacen otro intento, el 7% hace dos o más intentos, 2.5% hace tres o más intentos y 1% hacen cinco o más intentos dentro de los dos años siguientes, según De la Hoz (2014).

**Depresión:** Los trastornos depresivos, los cuadros de ansiedad, la adicción al alcohol, consumo de drogas y las alteraciones de personalidad, son estados psicopatológicos de riesgo elevado en la conducta suicida Moya (2007).

La presencia de un trastorno psiquiátrico se encuentra entre los factores riesgo más consistente para el comportamiento suicida. Cortés (2014). Los trastornos depresivos de comienzo temprano frecuentemente se asocian con síntomas de trastorno de conducta, sobre todo en adolescentes; existe una asociación significativa con trastornos no depresivos como son conductas antisociales, consumo de alcohol y drogas. La depresión por sí misma es un factor de riesgo predictor de conducta suicida entre los adolescentes, su presencia eleva el riesgo suicida hasta un 27% con respecto a la población general. Moya J, (2007).

En las mujeres adolescentes, los trastornos depresivos están altamente asociados a la conducta suicida, considerado el factor de riesgo más importante en los intentos de suicidio. En los varones el intento de suicidio previo es el factor de riesgo más relevante seguidos de depresión, (49% a 64%), consumo de sustancias y trastornos de la conducta Freedman M, (1982).

### **2.3.3.3 Factores Familiares**

El suicidio de un integrante de la familia puede ocasionar una influencia positiva en los demás componentes de la familia. La pérdida de un ser querido es muy dolorosa, causa tristeza, melancolía, estrés, ansiedad y angustia entre los familiares y otros seres queridos. La comunicación y el apoyo familiar, habituales pueden cambiar y el estigma de suicidio, puede obstaculizar la búsqueda de ayuda en otros miembros de la comunidad. OMS/OPS (2014).

#### **Antecedente de intento de suicidio en familiares**

Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida, particularmente en el sexo femenino y cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado. Los reportes señalan que en el caso de muerte por suicidio de la madre o del padre la probabilidad de tentativa de suicidio en los hijos adolescentes se multiplica de 2 a 3 veces. Moya J, (2007).

### **Consumo de alcohol y drogas en familiares**

El consumo de alcohol y otras sustancias acompañan en un 25% a 50% de los suicidios y el riesgo se incrementa si el consumo de alcohol se asocia a otras enfermedades psiquiátricas. La dependencia de las sustancias, como cannabis, la heroína o la nicotina, también son considerados factores de riesgo de la conducta suicida OMS (2014). El consumo de drogas ilegales en los diversos estudios sistemáticos revela una asociación fuerte con intentos suicidas y consumo de cocaína, se demostró en un análisis multivariado según Vargas H, (2012).

### **Trastornos mentales de familiares**

Una historia familiar de intentos de suicidio podría tener una influencia significativa en la presencia del fenómeno suicida en el adolescente Vargas H, (2012).

En los padres de los adolescentes suicidas es frecuente encontrar trastornos depresivos y el abuso de sustancias tóxicas. Algunos padres se encuentran en condiciones precarias no podrán ayudar a sus hijos en riesgo de suicida según Cortez A, (2014).

### **Estructura familiar**

En una de seis investigaciones en las escuelas públicas en Carolina del Sur, se informó que el incremento de la cohesión familiar entre sus miembros fue considerado un factor de protección para los que intentan suicidarse; además el no vivir con ambos padres no se asoció con ninguna conducta suicida; de ello concluye que no es la estructura familiar sé que condiciona el suicidio, sino la forma de las relaciones familiares y el tipo de comunicación entre sus miembros, el factor de riesgo en la conducta suicida del adolescente, según Mathew N, (2008).

### **Funcionamiento familiar**

Existen estudios que muestran, que la disfunción familiar constituye un factor que incrementa el riesgo de conducta suicida entre los adolescentes. La falta de calidez intrafamiliar, comunicación inadecuada con los padres y las

discusiones entre los componentes de la familia, necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y adversos. Perales A, (2014).

#### **2.3.3.4 Factores de riesgo según estilos de vida**

Consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Ejercen un papel muy importante, uno de cada cuatro suicidas presenta abuso de alcohol o de otras sustancias. El consumo de alcohol es considerado un factor de riesgo además es un factor precipitante, por ello constituye un factor de riesgo en la conducta suicida.

Las estimaciones sugieren que el riesgo de suicidio es seis veces mayor en las personas con abuso de alcohol que en población general. Cortez A, (2014).

La asociación de tabaco, alcohol y drogas, así como el inicio temprano incrementan el riesgo de intento de suicidio.

#### **2.3.3.5 Factores Precipitantes o desencadenantes**

Algunos acontecimientos de la vida, como eventos vitales estresantes del entorno familiar, factores psicológicos individuales, laborales o de estudios, se consideran como factores facilitadores o precipitantes de suicidio. En los adolescentes la humillación o el aislamiento social y las tensiones en las relaciones personales son considerados factores precipitantes, OMS (2006).

## **CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA**

### **3.1. Tipo y diseño de la investigación**

Estudio retrospectivo, analítico de casos y controles

### **3.2 análisis Unidad de:**

Adolescente con diagnóstico de intento de suicidio (caso); adolescente con diagnóstico de patologías no relacionado con intento de suicidio (Controles).

### **3.3 Población del estudio**

La población estuvo constituida por todos adolescentes entre 12 a 19 años, que ingresaron por emergencia al Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo 2012-2014 y 2017; fueron hospitalizados con diagnóstico de intento de suicidio para los casos.

Se tomaron como controles del estudio a los adolescentes hospitalizados con diagnóstico de otras patologías no relacionadas al intento de suicidio en el mismo periodo que los casos; los casos y los controles se emparejaron por edad y sexo; se mantuvo una relación de 1:1.

### **3.4 Tamaño de la Muestra**

El tamaño de la muestra calculada fue de 82 para casos y 82 controles. Se calculó el tamaño muestral en la versión 3 de Open Epi con un nivel de confianza de 95%, un poder de 80% y una precisión de p de 0.05 para familia disfuncional e intento de suicidio.

### **3.5 Selección de la Muestra**

Muestreo por conveniencia de tipo intencional, no aleatorio.

## 3.6 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

### 3.6.1 Instrumentos

- Cuestionario del Instituto de Salud Mental para población de 12 a 17 años, "Honorio Delgado Hideyo Noguchi", cuyo rango de aplicabilidad ha sido establecido para poblaciones grandes o pequeñas, provinciales o distritales y con adecuación cultural para poblaciones adolescentes. En la primera parte se incluyeron datos sociodemográficos y los siguientes sobre intento de suicidio. Perales y Sogi (2013). Cuestionario de Salud Mental Conductas violentas en adolescentes: Identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo. Serie No 3).
- Escala de evaluación de depresión de Zung, consta de 20 preguntas, diseñados para ser auto administrado en un tiempo de 10 a 15 minutos, fue validada en el Perú en estudios similares. Determina la presencia de depresión.
- Escala de evaluación de ansiedad de Zung. Consta de 20 preguntas, su diseño permite la autoadministración en un tiempo de 10 a 15 minutos. Esta validado en el Perú. Determina la presencia de ansiedad.
- Escala de APGAR familiar, determina familia funcional/familia disfuncional. Consta de 5 preguntas. Fue validado por juicio de expertos para este estudio con un alfa de Cronbach de 87%.

### **3.6.2 Procedimientos para la recolección de datos:**

La captación y selección de los casos y controles se realizó en el servicio de emergencia, inicialmente por diagnóstico del médico de turno y posteriormente confirmado por el psiquiatra; el diagnóstico de intento suicida es verificado en la historia clínica y se toma como caso para el presente estudio. El control es captado en el mismo periodo y cumple los criterios de inclusión y exclusión.

#### **Criterios de inclusión:**

Casos:

Adolescentes de ambos sexos hospitalizados con tiempo de permanencia mayor de 24 horas con diagnóstico de intento de suicidio en el periodo de estudio.

Acepte participar en el estudio y firma el asentimiento; el consentimiento informado fue firmado por el padre y/o madre o tutor.

Controles:

Adolescentes de ambos sexos hospitalizados con patologías médico y/o quirúrgicas, sin diagnóstico de intento de suicidio.

Acepte y firme el asentimiento y/o consentimiento informado para su participación en el estudio.

#### **Criterios de exclusión para los casos y los controles**

Adolescentes cuyo estado clínico no le permite responder el cuestionario.

Adolescente con trastorno neuro psiquiátrico severo.

Adolescentes con intoxicaciones medicamentosas accidentales.

Cuyos padres no aceptan su participación.

Adolescentes que solicitan retiro voluntario.

Al iniciar la entrevista, se explicó acerca de su participación y se aceptó se proporcionó el consentimiento informado, garantizando la confidencialidad y el manejo adecuado de los datos; si acepta participar el adolescente y uno de los padres firma el consentimiento informado. En ausencia de los padres, fue el acompañante, quien autorizó la participación.

Se aplicó el cuestionario estructurado a todos los adolescentes en forma individual, tanto a los casos como los controles que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

En la primera parte se realizó una entrevista personal mediante un cuestionario estructurado que reúne información acerca de las características sociodemográficas, factores clínicos, factores familiares, estilos de vida del adolescente y factores precipitantes.

La segunda parte fue una encuesta auto administrada, de las escalas de evaluación de Zung para depresión y ansiedad. Toda la información fue recogida en un solo momento.

### **3.7 Plan de Análisis de datos**

#### **3.7.1 Clasificación, registro y codificación de los datos:**

Los datos generados se codificaron según el orden de ingreso de los adolescentes a emergencia, hospitalización de medicina y/o pediatría.

Los datos de estudio fueron registrados en una base de datos simple, utilizando para este fin el software Microsoft Excel versión 2013, que contiene los cuadros de base elaboradas para la investigación. Los datos fueron organizados de forma tabular mediante la utilización de los cuadros de frecuencias simples y cruzadas.

### **3.7.2 Técnicas de análisis estadística.**

El procesamiento estadístico se realizó a través del paquete software programa SPSS versión 25.0.

En una primera etapa se realizó análisis de cada variable en cuadros para determinar frecuencias absolutas y relativas. Las variables independientes y la variable dependiente fueron dicotomizadas para ver la asociación entre dos variables; la hipótesis general del estudio planteado: Constituyen factores de riesgo en intento de suicidio de adolescentes que son intentos de suicidio previos, depresión, ansiedad, consumo de alcohol, consumo de drogas, conflictos familiares, conflictos con la pareja, consumo de alcohol y drogas en familiares, conflictos de los padres y problemas en el estudio, se comparó con el chi cuadrado y el cálculo del OR con IC de 95%. Posteriormente se sometió a un análisis multivariado con la finalidad de identificar las variables consideradas como factores de riesgo asociadas a intento de suicidio. Se analizaron todas las variables en estudio mediante el método de ingreso progresivo y se aplicó la prueba de Wald para determinar posibles errores de algunas variables confusoras e identificar con mayor precisión las variables predictoras para el intento de suicidio. Se consideró que dos variables están asociadas estadísticamente si el p valor es menor a 0.05.

### 3.8 Aspectos Éticos

- Previo al abordaje del adolescente y familiar responsable, se entregó el formato de consentimiento informado, el investigador informo el objetivo del estudio y su participación hasta su completa comprensión y se brindó las aclaraciones de las dudas respecto al estudio, finalmente aceptó participar, firmando el formulario de consentimiento informado e incluido en el estudio.
- La entrevista se realizó en forma personal y privado, garantizando durante todo momento la confidencialidad de la información y la privacidad.
- Se solicitó el permiso y autorización para el uso de las preguntas del Cuestionario de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” del Perú.
- Se contó con la autorización de la oficina de Docencia Capacitación e Investigación del HNMD.

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4. 1 Resultados**

Se realizaron una entrevista a 164 adolescentes, siendo 82 con diagnóstico de intento de suicidio (casos) y 82 sin intento de suicidio (controles). El estudio se realizó en el HNDM, en el servicio de emergencia de pediatría y medicina. Se estudiaron las variables: sociodemográficas, clínicas, familiares, estilos de vida y factores precipitantes.

#### **4.1.1 Características sociodemográficas de la población estudiada:**

Se presentan los resultados generales de las características sociodemográficas: la edad media fue de 16 años (casos) y de 16 años (controles). El 97.6% de los casos correspondió a la etapa de adolescencia tardía (15-19 años) y 92.7 % de controles; el 80.5% de casos correspondió al sexo femenino y el 69.5% a los controles; nivel de instrucción secundario 65.9% de casos y 72% a los controles; instrucción primaria 20.7% de casos y 6.1% de controles; fueron solteros 75.6% de casos y 90.2% de controles; convivientes 22.0% de casos y 8.5% de controles; casados 2.4% de casos. Según situación laboral actual, 37.8% de casos fueron estudiantes y 61.0% de controles, amas de casa en 14.6% de casos y 11.0% de controles;

trabajan a medio tiempo el 13.4% de casos y trabajan ocasionalmente el 12.2% de casos. (ver tabla 1)

En el análisis bivariado de los casos y los controles, las variables sociodemográficas analizadas que resultaron ser factores de riesgo asociadas fueron: el grado de instrucción primaria (OR=4.03; IC 95%: 1.41-11.51), estado civil conviviente (OR=3.01; IC 95%: 1.18-7.67) y ser desempleado (OR=0.04; IC 95%: 0.45 - 37.99). (ver tabla 1)

**Tabla 1 Factores sociodemográficos en adolescentes con intento de suicidio Hospital Nacional Dos de Mayo**

	CASOS		CONTROLES		P	OR	IC 95%
	N	%	N	%			
	82		82				
<b>Edad</b>							
10 a 14	2	2.4	6	7.3		0.32	0.06-1.62
15 a 19	80	97.6	76	92.7		3.16	0.62-16.13
<b>Sexo</b>							
Femenino	66	80.5	57	69.5	0.62	1.81	0.88-3.72
Masculino	16	19.5	25	30.5		0.55	0.27-1.14
<b>Grado de instrucción</b>							
Primaria	17	20.7	5	6.1	0.03	4.03	1.41-11.51
Secundaria	54	65.9	59	72.0		0.75	0.39-1.46
Superior	11	13.4	18	22.0		0.55	0.24-1.25
<b>Estado civil</b>							
Casada	2	2.4	1	1.2		2.03	0.18-22.78
Conviviente	18	22.0	7	8.5	0.02	3.01	1.18-7.67
Soltera	62	75.6	74	90.2		0.34	0.14-0.81
<b>Situación laboral actual</b>							
Trabajo estable a tiempo completo	6	7.3	7	8.5		0.85	0.27-2.63
Trabajo a medio tiempo	11	13.4	4	4.9		3.02	0.92-9.92
Trabajo ocasional	10	12.2	7	8.5		1.49	0.54-4.12
Desempleado	4	4.9	1	1.2	0.04	4.15	0.45-37.99
Busca trabajo	2	2.4	4	4.9		0.49	0.09-2.74
Estudiante	31	37.8	50	61.0		0.39	0.21-0.73
Ama de casa	12	14.6	9	11.0		1.39	0.55-3.50
Otros	6	7.3	0	0.0		*Na	

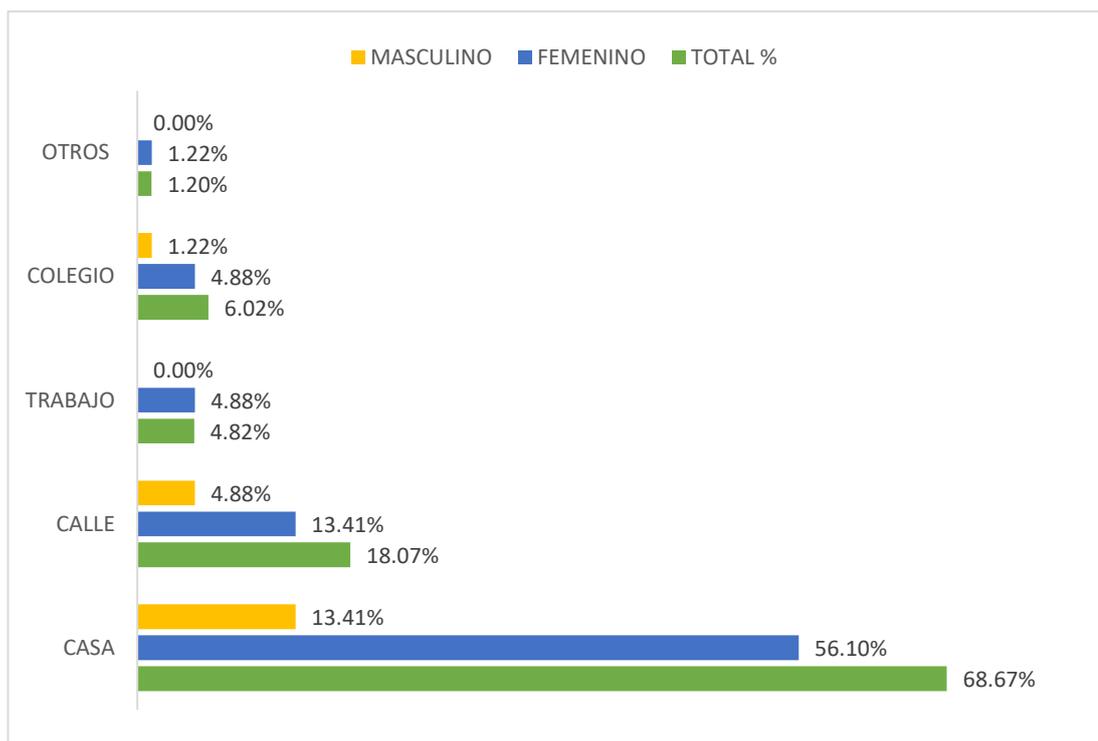
Na: no aplicable

Prueba estadística: chi-cuadrado

*Fuente:* Elaboración propia.

#### 4.1.2 Factores clínicos en adolescente con intento suicida

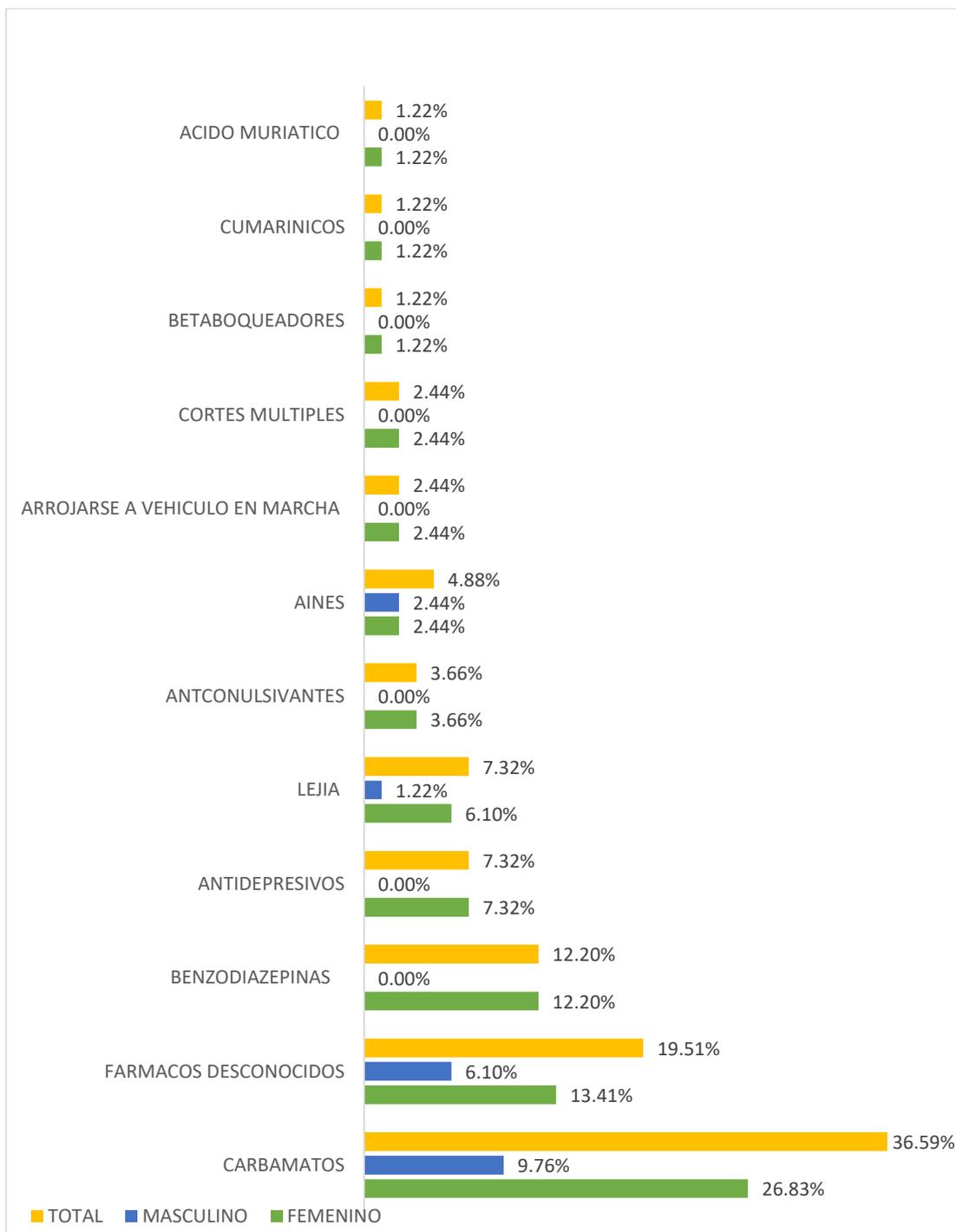
El lugar más común donde se produjo el intento fue en su propia casa 69.5%, siendo 56.10% de sexo femenino y 13.4% sexo masculino. En la calle fueron 18.07 % siendo 13.41% de sexo femenino y 4.88% de sexo masculino; en el trabajo fueron 4.82% y todos correspondieron al sexo femenino; en el colegio 6.02 % siendo 4.88% de sexo femenino y 1.22% de sexo masculino. (ver gráfico 1).



**Gráfico 1. Lugar donde se produjo el intento de suicidio en adolescentes. Hospital Nacional Dos de Mayo**

*Fuente:* Elaboración propia.

El método más usado para intentar suicidarse por los adolescentes fue la ingesta de plaguicidas tipo carbamatos 36.59%, siendo de sexo femenino 26.83% y sexo masculino 9.76%; en segundo lugar fueron fármacos desconocidas 19.59%, sexo femenino 13.41% y sexo masculino 6.10%; en tercer lugar benzodiazepinas 12.2% todos fueron del sexo femenino; antidepresivos 7.32% siendo todos del sexo femenino; anticonvulsivantes 3.66% en sexo femenino; ingesta de lejía 7.32%, sexo mujeres en % y 6.10 y sexo masculino 1.22%; AINES en 4.88%, sexo femenino y masculino en 2.44% respectivamente. Arrojar a un vehículo en marcha y cortes múltiples en 2.44% correspondiendo todos al sexo femenino. (ver gráfico 2)



**Gráfico 2. Métodos empleados en el intento de suicidio en adolescentes. Hospital Nacional Dos de Mayo.**

*Fuente.* Elaboración propia.

En el análisis bivariado de los factores clínicos del adolescente: el intento suicida se asoció significativamente a presencia de depresión con OR=16.01; IC 95% 4.65-55; presencia de ansiedad OR=12.54; IC 95% 1.58-99.62; intentos de suicidio previos OR=2.97; IC 95% 1.14-6.81. No se halló asociación significativa con asistir a alguna consulta psiquiátrica en los últimos 3 meses (OR=1.67; IC 95% (0.87- 3.13). (ver tabla 2)

**Tabla 2 Factores clínicos en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nacional Dos De Mayo**

	CASOS		CONTROLES		p	OR	IC 95%
	N	%	N	%			
<b>Intentos de suicidio previos en adolescentes</b>							
<b>Si presentaron</b>	22	26.8	9	11.0	0.03	2.79	1.14-6.81
1 vez	18	21.9	0				
2 vez	2	2.4	1				
3 vez	2	2.4	0	0.0			
<b>No presentaron</b>	60	76.8	73	90.2		0.36	0.15-0.87
<b>Antecedente de evaluación psiquiátrica</b>							
Si	38	46.3	28	34.1	0.35	1.67	0.89-3.13
No	44	53.7	54	65.9		0.60	0.32-1.13
<b>Presencia de depresión</b>							
>50 (si)	31	37.8	3	3.7	0.02	16.01	4.65-55.11
<50 (no)	51	62.2	79	96.3		0.06	0.02-0.22
<b>Presencia de ansiedad</b>							
>50 (si)	11	13.4	1	1.2	0.01	12.55	1.58-99.63
<50(no)	71	86.6	81	98.8		0.08	0.01-0.63

Prueba estadística: chi-cuadrado

*Fuente:* Elaboración propia.

#### 4.1.3 Factores familiares de adolescentes con intento de suicida

Las características de los familiares de adolescentes con intento de suicida consideradas factores de riesgo fueron: Tener familiares con antecedente de intento suicida OR=2.61; IC 95% 1.25- 5.52; consumo de drogas ilegales en familiares por lo menos una vez al mes OR= 8.50; IC 95%

1.08 – 52.61; consumo de alcohol en familiares por lo menos una vez por semana OR=5.46, IC 95% 2.40 – 12.42; pertenecer a una familia disintegrada OR= 1.99; IC 95% 1.04 – 3.79 y pertenecer a una familia disfuncional OR=10.11, IC 95% 4.73 – 21.61. (ver tabla 3)

**Tabla 3 Factores familiares de adolescente con intento de suicidio Hospital Nacional Dos De Mayo**

	CASOS		CONTROLES		P	OR	IC 95%
	N	%	N	%			
<b>Antecedente de intento suicida en familiares</b>							
Si presentaron	27	32.9	13	15.9	0.03	2.61	1.23-5.52
No presentan	52	63.4	67	81.7		1.82	0.98-3.40
Desconoce	3	3.7	2	2.4		1.52	0.25-9.34
<b>Consumo de drogas ilegales en familiares</b>							
Si consumen	15	18.3	4	4.9	0.02	8.50	1.08-52.61
No consumen	57	69.5	64	78.0		0.64	0.30-1.37
Desconoce	8	9.8	14	17.1		0.53	0.21-1.33
<b>Consumo de alcohol en familiares</b>							
Si consumen	33	40.2	9	11.0	0.03	5.46	2.40-12.42
No consumen	33	40.2	58	70.7		0.28	0.15-0.53
Desconoce	11	13.4	10	12.2		0.78	0.29-2.08
<b>Estructura familiar</b>							
Familia integrada	23	28.0	40	48.8		0.41	0.21-0.78
Familia disintegrada	37	45.1	24	29.3	0.03	1.99	1.04-3.79
<b>Funcionamiento familiar</b>							
Funcional	30	36.6	70	85.4		0.1	0.05-0.21
Disfuncional	52	63.4	12	14.6	0.01	10.11	4.73-21.61

Prueba estadística: chi-cuadrado

*Fuente:* Elaboración propia.

#### **4.1.4 Los estilos de vida del adolescente con intento suicida**

Los estilos de vida que se comportaron como factores de riesgo asociados al intento suicidio en adolescentes fueron: consumir tabaco por lo menos una vez por semana OR=5.06; IC 95% 2.14 – 11.94 y consumir drogas ilegales OR=4.96; IC 95% 1.35 – 18.13). Pertenecer a pandillas juveniles, practicar deportes y consumir alcohol por lo menos una vez por semana hasta embriagarse, no están asociados como factor de riesgo al intento de suicidio. (ver tabla 4).

**Tabla 4 Factores relacionados con estilos de vida de adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nacional Dos de Mayo.**

	CASOS		CONTROLES		P	OR	IC 95%
	N	%	N	%			
<b>Pertenece a grupos de pandilla juvenil</b>							
Si	44	53.7	40	48.8	0.35	1.22	0.66-2.24
No	38	46.3	42	51.2		0.82	0.45-1.52
<b>Practica deportes</b>							
Si	42	51.2	47	57.3	0.25	0.78	0.42-1.45
No	40	48.8	35	42.7		1.28	0.69-2.37
<b>Consumo de alcohol</b>							
Si	27	32.9	16	19.5	0.25	2.03	0.99-4.14
No	55	67.1	66	80.5		0.49	0.24-1.01
<b>Consumo de tabaco</b>							
Si	29	35.4	8	9.8	0.02	5.06	2.14-11.94
No	53	64.6	74	90.2		0.20	0.08-0.47
<b>Consumo de drogas</b>							
Si	13	15.9	3	3.7	0.01	4.96	1.36-18.14
No	69	84.1	79	96.3		0.20	0.06-0.74

*Prueba estadística: chi-cuadrado*

*Fuente:* Elaboración propia.

#### 4.1.5. Factores precipitantes de intento de suicidio en adolescentes

Las principales situaciones precipitantes, considerados como factores de riesgo asociados al intento de suicidio fueron: conflictos en el entorno familiar, OR= 2.01; IC 95% 1.05- 3.85; tener pareja o enamorado OR= 3.59; IC 95% 1.88-6.87; tener discusiones verbales con la pareja OR=5.48; IC 95% 2.27- 15.62. (ver tabla 5).

**Tabla 5 Factores precipitantes de intento de suicidio en adolescentes. Hospital Nacional Dos De Mayo**

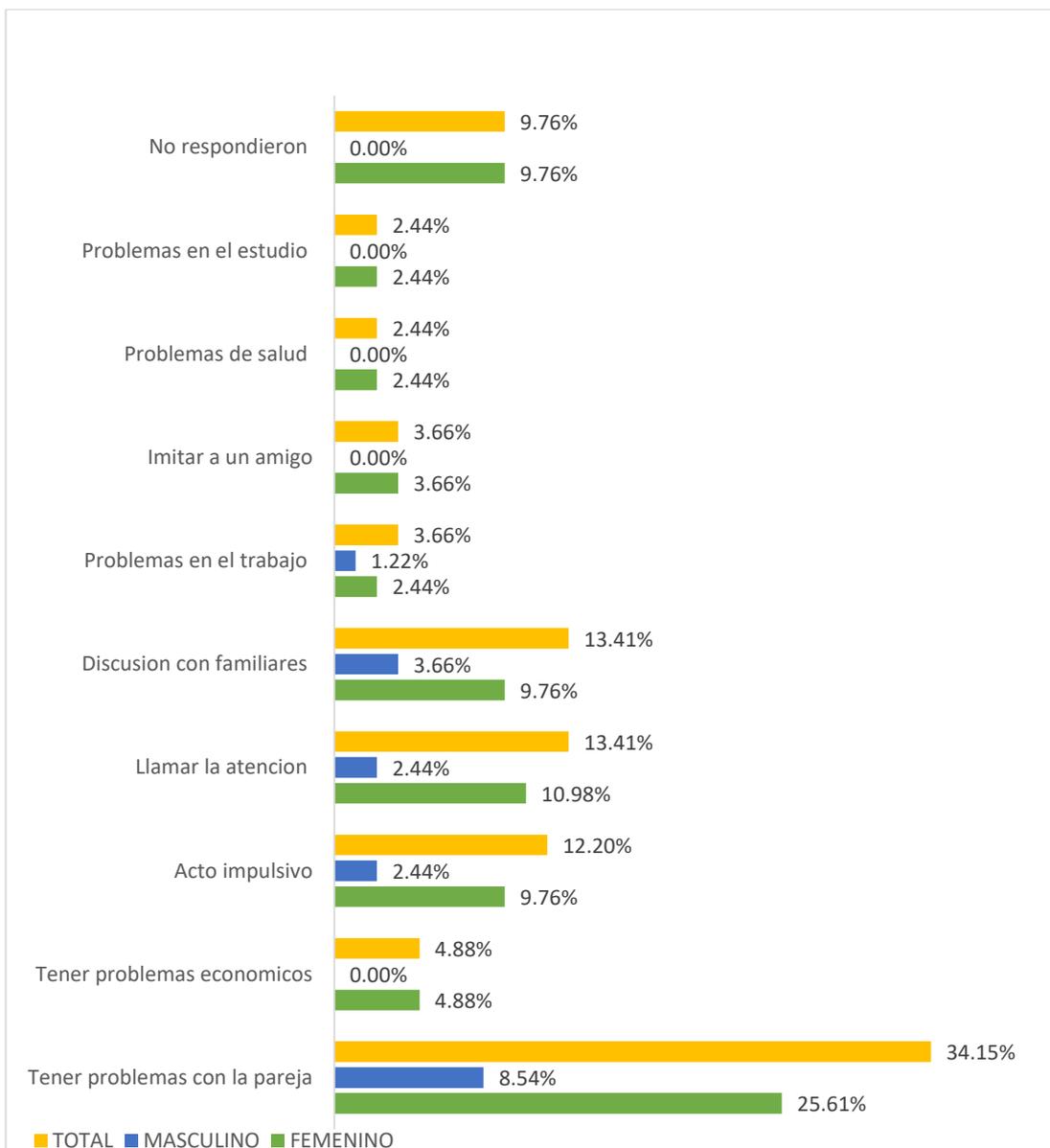
	CASOS		CONTROLES		P	OR	IC 95%
	N	%	N	%			
<b>Conflictos familiares</b>							
<b>Si</b>	36	34.1	23	28.0	0.02	2.01	1.05-3.85
<b>No</b>	40	48.8	49	59.8		0.50	0.26-0.95
No responden	6	7.3	10	12.2		0.57	0.20-1.64
<b>Tiene pareja o enamorado</b>							
Si	58	70.7	33	40.2	0.01	3.59	1.88-6.87
No	24	29.3	49	59.8		0.28	0.15-0.53
<b>Conflictos con pareja o enamorado</b>							
<b>Si</b>	33	39.0	8	9.8	0.02	5.48	2.27-15.63
No	15	18.3	74	90.2		0.17	0.07-0.40
No responden	10	12.					

Prueba estadística: chi-cuadrado

*Fuente:* Elaboración propia.

#### **4.1.6. Motivo para el intento de suicidio en adolescentes**

El motivo más importante para el intento suicida fue tener problemas con la pareja en 29.3%, siendo sexo femenino 25.61% y sexo masculino 8.45%; seguido de discusiones con la familia 13.45%, sexo femenino 9.79% y sexo masculino 3.66%. Por llamar la atención fueron 13.41%, sexo femenino 10.98% y sexo masculino 2.44%; el acto impulsivo fue en 12.2%, sexo femenino 9.76% y en sexo masculino 2.44%. No respondieron 9.76%, Tener problemas económicos 4.88%, todos correspondieron al sexo femenino. Imitar a un amigo y tener problemas en el trabajo en 3.66%. Tener problemas de salud y en el estudio 2,4%. (ver gráfico 3)



**Gráfico 3. Motivo más importante para el intento de suicidio en los adolescentes. Hospital Nacional Dos de Mayo**

*Fuente:* Elaboración propia.

Tabla 6 *Análisis multivariado factores de riesgo de intento de suicidio. Hospital Nacional Dos De Mayo*

<b>Factores de riesgo</b>	<b>P</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Factores clínicos</b>			
Intentos previos de Suicidio	0.0167	2.970	1.274 - 6.940
Antecedente de enfermedad psiquiátrica	0.1518	1.666	0.887 - 3.127
Depresión	1.98E-07	16.007	4.649 - 55.106
Ansiedad	0.006961	12.549	1.581 - 99.627
<b>Factores Familiares:</b>			
Antecedente de intento suicida en familiares	0.01544	2.676	1.259 - 5.690
Consumo de drogas en familiares	0.01956	4.211	1.321 - 13.421
Consumo de alcohol en familiares	0.001009	4.444	1.863 - 10.601
Familia desintegrada	0.01206	2.681	1.297 - 5.541
Familia disfuncional	0	10.111	4.731 - 21.611
<b>Estilos de Vida:</b>			
Pertenece a pandillas juveniles:	0.6393	1.216	0.659 - 2.245
Practica deportes	0.5307	0.782	0.422 - 1.447
Consumo de Alcohol	0.07583	2.025	0.991 - 4.137
Consumo de tabaco	0.0001867	5.061	2.145 - 11.943
Consumo de Drogas	0.01786	4.961	1.357 - 18.137
<b>Factores Precipitantes</b>			
Conflictos con los padres	0.08054	1.917	0.982 - 3.745
Tiene pareja o enamorado	0.0001626	3.588	1.875 - 6.866
Conflictos con pareja	1.51E-05	6.230	2.656 - 14.613

*Fuente:* Elaboración propia

En el modelo de regresión logística multivariado, se aplicó la prueba de Wald con la finalidad de determinar la mayor capacidad predictora y la mayor fuerza de asociación de las variables de estudio para al intento de suicidio, de los cuales solo cinco han tenido una asociación significativa. (ver tabla 6,7)

**Tabla 7 Análisis multivariado de regresión logística. Hospital Nacional Dos de Mayo**

Variable	B	S.e.	Wald	Df	P
Depresión	-13.7	6.20	4.92	1	0.027
Consumo de tabaco	2.91	1.30	4.98	1	0.026
Conflictos con pareja	5.61	2.56	4.80	1	0.029
Consumo de alcohol en familiares	2.25	1.01	4.97	1	0.026
Familia disfuncional	-3.28	1.72	3.63	1	0.047
Constantes	-29.8	14.0	4.52	1	0.034

**\*P<0.05**

*Fuente:* Elaboración propia.

En resumen, Las variables de riesgo que se asociaron significativamente con el intento de suicidio fueron:

Factores clínicos: Presencia de depresión.

Factores familiares: Familia disfuncional y consumo de alcohol en familiares por lo menos una vez por semana.

Estilos de vida del adolescente: Consumo de tabaco por lo menos una vez por semana.

Factores precipitantes: Conflictos con la pareja.

No se han hallado interacción significativa con el resto de las variables independientes analizadas. Análisis multivariado de regresión logística. (ver tabla 7)

## **4.2 Discusión**

El intento de suicidio en los adolescentes constituye un problema de salud pública en todos los países y regiones del mundo. El mayor porcentaje (79%) de conductas suicidas reportados se producen en poblaciones cuyos ingresos económicos son bajos y medianos, como Perú. Además, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante; sin embargo, es prevenible mediante intervenciones oportunas basados en evidencias, reconocimiento de grupos vulnerables y de factores asociados. Mckinnon B et al, (2016).

En el presente estudio, se investigó algunos variables relacionados con intento de suicidio en un establecimiento de salud, de atención general como el Hospital Nacional Dos de Mayo, ubicado en una zona urbana de alto riesgo social de Lima. La población estuvo conformada por 164 adolescentes hospitalizados en el periodo de estudio.

### **4.2.1. Factores sociodemográficos**

Se presenta las características sociodemográficas estudiadas, analizado la edad, se encontró una predominancia en la adolescencia tardía (15-19 años)

en 97,6% de los casos. Así, Perales & Sogi (1995), reportaron un 50% a la edad de 15-17 años, Cano (2009) reportó 63.4% entre los 15-17 años. Estos hallazgos indican que la población más afectada son los adolescentes, pero el comportamiento suicida aumenta significativamente al comienzo de la adolescencia como a los 12 años, alcanza su punto máximo a los 16 años y permanece elevado hasta los 20 años. Por lo tanto, es de vital importancia considerar como las etapas de mayor riesgo de la aparición del comportamiento suicida. Matthew K, et al (2008).

En el presente estudio, la adolescencia tardía de 15 – 19 años ha mostrado una asociación significativa para el intento de suicidio (OR=3,16 IC95%:0.62-16.13); similar a otros estudios constituye un factor de riesgo importante, como lo reportado por Cuesta- Revé, et al (2017).

Este estudio reportó una gran predominancia en el sexo femenino 80.5%, similar a Mosquera del Águila (2006) en 76.2%; Castro P, (2006) en 63.7%; entonces la población más vulnerable es el sexo femenino también se les denomina como las intentadoras según Valdivia M, et al (2015). Otros autores reportaron, al comparar el grupo de intentos de suicidio con la población general, el sexo femenino resultó de menor riesgo, (OR=0.06; IC95%: 0.01-0.25). Tucsca, Molina, et al (2003).

### **Estado Civil**

En el análisis descriptivo del estado civil, los solteros fueron los más afectados en (75.6%), similares a lo reportado por Mosquera del Águila, (2006) en (74.63%).

El estado civil conviviente es un factor de riesgo para intento de suicidio (OR=3.01 IC95% 1.18-7.67)  $p = 0.02$ , el conviviente tiene 3 veces más riesgo de intentar suicidarse con relación a estado civil casado y soltero. Este hallazgo es preocupante, pues en nuestro medio está muy difundido la convivencia entre los adolescentes y en el nivel social bajo. Vásquez F (2005), informó que las mujeres convivientes presentaban con frecuencia conflictos de pareja y que pueden desencadenar los intentos de suicidio, similar a este estudio.

### **Situación laboral actual**

El 37.8% de los casos fueron estudiantes, difieren con otros estudios donde las cifras reportadas por Mosquera del Águila, (2006) son menores (16,42%).

El 14.6% fueron amas de casa, llama la atención que los adolescentes asumen responsabilidades a una edad temprana y el 13,4% trabajan a medio tiempo.

En este estudio los factores sociodemográficos asociadas al intento de suicidio fueron la adolescencia tardía, el grado de instrucción primaria, estado civil conviviente, en un análisis inicial; pero en el análisis multivariado no resultaron ser factores de riesgo con una fuerte evidencia de asociación.

Matthew K, et al. (2008), en suicidio y comportamiento suicidio menciona que los factores de riesgo demográfico, para el comportamiento suicida en EE. UU, incluyen ser mujer, ser adolescente, no estar casada, tener nivel de educación baja y estar desempleado, similar a los hallazgos en el presente estudio.

#### **4.2.2 Factores Clínicos**

La adolescencia es una de las etapas del desarrollo humano altamente vulnerables, en los diferentes aspectos: emocionalmente tienen un comportamiento inestable con profundos cambios en el aspecto físico y psicológico, con tendencia a incrementar sus amistades fuera del hogar. Estos cambios pueden influir en el desarrollo del intento de suicidio en los adolescentes, si no cuentan con una orientación adecuada en el hogar y los centros de estudio según Castán N, (2017).

Los factores clínicos, enfocados para este estudio fueron seis variables que considere como los más importantes. El riesgo más elevado se presentó en depresión, seguidos de ansiedad e intentos de suicidios previos, según análisis bivariado.

En el análisis multivariado, se encontró asociación estadísticamente significativa con la presencia de depresión en adolescentes; siendo la variable más alto dentro de los hallazgos clínicos. En estudios nacionales Perales A, (2013), en estudiantes de la escuela de educación reporto niveles altos de depresión (OR=6.05); en adolescentes con ideas suicidas, tuvo una fuerza de asociación alto (OR: 7.14) según Cano, (2009). En un estudio en adolescentes, encontró que la depresión moderada-severa se asocia estadísticamente a intento de suicidio (OR= 6.82), reportados por Silva D (2017). En otros estudios Bella M, (2010) concluyen que la depresión es una de las enfermedades halladas con mayor frecuencia en adolescentes con conducta suicida (29.27%). Tucsca (2003), reporta la depresión como el trastorno de tipo psiquiátrico que afecto de manera importante los casos (89.89%), siendo un factor de riesgo significativo (OR=18.16).

Según, Vásquez F (2005), reportó que los factores predisponentes para ideación suicida e intento de suicidio, la depresión se asoció fuertemente con la ideación suicida, mientras que el 100% de los pacientes que cometieron intento de suicidio, padecían de depresión.

Según, Brent D (1993), entre las enfermedades mentales asociados con la conducta suicida en los adolescentes el de mayor significancia fue depresión mayor (OR=12.0), cabe mencionar que en el presente estudio solo se determinó la presencia de depresión no así los niveles.

Según Cuesta – Revé, (2017) menciona entre 11 a 33% de jóvenes de la región de América Latina y el Caribe presentan síntomas depresivos y las conductas suicidas son consideradas como las más frecuentes en la salud mental.

La ansiedad en el presente estudio tuvo un comportamiento inicial de riesgo alto en el análisis bivariado, muestran que la ansiedad incremento (OR: 12.59) 12 veces el riesgo de intento de suicidio. Este hallazgo, es muy alto si comparamos con estudios similares, así en Perales A (2013), reporto niveles alto de ansiedad en estudiantes de educación y educación física (OR=7.12, OR=6.99) respectivamente. Tucsca- Molina en (2003) reporto (OR=7.33), considerando como un trastorno de comportamiento asociados a los casos. Así, en un estudio de metaanálisis Mosquera L, (2016) dentro de los factores individuales psiquiátricos, destaca la presencia de trastorno de ansiedad junto

con depresión, abuso de sustancias o trastornos de personalidad multiplican el riesgo de suicidio en adolescentes.

En nuestro estudio, la ansiedad en el análisis multivariado de Regresión Logística no ha resultado ser factor de riesgo de intento de suicidio, podría deberse a que los adolescentes hospitalizados están con niveles de estrés más alto, tienen angustia o miedo, que pudo generar confusiones al momento de responder los cuestionarios de ansiedad.

Según Baca E, (2014) relacionaron que los trastornos de ansiedad pueden quedar minimizados por otras dimensiones psicopatológicas como agresividad e impulsividad, siendo interpretados como un factor de confusión de otros factores de riesgo como consumo de alcohol. Los hallazgos clínicos de depresión-ansiedad son considerados factores de riesgo importantes para la conducta suicida que estas condiciones por separado.

#### **4.2.3 Factores Familiares**

De los factores familiares, todas las variables de estudio resultaron estar asociados en orden decreciente: tener familia disfuncional (OR=10.11), consumo de drogas en familiares (OR=8.50), consumo de alcohol (OR=5.46) y antecedente de intento de suicidio en familiares (OR=2.61) y familia disintegrada (OR=1.99). En el análisis multivariado ingresaron solo familia disfuncional y consumo de alcohol en familiares por lo menos una vez por semana.

En el presente estudio, los adolescentes que tienen familia disfuncional tienen 10.11 veces más de intentar suicidarse con relación a los adolescentes que tienen una familia funcional. La evaluación de la funcionalidad familiar se realizó con la escala de APGAR; dentro de la influencia familiar es el factor asociado estadísticamente más alto.

Según Cortez A, (2014) los adolescentes en su mayoría pertenecen a familias disfuncionales y disintegradas, con alteraciones sociales y económicas, mantienen comunicaciones inadecuadas con su entorno familiar. A este tipo de relación se conoce como familias de riesgo para el adolescente.

Según Perales & Sogi (1995), la cuarta parte de los adolescentes pertenecen a una familia desintegrada y más de la mitad de la población considera tener una relación familiar mala, o regular en 58.0%. Según Valdivia M, (2015) reportaron que tener una familia disfuncional puede alterar la estructura y dinámica de la familia; con consecuencias graves en la salud mental de los adolescentes; entonces, requieren apoyo inmediato, siendo los hallazgos similares al presente estudio (OR=11.95). En adolescentes de Colombia, Tuesca (2003) al comparar la funcionalidad familiar con las categorías disfuncionales y funcionales, no encontró asociación significativa (OR=0.38). Según Castejón L, (2009) las familias disfuncionales pueden resultar de una convivencia de los integrantes con conductas de riesgo tales como el consumo de alcohol o drogas. Aguirre-flores, (2015) en adolescentes de Colombia reportó que los factores asociados significativamente fueron disfuncionalidad familiar con un  $p=0.000$ .

El consumo de alcohol en familiares por lo menos una vez por semana, se observó un OR = 5.46; entonces el adolescente que tiene familiares que consumen alcohol tiene un riesgo de cinco veces más de intentar suicidarse en relación a los adolescentes que no tienen familiares que consumen alcohol; así Perales A, (2013) en el análisis de regresión logística, para intento de suicidio reportó los problemas de consumo de alcohol un OR=4.15 en estudiantes universitarios de medicina de una universidad nacional, similar con otros estudios como los reportados por Antón -San Martín (OR: 4.75). En el Perú es la droga más consumida en los adolescentes y aumenta con la edad hasta un 70%. Citado por Perales A, (1995).

Dentro de los factores familiares los resultados han mostrado, ser significativo en más de una variable estudiada, lo cual podría considerarse como un efecto sumativo y ejercer mayor fuerza de asociación, observando el rol importante que significa la presencia de la familia, en sus diferentes aspectos, presencia de los padres, relación y comunicación adecuado, hallazgos que no se han presentado en la población de adolescentes estudiados y es posible que la familia pueda ser considerado como factor de riesgo para intentar suicidarse. Cortez A, (2014).

#### 4.2.4 Estilos de vida del adolescente

Los estilos de vida o costumbres que se comportaron como factores de riesgo en este estudio, fueron el consumo de tabaco, drogas ilegales y alcohol, pero en el análisis de regresión logística multivariado, solamente fue seleccionado el consumo de tabaco o fumar por lo menos una vez por semana (OR=5.06), si el adolescente ha consumido cigarrillos por lo menos una vez por semana, tuvo 5.06 veces más posibilidades de intentar suicidarse, en comparación con sus controles que nunca han fumado. Cano P, (2009) reporto que la ideación suicida y el consumo de alcohol tuvo una asociación baja (OR: 1.74). Contreras M, (2018) reporto un OR= 2.20 en los adolescentes que han fumado por lo menos cinco cajetillas de cigarros a lo largo de su vida. El consumo de tabaco, alcohol y drogas aumenta la ocurrencia de suicidio y posiblemente se basen en que los adolescentes perciben estas conductas de riesgo como una solución o vía de escape a eventos estresantes de la vida diaria.

Según Antón-San Martín, (2013) en un estudio de factores de riesgo y protectores en el suicidio reporto, el consumo de alcohol (OR: 4.75) como un factor de riesgo asociado al suicidio.

Según Valdivia M, (2015) el consumo de tabaco parece ser más frecuente en personalidades impulsivas y/o depresivas, que están más expuestas al intento de suicidio; en nuestro estudio la depresión tuvo una asociación altamente significativa.

Otra explicación, de porque el consumo de tabaco, drogas y alcohol es un signo de presencia de algún problema emocional o familiar dentro del hogar, que incrementa el riesgo de intento de suicidio. Contreras M, (2018). Así en nuestro estudio confluyen como factores de riesgo en adolescentes que han consumido tabaco, alcohol y drogas ilícitas (OR: 4.96).

La mayoría de los adolescentes son conscientes de que el consumo de tabaco es una de las mayores causas de muerte. No obstante, esto no los disuade de probar productos de tabaco, más aún cuando se asocia con otros factores como el consumo de drogas ilícitas y alcohol, reportado en este estudio.

#### 4.2.5 Factores Precipitantes

De las variables, en el estudio, tuvieron una asociación significativa, siendo el más importante tener conflictos con pareja o enamorado (OR=6.23), que tuvieron una asociación significativa en el análisis multivariado. Es decir, los adolescentes que tienen pareja y han presentado discusiones verbales o separación, tienen 5.48 veces más de intentar suicidarse en comparación con los controles que no tienen conflictos con pareja. Además, el motivo más importante para el intento de suicidio en mujeres, fue tener problemas con la pareja o enamorado Así, Narishige R, (2014) en Japón encontró que el factor precipitante significativo en el sexo femenino fueron los problemas familiares (OR=6.55), y en el sexo masculino fueron los problemas financieros similar al presente estudio.

Según, Vásquez N, (1998) en un estudio de ideación suicida e intento de suicidio, reportaron que los principales factores predisponentes fueron depresión en el 100% de adolescentes con intento de suicidio y consumo de tabaco o alcohol en 80%.

El presente estudio difiere de otros, donde reportan como factores desencadenantes, problemas económicos, abuso sexual o pérdida de un ser querido, estas variables fueron considerados, pero estadísticamente fueron bajos.

Analizando el efecto final que ejercen todas las variables, en forma conjunta sobre los adolescentes estudiados, fueron similares a estudios nacionales e internacionales, con variaciones de presencia de una u otra variable en cuanto al nivel de significancia estadística; todas las variables familiares merecen tener una mención especial, pues podrían tener un rol potenciador en la vida del adolescente cuando provienen de hogares desintegradas o ambientes familiares conflictivos. Bella E, (2010) Añez-Valdez, (2011).

La presencia de depresión, familia disfuncional, presencia, consumo de alcohol en familiares, conflictos con la pareja y consumo de tabaco en el adolescente, son factores de riesgo significativos y de mayor fuerza para el intento de suicidio en adolescentes. Estos hallazgos me permiten señalar o

confirmar que el intento de suicidio sigue un modelo multifactorial que resulta de la presencia de factores modificables y no modificables, Alcántara E, (2002).

## CONCLUSIONES

1. Las características socio demográficas de la población adolescente estudiada demostró mayor frecuencia en la adolescencia tardía (15-19 años) en 97.6%; con predominio en el sexo femenino, 80.5%; grado de instrucción secundaria 65.9%, estado civil soltero: 75.6% y ocupación estudiante 37.8%.
2. Entre los factores clínicos, existe asociación significativa de intento de suicidio con depresión OR=16.1; IC95% 4.65-55.11; ansiedad OR=12.54; IC95% 1.58-99.6; intento de suicidio previos OR=2.79 (IC95% 1.14-6.81).  
El lugar más común para el intento de suicidio fue su casa (69.5%) y el método más utilizado la ingesta de plaguicidas tipo carbamatos (36.5%).
3. Las características familiares que fueron factores de riesgo: tener familiares con antecedentes de intento de suicidio OR =2.61; IC95% 1.23-5.52; consumo de droga en familiares por lo menos una vez al mes OR=8.50; IC95% 1.08-52.61; consumo de alcohol en familiares por lo menos una vez por semana OR=5.46; IC95% 2.40-12.42 y pertenecer a una familia disfuncional OR=10.11; IC95% 4.73-21.61.
4. Los estilos de vida que se comportaron como factores de riesgo asociado a intento de suicidio fueron: consumo de tabaco en adolescentes por lo menos una vez por semana OR=5.06; IC 95% 2.14-11.94 y consumo de drogas en adolescentes por lo menos una vez por semana OR=4.96; IC95% 1.35-18.13.
5. Los factores precipitantes fueron tener conflictos con la pareja OR=5.48; IC95% 2.27-15.63 y tener enamorado o pareja OR=3.59; IC95%: 1.88-6.87).
6. El motivo más importante para intentar suicidarse fue tener problemas con la pareja o enamorado en 34.15% y discusiones con la familia 13.45%.

## RECOMENDACIONES

1. Por ser un problema actual con aumento progresivo en la población de adolescentes, las instituciones de salud deben implementar unidades de atención con infraestructura adecuada y personal capacitado.
2. Prestar atención especial a los adolescentes con síntomas de depresión y ansiedad, tanto en el hogar, en los colegios y en los centros laborales.
3. Siendo los métodos más utilizados para el intento suicida los plaguicidas y los fármacos, se recomienda reevaluar las normas de adquisición y venta clandestina.
4. Mejorar la calidad de la comunicación y el entorno intrafamiliar del adolescente en riesgo suicida, generando programas preventivos, educativos y recreativos.
5. Generar programas de toma de conciencia para el adolescente en riesgo de iniciar hábitos de consumo de drogas, alcohol y tabaco en los aspectos preventivos y clínicos en las zonas de mayor riesgo.
6. Brindar orientación y educación a los adolescentes con pareja o enamorado para afrontar las discusiones que pueden generar estas relaciones.

El personal de las instituciones de salud y de las universidades podrían ayudar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre- Flores, D. (2015). Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales. Colombia. *Rev. Fac. Med*, 63 (3): 419-429.
- Alcántara, E. (2002) Prevalencia del intento de suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar (Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma de México, D, F).
- Antón-San Martín, J. (2013) *Anales de psicología*. Universidad de Murcia, 29(3) 810-815. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.175701>.
- Baca, E. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud mental*, 37(5): 373-380. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000500003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500003&lng=es&tlng=es).
- Bazán-López, José L, Olórtogui-Malaver, Víctor M, Vargas-Murga, Horacio B, & Huayanay-Falconí, Leandro. (2016). Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 3-16.
- Bella, E. (2012). Comportamiento de riesgo para la salud de niños y adolescentes con intentos de suicidio y en sus familiares. *Rev. Med Chile*: 1400-1417 Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/262433622\\_Intento\\_de\\_suicidio\\_en\\_ninos\\_y\\_adolescentes\\_depresion\\_y\\_trastorno\\_de\\_conducta\\_disocial\\_como\\_patologias\\_mas\\_frecuentes](https://www.researchgate.net/publication/262433622_Intento_de_suicidio_en_ninos_y_adolescentes_depresion_y_trastorno_de_conducta_disocial_como_patologias_mas_frecuentes).

- Bella, E & Ruth A. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: Depresión y trastornos de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Arch. Argent Pediatr*, 108 (2): 124-129.
- Brent D; Peper J; Moritz G. (1993). Psychiatric risk for adolescent suicide: a case- control study. *Acad Child Adores Psychiatry*. 32 (3): 521-9.
- Cabrejos, C; Kruger, H.; Samalvides, F., (2005). Intento de Suicidio en Niños y Adolescentes, características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos. *Rev. de Neuro-psiquiatría*. 68(5):1-2.
- Camilo, et al (2014). Proyecto de vigilancia en salud pública; Intento de suicidio. Instituto Nacional de Salud. Colombia. 30(2):1 -19.
- Cano, P. & Gutiérrez, C. (2009). Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonia Peruana. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Publica*, 26 (2): 175 – 81.
- Castan, N. (2016). Tentativas suicidas, incidencia y características de la adolescencia en el área sanitaria de Oviedo. (Tesis de Master de la Universidad da Coruña- Facultad de ciencias da saúde. Coruña – España).
- Castejón-Javas L. (2009) Aprendizaje, desarrollo y disfunciones: implicancias. a Alicante Madrid: Editorial club Universitario. 337-367.
- Castro, P. & Orbegoso, O. (2006) Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima, 1995 –2004. *Rev. Perú Med Exp. Salud Pública*, 23(4) 293-296.
- Contreras, M. & Dávila C. (2018). Adolescentes en riesgo: factores asociados con el intento de suicidio en México. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 17(34):120-123.
- Corona B. & García M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1) 2005-2010.

- Coronado-Molina, O. (2014) Características clínico-epidemiológicos y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento de suicidio al Hospital General San José del Callao, Perú. *Rev. Neuropsiquiatría*, 77 (4):242-248.
- Cortés, A. (2014). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1): 132-139. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000100013&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100013&lng=es&tlng=es).
- Cuesta – Revé D. (2017). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Revista Mexicana de Pediatría*, 84 (2): 72-77.
- De la Hoz, F. (2014). Protocolo de Vigilancia en salud Pública: Intento de suicidio. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/protocolo-vigilancia-intento-suicidio.pdf>
- Freedman, N. (1982) Depression in a Family Practice Elderly Population. *Journal of the American geriatrics society*, 30(6):372-377.
- García, N. (2006), Ideación suicida en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. Tesis para optar el grado de licenciado en Psicología. Facultad de estudios superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autonomía de México.
- Garcia-Rabago H; Sahagún-Flores. J; Ruiz. -Gómez A, Sánchez-Ureña G, (2010) Factores de riesgo, asociados intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista de salud pública*, 12 (5): 713-721.
- Giupponi G; Innamorati M; Baldessarini RJ; De Giovannelli F; Pycha R. (2018). *Factors associated with suicide: Case-control study in South Tyrol*. *Compr Psychiatry*, 80(4):150-154.

- Kawashima Y. & Ryuichiro T. (2012). The characteristics of serious suicide attempters in Japanese adolescents-comparison study between adolescents and adults. *BMC Psychiatry*, 12(2):191-195.
- Kogan, B. (2017). *Factores de riesgo asociados a intento de suicidio de adolescentes*. (Tesis para optar el grado académico de doctor en medicina en la USMP, Lima Perú).
- Liu, H. (1993). Prevalence of suicidal behavior and associated factors in a large sample of Chinese adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3):521-9.
- Matthew K; Nock G; Borges E; Bromet J. (2008). Suicidio y comportamiento suicidio. *Epidemiologia Rev.* 2008; 30 (1): 133-154.
- McKinnon, Geneviève G, Mariane Sentenac & Frank J Elgar (2016) Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Epidemiology of adolescent suicidal behaviours in 32 countries. Bull World Health Organ*; 94:340–350.
- Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013. Recuperado en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf)
- Mosquera del Águila, A. (2006). Perfil Epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Hermilio Valdizán. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*. 7 (2): 11 – 23.
- Mosquera L. (2016). Conducta Suicida en la Infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3 (1):9-18.
- Moya, J. (2007) La conducta suicida en adolescentes: Sus implicancias en el ámbito de la Justicia Juvenil, 1: 29-36.

- Narishige, R; Kawashima, Y; Otaka, Y., et al. (2014). Gender differences in suicide attempters: a retrospective study of precipitating factors for suicide attempts at a critical emergency unit in Japan. *BMC. Psychiatry*. 14(4): 144.
- Organismo Mundial de Salud. (2006). Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/es/>.
- Organismo Mundial de Salud. (2018). Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- Organismo Mundial de Salud. (2014). Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>.
- Organismo Mundial de la Salud. Prevención de la conducta suicida -Suicidio Adolescente (2016). Recuperado de: <https://www.suicidioadolescente.com.ar>docs>oms2016>. PDF
- Perales A; Alarcón J; Sánchez E; Arcaya E; Parhuana A, et al. (2013). Conducta suicida en estudiantes de medicina de una universidad nacional peruana. En *Violencia y Trauma en el Perú. Desafíos y Respuestas*. UPCH, Mc Gill, University, Lima: 105-113.
- Perales A; Sánchez E; Parhuana A; Carrera R; Torres Harold. (2013) Conducta suicida en estudiantes de la escuela de Nutrición de una Universidad pública peruana. *Revista de neuro-psiquiatria de la Universidad peruana Cayetano Heredia*. Lima. Perú, 76 (4): 231-235.
- Perales, A. & Sogi, C. (1995). Conductas violentas en adolescentes: Identificación de factores de riesgo para diseño de Programa preventivo. Instituto Nacional de Salud Mental, "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Serie de Monografías de Investigación N° 3. Lima – Perú.

- Rivera A; Gonzalo H. (2015). Suicidio: consideraciones históricas. *Revista Médica La Paz*, 21(2): 91-98. Recuperado de: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es&tlng=es).
- TM, K. & Cornelius J. (2002). Psychiatry and substance use disorders as risk factors for attempts suicide among adolescent: A case control Study. *Suicide life Threat Behavior*. Fall: 32(3):301-12.
- Tsirigotis K; Kruszczyński. W. et al. (2011). *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 17(8):65-70.
- Tuesca M; Navarro R; Lechuga E., (2003). Factores de Riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*. Barranquilla, Colombia, 17: 19-25 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81701703>.
- Valdivia M. (2015). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*.15(2):33-42.
- Valdez, J. (2011). Factores de riesgo para intento de suicida en niños adolescentes. Trabajo especial de grado presentado ante la división de estudios para graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia (Tesis para optar el Título de Especialista en Puericultura y Pediatría, Maracaibo, Venezuela).
- Vargas B; Saavedra H; Javier E. (2012). Factores asociados a la conducta suicida en adolescentes. *Rev. Neuropsiquiatr*.75 (1).
- Vargas, H & Saavedra L. (2012). Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida de adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Rev. Perú Epidemiol*: 16 (3).110-112.

- Vásquez M, Parhuana A, (1997). Intoxicación por compuestos inhibidores de la colinesterasa. *Revista Médica Peruana*,69 (357) 39-43.
- Vásquez, J. (1998). *Psiquiatría en Atención Primaria. Prevención de las conductas suicidas*:153-155.
- Vásquez, F & Nicolás, R. (2005). El perfil de los intentadores de suicidio atendidos en el instituto especializados de salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi. *Rev. De Neuro – Psiquiat*.68 (2): 68-82.
- Vásquez, N. & De Haro, M. (2018) Factores predisponente para ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes. México. *Aten Fam*. 2018:25(2):59-64. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.2220/facmed.p.2018.2.63560>
- Viza, Q. (2014). *Trastornos Psiquiátricos e n Pacientes con Intento de Suicidio Hospitalizados*, (Tesis de pregrado de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa-Perú).

## **ANEXOS**

**ANEXO 01**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

	<b>OBJETIVO</b>	<b>HIPOTESIS</b>	<b>VARIABLES E INDICADORES</b>	<b>MUESTRA</b>	<b>DISEÑO</b>	<b>INSTRUMENTO</b>	<b>ESTADISTICA</b>
<p><b>Pregunta General</b></p> <p>¿Qué factores de riesgo se asocian al intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo?</p>	<p><b>Objetivo Generales</b></p> <p>Determinar los factores de riesgo que se asocian al intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo.</p>	<p><b>Hipótesis General</b></p> <p>Constituyen factores de riesgo en intento de suicidio en adolescentes: intentos de suicidio previos, depresión, ansiedad, consumo de alcohol, consumo de drogas, violencia familiar, violencia con la pareja, consumo de alcohol y drogas en familiares; violencia de los padres. Problemas en el estudio y problemas económicos</p>	<p><b>Variable 1 Dependiente</b></p> <p><b>Variable dependiente:</b></p> <p>Intento de Suicidio en adolescentes</p>	<p><b>Población:</b></p> <p>Adolescentes hospitalizados Hospital Nacional Dos de Mayo.</p> <p><b>Muestra:</b></p> <p>164 adolescentes de 12 a 17 años</p> <p>(82 casos)</p> <p>(82 controles)</p> <p>Seleccionados de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión</p>	<p><b>Método</b></p> <p><b>Tipo</b></p> <p>Cuantitativo Observacional</p> <p><b>Nivel de investigación:</b></p> <p>Analítico</p> <p><b>Diseño:</b></p> <p>Caso-control. Pareados por edad 1:1</p> <p>Es una investigación no experimental</p>	<p>- Cuestionario de salud mental del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado "Hideyo Noguchi".</p> <p>- Escala de evaluación de Zung para depresión</p> <p>- Escala evaluación de Zung para ansiedad</p> <p>- Escala de APGAR para determinar familia funcional/difuncion al</p>	<p>- Estadística descriptiva: Análisis univariado y cálculo de frecuencias relativas y absolutas.</p> <p>- Para ver asociaciones entre dos variables: Chi cuadrado y calculo del OR con IC de 95%.</p> <p>Para ver asociación entre las variables independientes y dependientes se usará el análisis bivariado.</p>
<p><b>Preguntas Específicas</b></p> <p>a. ¿Qué factores de riesgo clínico se asocian al intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el hospital nacional Dos de Mayo?</p>	<p><b>Objetivos Específicos</b></p> <p>Identificar los factores clínicos de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes hospitalizados</p>	<p><b>Hipótesis Específicos</b></p> <p>Existen factores clínicos de riesgo para el intento de suicidio en adolescentes.</p>	<p><b>Variable 2 Independiente</b></p> <p><b>Factores de riesgo:</b></p> <p><b>Factores clínicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intentos de suicidio previos.</li> <li>- Presencia de Depresión Ansiedad.</li> <li>- Presencia de enfermedades y mentales.</li> </ul>				

b. ¿Qué factores familiares constituyen factor de riesgo de intento de suicida en el adolescente hospitalizado?	Identificar los factores familiares de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes hospitalizados	Existen factores de riesgo familiar asociados con intento de suicidio en adolescentes.	<b>Factores Familiares</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intento de suicidio previo en familiares</li> <li>- Consumo de drogas</li> <li>- Consumo de alcohol</li> <li>- Estructura familiar</li> <li>- Funcionamiento familiar</li> </ul>				Grado de Asociación: modelo multivariado de regresión logística OOR e IC95%
c. ¿Qué estilos de vida constituyen factores de riesgo de intento suicida en el adolescente hospitalizado?	Determinar los estilos de vida que se comportan como factores de riesgo en los adolescentes con intento de suicidio.	Existen factores de estilo de vida del adolescente que se asocian al intento de suicidio.	<b>Estilo de vida</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pertenece a pandillas juveniles</li> <li>- Practicar deportes.</li> <li>- Consumo de alcohol</li> <li>- Consumo de tabaco.</li> <li>- Consumo de drogas</li> </ul>				Se considerará q dos variables están Asociadas estadísticamente significativas si el p es menor a 0.05.
d. ¿Qué situaciones pueden precipitar el intento suicida en el adolescente hospitalizado?	Identificar las principales situaciones que pueden precipitar el intento suicida en adolescentes hospitalizados	Existen situaciones que pueden precipitar el intento de suicidio en adolescentes hospitalizados.	<b>Factores Precipitantes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-conflictos familiares</li> <li>-Discusión entre los padres.</li> <li>-Discusión con la pareja</li> <li>-Problemas en el estudio</li> <li>-Problemas en el trabajo</li> <li>-Problemas económicos</li> </ul>				



4. Estas buscando empleo
5. No tiene trabajo
6. Estudiante
7. Ama de casa

### **SECCION B. Factores clínicos**

7. ¿Dónde se produjo la intención de quitarte la vida? **(CASO)**

1. Casa
2. Colegio
3. Trabajo
4. Calle
5. Otros (especificar) .....

8. ¿Cuál de los siguientes métodos utilizó? **(CASO)**

1. Arma de fuego
2. Cortes múltiples
3. Ahorcamiento
4. Arrojar al vacío
5. Asfixia por gases
6. Tomar sustancias químicas como:

Kerosene...  ..Ligia.... .. Carbamatos... Organofosforados...

7. Medicamentos y/o psicofármacos.....
8. Arrojar a un vehículo en marcha
9. Otros. (Especifique).....

9. Anteriormente, ¿Has intentado suicidarte? **(CASO)**

 Sí

 No

¿Cuántas veces?

Coloque el número de veces

 Una

 Dos

 Tres o más

¿Cuál fue el método?.....

10. ¿Has asistido a alguna consulta psiquiátrica o psicológica en los últimos 3 meses?

 Sí

 No

¿Cuál fue el motivo?.....

11. ¿Has tenido alguna dolencia o malestar en tu estado de salud en los últimos 3 meses?

 Sí

 No

¿Cual?.....

**SECCION C: Factores familiares**

**Ahora te haré algunas preguntas con relación a las características de tu familia.**

**12.** Anteriormente ¿Alguien de tu familia ha presentado conducta suicida?

1. No
2. Sí. ¿Quién?.....Cuando?.....
3. No sabe

**13.** ¿Alguien de tu familia consume drogas por lo menos una vez al mes?

0. No
1. Sí, Padre
2. Sí, Madre
3. Sí, ambos
4. No sabe
5. Otros

**14.** ¿Alguien de tu familia consume alcohol de tal manera que viene embriagado por lo menos una vez a la semana?

0. No
1. Sí, Padre
2. Sí, Madre
3. Sí, ambos
4. No sabe
5. Otros (especificar).....

**15.** Con quienes vives (estructura familiar)

1. Papa, mama y hermanos
2. Papa, mama y hermanos, abuelos
3. Solo con mama
4. Solo con papa
5. Vive solo
6. Vive con pareja

**16.** Funcionamiento familiar: (APGAR familiar).

1. Familia funcional
2. Familia disfuncional



Coloque el número de veces/semana  
Edad de inicio.....

- Una  
 Dos  
 Tres o más

### SECCION E. Factores precipitantes

***Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre los motivos o acontecimientos que se presentaron en los últimos 3 meses e influyeron directamente en tu conducta suicida***

- 23.** ¿En tu entorno familiar se han presentado alguno de estos conflictos?
1. Discusión verbal con la madre
  2. Discusión con el padre
  3. Agresión física entre los padres
  4. Divorcio de los padres
  5. Formación de una nueva familia (presencia del padrastro o madrastra).
  6. Ninguno
  7. Otros. Especificar.....
- 24.** ¿Tienes pareja o enamorado? (Si la respuesta es No pase a la pregunta 20)
- Sí  No
- 25.** ¿Has tenido alguno de estos problemas con tu pareja?
1. Separación
  2. Discusión verbal (peleas)
  3. Agresión físico
  4. Infidelidad
  5. Ninguno
  6. Otros. Especificar .....
- 26.** ¿Has tenido problemas en el colegio o estudios?
1. Bajo rendimiento escolar
  2. Ausentismo escolar (falta a clases por lo menos 2 veces por semana)
  3. Intimidación (conflictos con profesores y compañeros, marginación).
  4. Repitió de grado
  5. No tuvieron ninguna influencia
- 27.** A tu juicio ¿Cuál fue el motivo más importante que te llevo a tomar esta decisión? (Acepte Una sola respuesta) **(CASO)**
1. Tener problemas en el trabajo
  2. Tener problemas en el estudio preuniversitario
  3. Tener problemas con tu pareja
  4. Tener problemas económicos
  5. Tener problemas de salud
  6. Tener problemas con la ley (policía)
  7. Por imitar a un amigo
  8. Por haber sufrido abuso sexual
  9. Por llamar la atención
  10. Fue un acto impulsivo
  11. Tener otros problemas.....

**CALIFICACION DE AUTOEVALUACION DE ZUNG 1**

En las siguientes preguntas, por favor, marque con un aspa la casilla que mejor indica su respuesta:

**01. Me siento más ansioso y nervioso de lo normal**

- Nunca  1  
Algunas veces  2  
Muchas veces  3  
Siempre  4

**02. Siento miedo sin ver razón para ello**

- Nunca  1  
Algunas veces  2  
Muchas veces  3  
Siempre  4

**03. Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor**

- Nunca  1  
Algunas veces  2  
Muchas veces  3  
Siempre  4

**04. Siento como si me derrumbará o me fuera a desintegrar.**

- Nunca  1  
Algunas veces  2  
Muchas veces  3  
Siempre  4

**05. Siento que todo me va bien y nada malo me va a suceder**

- Nunca  4  
Algunas veces  3  
Muchas veces  2  
Siempre  1

**06. Los brazos o las piernas se me ponen trémulos y me tiemblan**

- Nunca  1  
Algunas veces  2  
Muchas veces  3  
Siempre  4

**07. Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello o espalda**

- Nunca  1  
Algunas veces  2  
Muchas veces  3  
Siempre  4

**08.** Me siento débil y me canso con facilidad

- Nunca  1  
Algunas veces  2  
Muchas veces  3  
Siempre  4

**09.** Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente

- Nunca  4  
Algunas veces  3  
Muchas veces  2  
Siempre  1

**10.** Siento que mi corazón late con rapidez.

- Nunca  1  
Algunas veces  2  
Muchas veces  3  
Siempre  4

**11.** Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento.

- Nunca  1  
Algunas veces  2  
Muchas veces  3  
Siempre  4

**12.** Tengo periodos de desmayo o algo así.

- Nunca  1  
Algunas veces  2  
Muchas veces  3  
Siempre  4

**13.** Puedo respirar bien, con facilidad.

- Nunca  4  
Algunas veces  3  
Muchas veces  2  
Siempre  1

**14.** Siento adormecimiento y hormigueos.

- Nunca  1  
Algunas veces  2  
Muchas veces  3  
Siempre  4

**15.** Me siento molesto por los dolores de estómago o indigestiones.

- Nunca  1  
Algunas veces  2  
Muchas veces  3  
Siempre  4

**16. Tengo que orinar con mucha frecuencia.**

- Nunca  1  
Algunas veces  2  
Muchas veces  3  
Siempre  4

**17. Mis manos las siento secas y cálidas.**

- Nunca  4  
Algunas veces  3  
Muchas veces  2

**18. Siento que mi cara enrojece y me ruborizo.**

- Nunca  1  
Algunas veces  2  
Muchas veces  3  
Siempre  4

**19. Puedo dormir con facilidad y descansar bien.**

- Nunca  4  
Algunas veces  3  
Muchas veces  2  
Siempre  1

**20. Tengo pesadillas.**

- Nunca  1  
Algunas veces  2  
Muchas veces  3  
Siempre  4

## CALIFICACION DE AUTOEVALUACION DE ZUNG 2

Guía para la puntuación de la escala de autovaloración	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante Frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1. Me siento abatido y melancólico	1	2	3	4	
2. Por las mañanas es cuando me siento mejor	4	3	2	1	
3. Tengo accesos de llanto o ganas de llorar	1	2	3	4	
4. Duermo mal	1	2	3	4	
5. Tengo tanto apetito como antes	4	3	2	1	
6. Aun me atraen las personas del sexo opuesto	4	3	2	1	
7. Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4	
8. Tengo trastornos intestinales y estreñimiento	1	2	3	4	
9. Me late el corazón más aprisa que de costumbre	1	2	3	4	
10. Me canso sin motivo	1	2	3	4	
11. Tengo la mente tan clara como antes	4	3	2	1	
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1	
13. Me siento nervioso y no puedo estar quieto	1	2	3	4	
14. Tengo esperanza en el futuro	4	3	2	1	
15. Estoy más irritable que antes	1	2	3	4	
16. Me es fácil tomar decisiones	4	3	2	1	
17. Me siento útil y necesario	4	3	2	1	
18. Me satisface mi vida actual	4	3	2	1	
19. Creo que los demás estarían mejor si yo muriera	1	2	3	4	
20. Disfruto de las mismas cosas que antes	4	3	2	1	
Puntuación total					