



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**Perfil clínico epidemiológico de la ideación suicida en
pacientes atendidos en centro de salud mental San Crispín,
Trujillo 2018 – 2020.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano**

AUTORA:

Martínez Espinoza, Xaida Pamela (ORCID: 000-0002-0034-0393)

ASESORA:

Dra. Chian García, Ana María (ORCID: 0000-0003-0907-5482)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud mental

Trujillo – Perú

2020

DEDICATORIA

A MI HIJA:

Quizá ahora no logres comprender estas líneas, pero para cuando seas capaz, anhelo que entiendas todo aquello que has venido a ser en mi vida. Eres la razón por la cual despertaba con la firmeza de esforzarme por un presente y por un mañana, es tu amor que me hace luchar para cristalizar cada uno de mis sueños. Como todos mis logros desde que llegaste a mi vida un 15 de junio, este también lleva tu nombre: GHIA RAFFAELA.

A MIS PADRES:

Por haber hecho de mí una mujer imparable y decidida; me formaron con reglas y con libertad, todo ello sumó para ser quien soy en este momento. Crecí viendo a mi padre amar su uniforme, honrar sus galones ejerciendo su profesión con integridad y a mi madre ayudar a las personas de una manera desinteresada, fusionaré lo mejor de ambos para ejercer con sabiduría mi profesión.

A MI ABUELA:

Desde pequeña vi tu entrega hacia tus pacientes, me enseñaste que no hay mejor pago que una bendición, por ti aprendí que la salud es pasión, dedicación y muchas veces sacrificio.

A MI ABUELO (Q.E.P.D):

Quería compartir este logro contigo, sé que el cielo hoy está de fiesta, celebrando uno de los pasos más importantes de mi vida profesional; sé que hoy tú estás conmigo, aunque no te pueda ver.

A MI HERMANA:

Compartimos la misma pasión por la salud mental, en unos años seremos la psicóloga y la psiquiatra; junto a mis padres y a la mamá Mechita eres mi gran soporte durante todo este trayecto, por ser la madre de Ghia durante todo mi internado y mis horas de ausencia.

Martínez Espinoza, Xeida Pamela.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradecer a Dios, que me dio la fortaleza y sabiduría, que sujetó mi mano todo este trayecto y hoy con él sé que todo es posible.

A mis formadores, personas sabias que se han esforzado por brindarme su apoyo y hacer de mí una profesional con visión. El camino no fue nada sencillo, en el proceso han existido triunfos y derrotas, pero gracias a las ganas y empeño de cada uno de ustedes, de poder transmitir sus conocimientos, he logrado importantes objetivos, como culminar el desarrollo de mi tesis y obtener la ansiada titulación profesional.

Gracias Dr. Roger Valverde Correa, por cada consejo e incluso por cada llamada de atención, por cada mensaje de aliento cuando las ganas de seguir eran escasas, por motivarme a autodesafiarme, se lo dije hace unos años YO VOY A LOGRARLO, ahora estoy segura que lo logre y en unos años seré la mejor psiquiatra.

Quiero hacer una mención especial a la Dra. Ana María Chian García, gracias por aguantar mis ocurrencias en clases, por guiarme durante todo este año, por ser parte de uno de los momentos más relevantes en mi formación.

Gracias a mis queridos amigos y futuros colegas Shanel, Willy, Manuel y Estrella por alentarme en todo momento, por todas las anécdotas que vivimos en los pasillos de un hospital, es un privilegio compartir con ustedes una bonita amistad y la misma pasión por la medicina, más que amigos hermanos de bata blanca y estetoscopio.

Gracias familia por ser mi pilar en los peores momentos, ustedes pusieron alas sobre mis aspiraciones y me impulsaron a despegarlas hacia el mundo, este cuento no termina en un vivieron felices, este cuento termina en un APROBADO POR UNANIMIDAD, los sueños no solo están para anhelarlos, los sueños están para materializarlos.

Martínez Espinoza, Xeida Pamela

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCIÓN	10
II. MARCO TEÓRICO	13
III. METODOLOGÍA	22
3.1 Tipo y diseño de investigación:.....	22
3.2 Variables y operacionalización (Anexo 1).....	22
3.3 Población, muestra y muestreo	22
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	23
3.5 Procedimientos.....	23
3.6 Método de análisis de datos.....	23
3.7 Aspectos éticos.	24
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	25
V. CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS	39
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad y sexo de los pacientes con ideación suicida atendidos en centro de salud mental San Crispín	25
Tabla 2 Perfil epidemiológico de los pacientes con ideación suicida atendidos en centro de salud mental San Crispín	26
Tabla 3 Síntomas y signos de presentación en los pacientes con ideación suicida atendidos en centro de salud mental San Crispín	27
Tabla 4 Trastornos psiquiátricos y enfermedades médicas en los pacientes con ideación suicida atendidos en centro de salud mental San Crispín	28
Tabla 5 Riesgo suicida en pacientes con ideación suicida atendidos en el centro de salud mental San Crispín en los años 2018 y 2020	29

RESUMEN

En la investigación el objetivo fue determinar el perfil clínico epidemiológico de ideación suicida en pacientes atendidos en centro de salud mental comunitaria San Crispín de la ciudad de Trujillo durante los años 2018 al 2020. El diseño de investigación es no experimental descriptivo, tuvo 172 pacientes donde el 58.7% pertenecían al sexo femenino y el 41.3% al masculino; predominaron los menores de 20 años solteros; el 76.2 % procedió de zona urbana y 57 % tenían ideación previa. En la sintomatología predominó el pesimismo (55.8%) y con menor frecuencia los síntomas psicóticos. la dependencia de sustancias tóxicas (36%) y depresión mayor (26.7%) fueron las enfermedades coexistentes más frecuentes. El riesgo suicida en los pacientes fue bajo (44,8%). Conclusiones: el sexo femenino, menores de 20 años con ideación previa predominaron, la mayoría proveniente de zona urbana, el pesimismo fue el signo más frecuente y consumo de sustancias y depresión mayor las enfermedades a predominio, el riesgo suicida fue bajo.

Palabras clave: ideación suicida, suicidio, perfil clínico epidemiológico

ABSTRACT

In this research, the objective was to determine the clinical epidemiological profile of suicidal ideation in patients treated at the San Crispín community mental health center in the city of Trujillo during the years 2018 to 2020. This research design is a non-experimental descriptive study, it had 172 patients where 58.7% were female sex and 41.3% male; single minors under 20 years of age predominated; 76.2% came from urban areas and 57% had a prior suicidal ideation. Pessimism (55.8%) predominated in symptomatology and psychotic symptoms were less frequent. Toxic substance dependence (36%) and major depression (26.7%) were the coexisting diseases with the highest incidence. Suicidal risk in patients was low (44.8%). Conclusions: females under 20 years of age with previous suicidal ideation predominated, the majority coming from urban areas, pessimism was the most frequent sign, substance use and major depression were predominant diseases, the suicide risk was low.

Keywords: suicidal ideation, suicide, epidemiological clinical profile.

I. INTRODUCCIÓN

El comportamiento suicida, comprendido en casos de ideación suicida, intento de suicidio y suicidio, se refiere a una problemática con mayor índole en salud pública, no solo a nivel local, es un problema que se presenta en diversas ciudades del mundo, abarcando a países en desarrollo como a países en vías de crecimiento. De acuerdo al dato arrojado por la Organización Mundial de la Salud, se registra anualmente aproximadamente 804.000 suicidios consumados, lo cual se interpreta a una tasa mundial anual del 11,4 por cada cien mil habitantes; la cantidad de intentos de suicidio podría ser 20 veces mayor que el de suicidios que se consumaron y la idea del acto triplicaría la cifra.¹

En el Perú ya se vienen suscitando casos, por lo cual se muestra ajeno a esta problemática, si se visualiza su tasa de suicidio, se denota que no tienden a ser elevadas a comparación de otros países Latinoamericanos. En la actualidad, este problema debe ser tomado en cuenta pues se presenta una naturaleza nefasta; si se refiere a ideación suicida y enfocando específicamente a la provincia de Trujillo - La Libertad, se observa como la curva de crecimiento de casos ha ido en ascenso en los últimos 5 años, todo ello de la mano del crecimiento económico y social, que por un lado trae múltiples y notorios beneficios, por otro viene acompañado de diversos males sociales, convirtiéndose en una bomba de tiempo que solo requiere de un detonante para arrasar con la población más susceptible a dicho mal.²

En estos tiempos los elevados grados de violencia con la que se tiene que convivir a diario, necesidades ocultas de carencias afectivas y emocionales, limitaciones que van generando epidemias sociales, que van desarrollándose y multiplicándose generando a su alrededor un ambiente y un sentimiento de desesperanza y desconsuelo que va reduciendo y fulminando con letalidad nuestra capacidad para dar frente a situaciones de estrés, lo cual empuja a un abismo que genera la temida sensación de incapacidad para manejar tal situación, todo en conjunto conduce por la vía autodestructiva, generando una ideación suicida; se es considerado un grito de ayuda que pone en estado de alerta a todo el personal médico de la salud mental.³

A la fecha en la ciudad de Trujillo existe un número irrelevante de estudios sobre este tema que consume a la sociedad, y el poco material que se tiene son aportes

de investigaciones de profesionales de ciencias en las cuales están incluidas: la medicina, psicología y sociología, convirtiéndose en el medio de consulta para quienes desean investigar y profundizar en el tema, por ello se considera de suma importancia contribuir y actualizar la información bibliográfica para que así se pueda permitir mejorar y elevar al siguiente nivel a la sociedad y a su vez se motive a posteriores investigaciones académicas.⁴

Debe considerarse vital entender que los pacientes con ideación suicida son un serio problema sanitario. El intentar conocer la magnitud de esta problemática es un verdadero reto, de un lado está el temor hacia un estigma social y religioso que va buscar enmascarar y camuflar este suceso, en tanto los registros oficiales obligatorios del acto consumado no engloba en sus estadísticas aquellos intentos de ideación suicida, por lo cual no se cuenta con información.⁵

Si se enfoca en los datos epidemiológicos, con frecuencia estos tienen origen en encuestas retrospectivas las cuales se basan en preguntar si se tuvo la idea o se intentó realizar el acto suicida en sí, convirtiéndose nuevamente en un reto pues se sabe que estas encuestas son sesgadas ya que existe un factor de disposición en el cual el encuestado podría ocultar información o negarla. Países en vías de desarrollo tienen sumado a esto, la falta de estadísticas confiables, lo cual potencia el problema, por lo cual se llega a estimar que existe una relación de dieciocho intentos de suicidio frente a uno concretado, viéndose a una población vulnerada con predominio que apunta a la juventud y al sexo femenino.^{6,7}

El suicidio y la ideación suicida incluye la pérdida parcial o total de la salud del individuo, así como el debilitamiento de sus lazos sociales y afectivos en lo cual están implicados 3 componentes básicos: el primero es que a nivel emocional se genera un sufrimiento intenso; el segundo abarca el nivel conductual, donde existe una falta de recursos psicológicos para hacerle frente a la problemática para posteriormente entrar a un nivel cognitivo.⁸

Dado a lo descrito, se planteó estudiar y analizar los diversos factores que se encontraron vinculados a la ideación suicida, entre los cuales se vieron englobados factores demográficos, sociales, económicos, consumo de sustancias y antecedentes previos, sumándose los factores que se descubrieron conforme progresó el estudio.^{8,9}

En esta investigación, de acuerdo al objeto de estudio, se formuló la siguiente

interrogante de investigación: **¿Cuál es el perfil clínico epidemiológico de ideación suicida en pacientes atendidos en centro de salud mental comunitaria San Crispín de la ciudad de Trujillo durante los años 2018 al 2020?**

De acuerdo a lo que se buscó encontrar en la presente, esta investigación justifica su importancia de acuerdo a su *valor teórico*, pues la ideación suicida no se ha abordado en investigación de manera profunda en el Perú, por la presencia de vacíos en el conocimiento, que podrían ser importantes o determinantes para enfrentar la oleada de suicidios que van en ascenso y se ha convertido para la fecha en una problemática de salud pública; a su *utilidad metodológica*, porque permitirá realizar un diagnóstico para posteriormente se pueda aplicar métodos para obtener información y de este modo poder identificar a aquellos grupos que suelen ser más vulnerables o con una mayor tendencia al riesgo; y por su *relevancia social*, porque esta investigación se orienta con mayor precisión a identificar aquellas características sociodemográficas, a una evaluación más compleja de causas probables y la motivación del fenómeno de la conducta suicida, entendiendo esta problemática e identificarla tempranamente.

En esta investigación, se tuvo como objetivo general el determinar el perfil clínico epidemiológico de ideación suicida en pacientes atendidos en centro de salud mental comunitaria San Crispín de la ciudad de Trujillo durante los años 2018 al 2020; y de forma específica, caracterizar a la población sometida al estudio teniendo en cuenta edad y sexo ; identificar la procedencia, estado civil, ocupación , grado de instrucción y la existencia de antecedentes previos de ideación suicida ; determinar signos y síntomas de presentación ; identificar la existencia de patologías psiquiátricas y enfermedades coexistentes ; identificar el nivel de riesgo suicida en pacientes sometidos al estudio.

La hipótesis del presente estudio es tácita.

II. MARCO TEÓRICO

Useche, V. (Colombia, 2019), realizó un estudio observacional analítico transversal. Se consideró aplicar escalas previa validación, donde se determinó factores asociados y la predicción del comportamiento suicida. La prevalencia de hasta el 65.5% en sexo femenino, así mismo se asoció el comportamiento femenino, no poseer una red de ayuda, presencia de trastornos afectivos, consumo bebidas alcohólicas hasta la embriaguez y el paso por alguna situación y/o evento estresante, lo cual se consideró como predictores de comportamiento suicida en el modelo logístico de regresión.¹⁰

Faure, M. et al (Chile, 2018), su estudio de casos y controles transversal, buscó evaluar la asociación existente entre calidad de vida involucrada con la salud, medido con el EQ-5D-5L, y el riesgo suicida en personas adolescentes y la capacidad para detectar transversalmente el riesgo suicida. Los resultados indican que el estado de salud dimensionado a dolor /malestar se asoció a un grado riesgo de suicidio. La dimensión que engloba ansiedad/depresión se asoció del mismo modo con un riesgo suicida. Por otro lado, el valor índice del EQ-5D-5L mostró una asociación contraria con riesgo suicida.¹¹

Gedeón, H. et al. (Brasil, 2017) realizó un estudio analítico-transversal, con una muestra de 632 estudiantes, donde se tomó en cuenta la presencia de ideación suicida; síntomas depresivos y el consumo de alcohol. En los resultados se logra evidenciar la prevalencia de ideación suicida; un 9,9% (n=63) idealizaron el suicidio; Sobre el consumo de alcohol, se presentó un riesgo elevado con una ideación suicida 2 veces mayor. La mutualidad entre síntomas depresivos y la ideación suicida se torna importante con un 21,4% tomando mayor fuerza, se demuestra una prevalencia de 2% de ideación, y entre el 17% con sintomatología depresiva; y el 9% con previo diagnóstico de depresión.¹²

Arenas, A. et al. (Colombia, 2016) realizó un estudio observacional, corte transversal, con muestreo probabilístico, estratificado según: sexo, grupo etario, y regiones; se aprecia que el 5,5% de varones y 7, 6% de mujeres han tenido ideas suicidas. El 2,7% de las mujeres planean minuciosamente el acto, el 1,9 %de varones realizo el intento de suicidio y mujeres 3,3%. En relación estado económico / ideación suicida, se observó una proporción del 6,4% en pobreza multidimensional

a diferencia de la cifra de adultos sin dicha situación 6,6%. Se buscó un análisis de la ideación, plan e intento suicida en conjunto, en dos grandes grupos etarios, uno de ellos engloba a personas de 18 -45 años (6.6%) y el otro, de 45 años en adelante (6.5%). Finalmente, la conducta suicida genera una impresión relevante en diversos ámbitos: individual, familiar y colectivo.¹³

Moreno, C. (Colombia, 2016) realizó investigación de corte descriptivo correlacional, La muestra se conformó por 31 estudiantes, de edades que comprenden entre 10 - 14 años y en ambos sexos. Se halló que no existen diferencias correspondientes con ideación suicida, depresión, estrés, satisfacción vital y autoestima entre hombres y mujeres. Se encontró que existe un dominio estadísticamente significativo que comprende la ideación suicida negativa/positiva relacionada con la depresión y el estrés con significancia del 5%, así mismo se encontró que la depresión es un factor de la ideación en un 11%, y predice el estrés en un 70%.¹⁴

Corona, B. et al. (Cuba, 2016) elaboró una revisión bibliográfica en diversas revistas científicas provenientes de diversas bases de datos científicas con el propósito de actualizar aspectos que se relacionen con el suicidio y su mortalidad. El suicidio se colocó entre las 10 principales causantes de carga de enfermedad y al combinar ambos sexos se posicionó en el octavo lugar. Esta lesión autoinfligida se ve representada por un 50% de todas las muertes que se registran en hombres y 71% en mujeres. En Latinoamérica, el suicidio aportó un 12% a la mortalidad por causa externa. La ingesta de plaguicidas, ahorcamiento y uso de armas de fuego o blancas (estas últimas en menor proporción) serían los medios más comunes utilizados para el acto suicida.¹⁵

Moraga, C. (Chile, 2015) en su estudio transversal, de carácter descriptivo-comparativo, determinó que la ideación suicida presenta un elevado porcentaje (25,1%) en escolares (ambos sexos), y con una edad que oscila entre los diez y trece años. Respecto a factores sociodemográficos, la desigualdad por género no obtuvo mayor significancia. La edad relacionada a la ideación suicida en este estudio encontró que ésta se presenta a cualquier edad y lo que permitió evidenciar que este factor no presenta una asociación significativa. De las variables psicológicas la depresión se muestra una íntima relación muy significativa.¹⁶

Vásquez, D. et al. (México, 2015) realizó un estudio descriptivo y retrospectivo. Tras meses de investigación se logró encontrar que en su mayoría los documentos reportan factores de riesgo, pero tan solo un 9.37% busco enfatizar en factores protectores estos últimos son un elemento que tendría que potenciarse o buscar la manera de desarrollarlo dentro de la población vulnerable. En este estudio se hace mención a las diversas etapas de la conducta suicida, acotando que no necesariamente suelen ser secuenciales, por lo cual un sujeto con dicha ideación, no siempre va intentar suicidarse ya que algo ocurre y la cadena pierde un eslabón volviéndose discontinua.¹⁷

Vásquez, A. (Bolivia, 2010) realizó un estudio de tipo descriptivo, corte transversal, con 56 pacientes tras realizar un intento suicida. Uno de los primeros factores que se evaluó fue el género donde la razón por sexo femenino/masculino es de 2:1. En relación al grupo etario, el perteneciente de 15-24 años se vio más afectado (55.4%). la ingesta de sustancias tóxicas con índice más elevado con un 92,8%, uso de organofosforados con un 67.8%, en segundo plano quedó la ingesta medicamentosa con un 16.1%. Un 25% de estos pacientes sometidos al estudio ya permanecían con la idea suicida; se estimó que un 21.4% pertenecían a un núcleo familiar con antecedentes y un 16.1% ya tenían intentos previos fallidos. Diagnóstico psiquiátrico en un 41.1%.¹⁸

Sindeev, A. Et al (Perú, 2019), en su estudio observacional, descriptivo, transversal con una muestra no probabilística, En los resultados la prevalencia de vida de la ideación suicida (34.2%), deseos insostenibles de morir (22,5%) y el propio intento suicida (19.5%). El análisis bivariado logró demostrar la sociedad significativa que existe estadísticamente del riesgo suicida , principalmente haciendo enfoque en una disfunción grave del núcleo familiar ($p < 0,001$), una probable depresión ($p < 0,001$) y ansiedad ($p = 0,001$), desde otro enfoque , el intento suicida se asoció con probables cuadros de depresión ($p < 0,05$) y ansiedad ($p < 0,05$); pensamiento homicida en el paciente ($p < 0,001$), riesgo de violencia intra/extra familiar ($p = 0,005$), una grave disfunción del núcleo familiar y sospecha con el consumo de alcohol ($p < 0.05$).¹⁹

Conde, P. et al (Perú, 2016) en su investigación de diseño no experimental de tipo transversal y alcance correlacional, realizado a 97 pacientes en el cual se utilizó la Escala de Desesperanza de Beck posteriormente adaptada por Eugenio y Zelada,

dicho estudio reflejó rangos del 28.5% y 74.2% en grados de desesperanza alto / bajo respectivamente; en tanto el 24.7% no presentó pensamientos suicidas a comparación del 75.3% que sí presentaron pensamientos suicidas. Con respecto a la ideación suicida, teniendo en cuenta sus dimensiones, se hace hincapié en actitud hacia la vida o muerte, el 63.9% de pacientes presento un elevado riesgo al intento de suicidio y una cifra menor del 36.1% no evidencio dicho riesgo.²⁰

Zavala, L. Et al (Perú, 2012) realizó una investigación de alcance correlacional de cohorte transversal. Los resultados evidenciaron una cifra del 38.5% de pacientes adolescentes que en algún determinado momento sintieron deseos de estar muertos y un 21.4 % de estos sintieron dicho deseo en el último mes antes de ser entrevistados. En estos pacientes destacó la ideación suicida teniendo como trasfondo la desesperanza y deseos de muerte. El apoyo social jugó un rol de vital importancia ya que este pudo ser percibido como una variable de protección ante el riesgo suicida la cual ha sido confirmada en diversos estudios empíricos. La relación que se encontró entre el apoyo social y la ideación suicida fue muy baja ($r = -0.19$; sig. 0.000).²¹

El suicidio uno de los grandes paradigmas de la mente humana, se define como el acto de autoagresión que finaliza con la vida humana, las cifras lo han convertido en la primera causa mundial de muerte violenta, ya que igualo al número de homicidios y conflictos bélicos conjuntamente. Se estima que cada cuarenta segundos alguien se quita la vida, lo cual nos coloca frente a un real y potencial problema de salud pública. Es un fenómeno universal que ha englobado diversas épocas, países, ciudades y culturas, pero que ha aumentado de manera abismal en la sociedad industrial, existiendo aún innumerables incógnitas sobre su dinámica y la magnitud que esta genera. Es enigmático observar cómo mientras la esperanza de vida aumenta gradualmente y muchas tasas de mortalidad de patologías que son las principales causas de muerte van en picada cuesta abajo se produce un incremento hasta del 60 % en la conducta suicida y cada día en pacientes más jóvenes.¹

Basándonos en la etimología, la terminología suicidio deriva del latín Sui y caedere que significan “si mismo”, y “matar” respectivamente, por ende, significado al fusionarse es: “matarse a sí mismo”. La conducta suicida se manifiesta de múltiples maneras, ya sea por ideas, amenazas, intento o finalmente el acto consumado. la

idea hace referencia a intrusos pensamientos referente a la muerte y el deseo que se tiene de morir, esta conceptualización también busca referir al suicidio como un acto que busca llamar la atención, manipular buscando así obtener algún tipo de beneficio al lograr sobrevivir a tal acto, concluyendo que no se tuvo una intención real de realizarlo o los medios que se utilizaron para llevarlo a cabo no fueron tan letales o simplemente la intervención de un tercero. la amenaza suicida podría definirse como la expresión sea verbal o escrita que realiza el individuo sobre su deseo de morir. La conducta suicida deja de ser cuando la persona manipula conscientemente la situación llámese un pseudosuicidio.²⁵

Las investigaciones mundiales que han enfatizado su estudio en el suicidio encontraron que la prevalencia entre este y la ideación suicida se encuentra vinculado a distintos factores estresores, en sus diversidades de formas sean de ámbito familiar, personal, laboral o lo más nuevo y frecuente que se viene observando en nuestro medio el ámbito académico .^{26,29}

Tras revisar información bibliográfica especializada, se encontró que el suicidio es una urgencia que únicamente no se ubica en un contexto biográfico con una definición fija, si no que este debilita las mallas afectivas y sociales de la persona, así como, en la toma de decisiones de la persona implicada se habla de tres componentes básicos; el primero a *nivel emocional* que se caracteriza por un sufrimiento intenso; el segundo a *nivel conductual* que se refleja con una carencia de recursos psicológicos para hacerle frente al problema y finalmente el tercero que abarca el *nivel cognitivo*, con una desesperanza al futuro con una única salida , la muerte. Con ello no se ve al suicidio desde el punto de vista moral, pues no puede considerarse como un acto de cobardes o valientes, simplemente como una acción de personas desbordadas por el sufrimiento, y muchas de ellas no buscan morir; de hecho, son más los intentos e ideaciones suicidas que los suicidios consumados. Probablemente sea la muerte más desoladora que exista, a los sobrevivientes acompañado al dolor de la pérdida les queda la vergüenza y la culpa de lo que pudo hacerse y no se hizo.²²

Los pensamientos de atentar con la propia vida, o ideación suicida, pueden ser diferenciales en rigor funcional de si se llega a concretar los planes suicidas y la voluntad real que se tenga. Entonces se puede expresar a la ideación suicida, como aquellos pensamientos fugaces frente a una falta de sentido y valor de la vida

albergando pensamientos de muerte, o incluso planes concretos, permanentes y un agobio obsesivo con la idea de concluir el acto suicida, visto de esta forma estaríamos entre dos tipos de presentaciones: agudas y crónicas. Este puede ser parte un estado de ánimo acompañado de depresión y a su vez una forma activa de enfrentarse con dicho estado e intentar escapar del mismo.²³

Los intentos iniciales para lograr comprender al suicidio fueron de importancia para que sea estudiado de manera científica y sistemática. Durkheim, que intentó relacionar actos suicidas asociándolas con características del grupo social perteneciente al individuo, poniéndose en manifiesto aspectos socioculturales que influyen en la decisión de quitarse la vida. Durkheim distinguió tres tipos de suicidio diferentes: El suicidio (egoísta), en efecto de la alienación que posee la persona frente a su marco social aquí se distingue diferentes condicionantes que podrían actuar como factores de riesgo, como son el estado civil o la inclinación religiosa de la persona. El suicidio (altruista), en que se considera un sacrificio manteniendo ideales sociales, religioso, político, militares, donde la individualidad se vería fagocitada por la identidad de la masa. El suicidio (anómico), donde el sujeto se ve atrapado por la anomia, relacionándose con crisis sociales y económicas.²⁴

En primera instancia existe una búsqueda de soluciones frente a la situación o crisis existente, aquí el paciente se plantea alternativas para la resolución de sus problemas o la disminución del dolor o sufrimiento que lo aflige, sin embargo, no todos los individuos logran la capacidad de identificar una probable escapatoria al problema es aquí el momento preciso donde se empieza a gestar la ideación suicida como única alternativa de salida. Con la idea ya en mente las demás alternativas son vistas como ineficaces para hacer frente a la situación lo que se traduce en la alimentación diaria de dicha idea tornándose con mayor frecuencia con el pasar de los días. La ideación suicida podría aparecer bajo la máscara esperanzadora de un accidente o enfermedad. La siguiente fase es la cristalización seguida por algún evento que abre paso al acto en sí.^{23,24}

El suicidio es un fenómeno visto desde distintas perspectivas ya sea como el resultado frente a una enfermedad, como un acto voluntario libre o como un epifenómeno de la sociedad. a la fecha el modelo bio-psico-social suele ser el más utilizado, incluso en el campo de la psiquiatría , aunque la validez es constantemente discutido, ya que el modelo biopsicosocial ha intentado superar,

dividiéndose las opiniones en el círculo de la salud mental , para la fecha se viene intentando implementar modelos que complementen, como aquel que centra su atención en la función que ejecuta el individuo rompiendo paradigmas netamente médicos , lo cual nos coloca un paso más allá de los conceptos tradicionales . Es así como el suicidio se vería influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales no dejando de lado factores genéticos.^{25, 26}

Algunas Investigaciones demostraron que en pacientes con conducta suicida la serotonina, el ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA), se encuentra reducido en el líquido cefalorraquídeo lo cual reflejaba una función serotoninérgica disminuida, fisiológicamente se sabe que al disminuir la síntesis de serotonina se acrecienta la fragilidad y susceptibilidad del sujeto. La inconsistencia emocional se adquiere mediante interacciones y la asociación existente entre un aspecto genético y el ambiente. ^{24,25}

La conducta suicida es compleja según el contexto y la persona tiende a ser variable, por ende, no se está frente a un hecho con un único factor. Estos factores se clasifican en sociodemográficos, clínicos y genéticos .³¹

El suicidio en adolescentes y adultos jóvenes, es una de las primeras causantes de muerte, en este subgrupo de edad se aprecia como un elemento importante para factor de riesgo la coexistencia de trastornos mentales, alcanzando cifras que oscilan entre el 43 y 70%; también destaca el baja autoestima, introversión, impulsividad, agresividad y la desesperanza, así como antecedentes previos de ideas suicidas, diversos autores han buscado relacionar los factores ya expuestos con la capacidad de este subgrupo a intentar identificarse con figuras celebres, aunque hay quienes disocian dicho efecto; la separación de los padres parece ser un potente factor de riesgo así pues también se observa una tasa elevada de ideas suicidas en jóvenes con una mala relación parenteral o cuando estos se encuentran en medio de un litigio por custodia.^{5, 7}

Al otro extremo se encuentra la edad geriátrica siendo la viudedad y la jubilación factores determinantes de suicidio en este grupo etario, de igual manera suele ser probable la existencia de comorbilidades acompañadas de trastornos mentales sobre todo depresión considerándose por algunos autores como el principal factor de riesgo estando presente hasta en un 86% de conductas suicidas, en ancianos existe a su vez un efecto pernicioso por el consumo de sustancias tóxicas (alcohol);

la coexistencia de trastornos físicos y/o incapacitantes los cuales engloban invalidez funcional , dolor y males crónicos incluso la pluripatología asociada; además existe una pérdida de autonomía, aislamiento social estas dos últimas bastante consolidadas. Por otro lado, el primer año desde la iniciación a la ideación suicida se estima suele ser el de mayor riesgo para la progresión del plan e intento suicida.^{5; 7,14}

Para ciertos autores, existen diferencias en la etiología del género; en mujeres, por ejemplo, es más frecuente la protagonización de intentos suicidas y en varones el acto consumado, existiendo ciertos países donde esta relación es inversa tales como en China e India. En el sexo femenino hay la probabilidad de existencia de antecedentes biográficos de abusos, los varones por su lado tienden a consumir mayor alcohol al momento de la idea suicida. De esta manera el sexo femenino tiende a presentar trastornos que se relacionan con la internalización, el sexo masculino por su lado presenta más trastornos que se vinculan con la externalización, lo cual se pretende asociar con los roles que culturalmente se asignan a cada género. Por otro lado, son las mujeres quienes tienden a podrían buscar ayuda y logran expresar con mayor facilidad sus problemas emocionales.^{26,27}

El rol de la familia disminuye el riesgo, se hace mención a un mayor riesgo en personas solteras, divorciadas o viudas, con lo que existe un indicativo que la conducta suicida es frecuente en personas solteras. El estado civil se va a mezclar con otros factores: edad y sexo, con lo cual este va potenciar y así convertirse en un factor determinante de riesgo suicida. En este punto se es prudente recalcar que la disfuncionalidad de la familia y la conducta suicida están íntimamente vinculados, destacándose la ausencia de calidez familiar y la poca comunicación como dos de los riesgos más acentuados.^{28,32}

Según la caracterización de la idea suicida así se dice será la gravedad del intento suicida, por lo que se clasifica el riesgo suicida en leve: donde existe la ideación, sin planes concretos de daño, rectifica la conducta por lo cual se genera la autocrítica; riesgo suicida moderado: hay planes de ideación, la posibilidad de antecedentes previos y factores de riesgo generalmente mayor de uno; riesgo suicida alto : donde existe la idea concreta de autolesionarse , antecedente previo , presencia de más de 2 factores de riesgo ; con o sin un plan suicida claro , expresa

desesperanza , rechazo a todo apoyo social y no rectifica sobre dicha ideación . Para ello resulta de vital importancia tener conocimiento de las 3 etapas del acto suicida: concepción, ambivalencia y consumación. ^{8,29.}

Es de vital importancia recalcar que la propensión que se tiene respecto al suicidio constituyo una real perversión del instinto humano, Este proceder está íntimamente vinculada a una gran pluralidad de factores sociodemográficos. Es así como la pérdida humana cercana a nuestro entorno, las discusiones con miembros de la familia, la ruptura de relaciones sentimentales, los problemas de ámbito legal o que guarden relación con el trabajo pueden funcionar como factor de riesgo para arremeter contra la propia vida. Los contratiempos interpersonales con especial énfasis en los familiares y de pareja son considerados los principales detonantes de la conducta suicida.^{28,31.}

La nosología psiquiátrica acepta que los rasgos propios como sintomatología de un trastorno mental, son factores de riesgo para la conducta suicida. Se habla de una asociación entre las tasas de suicidio y homicidio como nexo llamado “dolor mental”, de esta forma los individuos que fallecen por conducta suicida poseen más antecedentes de agresividad y comportamiento violento que aquellos que mueren por causas ajenas al tema. Se habla de otras dimensiones vinculadas a la conducta suicida como la agresividad no dependiente de la impulsividad, pensamiento dicotómico, la desesperanza, la rigidez cognitiva y la competencia del individuo para la resolución de la problemática. Los trastornos afectivos con mayor énfasis en el depresivo mayor, son los cuadros psiquiátricos que se asocian en mayor proporción con la conducta suicida y sus manifestaciones; incrementado hasta 20 veces el riesgo suicida quien presenta trastorno depresivo mayor, seguido por el trastorno bipolar con un incremento hasta de 15 veces y en tercer lugar la distimia. La esquizofrenia en sus diversas presentaciones implica un riesgo mayor frente aquellas que no poseen dicha patología. La farmacoterapia antipsicótica ha generado controversia, ya que en un principio indicaba un probable aumento de riesgo comparándolo con efectos adversos de neurolépticos clásicos (síntomas extrapiramidales) ²³

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación:

3.1.1 Tipo de investigación

Por el fin que persigue: Aplicada

3.1.2 Diseño de investigación

Esta investigación tuvo un diseño no experimental descriptivo, y debido a que solo se estudió en un momento determinado fue de corte transversal.

3.2 Variables y operacionalización (Anexo 1)

Identificación de la Variable: Perfil clínico epidemiológico de la ideación suicida.

3.3 Población, muestra y muestreo

3.3.1 Población

La población estuvo constituida por 172 pacientes quienes fueron atendidos en el centro de salud mental comunitaria “San Crispín” por ideación suicida.

3.3.2 Muestra

Se estudió a toda la población, a partir de sus historias clínicas. Al ser un estudio censal, no se consideró calcular el tamaño de muestra.

Criterios de Inclusión:

Pacientes de sexo femenino y masculino que son atendidos en el Centro Comunitario en estudio, con un diagnóstico médico psiquiátrico de conducta de ideación suicida. Historias clínicas con información psiquiátrica completa registradas en el periodo de investigación.

Criterios de exclusión

No se consideraron en la investigación aquellos pacientes que presentaron criterios que la alteraron. Historias clínicas con información psiquiátrica incompleta registradas en el periodo de investigación.

3.3.3 Unidad de análisis

Cada paciente atendido en el Centro de Salud Mental Comunitaria “San

Crispín” con un diagnóstico médico psiquiátrico de conducta de ideación suicida.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

3.4.1 Técnica

Análisis documental, se basa en la revisión ordenada y sistémica de la base de datos de información recopilada en las historias clínicas de los pacientes en el centro de salud.

3.4.2 Instrumentos

Ficha de recolección de datos de historia clínica, toda la información recopilada será recolectada a través de una ficha de recolección de datos diseñada considerando la información de interés en la presente investigación.

3.4.3 Validez y confiabilidad

El instrumento para recopilar la información fue evaluado por 3 especialistas en el campo de la salud médica y mental, quienes a través de criterios evaluarán la validez de dicho instrumento, indicando que las variables consideradas son relevantes para la presente investigación. No se consideró una prueba de confiabilidad, dado a las características del instrumento.

3.5 Procedimientos

Posterior a la obtención del permiso del responsable a cargo de las historias clínicas de los pacientes, se procedió a la recopilación de la información a partir del instrumento diseñado para la presente investigación, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

3.6 Método de análisis de datos

La información recolectada se procesó a través de hojas de cálculo de Excel y de SPSS Versión 25. Para posteriormente a partir de un análisis descriptivo, determinar el comportamiento de la variable en estudio, así como cada subvariable establecida en la matriz de operacionalización de variables.

3.7 Aspectos éticos.

Se consideró las normas establecidas en la Declaración de Helsinsky, subrayando la confidencialidad en el tratamiento de la información que se obtenga en la presente. Se cumplió con los criterios establecidos en la guía metodológica de la Universidad César Vallejo vigente.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Edad y sexo de los pacientes con ideación suicida atendidos en centro de salud mental San Crispín.

Edad / sexo	Masculino		Femenino		Total	%
	n	%	n	%		
Menores de 20	19	11.1%	40	23.4%	59	34.5%
De 20 a 39 años	24	14.0%	32	18.7%	56	32.7%
De 40 a 59 años	15	8.8%	18	10.5%	33	19.3%
Mayores de 60 años	12	7.0%	11	6.4%	23	13.5%
Total	70	40.9%	101	59.1%	171	100.0%

Fuente: Historias clínicas de pacientes con ideación suicida.

Tabla 2 : Perfil epidemiológico de los pacientes con ideación suicida atendidos en centro de salud mental San Crispín.

Factor		Cantidad de pacientes (n=171)	Porcentaje
Estado civil	Divorciado	9	5.2%
	Soltero	77	44.8%
	Conviviente	54	31.4%
	Viudo	19	11.0%
	Casado	12	7.0%
Procedencia	Zona Urbana	131	76.2%
	Rural	40	23.3%
Ocupación	Desempleado	60	34.9%
	Estudiante	57	33.1%
	Empleado	43	25.0%
	Jubilado	11	6.4%
Grado de instrucción	Secundaria	90	52.3%
	Superior incompleta	33	19.2%
	Primaria	27	15.7%
	Superior completa	20	11.6%
	Analfabeto	1	0.6%
Antecedentes previos	Sí	98	57.0%
	No	73	42.4%

Fuente: Historias clínicas de pacientes con ideación suicida.

Tabla 3 : Síntomas y signos de presentación en los pacientes con ideación suicida atendidos en centro de salud mental San Crispín.

Síntomas y signos de presentación	Cantidad de pacientes	Porcentaje
Pesimismo	96	55.8%
Agresividad	89	51.7%
Humor deprimido	85	49.4%
Sentimientos de vacío	83	48.3%
Aislamiento social	78	45.3%
Pérdida de interés	77	44.8%
Baja autoestima	74	43.0%
Intranquilidad	69	40.1%
Cólera	63	36.6%
Inestabilidad afectiva	57	33.1%
Síntomas psicóticos	14	8.1%

Fuente: Historias clínicas de pacientes con ideación suicida.

Tabla 4 Trastornos psiquiátricos y enfermedades médicas en los pacientes con ideación suicida atendidos en centro de salud mental San Crispín.

Trastornos psiquiátricos y enfermedades médicas	Cantidad de pacientes	Porcentaje
Uso de sustancias tóxicas	62	36.0%
Depresión mayor	46	26.7%
Trastorno de adaptación	34	19.8%
Trastorno de personalidad	26	15.1%
Distimia	25	14.5%
Enfermedad crónica	24	14.0%
Psicosis	14	8.1%
Enfermedad terminal	11	6.4%
Ansiedad	10	5.8%
Celopatía	10	5.8%
COVID-19	10	5.8%
Mitomanía	9	5.2%
Cleptomanía	5	2.9%
Ninguno	1	0.6%

Fuente: Historias clínicas de pacientes con ideación suicida.

Tabla 5 :Riesgo suicida en pacientes con ideación suicida atendidos en el centro de salud mental San Crispín en los años 2018 y 2020.

Riesgo suicida	Cantidad de pacientes	Porcentaje
Alto	25	14.5%
Medio	69	40.1%
Bajo	77	44.8%
Total	171	99%

Fuente: Historias clínicas de pacientes con ideación suicida.

Históricamente en Perú la salud mental ha sido relegada, priorizando la atención de la salud física, bajo la premisa que esta última genera mayor índice de mortalidad y sufrimiento. En nuestro país, sin embargo, anualmente mueren 900 a 1000 personas por suicidio. Se estima que aproximadamente el 90% de la población señalada no recibió atención, esta cifra suele ser incluso mayor en población pobre y extremadamente pobre. La salud mental es entonces una dimensión que no puede ser apartada de la salud integral.

El centro de salud mental comunitario San Crispín, es un centro especializado en atención ambulatoria de personas con problemas psiquiátricos y/o psicosociales.

La investigación, se enfocó en estudiar el perfil clínico y epidemiológico en ideación suicida en los pacientes atendidos en centro de salud mental San Crispín entre los años 2018 y 2020, realizando una comparación de los resultados de la presente con los antecedentes se obtuvo:

En la tabla N° 1 se observó que, durante los años 2018, 2019 y 2020, el rango de edad donde mayor cantidad de casos de ideación suicida fue la franja juvenil y adulta joven donde la mayor prevalencia se presentó, fue de menos de 20 años con un 34.3%, un 32.6% de los pacientes tuvieron entre 20 a 39 años, un 19.2% presentaron una edad de 40 a 59 años y un 14% presentó una edad mayor de 60 años, al comparar con el estudio de Vásquez A¹⁸ en Bolivia donde se estudió a 56 pacientes, encontrando que el grupo de paciente con una edad de 15-24 años se vio más afectado (55.4%). Estos resultados, son muy coincidentes con los encontrados en nuestra investigación, puesto que se encontró que aproximadamente un 66.9% corresponde a una edad menor de 39 años; otro estudio señala una similitud en dicha tendencia como el que realizó Useche V¹⁰ en Colombia, donde se estudió a 448 estudiantes con edades que oscilaban entre 13 -21 años, en donde los resultados mostraron como grupo más vulnerable a la ideación suicida al de 13 – 17 años con un 90% equivalente a 403 estudiantes del total, pese a tener una población distinta al estudio aquí presente se nos hizo llamativo el dato de la vulnerabilidad de una población extremadamente joven, lo cual podemos acoplar a lo hallado en nuestra estadística; otro estudio como el realizado por Moraga C¹⁶ en Chile encontró un elevado porcentaje del 25,1% en pacientes de 10 a 13 años con lo cual concluyó que dicho fenómeno se presentó en pacientes preadolescentes y reafirmó el

hecho que las ideas suicidas se visualizan cada vez a más anticipada edad , nuevamente utilizamos esta estadística como una referencia como respaldo, al tener nuestro estudio una población joven vulnerable. Estos resultados, son muy coincidentes con los aquí encontrados, puesto que evidenció que aproximadamente un 66.9% corresponde a una edad menor de 39 años, dado a esto puede considerarse que la edad es un factor preponderante, estos resultados etarios revelaron la suma importancia de valorar la presencia de ideación suicida en pacientes con edades tempranas, ya que se observó una subvaloración en este grupo etario , además se conoce que la tasas de suicidios van en aumento con la edad , pero aquí se observó un incremento en la población joven , y llama profundamente la atención que la ideación suicida se ha triplicado en los últimos años en dicho grupo , siendo entonces el patrón epidemiológico con mayor frecuencia de ideas suicidas en pacientes jóvenes entre 15 y 30 años .

Del mismo modo se observó que, durante los años 2018, 2019 y 2020, el género con mayor cantidad de casos de ideación suicida fue el femenino con un 58.7%, un 41.3% fue el masculino. Arenas, A. et al.¹³ en Colombia realizó un estudio donde observó que el 55,6% de mujeres han considerado suicidarse y solo por motivos fortuitos el acto no se logró concretar, lo cual concluyó que en cuanto a la ideación suicida se observó una mayor frecuencia en el sexo femenino, con lo cual para dicho autor todo ello concuerda con la literatura internacional. Corona, B. et al.¹⁵ en Cuba elaboró una revisión bibliográfica en diversas revistas científicas provenientes de diversas bases de datos científicas donde concluyó que dicha lesión autoinfligida se registró en un 50% en hombres y 71% en mujeres. Borges G ⁶ en México realizó un trabajo donde constató un predominio mayor del sexo femenino en comparación con el masculino, en cuanto a la ideación suicida donde argumentó que la conducta suicida es diferente entre ambos sexos por la caracterización de roles de género, por factores biológicos inherentes a ello, por patrones de formación que son influidos por elementos de contexto cultural, y factores netamente sociales. Los resultados corroboraron lo hallado por otros estudios, los cuales en comparación con el aquí presente demostraron que el sexo femenino presenta ideas suicidas de 2 a 3 veces mayor en comparación con el sexo masculino, la mayor frecuencia de dicha ideación en mujeres que en hombres se puede reflejar por hecho de que las primeras tienden a buscar ayuda, muy por el contrario de los varones que suelen ser más reservados con ello , por lo cual el sexo es al igual que la edad un factor preponderado.

En la tabla N° 2 se observó que, entre los años 2018 y 2020, el estado civil con mayor cantidad de casos de ideación suicida fue el soltero, con un 45.3% de los casos; seguido de los convivientes con un 31.4%, viudo con 11%, casado con 7% y divorciado con 5.2%. Vásquez, A¹⁸ en Bolivia estudio 56 pacientes de los cuales obtuvo los siguientes resultados : 46.4% eran solteros , 41,1% tenían pareja , 10,7% habían atravesado un proceso de divorcio y un 1,8% eran viudos , por lo cual consideró que el estado civil es un factor predisponente a la conducta suicida .Vásquez , F³¹ en Lima comprobó que la mayoría de pacientes con conductas suicidas declararon ser solteros en un 62,2% , seguido por un 20% que reportaron ser casados , un 13,3% convivientes y un mínimo grupo de separados 5,5%. Según Nock los individuos casados o convivientes presentan prevalencias bajas si los comparamos con individuos solteros o separados.²⁷ Estos resultados concordaron con el nuestro , los pacientes solteros se muestran con mayor vulnerabilidad a la soledad , depresión e ideación suicida al no encontrar con quien compartir sus emociones , siendo su modo de escape la conducta suicida , muy por el contrario de lo que ocurre en pacientes casados, considerándose al matrimonio como un factor protector que podría explicarse por el apoyo psicosocial de la pareja sobre todo en países latinoamericanos , cabe resaltar que el predominio de la gente joven en nuestro estudio puede dar un sesgo en cuanto a una prevalencia mayoritaria de los solteros.

El lugar de procedencia de los pacientes con ideación suicida fue la zona urbana en un 76.7% de los casos, y un 23.3% rural. Resultó llamativo el aumento de ideación suicida a predominio urbano, La conducta suicida suele ser mayor en zonas urbanas que en zona rural, sin embargo, en esta última suele ser más letal dicha conducta por lo dificultoso del acceso a servicios de salud mental por lo cual la mayor casuística en zona urbana se debe a la accesibilidad de servicios de salud ya sea por la índole geográfica, así como por el factor socio-económico. Se debe tomar en cuenta factores que han ocasionado un fallo o desgaste de las condiciones de vida urbana, como hacinamiento, desempleo y el grado de violencia con el que está conviviendo la sociedad; sin embargo, la aparente estabilidad y quietud de la rutina cotidiana en la zona rural es aún motivo investigación.

En lo referente a la ocupación, la mayoría de los casos evaluados eran desempleados con un porcentaje del 34,9%, seguido por un 33,1% y 25,6% que representó a estudiantes y empleados respectivamente y una minoría del 6,4% fueron jubilados. Vásquez, A¹⁸ en Bolivia observó que un 41,1% fueron estudiantes, 40,8% de su

población no estudiaba ni trabajaba y apenas un 17,8% tenía un trabajo activo, para dicho autor el trabajo tenía una conducta protectora, ya que el estrés de lo cotidiano y la dependencia económica hacia un rol contrario atentando contra la salud mental. Nuestros resultados fueron muy similares al de otros autores observándose una mayor incidencia en la relación de conducta suicida y desempleo siendo este grupo social el de riesgo más elevado ;el siguiente grupo estuvo conformado por estudiantes y empleados , estos resultados toman sentido si se observa al trabajo como un factor protector , sin embargo durante la depresión de la economía y épocas de desempleo actúa en inversa generando una mayor tasa de conducta suicida , la cual buscaría explicarse por la interacción frente a circunstancias socio-económicas , lo vulnerable de la psicología humana , y eventos estresantes al cual vienen siendo sometidos durante este periodo .

El 34.9% de los pacientes con ideación suicida tuvieron educación secundaria completa, un 19.2% tuvo educación secundaria incompleta, un 15.7% educación primaria y un 11.6% superior completa y un 0.6% fueron analfabetos. Arenas, A ¹³ en Colombia encontró que pacientes sin escolaridad o tan solo con primaria tuvo una proporción de 6,6%, con educación secundaria un 7,3% y un 4,2% con estudios universitarios. Vásquez, F ³¹ en Lima comprobó que el grado de instrucción que se registró a predominio en pacientes de su estudio fue el de nivel secundaria con un 65,7%, en una menor proporción el nivel primario con un 8,9% y finalmente un 1% representó a la población analfabeta. Estos hallazgos son compatibles con los de otros estudios.

Un antecedente previo es quizás el mejor orientador para hacer frente a una conducta suicida, en el presente estudio se observó que, entre los años 2018 y 2020, los pacientes con ideación suicida presentaron antecedentes previos en un 57.6%, un 42.4% no presentaron este antecedente. Vásquez, F ³¹ observó que aproximadamente la mitad de pacientes de su estudio presentó un antecedente de conducta suicida 53,4% , 20% con más de 2 intentos y 18,1% con más de 3 , considerando a largo plazo un espectro suicida Estos hallazgos ha sido compatible con el de otros estudios de diversos autores, encontrándose que al menos los individuos sometidos a estos presentaron un intento previo, es así como se debe considerar cada intento o idea ajeno a su letalidad como un factor predictivo de un nuevo intento que amerita un estudio y aclaración, y no ser tomados como un simple gesto o maniobra de manipulación suicida.

En la tabla N°3 se observó que, entre los años 2018 y 2020 , los pacientes atendidos

por ideación suicida presentaron síntomas y signos que resultó de importancia para su diagnóstico de ideación suicida, de los cuales un 55,8% fue por pesimismo, seguido por agresividad con un 51,7%, humor deprimido 49,4%, sentimiento de vacío con un 48,3%, aislamiento social con 45,3%, un 44,8% curso con pérdida de interés, en tanto un 43,0% presentó Baja autoestima, Intranquilidad un 40,1%, Cólera con un 36,6%, Inestabilidad afectiva con 33,1% y finalmente en menor porcentaje los síntomas psicóticos con un 8,1%. Para Coronado, M²⁸ el 92% de los pacientes de su estudio según hallazgos clínicos presentó sintomatología de algún tipo de enfermedad mental coexistente; La impulsividad y dependencia afectiva fueron los signos y síntomas más identificados con 31% para cada uno; también observó que el ánimo depresivo estuvo presente en 68% de los pacientes, así como la inestabilidad, emotividad exagerada, agresividad, irresponsabilidad, inmadurez, dificultades cognitivas y ansiedad, entre otros síntomas. Echeburúa, E³² en España indicó en su revisión que aproximadamente un 80% de las personas que intentan suicidarse presentaron estado anímico melancólico, para dicho autor la impulsividad y agresividad son características clínicas que constituyen un elevado factor de riesgo para quien padece de conducta suicida, así mismo la inestabilidad emocional y el aislamiento juegan un rol importante con un 10% cada uno. Al comparar los resultados de estudios previos con los aquí obtenidos se observó que la conducta suicida se presenta con una diversa gama de signos y síntomas en cual existe un predominio por la sintomatología afectiva que se caracteriza por la aparición de tristeza, la poca capacidad para percibir placer, la pérdida de interés, apatía, decaimiento, desesperanza, irritabilidad frente a los deberes y exigencias de lo cotidiano; en mayor o menor grado se encuentran presentes la sintomatología de tipo cognitivo, somático y volitivo. Es importante que se tome en conjunto diversos aspectos que deben ser considerados, como la duración de la sintomatología y lo que se observa de ella sea un menoscabo progresivo en la apariencia y aspecto del paciente, facies, tono de voz u otros.

En la tabla N°4 se observó que, entre los años 2018 y 2020, los pacientes atendidos por ideación suicida presentaron trastornos psiquiátricos y enfermedades médicas, de los cuales un 36% fue por el uso de sustancias tóxicas, un 26,7% por depresión mayor, un 19,8% por trastorno de adaptación, un 15,1% por trastorno de personalidad, un 14,5% por distimia, un 14% por enfermedad crónica, un 8,1% por psicosis, un 6,4% por enfermedad terminal, un 5,8% por ansiedad, un 5,8% por celopatía, un 5,8% por Covid-

19, un 5.8% por mitomanía, entre otros trastornos que suman el 3.1%. Algunos de estos resultados presentan una relación con lo ya estudiado por Coronado, M²⁸ quien indicó que de los pacientes sometidos a su estudio más del 92.2% presentó algún trastorno mental, 50% presentaron un trastorno depresivo (depresión mayor) o sintomatología psicótica, continuados con un 22% por los trastornos de adaptación, los trastornos adictivos figuraron con un 16%, el 25% presentó trastorno de personalidad limítrofe. Del mismo modo Borges, G et al.⁶ encontró que diversos trastornos mentales están íntimamente asociados a conducta suicida, oscilando entre 1,1 para trastorno psiquiátrico de cualquier tipo y 15,7 netamente para la depresión. Vásquez, F³¹ observó que la depresión mayor se vinculó con casi el 50% de casos, la distimia con 11,5%, la psicosis con 7,6 %, trastorno ansioso con un 5,6%, el abuso de sustancias tóxicas se representó con un 21,7%. La ideación suicida se encuentra incrementado en casi todos los trastornos psiquiátricos mayores, en nuestro estudio prevaleció el trastorno adictivo, existen numerosas investigaciones que estudian la relación entre el consumo de sustancias tóxicas lícitas y/o ilícitas y la conducta suicida donde mencionan que es un factor de riesgo predictivo de agresividad e impulsividad hacia el propio individuo, el consumo de sustancias adictivas en pacientes incrementa hasta 3 veces el riesgo de presentar conducta suicida al ser comparados con pacientes que no registran tal consumo. Otro de los diagnósticos más frecuentes fue la depresión en su diversidad de presentaciones, por lo cual la desesperanza y expectativa negativa en un vehículo hacia el suicidio en pacientes deprimidos. Los pacientes con cierto grado de depresión corren elevado riesgo de cometer suicidio o de ideación suicida en la fase temprana del trastorno durante tratamiento y en ciertos casos incluso después del alta hospitalaria. Además, la inhibición y apatía que la caracterizan responden con mayor prontitud al tratamiento, pero los sentimientos de desesperanza y vacío tardan más en desaparecer he aquí su alto índice. La psicosis mantuvo relación con la conducta suicida teniendo en cuenta que su evolución es crónica y que puede existir o no una respuesta al tratamiento. El trastorno de personalidad, caracterizado por impulsividad e inestabilidad emocional, está íntimamente relacionado con los intentos y conductas suicidas. En ciertas circunstancias la idea suicida se asocia al dolor de una enfermedad física sea crónica o terminal, así como al miedo de tenerla en un futuro no muy lejano, Sin embargo, las enfermedades crónicas por sí solas no llevan al sujeto hacia la idea suicida, sino que actúan como un factor de riesgo siempre y cuando éstas se acompañen de

desesperanza. En el último año se sumó una enfermedad no psiquiátrica pero que generó en el estudio un minoritario porcentaje de ideación suicida COVID-19, la influencia de medios de comunicación sumada a ya alguna patología preexistente jugó un rol importante para debutar como un factor que desencadenó algún tipo de conducta suicida.

En la tabla N° 5 se observó que, entre los años 2018 y 2020, los pacientes atendidos por ideación suicida mostraron en un 14.5% alto riesgo suicida, un 40.1% un riesgo medio, y un 45.3% un bajo riesgo. Gonzales A ²⁹ en Perú con una población de 312 estudiantes aplicando el cuestionario de riesgo suicida de Robert Plutchik observó que un 62.5% presentó un riesgo suicida leve, menos de la mitad con un 35.6% mostró una ligera tendencia a un riesgo moderado, y finalmente se percató que en un porcentaje menor se encontró el riesgo suicida alto con un 1.9 %. Sumari W ³⁰ en Juliaca observó que el 48,3% de sus encuestados evidenciaron riesgo suicida leve, seguido de un 46.1% que evidenció un riesgo moderado, finalmente una minoría del 5.6% con riesgo alto. Zavala R ²¹ en Cajamarca halló en su estudio que un 10 % de estudiantes sometidos a evaluación presentaron un alto riesgo suicida, un 19 ,7% riesgo moderado y un bajo riesgo constituyó el 70%. Para Plutchik, el riesgo suicida no es más que la probabilidad que posee un individuo para culminar su existencia, constituido de cuatro componentes: intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación, sentimientos depresivos y desesperanza sumado a otros aspectos que se relacionan con las tentativas.²⁹ Los resultados encontrados coinciden al compararlos con estudios similares, en el cual se denotó un mayor porcentaje en riesgo suicida leve y moderado a comparación con un porcentaje menor en alto riesgo suicida, por lo cual cabe mencionar que se viene desarrollando algún factor protector frente a la ideación y conducta suicida , que está comportándose como una ventaja para lograr disminuir aquellas situaciones desfavorables, es decir que se logró encontrar estrategias de afrontamiento , lo cual se reflejó en una menor probabilidad de riesgo suicida , pudiéndose resolver de manera oportuna y eficaz con una diversidad de estrategias teniendo como referente una atención holística , humanitaria e integral .

V. CONCLUSIONES

- Se confirmó un mayor predominio a la ideación suicida por parte del sexo femenino frente al sexo masculino. El grupo etario de menores de 20 años y de 20- 39 años ocuparon la mayor frecuencia; se evidenció un menor porcentaje con grupos etarios de mayor edad.
- Se confirmó la mayor frecuencia de ideación suicida en solteros, seguido por convivientes. En relación a la procedencia de los pacientes se encontró que la mayoría pertenecieron a la zona urbana y una minoría a la zona rural. La mayoría de los casos eran pacientes desempleados. Más de la mitad de los pacientes con ideación suicida tenían la secundaria completa o la cursaban al momento de su diagnóstico, una minoría tenían estudios superiores incompleto o lograron culminar. La mayoría de los pacientes presentó una ideación y/o conducta suicida previa.
- Entre los signos y síntomas que presentaron los pacientes, predominaron el pesimismo, la agresividad, y los de menor frecuencia los síntomas psicóticos.
- El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue la dependencia de sustancia tóxicas, seguido por depresión mayor. Las enfermedades crónicas no psiquiátricas también se evidenciaron en pacientes con conducta suicida, y finalmente en el año 2020 se sumó el COVID 19 como causa de ideación suicida.
- El riesgo suicida en pacientes con ideación suicida sometidos al estudio fue bajo y medio sin una diferencia significativa.
- La mayoría de los datos encontrados en el presente estudio guardan relación y concordancia con estudios de diversos autores nacionales e internacionales, lo cual nos permitió comparar nuestra realidad y tener una perspectiva clara.
- Con los resultados obtenidos se pueden formular recomendaciones con el fin de enfatizar en la salud mental y un abordaje temprano, puesto que aquí se han descrito las características principales de la población en riesgo.

VI. RECOMENDACIONES

- Por su actual importancia como un problema de salud pública, debido a su incremento paulatino y constante, la ideación suicida merece un enfoque prioritario en nuevos estudios con énfasis en la epidemiología y la clínica para lograr entender y de este modo proveer un mejor sistema de prevención para la conducta suicida.
- Se recomienda a los futuros egresados de las carreras de medicina, psicología y afines realizar estudios prospectivos en el cual se incluya el seguimiento y vigilancia a pacientes con ideas suicidas para así generar un soporte para las víctimas de conducta suicida.
- Se recomienda a los CSMC mejorar sus sistemas de registro, con lo cual se podrá obtener cifras más precisas y reales tanto para la ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado.
- La ideación suicida previa es quizá el mejor indicador para el personal de salud mental y/o familia que un paciente se encuentra en eminente riesgo de tentativa suicida, por lo cual este debe ser tomado como un factor predictor independiente a su grado de letalidad.
- Se sugiere nuevos e innovadores programas de promoción y prevención de las ideaciones suicidas, que puedan llegar a los diversos grupos etarios con facilidad, considerando el nivel de riesgo en el que estos se ubican según sus características y considerando la estrategia que pueda vincularse a su nivel de ideación suicida.
- Se debe buscar el desarrollo de estrategias que ayuden a reducir el estigma que asocia al paciente usuario de servicios de salud mental.
- Que el médico general, aquellos que prestan servicio a la población rural del país, se capaciten para obtener la soltura y maestría necesaria, logrando de este modo dar cara a los problemas vinculados con la salud mental, singularmente en lugares que no cuenten con un CSMC.

Generemos micro cambios en nuestro día a día como consecuencias tendremos macro cambios en nuestra realidad.

REFERENCIAS

1. Campo L. Impacto del género en los intentos de suicidio en Quito (Ecuador). Tesis doctoral. Tarragona. UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI; 2018. (Citado: 26/02/2020). Disponible en: <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/663365/TESI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. MINSA – Guía Clínica en manejo de Intento de Suicidio, Clínica en Salud Publica; 2008 (Fecha de acceso: 11 de junio del 2014) (Citado: 26/02/2020). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2906.pdf>
3. Araujo, R; Baroto, R. El problema de la determinación del proceso salud enfermedad. Análisis crítico para su evaluación” I.S.C.M.H- 2005. (Citado: 26/02/2020). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=47943>
4. Olofsdotter S, Vadlin S, Sonnby K, Furmark T, Nilsson K. Anxiety Disorders among Adolescents referred to General Psychiatry for Multiple Causes: Clinical Presentation, Prevalence, and Comorbidity. Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology 2016; 4(2):55-64. (Citado: 26/02/2020). Disponible en: <https://tidsskrift.dk/sjcapp/article/view/22187>
5. Reynolds, W., & Mazza, J. (1999). Assessment of suicidal ideation in inner-city children and young adolescents: Reliability and validity of the Suicidal Ideation Questionnaire -JR. School Psychology Review, 28(1), 17-30. (Citado: 26/02/2020).
6. Borges, G., Breslau, J., Su, M., Miller, M., Medina-Mora, M. E., Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Immigration and suicidal behavior among Mexicans and Mexican Americans. Am.J Public Health, 99, 728-733. (Citado: 26/02/2020). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2661474/>
7. Tejedor C, Faus G, Díaz A. Programa de prevención de la conducta suicida sector Dreta Eixample. Barcelona: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2009.p.1-148. (Citado: 26/02/2020). Disponible en:

- <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/13/73/ESP/13-73-ESP-280-287-385438.pdf>
8. Hernandez A, Villareal E. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. MEDISAN; 19(8):1051, 2015. (Citado: 26/02/2020). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192015000800014
 9. Freedman, Et al. Urgencias psiquiátricas: Suicidio. Tratado de Psiquiatría. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1982. T 3- p. 1950- 1962. (Citado: 26/02/2020). Disponible en: http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Manual_Residente_Psiquiatr%C3%ADa2.pdf
 10. Useche V. Comportamiento suicida, su prevalencia y factores familiares asociados en estudiantes de 15 a 17 años en dos colegios de Leticia, Amazonas. Tesis Magister. Bogotá. Universidad del Rosario.2019. (Citado: 26/02/2020). Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/19875/PREVALENCIA%20COMPORTAMIENTO%20SUICIDA%20Y%20FACTORES%20FAMILIARES.pdf;jsessionid=545DE3138B8DEF91E01C88CD6BD85416?sequence=1>
 11. Faure M., Urquidi C, Bustamante F, Florenzano R, Ampuerod, K. Asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y riesgo suicida en adolescentes: estudio transversal. Rev Chil Pediatr. 2018; 89(3):318-324. (Citado: 26/02/2020). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03704106201800300318
 12. Gedeón, H, Reschetti, S, Martínez, M, Nunes, M. Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2017; 25: e2878. (Citado: 26/02/2020). Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2878.pdf
 13. Álvaro, C., Gómez, M. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. rev

- colomb psiquiat. 2016; 45(S 1):68–75. (Citado: 26/02/2020). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45s1/v45s1a10.pdf>
14. Moreno, G., Araque P. Estudio descriptivo correlacional: ideación suicida emociones negativas, autoestima, satisfacción vital en adolescentes localidad Kennedy. Tesis Doctoral. Bogotá. UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS, 2016. (Citado: 26/02/2020). Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/3336/Morenochristian2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 15. Corona B, Hernández M, García M. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2016; 15(1):90-100. (Citado: 26/02/2020). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1070>
 16. Moraga C. Ideación suicida en escolares de 10 a 13 años, de ambos sexos, de colegios de la comuna de viña del mar: factores sociodemográficos, psicológicos y familiares asociados. Tesis Magister. Santiago. Universidad de Chile, 2015. (Citado: 26/02/2020). Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/144415>
 17. Vázquez D; Piña M, González C. La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014: análisis y perspectivas. Acta Universitaria, vol. 25, núm. 2, septiembre, 2015, pp. 62-69. (Citado: 26/02/2020). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/416/41648310011.pdf>
 18. Vázquez A, Guarachi, C. Epidemiología del intento suicida en el Hospital Madre Obrera, Llalagua, Bolivia. Rev Neuropsiquiatr 73 (2), 2010 39. (Citado: 26/02/2020). Disponible en:
 19. Sindeev, A., Arispe Alburqueque, CM, Villegas Escarate, JN (2019). Factores asociados al riesgo e intento suicida en estudiantes de medicina de una universidad privada de Lima. Revista Médica Herediana, 30 (4), 232-241 (Citado: 26/02/2020). Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/191034674.pdf>
 20. Conde, P. Desesperanza e ideación suicida en pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote. Tesis licenciada en

- psicología. Nuevo Chimbote. Universidad Cesar Vallejo, 2016. (Citado: 26/02/2020). Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/222>
21. Zavala R. Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos prevalencia y factores asociados. Tesis Doctoral. Cajamarca. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, 2012. (Citado: 26/02/2020). Disponible en: <http://bp000695.ferozo.com/wp-content/uploads/2013/01/Ideacion-suicida-en-adolescentes-cajamarquinos.pdf>
- 22.OMS (2013). Suicide prevention. (Citado: 26/02/2020). Disponible en : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1
- 23.Durkheim, E. (1985). El Suicidio. Madrid, España: Akal Universitaria. Fernández Mouján, O. (1997). Abordaje teórico y clínico del adolescente. (Citado: 26/02/2020).
- 24.Montgomery SA, Montgomery DB. Pharmacological prevention of suicidal behavior. J Affect Disord. 1982; 4: 291-298. (Citado: 27/02/2020).
- 25.Jamisom KR. Suicide and bipolar disorder. I Clin. Psychiatry 2000; 61 (Suppl.9): 47-51. (Citado: 27/02/2020). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10826661/>
- 26.M. Asnis, T.A. Friedman,W.C. Sanderson,M.L. Kaplan,H.M. van Praag,J.M. Harkavy-Friedman Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients I: Description and prevalence Am J Psychiatry, 150 (1993), pp. 108-112. (Citado: 26/02/2020).
- 27.Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorder comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Surve Replication. Mol Psychiatry. 2010; 15(8). (Citado: 27/02/2020). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19337207/>
- 28.Coronado, M. (2014) Características clínico-epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al Hospital General San José del Callao, Perú. Rev Neuropsiquiatr 77 (4). (Citado: 26/04/2020). Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003485972014000400007

29. Gonzales, A; Rojas, G Riesgo suicida y su relación con el nivel de resiliencia en estudiantes de 4to. y 5to. De secundaria de la institución educativa n° 7079 Ramiro Prialé Prialé, San Juan de Miraflores, Lima – 2018. Tesis licenciada en enfermería. Lima. Universidad Privada Norbert Wiener, 2019. (Citado: 26/04/2020). Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2996/TESIS%20Gonzales%20Arlet%20%20Rojas%20Gladys.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Sumari, W; Vaca, L Inteligencia emocional y riesgo suicida en estudiantes de quinto año de la Institución Educativa Secundaria Comercial N° 45 Emilio Romero Padilla, Puno - 2017. Tesis licenciada en Psicología. Juliaca. Universidad Peruana Unión, 2017. (Citado: 26/04/2020). Disponible en:
31. Vásquez F. y cols. El perfil del intentador de suicidio atendido en el IESM H. Delgado-H Noguchi 2003, Rev. de Neuro-Psiquiat.68 (1-2) 2005. Lima, Perú. (Citado: 26/04/2020) Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372036926007.pdf>
32. Echeburúa, E 2015. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. terapia psicológica Vol. 33, N° 2, 117-126, España. (Citado: 26/04/2020). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art06.pdf>
33. T. Bronisch, H.U. Wittchen Suicidal ideation and suicide attempts: Comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorder Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 244 (1994), p. 93-98. (Citado: 26/04/2020).
34. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. Clin Psychol Rev. 2004; 24(8): 957-79. (Citado: 03/05/2020). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/8188146_Factors_associated_with_suicidal_phenomena_in_adolescents_A_systematic_review_of_population-based_studies

35. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L: Classification of suicidal behavior. II Dimensions of suicidal intent. Arch Gen Psychiatry, 33:835-837, 1976. (Citado: 03/05/2020).
36. Zhang, X., Wang, H., Xia, Y., Liu, X., & Jung, E. 2012. Stress, Coping and suicide ideation in Chinese College Students. Journal of Adolescence, 35, 682-690. (Citado: 03/05/2020). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22032975/>
37. Asarnow, J. R. 1992. Suicidal ideation and attempts during middle childhood: Associations with perceived family stress and depression among child psychiatric inpatients. Journal of Clinical Child Psychology, 21(1), 35-40. (Citado: 03/05/2020). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/reference.php?pid=S179447242007000200004&caller=www.scielo.org.co&lang=pt>
38. Bryan, C.y Rudd, MD. 2006. Advances in the assessment of suicide risk. J Clin. Psychol 2006. Feb; 62 (2): 185-200. (Citado: 03/05/2020). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16342288/>
39. Moscicki, E. 1997. Identification of Suicide Risk Factors Using Epidemiologic Studies. Psychiatric Clinics of North America, 20, 499-517. (Citado: 03/05/2020). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/223502305_Identification_of_suicide_risk_factors_using_epidemiologic_studies
40. M. Asnis, T.A. Friedman, W.C. Sanderson, M.L. Kaplan, H.M. van Praag, J.M. Harkavy-Friedman Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients I: Description and prevalence Am J Psychiatry, 150 (1993), pp. 108-112. (Citado: 26/02/2020).

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición de conceptos	Definición operacional		
Perfil clínico epidemiológico de la ideación suicida (CIE-10 R45,8)	Expresión de la carga patológica que padece un grupo poblacional cuya descripción va identificando diversas características de la patología, teniendo en cuenta un tiempo determinado y el área geográfica.	De acuerdo a la base de datos y el contenido de las historias clínicas de los pacientes se obtiene la información para posteriormente determinar mediante análisis descriptivo el perfil clínico de los pacientes. Entre las información observada se consideró:	Indicadores	Escala de medición
		Edad promedio		
	Subvariables: a. Perfil epidemiológico. Expresión de carga patológica de la ideación suicida. Que afecta a un determinado grupo poblacional, cuya descripción va identificar características que logran definir aspectos como morbilidad y la calidad de vida, teniendo en cuenta un tiempo determinado y el área geográfica.	Género	1. Hombre 2. Mujer	Nominal
		Estado civil	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado	Nominal
		Procedencia	1. Zona urbana 2. Zona rural	Nominal
		Estado de ocupación	1. Empleado 2. estudiante 3. Desempleado 4. Jubilado	Nominal
		Grado de instrucción	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior incompleta 5. Superior completa	Nominal
		Antecedentes previos de ideación suicida	1. Si 2. No	Nominal

	<p>b. Perfil clínico.</p> <p>Expresión que hace referencia a la sintomatología y signos propios que caracterizan la ideación suicida.</p>	<p>Síntomas y signos de presentación</p>	<p>1.Humor deprimido si () no () 2.Intranquilidad si () no () 3.Pérdida de interés si () no () 4.Sentimiento de vacío si () no () 5.Baja autoestima si () no () 6.Pesimismo si () no () 7.Aislamiento social si () no () 8.Síntomas psicóticos. si () no () 9.Agresividad si () no () 10Inestabilidad afectiva si () no () 11.Cólera si() no()</p>	<p>Nominal</p>
<p>Trastornos psiquiátricos y enfermedades médicas</p>		<p>1.Distimia si () no () 2.Depresión mayor si () no () 3.Trastorno de adaptación si () no () 4.Trastorno de personalidad si () no () 5.Psicosis si () no () 6.Ansiedad si () no () 7.COVID 19 si () no () 8.Enfermedad crónica si () no () 9.Enfermedad terminal si () no () 10.Uso de sustancias tóxicas si() no()</p>	<p>Nominal</p>	
<p>Riesgo suicida</p>		<p>1.Alto 2.Medio 3.Bajo</p>	<p>Ordinal</p>	

ANEXO 02: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Perfil clínico epidemiológico de la ideación suicida en pacientes atendidos en centro de salud mental San Crispín, Trujillo 2018 –2020.

Ficha de recolección de datos de historias clínicas

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Edad promedio:

1. Menores de 20
2. De 20 a 39 años
3. De 40 a 59 años
4. Mayores de 60 años

Género :

1. Hombre
2. Mujer

Estado civil:

1. Soltero
2. Casado
3. Viudo
4. Divorciado

Procedencia:

1. Zona urbana
2. Zona rural

Estado de ocupación:

1. Empleado
2. Desempleado
3. Estudiante
4. Jubilado

Grado de instrucción:

1. Analfabeta
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior incompleta
5. Superior completa

Antecedentes previos de ideación suicida

1. Si
2. No

PERFIL CLÍNICO

Síntomas y signos de presentación

- | | |
|----------------------------|---------------|
| 1. Humor deprimido | SI () NO () |
| 2. Intranquilidad | SI () NO () |
| 3. Pérdida de interés | SI () NO () |
| 4. Sentimiento de vacío | SI () NO () |
| 5. Baja autoestima | SI () NO () |
| 6. Pesimismo | SI () NO () |
| 7. Aislamiento social | SI () NO () |
| 8. Síntomas psicóticos. | SI () NO () |
| 9. Agresividad | SI () NO () |
| 10. Inestabilidad afectiva | SI () NO () |
| 11. Cólera | SI () NO () |

Trastornos psiquiátricos y enfermedades médicas

- | | |
|-------------------------------|---------------|
| 1. Distimia | SI () NO () |
| 2. Depresión mayor | SI () NO () |
| 3. Trastorno de adaptación | SI () NO () |
| 4. Trastorno de personalidad | SI () NO () |
| 5. Psicosis | SI () NO () |
| 6. Ansiedad | SI () NO () |
| 7. COVID-19 | SI () NO () |
| 8. Enfermedad crónica | SI () NO () |
| 9. Enfermedad terminal | SI () NO () |
| 10. Uso de sustancias tóxicas | SI () NO () |

Riesgo suicida

1. Alto
2. Medio
3. Bajo

ANEXO 03: VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DATOS POR CRITERIO DE JUECES

INDICACIÓN: Señores especialistas se pide su cooperación para posterior a una rigurosa minuciosa evaluación de los ítems del cuestionario de la presente ficha de recolección de datos, el mismo que muestro a continuación, el cual someto a su criterio y experiencia en el campo de salud mental, pueda usted brindarme la calificación y sugerencias necesarias.

DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres del juez	Arcila Díaz Jeniffer Karen
Grado académico	Médico Psiquiatra
Cargo e institución donde labora	Directora de CSMC San Crispín .
Autor(a) del instrumento	Xeida Pamela Martínez Espinoza.

ASPECTO DE LA VALIDACIÓN:

ÍTEMS	SI	NO	SUGERENCIAS
1. Los ítems persiguen fines del objetivo general.	X		
2. Los ítems persiguen fines del objetivo específico .	X		
3. Los ítems abarcan variables e indicadores	X		
4. Los ítems permiten medir el problema de la investigación	X		
5. Los términos utilizados son claros y comprensibles .	X		
6. Los ítems permiten contrastar la hipótesis de la investigación .	X		
7. Los ítems siguen una secuencia lógica .	X		
8. Se debe considerar otros ítems.		X	Agregar COVID19 en grupo de enfermedades preexistentes.
9. Los ítems despiertan ambigüedad.		X	

CALIFICACION GLOBAL:

CATEGORIA	
Desaprobado	
Observado	
Aprobado	X

Jeniffer Arcila Diaz
MÉDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 54028 R.M.P. 20174

FIRMA Y SELLO DEL JUEZ

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DATOS POR CRITERIO DE JUECES

INDICACIÓN: Señores especialistas se pide su cooperación para posterior a una rigurosa minuciosa evaluación de los ítems del cuestionario de la presente ficha de recolección de datos, el mismo que muestro a continuación, el cual someto a su criterio y experiencia en el campo de salud mental, pueda usted brindarme la calificación y sugerencias necesarias.

DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres del juez	ROMERO VASQUEZ NANCY CECILIA DEL PILAR
Grado académico	DOCTORA EN PSICOLOGIA.
Cargo e institución donde labora	CONSULTORA PSICOLOGICA.
Autor(a) del instrumento	Yeida Pamela Martínez Espinoza.

ASPECTO DE LA VALIDACIÓN:

ÍTEMS	SI	NO	SUGERENCIAS
1. Los ítems persiguen fines del objetivo general.	X		
2. Los ítems persiguen fines del objetivo específico .	X		
3. Los ítems abarcan variables e indicadores	X		
4. Los ítems permiten medir el problema de la investigación	X		
5. Los términos utilizados son claros y comprensibles .	X		
6. Los ítems permiten contrastar la hipótesis de la investigación .	X		
7. Los ítems siguen una secuencia lógica .	X		
8. Se debe considerar otros ítems.		X	
9. Los ítems despiertan ambigüedad.		X	

CALIFICACION GLOBAL:

CATEGORIA	
Desaprobado	
Observado	
Aprobado	X


N. Cecilia Romero Vasquez
 PSICOLOGA ORGANIZACIONAL
 C.P.S.P. 1189

.....
FIRMA Y SELLO DEL JUEZ

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DATOS POR CRITERIO DE JUECES

INDICACIÓN: Señores especialistas se pide su cooperación para posterior a una rigurosa minuciosa evaluación de los ítems del cuestionario de la presente ficha de recolección de datos, el mismo que muestro a continuación, el cual someto a su criterio y experiencia en el campo de salud mental, pueda usted brindarme la calificación y sugerencias necesarias.

DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres del juez	Miranda Jiménez Cinthya Lisbeth
Grado académico	Magister en Psicología
Cargo e institución donde labora	Responsable de salud mental en Centro de salud Paján.
Autor(a) del instrumento	Xeida Pamela Martínez Espinoza.

ASPECTO DE LA VALIDACIÓN:

ÍTEMS	SI	NO	SUGERENCIAS
1. Los ítems persiguen fines del objetivo general.	X		
2. Los ítems persiguen fines del objetivo específico .	X		
3. Los ítems abarcan variables e indicadores	X		
4. Los ítems permiten medir el problema de la investigación	X		
5. Los términos utilizados son claros y comprensibles .	X		
6. Los ítems permiten contrastar la hipótesis de la investigación .	X		
7. Los ítems siguen una secuencia lógica .	X		
8. Se debe considerar otros ítems.		X	
9. Los ítems despiertan ambigüedad.		X	

CALIFICACION GLOBAL:

CATEGORIA	
Desaprobado	
Observado	
Aprobado	X


 Mg. Cinthya L. Miranda Jiménez
 Psicólogo
 C.Ps.P 24902

.....
FIRMA Y SELLO DEL JUEZ

ANEXO 04: AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTO



“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”

Trujillo, 30 de septiembre de 2020

OFICIO N° 054-2020-UCV-VA-P23/DE

Sra.
Dra. JENIFFER KAREN ARCILA DIAZ
Directora del Centro de Salud Mental Comunitario San Crispín
Presente:

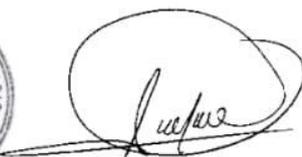
ASUNTO: PERMISO PARA EJECUCION DE PROYECTO DE INVESTIGACION

Es grato dirigirme a Ud. a través del presente, para expresarle nuestro cordial saludo a nombre de la Escuela de Medicina y el mío propio; y a la vez manifestar que la Srta. XEIDA PAMELA MARTINEZ ESPINOZA, desea iniciar el desarrollo de su Proyecto de Investigación titulado “PERFIL CLINICO EPIDEMIOLOGICO DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN CENTRO DE SALUD MENTAL SAN CRISPIN, TRUJILLO 2018-2020”.

En ese sentido, se solicita a su digno despacho brindar el permiso correspondiente a la alumna en mención para la recolección de datos de las historias clínicas de la sede Hospitalaria que usted dirige.

Agradeciendo de antemano vuestra atención y sin otro particular, me suscribo de Usted no sin antes manifestarle mis sentimientos de consideración personal.

Atentamente;



Dr. Aníbal M. Morillo Arqueros
Director de la Escuela de Medicina

Cc: Archivo
AMMA/bcch



Jeniffer Arcoja Díaz
MÉDICO PSIQUIATRA
CMP. 64048 RHC. 32574

