

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



Frecuencia y factores asociados a la ideación suicida en el personal de tropa del Servicio Militar voluntario del Cuartel Bustamante de la ciudad de Arequipa, año 2013

Autor:

SALVADOR FRANCISCO AVALOS ESCOBAR

Trabajo de Investigación para obtener el Título
Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2013

DEDICATORIA

A Dios:

Porque me diste la oportunidad de vivir y haberme regalado una familia maravillosa

A mi madre Mercedes:

Por haberme dado la vida y por estar conmigo en todo momento. Gracias por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, te agradezco de corazón por estar a mi lado

A Francisco y Alejandra:

Por estar a mi lado incondicionalmente por ser partícipes de mi futuro, por dedicarme mucho tiempo de su vida, por amarme, por apoyarme en los momentos buenos y malos de mi vida. Los amo

A Bertha y Aníbal:

Porque parte de mi vida también la pase con ustedes y me ayudaron a crecer como una persona de bien, los quiero como mis padres.

A mi familia:

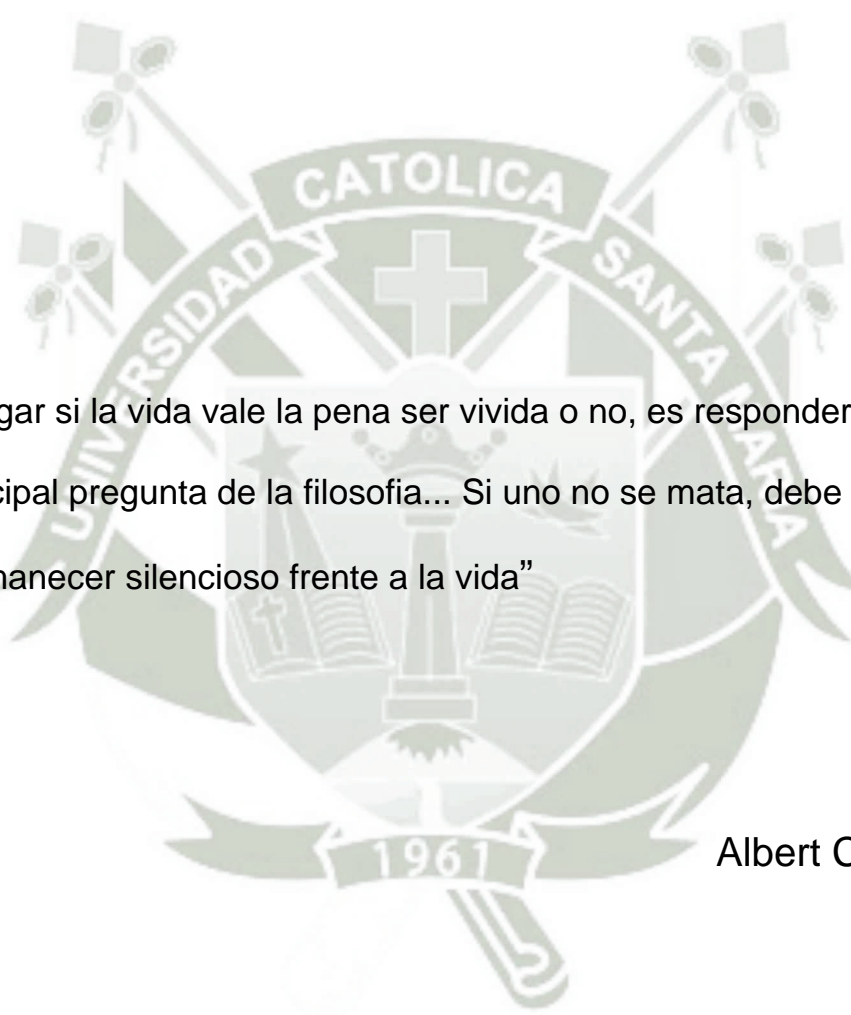
A mis tíos Guillermo Y Carlos que siempre estuvieron conmigo y con los cuales crecí como persona.

A ti Ann:

Por ser buena conmigo, por ser mi amiga y novia por apoyarme en todo momento

A mis maestros:

Aquellos que marcaron cada etapa de mi camino universitario austedes Gloria, José y Filiberto que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis.



“Juzgar si la vida vale la pena ser vivida o no, es responder la principal pregunta de la filosofía... Si uno no se mata, debe permanecer silencioso frente a la vida”

Albert Camus

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	8
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	35
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	43
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS	53
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	54
Anexo 2: Escala de ideación suicida de Beck	55
Anexo 3: Proyecto de Investigación.....	58

RESUMEN

Antecedente: el riesgo suicida puede incrementarse en personas institucionalizadas como los que realizan servicio militar.

Objetivo: Establecer la frecuencia y los factores asociados a la ideación e intento de suicidio en personal de tropa del Cuartel Bustamante de Arequipa.

Métodos: Se aplicó una entrevista a una muestra de 160 soldados del personal de tropa, aplicando una ficha de datos y el cuestionario de ideación suicida de Beck. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva y se comparan grupos con prueba chi cuadrado.

Resultados: Con la aplicación del test de Beck al personal de tropa el 80% presentó ideación suicida. Los soldados con y sin ideación suicida fueron jóvenes entre 19 y 21 años de sexo masculino predominantemente. Las proporciones fueron similares en el grupo de solteros (91.41% del grupo con ideación suicida y 96.88% del grupo sin ideación suicida), sin diferencias significativas ($p > 0.05$). Predominó en ambos la instrucción secundaria (68,75%), aunque hubo más soldados de educación primaria con ideación suicida 13.28%. El 27,34% de soldados con ideación tuvieron familiares dependientes. Los principales dependientes fueron los padres (17,97% de aquellos con ideación, 15,63% sin ideación; $p > 0,05$). Hubo más separación familiar entre aquellos con riesgo (73,44%) que en soldados sin ideación (56,25%), las diferencias no resultaron significativas ($p > 0,05$). El 60,94% de soldados con ideación suicida percibieron maltrato y sólo 37,50% de aquellos sin ideación suicida ($p < 0,05$). La calidad de alimentación fue mala en 65,63% de ambos grupos, no habiendo diferencias entre los dos grupos, y la mayoría de ambos grupos consideró que hay compañerismo en el cuartel.

Conclusión: La ideación suicida es alta en soldados del servicio militar voluntario y está relacionado al menor tiempo de servicio militar y a la percepción de maltrato físico y psicológico tiempo de servicio militar y la percepción de maltrato físico y psicológico.

PALABRAS CLAVE: ideación suicida – soldados – maltrato.

ABSTRACT

Background: The risk of suicide may increase in institutionalized persons who perform military service.

Objective: To determine the frequency and factors associated with suicidal ideation and suicide attempts in Troop Headquarters staff Bustamante of Arequipa.

Methods: A interview was applied to a sample of 160 soldiers enlisted personnel, applying a data sheet and questionnaire Beck's suicidal ideation. Results are shown using descriptive statistics and compared with chi square test groups.

Results: With the application of the test of Beck troop staff presented 80% of suicidal ideation. Soldiers with and without suicidal ideation were young men between 19 and 21 years of predominantly male, The proportions was similar proportions in the group of singles (91.41% of those with suicidal risk, 96.88% of the group without risk), no differences significant ($p > 0.05$). Predominated in both the secondary education (68.75%), although there were more soldiers of primary education among those at risk (13.28%) 27.34% of the soldiers at risk had no dependents, 10.94% of soldiers safe. The main dependent parents were (17.97% of those at risk, 15.63% of the other group, $P > 0.05$). Although there were more family separation between those at risk (73.44%) than soldiers without risk (56.25%), the differences were not significant ($p > 0.05$). The 60.94% of soldiers with suicide risk perceived mistreatment and only 37.50% of those without suicidal risk ($p < 0.05$). The food quality was poor in 65.63% of soldiers both suicidal risk or no risk, no differences between the two groups, and the majority of both groups felt that there companionship in the barracks.

Conclusion: The suicidal ideation is high in voluntary military service soldiers and shorter military service and the perception of physical and psychological abuse are at greater proportion of these soldiers.

KEYWORDS: suicidal ideation - soldiers - abuse.

INTRODUCCIÓN

Las conductas suicidas constituyen uno de los problemas más importantes de salud pública en todos los países, en la que se reconoce un importante subregistro en las estadísticas tanto a nivel nacional como internacional. La Organización Panamericana de la Salud reconoce que los intentos de suicidio en jóvenes de América Latina se han incrementado de manera importante. El suicidio se encuentra entre el segundo y tercer lugar como causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años de edad y su incidencia se ha triplicado en los países occidentales en los últimos 30 años, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes.

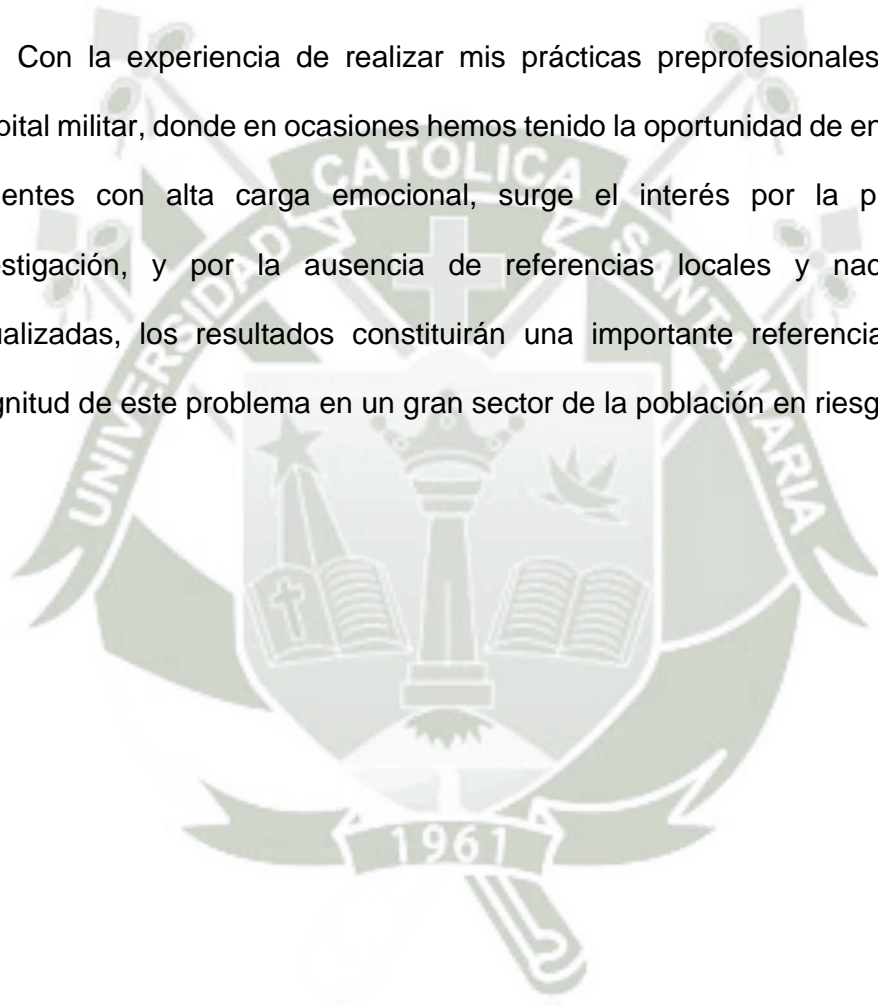
Según la Organización Mundial de la Salud y diversos autores se afirma que el suicidio va en aumento, convirtiéndose en un problema de salud pública, que debe ser abordado por diferentes sectores de la sociedad para su prevención y tratamiento.

También es importante recalcar que la elección del suicidio en si mismo no es un acto de valentía, ni tampoco de cobardía, como hemos querido pensar; el suicidio es la última opción que tiene el yo para defenderse del sufrimiento de una culpa imaginaria o real de una magnitud avasalladora, es lo único que el sujeto piensa que puede hacer o es la ausencia total de afectos que lo ligen con el mundo.

Los intentos de suicidios se pueden ver en todos los rangos de edad, y cobran especial importancia en ciertos grupos, como en casos de adultos mayores, pacientes con cáncer, o en personal institucionalizado. Entre ellos,

el personal militar, en especial los soldados o cadetes, que constituyen un grupo especial, ya que muchos de ellos se alejan de su entorno social y familiar para buscar un futuro en la vida militar, que en ocasiones no cumple sus expectativas pero no pueden retractarse, sufren trabajos físicos extenuantes, presión psicológica, y en ocasiones maltrato, lo que puede conllevar a mayor riesgo de suicidio.

Con la experiencia de realizar mis prácticas preprofesionales en un hospital militar, donde en ocasiones hemos tenido la oportunidad de encontrar pacientes con alta carga emocional, surge el interés por la presente investigación, y por la ausencia de referencias locales y nacionales actualizadas, los resultados constituirán una importante referencia de la magnitud de este problema en un gran sector de la población en riesgo.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la entrevista.

Instrumentos: El instrumento que se utilizó consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y en la escala de ideación suicida de Beck (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: El presente estudio se realizó en el cuartel militar Mariano Bustamante de la ciudad de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizó en forma coyuntural durante los meses de Diciembre del 2012 a Febrero del 2013.

2.3. Unidades de estudio: Personal de tropa del Servicio Militar Voluntario del

cuartel Mariano Bustamante.

Población: Todo el personal de tropa del cuartel Mariano Bustamante de la ciudad de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: Se estudió una muestra no probabilística de tipo intencional entre los integrantes de la población de que cumplieron con los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Personal en servicio militar
- Que se encuentre realizando servicio militar por lo menos los 3 meses previos.

- **Criterios de Exclusión**

- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas
- Personal que se encuentre de licencia o de franco.

3. Tipo de investigación: Se trata de un estudio de campo.

4. Nivel de investigación: Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se solicitó la autorización del Coronel del Cuartel Mariano Bustamante de la ciudad de Arequipa para acceder a las unidades de estudio. Se realizó una

charla de motivación el personal de tropa del cuartel Mariano Bustamante para explicar la intención del estudio y lograr su participación voluntaria. Se realizó una entrevista con preguntas acerca de información general social y familiar, así como acerca de la vida institucional, y acerca del antecedente de intento suicida. Se seleccionaron aquellas entrevistas que cumplieron los criterios de selección, de las cuales se extrajeron las variables de interés, que se registraron en una base de datos. La muestra se dividió en dos grupos en base a la respuesta a la pregunta de intento de suicidio o a la respuesta a la escala de Ideación Suicida de Beck.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

La escala de ideación suicida es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse.

Es una escala de 19 ítems que debe ser cumplimentada en el transcurso de una entrevista semi - estructurada. Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a:

- Actitud hacia la vida / muerte
- Pensamientos o deseos suicidas
- Proyecto de intento de suicidio

- Realización del intento proyectado

Se añade una quinta sección, con dos ítems, en la que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala. Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida. Cada ítem se puntúa de 0 a 2 puntos, y la puntuación total de la escala es la suma de los puntajes de los primeros 19 ítems. El rango de puntuación total es de 0 a 38 puntos, y se considera una puntuación igual o mayor a 1 como indicativa de riesgo de suicidio; a mayor puntuación, más elevado el riesgo de suicidio.

La prueba tiene una consistencia interna alta (alfa de Cronbach = 0,89), y una elevada fiabilidad interobservador ($r = 0,83$).

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Para la comparación de variables categóricas entre dos grupos independientes se empleó la prueba Chi cuadrado; se consideró significativa una diferencia de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.19.0



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE
TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 1

Distribución de integrantes del personal de tropa según ideación
suicida

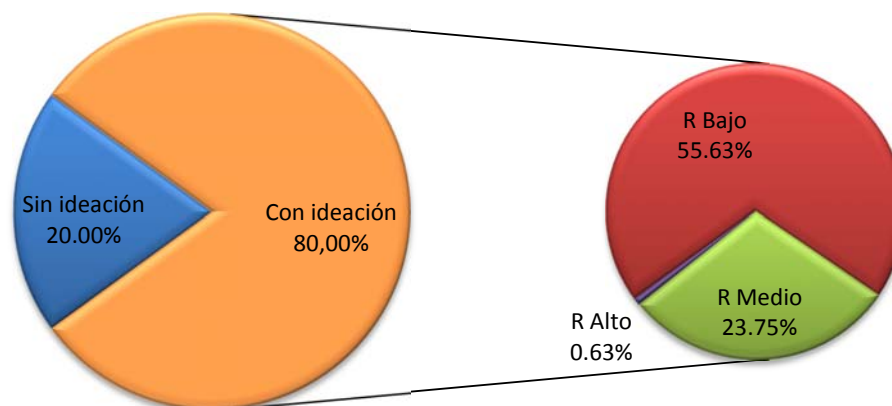
	N°	%
Sin riesgo	32	20,00%
Con riesgo	128	80,00%
<i>R Bajo</i>	89	55,63%
<i>R Medio</i>	38	23,75%
<i>R Alto</i>	1	0,63%
Total	160	100,00%

En el este cuadro se observa los resultados de la aplicación del test de Beck al personal de tropa; el 80% presentó ideación suicida, Al ser el puntaje mayor más asociados a riesgo, se pudo identificar que los rango más altos del puntaje (riesgo elevado) se encontraron en una sola persona (0,63%), y que en la mayoría de aquellos con ideación suicida el riesgo fue bajo 85,63%) con 23,75% del personal de tropa con riesgo medio

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Gráfico 1

Distribución de integrantes del personal de tropa según ideación suicida



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE
TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 2

Distribución del personal de tropa según edad e ideación suicida

Edad (años)	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
16-18 a	37	28,91%	13	40,63%	50	31,25%
19-21 a	78	60,94%	17	53,13%	95	59,38%
22-24 a	13	10,16%	2	6,25%	15	9,38%
Total	128	100,00%	32	100,00%	160	100,00%

Chi² = 1,80

G. libertad = 2

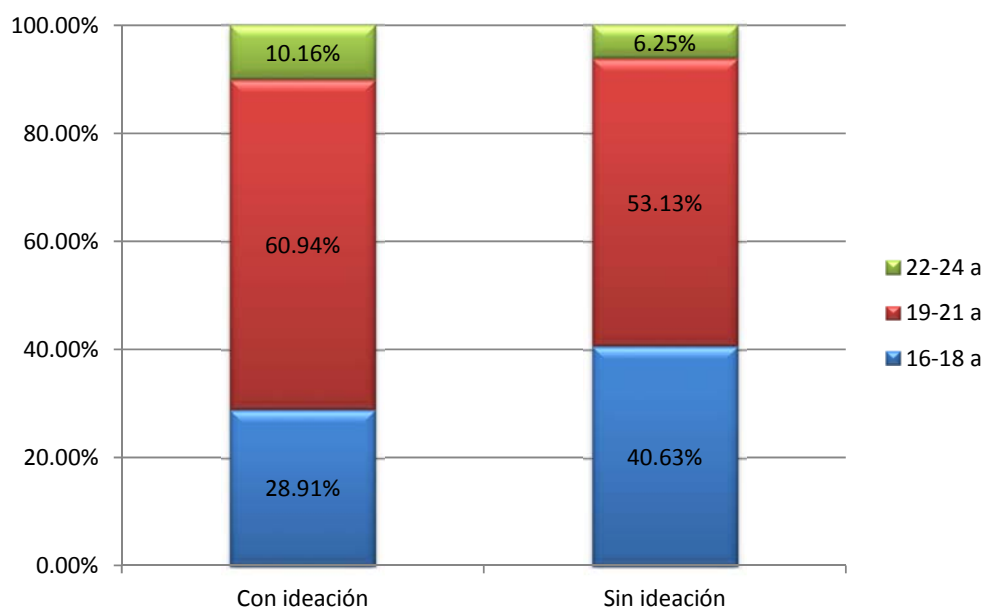
p = 0,41

En este cuadro se muestran las características de edad de los soldados de tropa según la ideación suicida; entre aquellos con ideación suicida, el 26,91% tuvieron de 16 a 18 años, 60,94% tuvieron de 19 a 21 años; y 10,16% de 22 a 24 años, mientras que en el 40,63% de soldados sin ideación suicida fueron jóvenes de 16 a 18 años; sin embargo, a pesar de ser de más edad aquellos con ideación suicida, las diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$).

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Gráfico 2

Distribución del personal de tropa según edad e ideación suicida



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE
TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 3

Distribución del personal de tropa según sexo e ideación suicida

Sexo	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Varones	122	95,31%	31	96,88%	153	95,62%
Mujeres	6	4,69%	1	3,12%	7	4,38%
Total	128	100,00%	32	100,00%	160	100,00%

$\chi^2 = 0,15$

G. libertad = 1

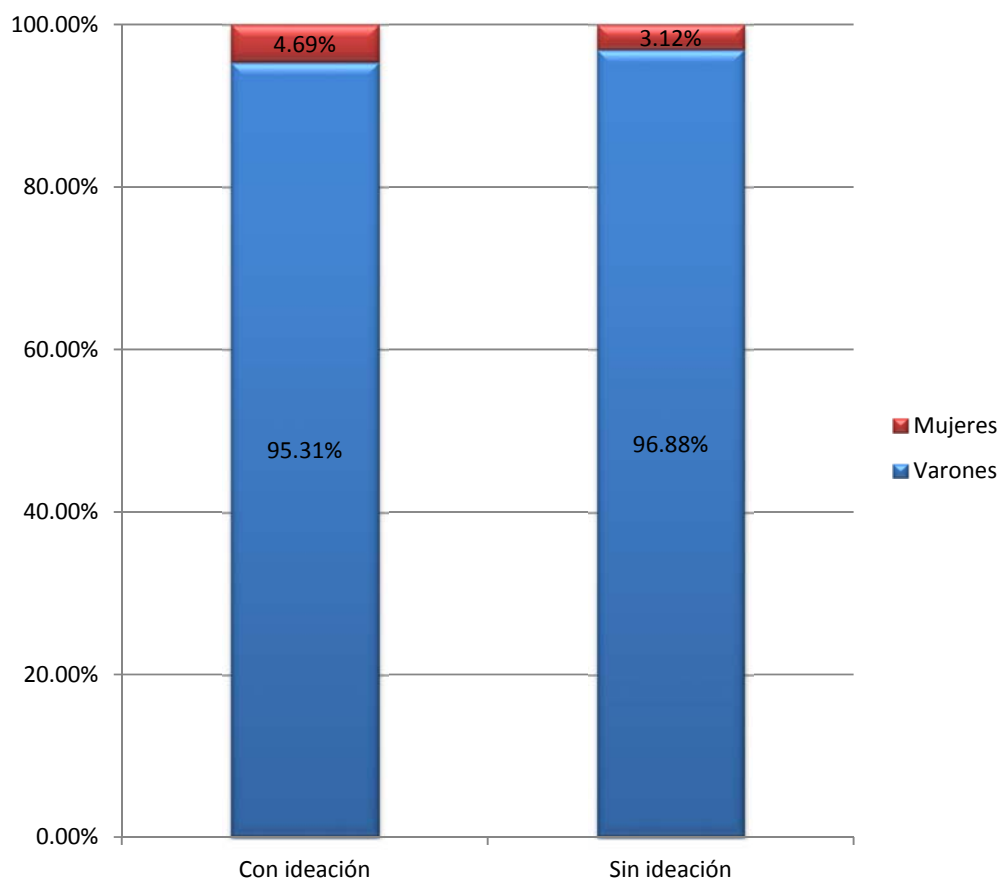
$p = 0,70$

Este cuadro nos muestra la distribución del personal de tropa según sexo e ideación suicida. El porcentaje de varones con ideación suicida fue 95.31% semejante al 96.88% sin ideación suicida. El porcentaje de mujeres con ideación suicida fue 4.69%, semejante al 3.13% de soldados sin ideación suicida.

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE
TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Gráfico 3

Distribución del personal de tropa según sexo e ideación suicida



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE
TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 4

Distribución del personal de tropa según procedencia e ideación
suicida

Procedencia	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Arequipa	59	46,09%	15	46,88%	74	46,25%
Puno	31	24,22%	6	18,75%	37	23,13%
Cusco	9	7,03%	3	9,38%	12	7,50%
Ica	9	7,03%	1	3,13%	10	6,25%
Moquegua	5	3,91%	1	3,13%	6	3,75%
Apurímac	4	3,13%	1	3,13%	5	3,13%
Lima	2	1,56%	2	6,25%	4	2,50%
Tacna	4	3,13%	0	0,00%	4	2,50%
Iquitos	3	2,34%	1	3,13%	4	2,50%
Trujillo	1	0,78%	1	3,13%	2	1,25%
Ayacucho	1	0,78%	1	3,13%	2	1,25%
Total	128	100,00%	32	100,00%	160	100,00%

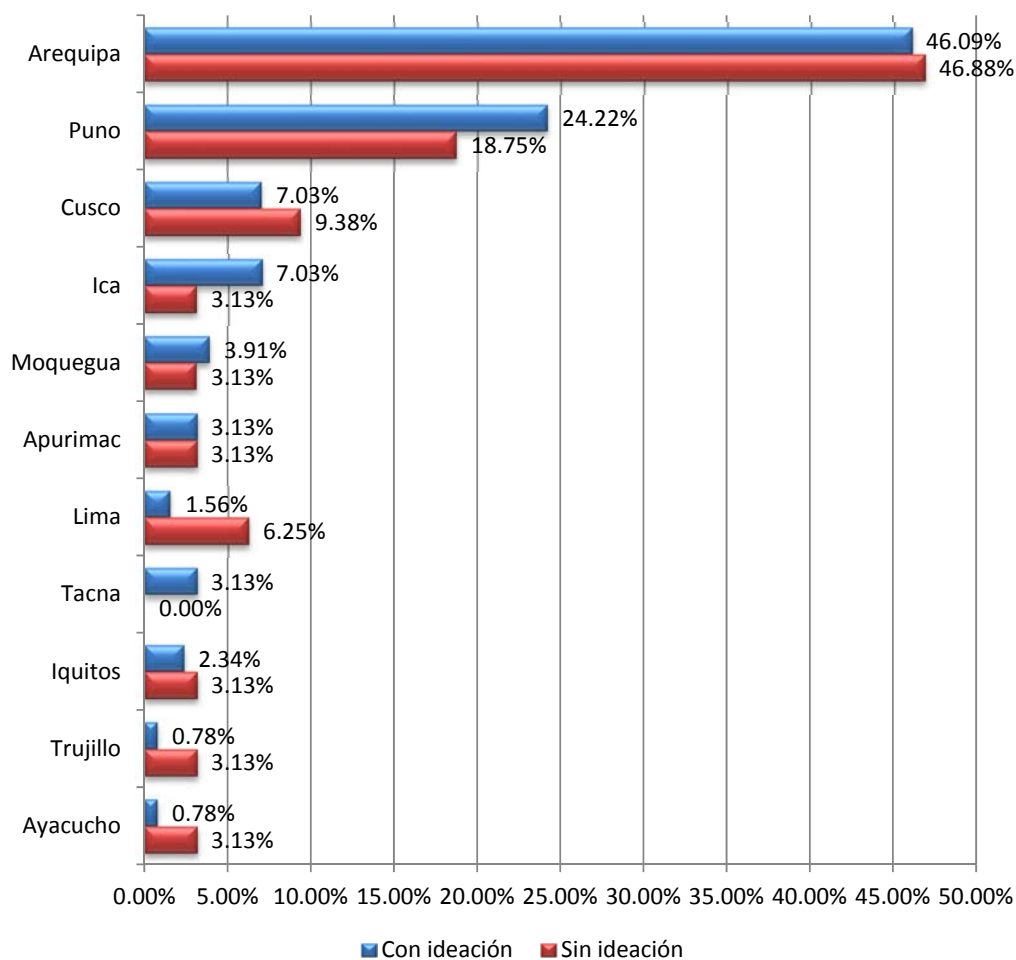
Chi² = 6,75 G. libertad = 10 p = 0,75

Este cuadro nos muestra la distribución del personal de tropa según procedencia e ideación en los dos grupos predominaron aquellos procedentes de Arequipa (46,25% del total), seguidos de los procedentes de Puno (23,13%), con menos proporción de nacidos en otros departamentos sobre todo del Sur, procedentes también del centro, el norte y el oriente. Las diferencias entre ambos grupos no fueron significativas ($p > 0,05$).

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE
TROPA DEL **SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA**
CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Gráfico 4

**Distribución del personal de tropa según procedencia e ideación
suicida**



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE
TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 5

Distribución del personal de tropa según tiempo de servicio e ideación
suicida

Tiempo	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 6 m	16	12,50%	4	12,50%	20	12,50%
6-11 m	42	32,81%	4	12,50%	46	28,75%
12-17 m	58	45,31%	15	46,88%	73	45,62%
18-24 m	12	9,38%	9	28,12%	21	13,13%
Total	128	100,00%	32	100,00%	160	100,00%

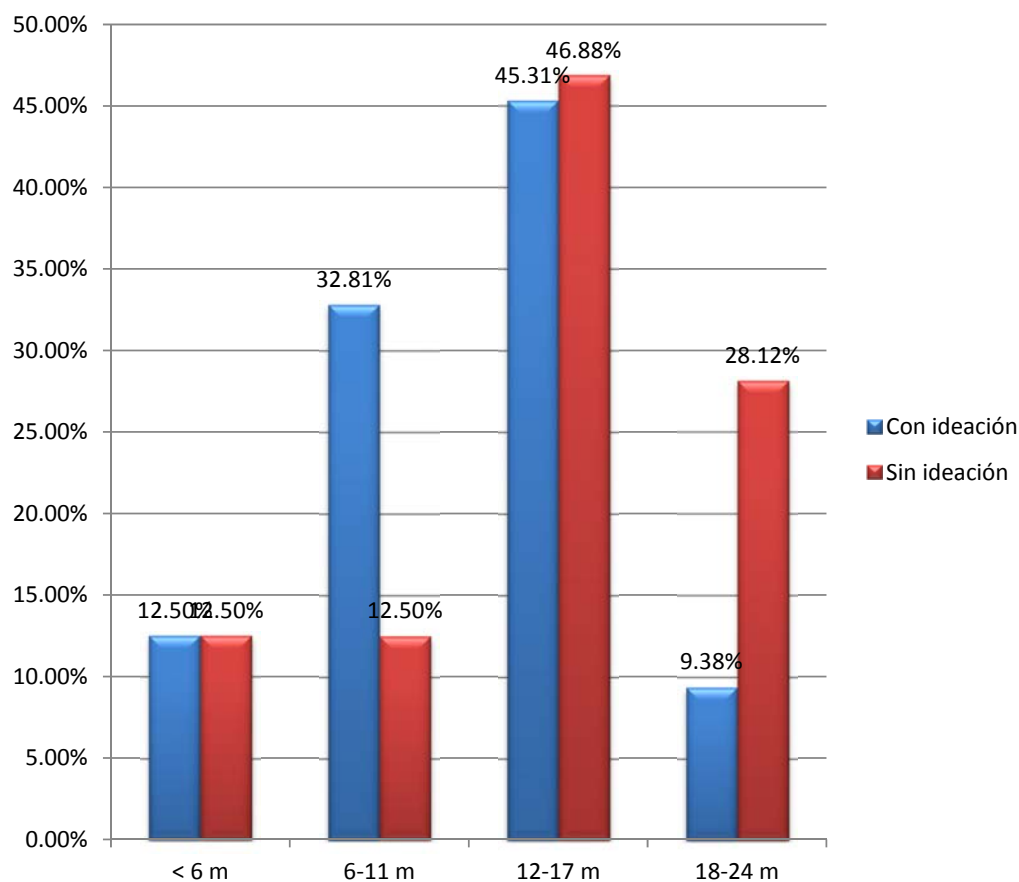
Chi² = 10,54 G. libertad = 3 p = 0,01

Esta tabla muestra el tiempo de servicio de los soldados según grupo de ideación suicida; entre aquellos con ideación suicida el 32,81% tuvieron de 6 a 11 meses, que difiere de 12,5% de aquellos con ideación suicida; en este caso las diferencias fueron significativas ($p < 0,05$), y el tiempo promedio de servicio en aquellos con ideación fue de 11,44 meses y sin ideación de 13,94 meses, lo que implicaría que los soldados con ideación suicida tienden a tener menor tiempo de servicio.

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE
TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Gráfico 5

Distribución del personal de tropa según tiempo de servicio e ideación
suicida



Permanencia promedio \pm D. estándar:

- Con ideación: 11,44 \pm 4,38 meses
- Sin ideación: 13,94 \pm 5,76 meses

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE
TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 6

Distribución del personal de tropa según estado civil e ideación suicida

E. civil	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	117	91,41%	31	96,88%	148	92,50%
Conviviente	11	8,59%	1	3,13%	12	7,50%
Total	128	100,00%	32	100,00%	160	100,00%

$\chi^2 = 1,10$

G. libertad = 1

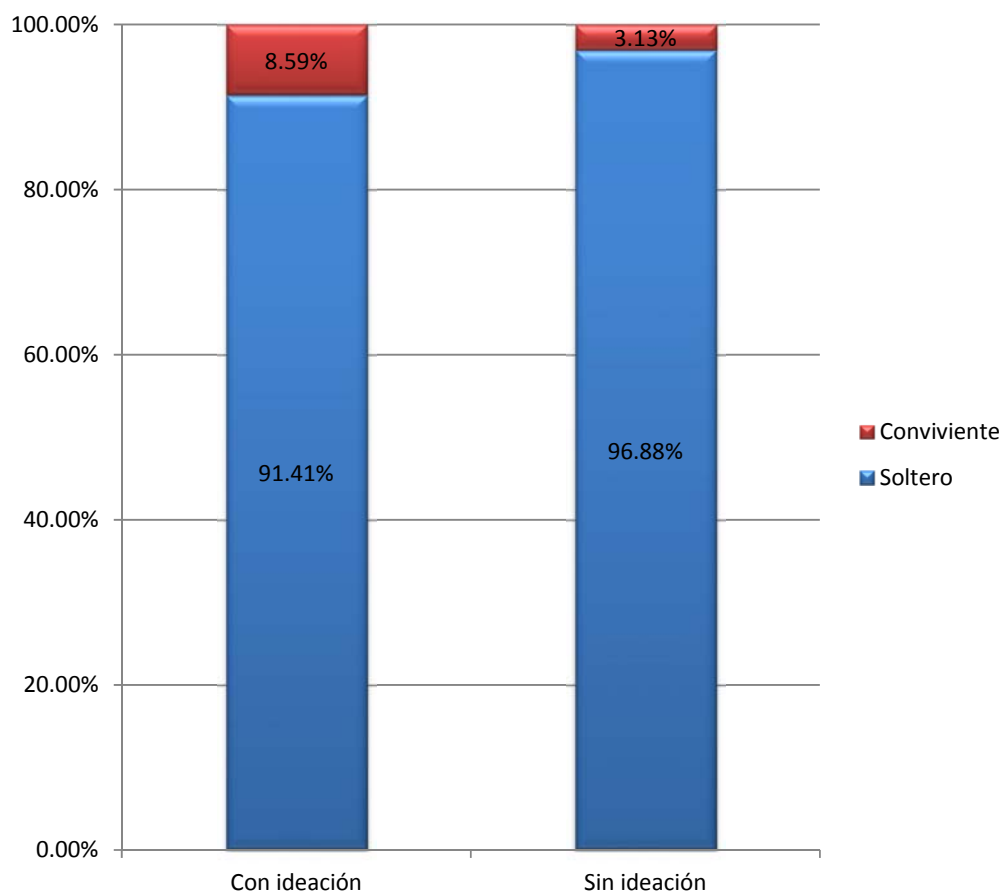
$p = 0,29$

Esta tabla muestra la distribución de tropa según estado civil e ideación suicida hubo proporciones similares de solteros en ambos grupos (91,41% de aquellos con ideación suicida, 96,88% del grupo sin ideación), sin diferencias significativas ($p > 0,05$).

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Gráfico 6

Distribución del personal de tropa según estado civil e ideación suicida



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE
TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 7

Distribución del personal de tropa según nivel de instrucción e
ideación suicida

Instrucción	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	17	13,28%	1	3,13%	18	11,25%
Secundaria	84	65,63%	26	81,25%	110	68,75%
Superior	27	21,09%	5	15,63%	32	20,00%
Total	128	100,00%	32	100,00%	160	100,00%

Chi² = 3,64

G. libertad = 2

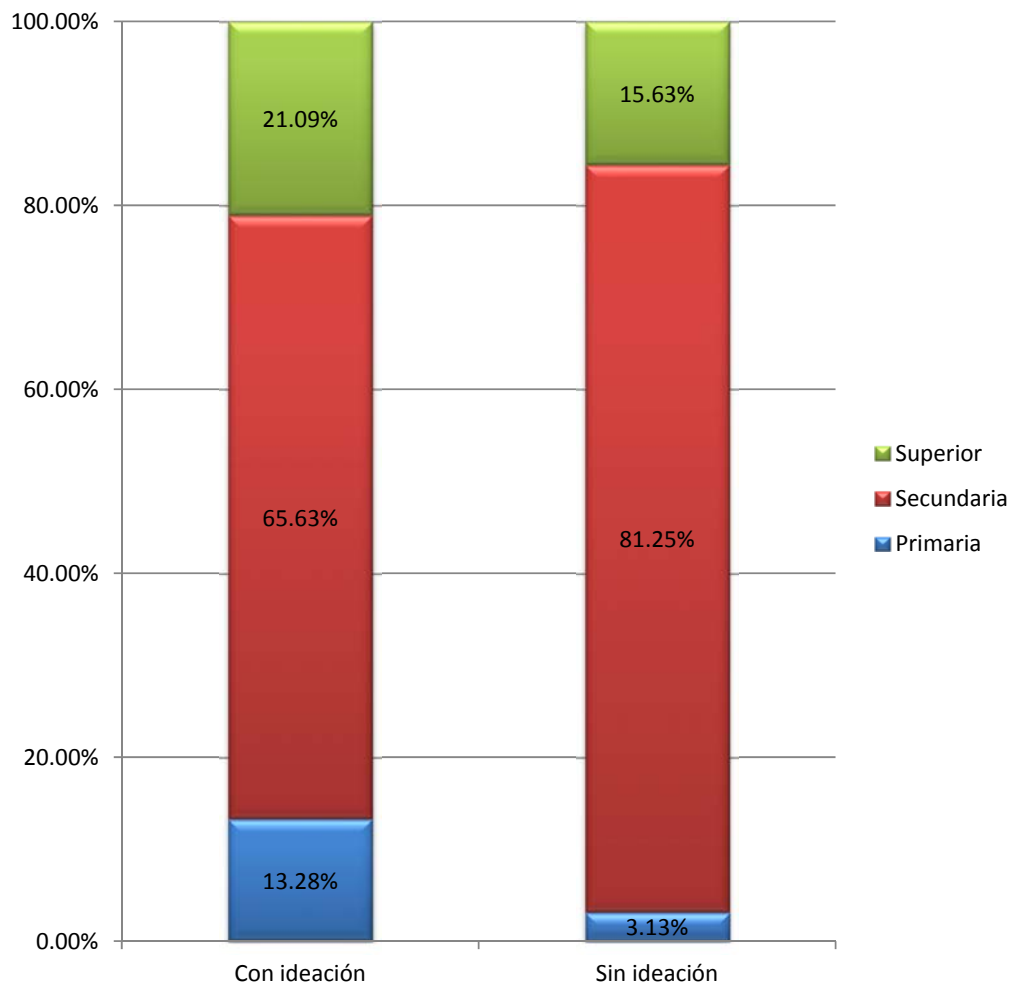
p = 0,16

Esta tabla muestra la distribución del personal de tropa según el nivel de instrucción e ideación suicida predominando en ambos la instrucción secundaria (68,75%), aunque hubo más soldados de educación primaria entre aquellos con ideación (13,28%) que en los que no tienen ideación (3,13%).

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Gráfico 7

Distribución del personal de tropa según nivel de instrucción e ideación suicida



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 8

Distribución del personal de tropa según familiares dependientes e ideación suicida

Dependientes	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguno	93	72,66%	25	78,13%	118	73,75%
Padres	23	17,97%	5	15,62%	28	17,50%
Hijos	5	3,91%	1	3,13%	6	3,75%
Cónyuge	5	3,91%	1	3,12%	6	3,75%
Cónyuge e hijos	2	1,55%	0	0,00%	2	1,25%
Total	128	100,00%	32	100,00%	160	100,00%

Chi² = 0,77

G. libertad = 4

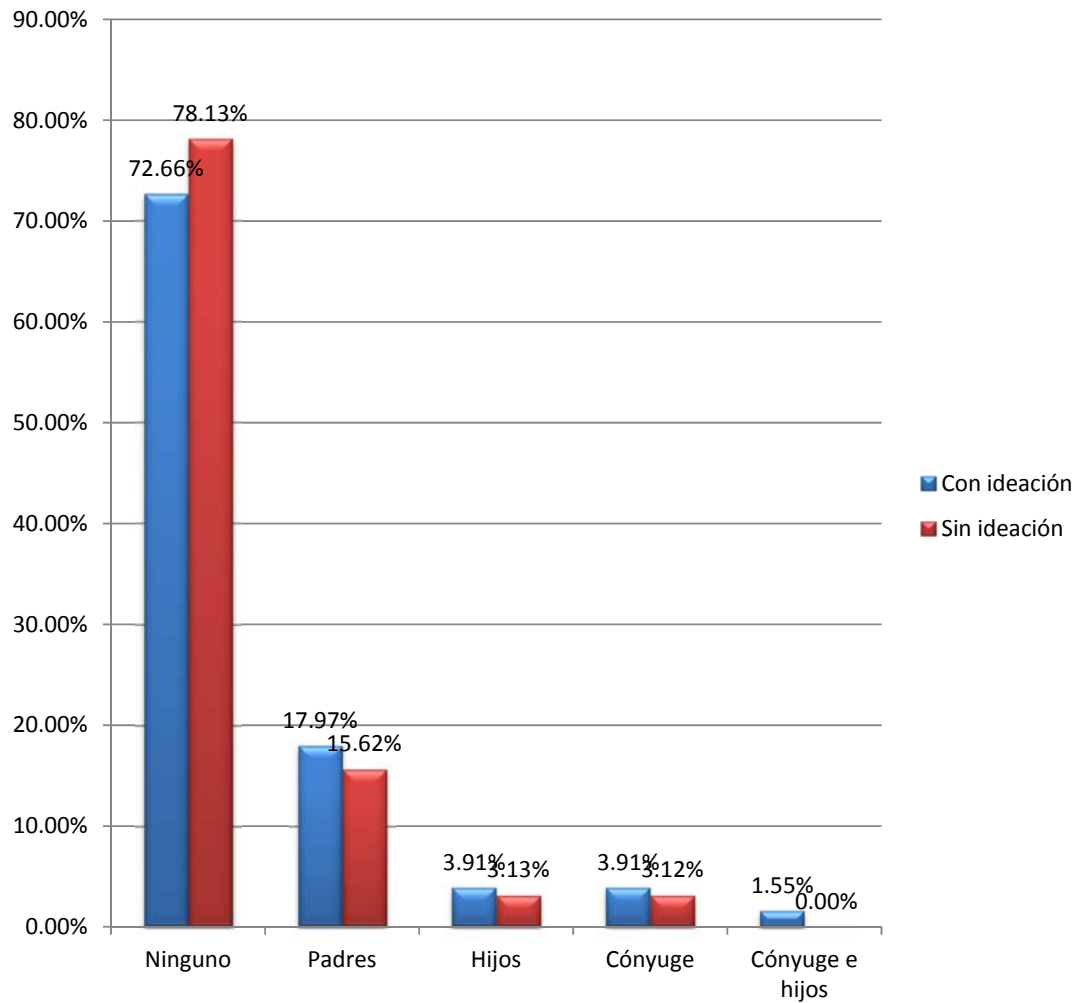
p = 0,94

En esta tabla se puede apreciar la dependencia de familia de los soldados con y sin ideación suicida; el 27,33% de soldados con ideación no tuvieron familiares dependientes, lo que ocurrió en 10,94% de soldados sin ideación. Los principales dependientes en caso de haberlos fueron los padres (17,97% de aquellos con ideación, 15,62% del otro grupo); las diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$).

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Gráfico 8

Distribución del personal de tropa según familiares dependientes e ideación suicida



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE
TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 9

Distribución del personal de tropa según separación de seres queridos
e ideación suicida

Separación	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Separados	94	73,44%	18	56,25%	112	70,00%
No separados	34	26,56%	14	43,75%	48	30,00%
Total	128	100,00%	32	100,00%	160	100,00%

Chi² = 3,60

G. libertad = 1

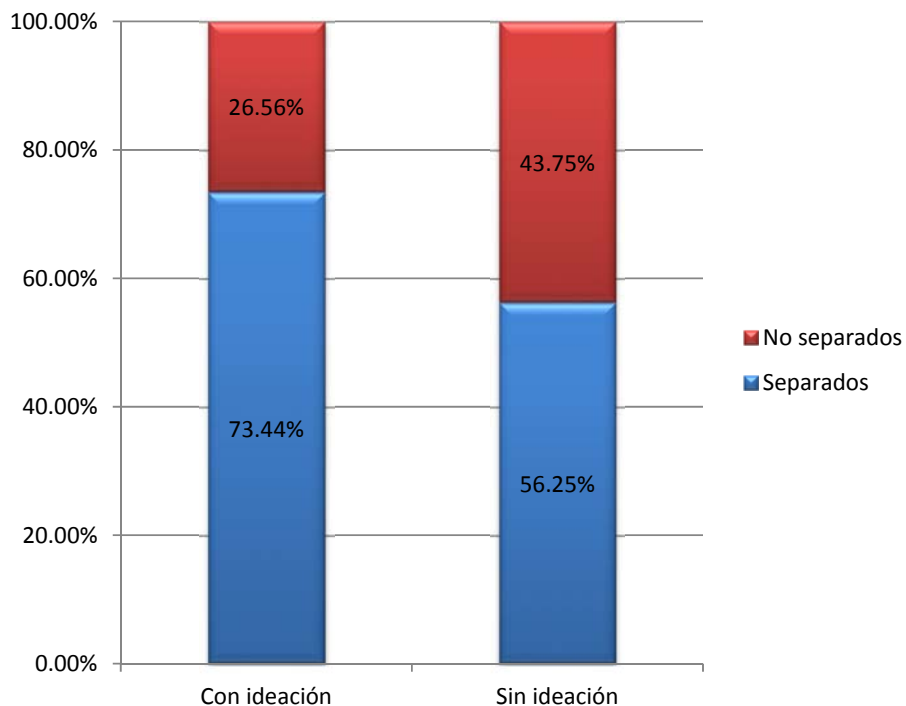
p = 0,06

Esta tabla nos muestra la separación de los soldados de sus familias e ideación suicida; aunque hubo más separación entre aquellos con ideación (73,44%) que en soldados sin ideación (56,25%), las diferencias no resultaron significativas ($p > 0,05$).

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE
TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Gráfico 9

Distribución del personal de tropa según separación de seres queridos
e ideación suicida



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE
TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 10

Distribución del personal de tropa según maltrato en el servicio
eideación suicida

Maltrato	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
No maltrato	50	39,06%	20	62,50%	70	43,75%
Psicológico	31	24,22%	7	21,88%	38	23,75%
Físico	30	23,44%	5	15,62%	35	21,88%
Físico y psicológ	17	13,28%	0	0,00%	17	10,63%
Total	128	100,00%	32	100,00%	160	100,00%

Chi² = 8,24

G. libertad = 3

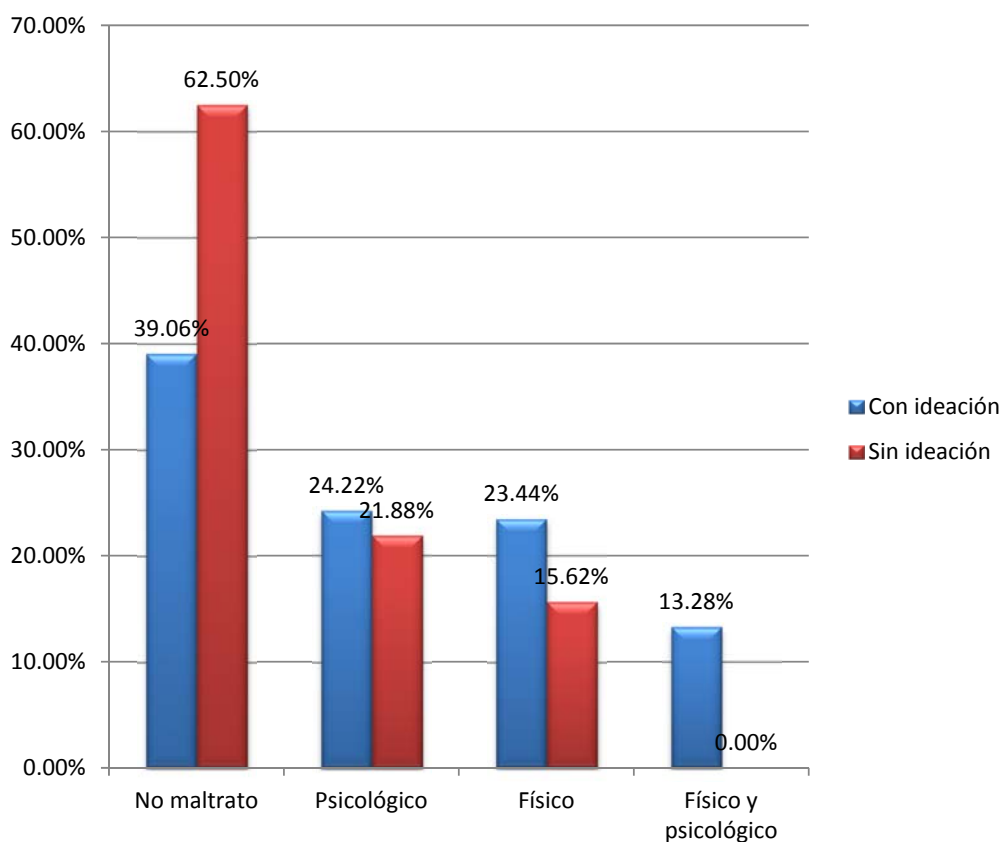
p = 0,04

Esta tabla nos muestra que el 60,94% de soldados con ideación suicida percibieron maltrato y sólo 37,50% de aquellos sin ideación suicida; en los primeros el 24,22% lo percibió como maltrato psicológico, 23,44% como maltrato físico, y 13,28% como maltrato físico y psicológico; en el grupo sin ideación no se percibió esta última forma, y el 15,62% lo consideró como maltrato físico y 21,88% como maltrato psicológico; las diferencias fueron significativas ($p < 0,05$)

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Gráfico 10

Distribución del personal de tropa según maltrato en el servicio y ideación suicida



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE
TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 11

Distribución del personal de tropa según calidad de alimentación e
ideación suicida

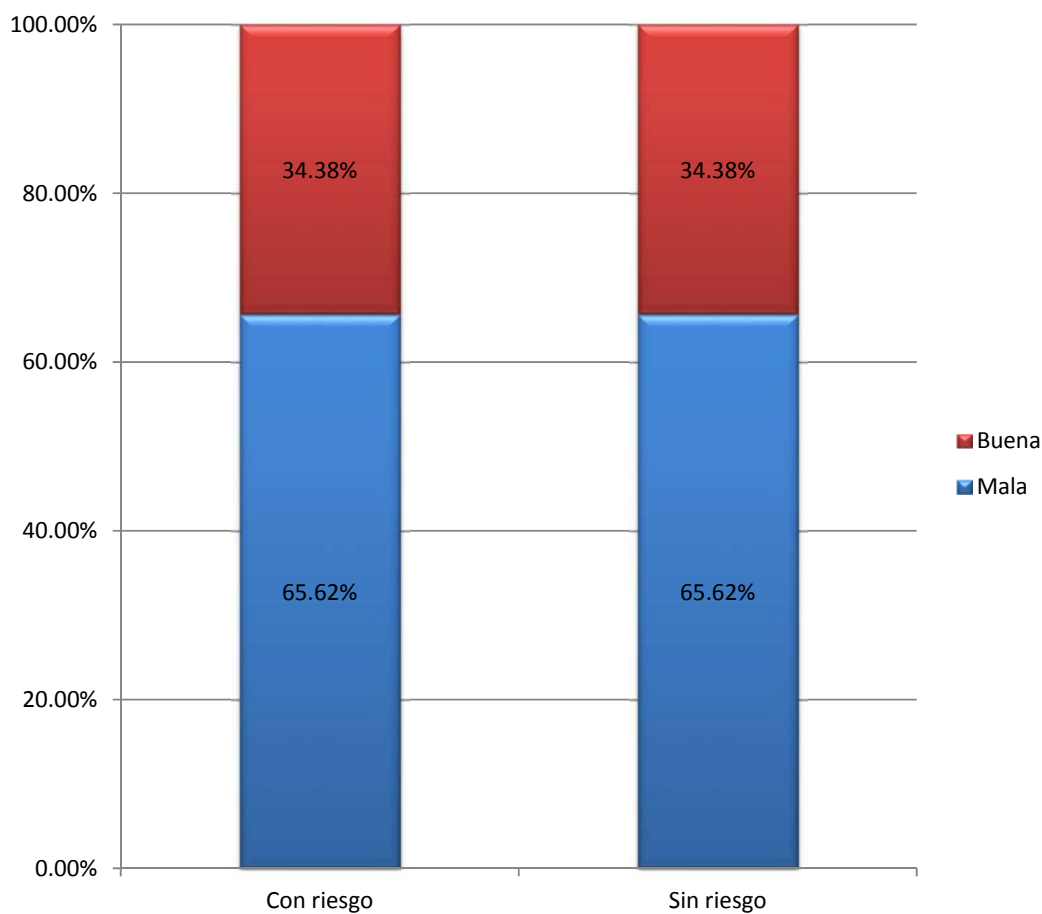
Alimentación	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Mala	84	65,62%	21	65,62%	105	65,63%
Buena	44	34,38%	11	34,38%	55	34,38%
Total	128	100,00%	32	100,00%	160	100,00%

Esta tabla muestra la calidad de alimentación fue percibida como mala por 65,63% de soldados tanto con ideación o sin ideación suicida, no habiendo diferencias entre los dos grupos.

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE
TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Gráfico 11

Distribución del personal de tropa según calidad de alimentación e
ideación suicida



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE
TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 12

Distribución del personal de tropa según compañerismo e ideación
suicida

Compañeris.	Con ideación		Sin ideación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin compañerismo	43	33,59%	12	37,50%	55	34,38%
Compañerismo	85	66,41%	20	62,50%	105	65,61%
Total	128	100,00%	32	100,00%	160	100,00%

$\chi^2 = 0,17$

G. libertad = 1

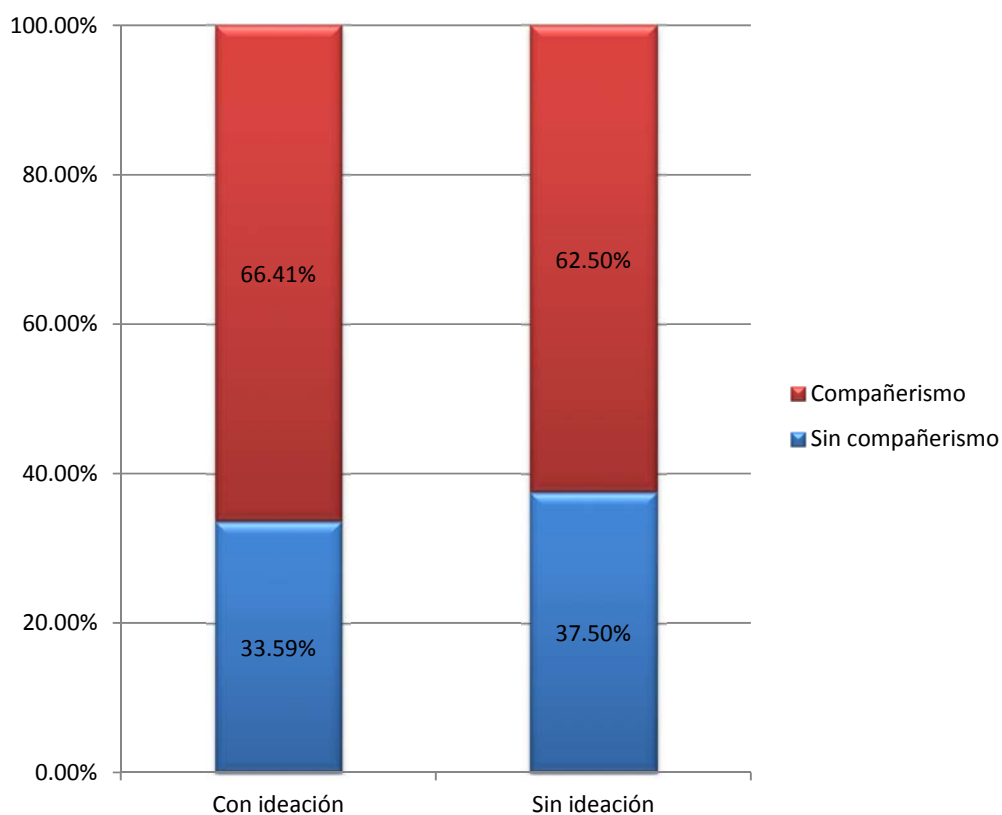
$p = 0,68$

Esta tabla nos muestra que el 33,59% de soldados con ideación suicida percibió que no había compañerismo en su unidad, similar a 37,50% de soldados sin ideación suicida; las diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$).

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Gráfico 12

Distribución del personal de tropa según compañerismo e ideación suicida



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 13

Distribución del personal de tropa según antecedente previo de intento suicida

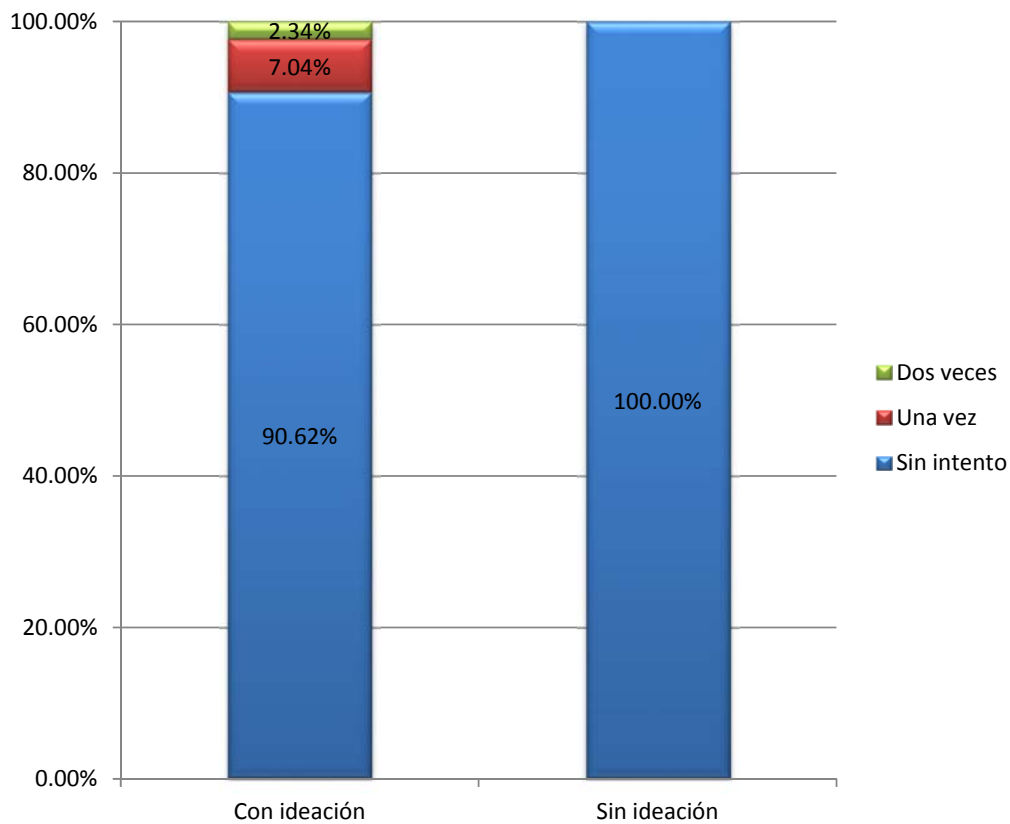
Intento	Con riesgo		Sin riesgo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin intento	116	90,62%	32	100,00%	148	92,50%
Una vez	9	7,04%	0	0,00%	9	5,62%
Dos veces	3	2,34%	0	0,00%	3	1,88%
Total	128	100,00%	32	100,00%	160	100,00%

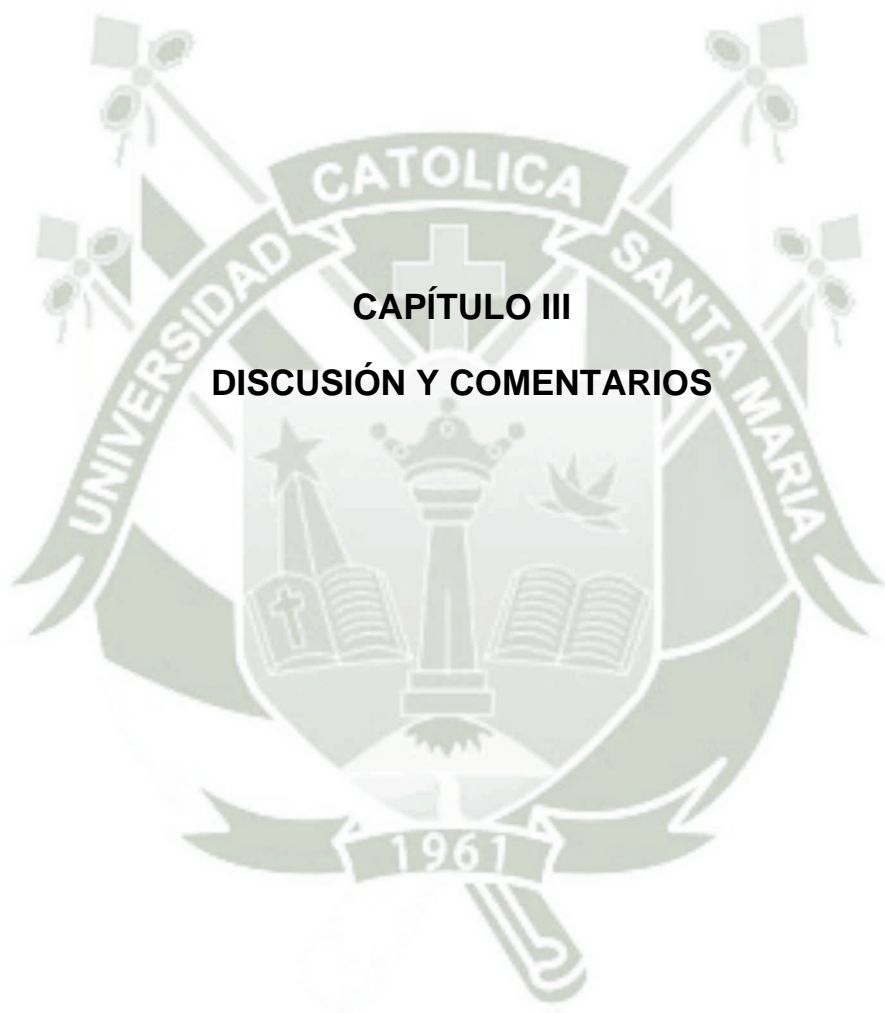
La tabla muestra el antecedente de intento suicida en el personal de tropa; el 7.04% lo intentó una vez; mientras que el 2.34% lo intento dos veces.

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PERSONAL DE TROPA DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL CUARTEL BUSTAMANTE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 13

Distribución del personal de tropa según antecedente previo de intento suicida





DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio buscó establecer la frecuencia y los factores asociados a la ideación e intento de suicidio en personal de tropa del Cuartel Bustamante de la ciudad de Arequipa, año 2013. Se realizó la presente investigación debido a que realice mis practicas preprofesionales en un hospital militar, donde en ocasiones tuve la oportunidad de encontrar pacientes con alta carga emocional, es por lo que surge el interés por la presente investigación, y por las pocas referencias locales y nacionales actualizadas, ademásque el suicidio es un problema de salud pública y que se ha ido incrementando de manera importante en los jóvenes le tome importancia al personal militar ya que es un grupo especial que por lo general muchos se alejan de su entorno social y familiar y optan por la vida militar que en muchos de ellos no colman sus expectativas por lo que no pueden retractarse, sufren trabajos físicos extenuantes, presión psicológica, y en ocasiones maltrato lo que conlleva a un mayor riesgo de suicidio.

Para tal fin se aplicó una entrevista a una muestra de 160 soldados del personal de tropa del Cuartel Bustamante de la ciudad de Arequipa, aplicando una ficha de datos y el cuestionario de ideación suicida de Beck. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva y se comparan grupos con prueba chi cuadrado.

En el **Cuadro y Gráfico 1** se observalos resultados de la aplicación del test de Beck al personal de tropa; el 80% presentó ideación suicida, Al ser el

puntaje mayor más asociados a ideación, se pudo identificar que los rango más altos del puntaje (riesgo elevado) se encontraron en una sola persona (0,63%), y que en la mayoría de aquellos con ideación suicida el riesgo fue bajo 85,63%) con 23,75% del personal de tropa con riesgo medio. En el trabajo realizado por Poma Gil, Enrique Rafael en su estudio “Ideación e intento suicida en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo-Perú”; utilizaron la escala de ideación suicida de Beck; se determinó que el 18.86% de los estudiantes de Medicina tuvieron riesgo de ideación suicida mas no se determinó el grado de riesgo. El 18.86% se asemeja al 23.75% del riesgo medio de ideación suicida del presente trabajo. Tales resultado difieren probablemente; ya que son poblaciones distintas y que en el SMV se dan diferentes estilos de vida tales como esfuerzo físico extenuante, presión constante, aislamiento social, etc.; que pueden jugar un rol importante en contra de un joven que tienen ciertas predisposiciones depresivas.(34)

El **Cuadro y Gráfico 2** se muestran las características de edad de los soldados de tropa según ideación suicida; entre aquellos con ideación suicida, el 26,91% tuvieron de 16 a 18 años, 60.94% tuvieron de 19 a 21 años; y 10,16% de 22 a 24 años, mientras que en el 40,63% de soldados sin ideación suicida fueron jóvenes de 16 a 18 años; sin embargo, a pesar de ser de más edad aquellos con ideación suicida, las diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$). El sexo de los soldados con ideación fue femenino en 4,69%, semejante al 3,13% de soldados sin ideación suicida (**Tabla y Gráfico 3**; $p > 0,05$). En comparación con el trabajo de Poma Gil (34) cuya población fueron

estudiantes de Medicina, se determinó que la edad promedio para los varones es de 21.78 años y el de mujeres de 21.31 años; y Milagros Tovar V.” Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con intentos de suicidio en el instituto Asistencial de Salud Mental Juan Pablo II” (35) cuyos resultados fueron edades entre 14 y 24 años (60.76%) de los pacientes. Por lo que se podría deducir que la edad promedio para riesgo suicida es en personas jóvenes ya que el adolescente ya que son jóvenes de una adolescencia avanzada que muchos de ellos se han separado de sus familias y que deben enfrentar los cambios en los estilos de vida, exigencia militar (32).

En el **Cuadro y Gráfico 4** se muestra la procedencia de los soldados según grupo de ideación suicida; en los dos grupos predominaron aquellos procedentes de Arequipa (46,25% del total), seguidos de los procedentes de Puno (23,13%), con menores proporciones de nacidos en otros departamentos sobre todo del Sur pero procedentes también del centro, el norte y el oriente. Las diferencias entre ambos grupos no fueron significativas ($p > 0,05$). Se esperó que el personal de tropa procedente de otros departamentos sea un grupo mayor riesgo suicida sin embargo en el trabajo se observa que Arequipa tiene el 46.25% del total no debemos olvidar que muchos de ellos son de las provincias de Arequipa. No se encontraron estudios relacionados a la procedencia como factor de riesgo suicida.

La **Tabla y Gráfico 5** muestran el tiempo de servicio de los soldados según grupo de ideación suicida; entre aquellos con riesgo el 32,81% tuvieron de 6 a 11 meses, que difiere de 12,5% de aquellos con ideación suicida; en este caso las diferencias fueron significativas ($p < 0,05$), y el tiempo promedio

de servicio en aquellos con ideación fue de 11,44 meses y sin ideación de 13,94 meses, lo que implicaría que los soldados con ideación suicida tienden a tener menor tiempo de servicio. Por lo que los factores de riesgo suicida se dividen en fijos y modificables; este grafico hace referencia al factor modificable que es el tiempo de servicio militar (6). Por tratarse de una población militar que posiblemente se encuentra en un medio hostil, bajo maltrato físico y/o psicológico pueden llevar a un riesgo suicida(18); además que sufren un nuevo cambio en sus vidas pasando muchos de estar con su familia a internarse por semanas e incluso meses con nuevos estilos de vida, exigencias propias del servicio militar. Además por tratarse de una población militar que posiblemente se encuentra en un medio hostil, bajo maltrato físico y/o psicológico pueden llevar a un riesgo suicida (18)

El estado civil de los soldados se muestra en la **Tabla y Gráfico 6**; hubo proporciones similares de solteros en ambos grupos (91,41% de aquellos con ideación suicida, 96,88% del grupo sin ideación suicida), sin diferencias significativas ($p > 0,05$). Tampoco se encontraron diferencias en la instrucción de los soldados (**Tabla y Gráfico 7**), predominando en ambos la instrucción secundaria (68,75%), aunque hubo más soldados de educación primaria entre aquellos con ideación (13,28%) que en los que no tienen ideación (3,13%). Según Ervis Alvarado Dueñas en su estudio “Intento de suicidio y su correlación con los trastorno de personalidad” (36) en el cual se realizó un estudio de 40 casos de pacientes del hospital Regional Honorio Delgado Arequipa que indica que el 67.5% de pacientes son solteros, divorciados y viudos, respecto al grado de instrucción 45% cuenta con grado de secundaria

19% de grado superior. El estado civil influye como factor importante para el riesgo suicida ya que los estados de soledad contribuyen a que las personas posiblemente tengan riesgo de ideación suicida; Yannick del Pilar Ferro Huaman en su estudio “Características clínico-epidemiológicas de pacientes con intento de suicidio atendidos en el Hospital Puente Piedra-Lima-2007” discrepa con los resultados referentes al estado civil quien encuentra que los convivientes son más afectados en un 47.6%.

En la **Tabla y Gráfico 8** se puede apreciar la dependencia de familia de los soldados con y sin riesgo; el 27,34% de soldados con riesgo tuvieron familiares dependientes, lo que ocurrió en 10,94% de soldados sin riesgo. Los principales dependientes en caso de haberlos fueron los padres (17,97% de aquellos con riesgo, 15,63% del otro grupo); las diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$).

La **Tabla y Gráfico 9** muestran la separación de los soldados de sus familias y la ideación suicida; aunque hubo más separación entre aquellos con ideación (73,44%) que en soldados sin ideación (56,25%), las diferencias no resultaron significativas ($p > 0,05$). Se obtuvo una significancia de 0.06 que es importante ya que con un estudio con una mayor población podría encontrar una significancia y demostraríamos que podría asociarse la separación de seres queridos como factor de riesgo suicida.

Los jóvenes que realizan el Servicio militar se encuentran expuestos al conjunto de factores precipitantes lo que se determina que sea un grupo de alto riesgo necesario de mantener en observación, son jóvenes de una

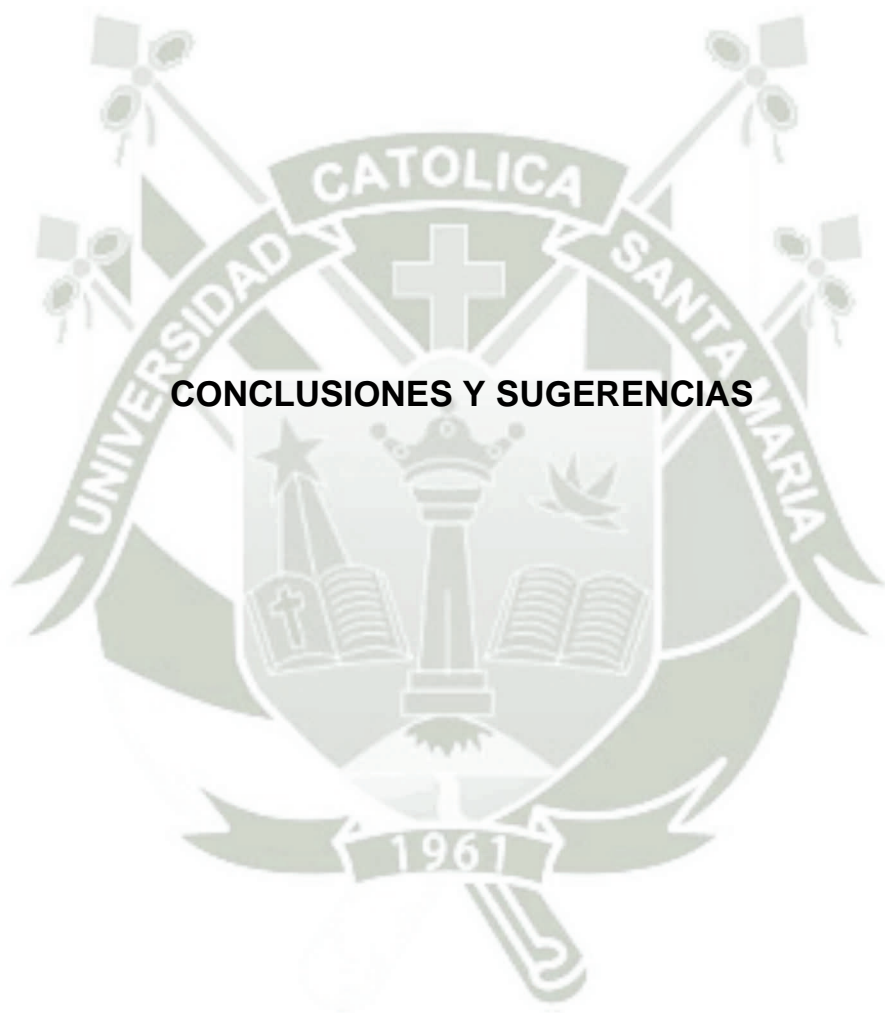
adolescencia avanzada de 18 a 19 años que se separan de sus familias y que deben enfrentar un problema disciplinario totalmente distinto al acostumbrado (32)

La **Tabla y Gráfico 10** muestran que el 60,94% de soldados con ideación suicida percibieron maltrato y sólo 37,50% de aquellos sin ideación suicida; en los primeros el 24,22% lo percibió como maltrato psicológico, 23,44% como maltrato físico, y 13,28% como maltrato físico y psicológico; en el grupo sin ideación no se percibió esta última forma, y el 15,62% lo consideró como maltrato físico y 21,88% como maltrato psicológico; las diferencias fueron significativas ($p < 0,05$). La **Tabla y Gráfico 11** muestra la calidad de alimentación fue percibida como mala por 65,63% de soldados tanto con ideación o sin ideación suicida, no habiendo diferencias entre los dos grupos no se encontró antecedentes. Miralles Muñoz F., Cano Vindel A. (31) cuya población fue personal de tropa y marinería no profesional durante los años 1990 y 2001 donde refiere disminuir considerablemente el número de suicidios en el SMO, esta disminución pudo deberse a diversos factores; por un lado ministerio de defensa, cuarteles generales, etc, haciendo las condiciones de vida más cómodas pese a que en algunas ocasiones son duras tal como obligan ciertos apartados de la instrucción militar. Por lo que los factores de riesgo suicida se observa más en las personas que han recibido tanto maltrato físico como psicológico. Probablemente con mejoras en los Servicios militares tanto en estilos de vida, alimentación, etc. contribuiría a la disminución del riesgo suicida en los cuarteles del Perú. Así mismo Flores Torres en su estudio "Prevalencia y factores asociados a la depresión en reclutas del Servicio

Militar. Agrupamiento Coronel Francisco Bolognesi. Arequipa 2008” la prevalencia de depresión fue 80.13%. Y según la literatura revisada del total de casos de suicidio un 95% se debería a un problema mental de fondo de los cuales el 80% se debe a depresión podríamos decir que tanto el maltrato físico y el maltrato psicológico estarían relacionados a un mayor porcentaje de casos de ideación suicida y depresión.

La **Tabla y Gráfico 12** muestran que el 33,59% de soldados con ideación suicida percibió que no había compañerismo en su unidad, similar a 37,50% de soldados sin ideación suicida; las diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$).

Finalmente en la **Tabla y Gráfico 13** se muestra el antecedente de intento suicida en el personal de tropa; el 9,38% de aquellos con ideaciónsuicida lo intentaron alguna vez antes, 7,04% una sola vez, y 2,34% dos veces previas, hecho que no se observó en soldados sin ideación suicida. A comparación de Poma Gil Enrique Rafael; en su estudio encontró un 7.02% de intento suicida, se podría decir que el porcentaje es mayor debido al grado de instrucción, al nivel socioeconómico ya que la mayoría de soldados provienen de familias de bajos recursos y que acuden al Servicio Militar Voluntario para tratar de buscar solución a sus problemas.



CONCLUSIONES

PRIMERA.Un alto porcentaje del personal de tropa que realiza el Servicio Militar Voluntario en el Cuartel Bustamante de la ciudad de Arequipa tiene ideación suicida y un 9.38% lo ha intentado alguna vez antes

SEGUNDA.El personal de tropa que realiza el Servicio Militar Voluntario es predominantemente de sexo masculino, con edades entre 19 y 21 años, procedente de Arequipa y Puno, de estado civil soltero y sin dependencia familiar, con educación secundaria.; la mayoría percibe maltrato principalmente psicológico en el cuartel, con mala alimentación pero con compañerismo entre los soldados.

TERCERA.- Los factores asociados a la ideación e intento de suicidio en personal de tropa que realiza el Servicio Militar, fueron el menor tiempo de servicio y la percepción de maltrato físico y psicológico y la separación de sus familiares.

SUGERENCIAS

- 1) **PRIMERA:** El servicio de Psicología debería utilizar el test de ideación suicida de Beck al momento del examen mental del personal de tropa al ejército; debido a que durante el examen se le resta importancia a la salud mental
- 2) **SEGUNDA.** El servicio de Psicología debe informar todo caso de ideación suicida al departamento de psiquiatría del HMR-A; para realizar la evaluación y posteriormente la intervención terapéutica correspondiente a la especialidad.
- 3) **TERCERA:** Capacitación al personal de los hospitales militares para poder identificar este trastorno de manera preventiva asimismo mejorar las condiciones de selección del Personal de tropa del Servicio Militar Voluntario.
- 4) **CUARTA:** Por su importancia como problema de salud pública y su incremento constante, el riesgo de suicidio merece mayores estudios en las Fuerzas Armadas; tanto epidemiológicos e investigaciones que provean mejores sistemas de prevención para el riesgo suicida.
- 5) **QUINTA:** Promover la preocupación del Ministerio de Defensa como de sus Cuarteles Generales para poder adaptar al personal de tropa del Servicio Militar Voluntario a las fuerzas armadas, potenciando la relación

entre sus distintos componentes y haciendo las condiciones de vida más cómodas para poder adaptar al joven soldado a las fuerzas armadas.



BIBLIOGRAFÍA

- 1) Marchant N, Monchablon Espinoza A, Manual de psiquiatría Tomo I, 2008.
- 2) Sudack H. Chap. 29.1. Suicide. In: Sadock B (Ed). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eight edition, 2005. Lippincott, Williams & Wilkins
- 3) Perales A, Zambrano M, Vasquez-Caucedo G (Ed). Compendio de Psiquiatría "Humberto Rotondo". Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UNMSM. 1ra edición, 2008.
- 4) National Center for Health Statistics (NCHS). FastStats: Suicide and Self-Inflicted Injury. Available at <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/suicide.htm>. Accessed May 2, 2011.
- 5) Rockett I, Regier M, Kapusta N, et al. Leading Causes of Unintentional and Intentional Injury Mortality: United States, 2000-2009. Am J Public Health. Sep 20 2012
- 6) Agerbo E, Qin P, Mortensen PB. Psychiatric illness, socioeconomic status, and marital status in people committing suicide: a matched case-sibling-control study. J Epidemiol Community Health. Sep 2006;60(9):776-81.
- 7) Stefoni Espinoza C. Suicidio en el servicio militar. Nueva Serie FLACSO, 2000. Santiago, Chile.
- 8) Álvarez López M. Evaluación e intervención del riesgo suicida. Recuperado de:

www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Otros/Jornada_Seguridad_Paciente_en_Salud_Mental/2o_ponencia_evaluacion_e_intervencion_del_riesgo_suicida__2_.pdf

- 9) García-Rábago H, Sahagún-Flores J, Ruiz-Gómez A y cols. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. Rev. salud pública. 12 (5): 713-721, 2010
- 10) Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención del suicidio: recurso para consejeros. Ginebra, 2006
- 11) Rosselló J, Berríos Hernández M. Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as. Revista Interamericana de Psicología 2004, Vol. 38, Num. 2 pp. 295-302
- 12) Malloy-Diniz LF, Neves FS, Abrantes SS, Fuentes D, Corrêa H. Suicide behavior and neuropsychological assessment of type I bipolar patients. J AffectDisord. Jan 2009;112(1-3):231-6.
- 13) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (España). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicidal. Evaluación y Tratamiento. Ministerio de Ciencia e Innovación. Edición 2011.
- 14) Villalobos Galvis F. Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. Facultad de Psicología. Universidad de Granada, 2009

- 15) Alcántar Escalera M. Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. Tesis para obtener el título de licenciado en psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 2002
- 16) Tuesca Molina R, Navarro Lechuga E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2003; 17: 19-28
- 17) Eguiluz L, Rosales J, Córdova M. La ideación suicida en los jóvenes: Investigación docencia y servicio. www.cife.unam.mx/Programa/D18/03-CienciasSociales/Folio07FESI.pdf
- 18) Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Ginebra, 2007.
- 19) Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención del suicidio; un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. Ginebra, 2009.
- 20) Shah AJ, Veledar E, Hong Y, Bremner JD, Vaccarino V. Depression and history of attempted suicide as risk factors for heart disease mortality in young individuals. Arch Gen Psychiatry. Nov 2011;68(11):1135-42.
- 21) Barak Y, Baruch Y, Achiron A, Aizenberg D. Suicide attempts of schizophrenia patients: a case-controlled study in tertiary care. J Psychiatr Res. Aug 2008;42(10):822-6.

- 22)Katz C, Yaseen ZS, Mojtabai R, Cohen LJ, Galynker II. Panic as an independent risk factor for suicide attempt in depressive illness: findings from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J ClinPsychiatry*. Dec 2011;72(12):1628-35.
- 23)Bohnert AS, Roeder KM, Ilgen MA. Suicide attempts and overdoses among adults entering addictions treatment: Comparing correlates in a U.S. national study. *Drug Alcohol Depend*. Dec 1 2011;119(1-2):106-12.
- 24)Nickel C, Simek M, Moleda A, et al. Suicide attempts versus suicidal ideation in bulimic female adolescents. *PediatrInt*. Aug 2006;48(4):374-81.
- 25)Webb R, Kontopantelis E, Doran T, Qin P, Creed F, Kapur N. Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. *Arch Gen Psychiatry*. Mar 2012;69(3):256-64.
- 26)Oh S, Park K, Jeong S, Kim H, Lee C. Deliberate self-poisoning: factors associated with recurrent self-poisoning. *Am J EmergMed*. Oct 2011;29(8):908-12.
- 27)Shields LB, Hunsaker DM, Hunsaker JC 3rd. Adolescent and young adult suicide: a 10-year retrospective review of Kentucky Medical Examiner cases. *J Forensic Sci*. Jul 2006;51(4):874-9.
- 28)Bridge JA, McBee-Strayer SM, Cannon EA, Sheftall AH, Reynolds B, Campo JV, et al. Impaired decision making in adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Apr 2012;51(4):394-403.
- 29)González Macip S, Díaz Martínez A, Ortiz León S, González Forteza C, González Núñez J. Características psicométricas de la Escala de Ideación

- Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México.
Salud Mental V. 23, No. 2, abril del 2000: 21-30.
- 30) Flores Torres H. Prevalencia y Factores Asociados Depresión en Reclutas del Servicio Militar. Agrupamiento Coronel Francisco Bolognesi. Arequipa 2008. Tesis para Optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2008.
- 31) Miralles Muñoz F, Cano Vindel A. Suicidios en Soldados de las Fuerzas Armadas de España en la Última Década del Servicio Militar Obligatorio (1991-2001). Clínica y Salud, vol. 20, núm. 2, 2009, pp. 189-196
- 32) Current Diagnosis & Treatment: Psychiatry. Chapter 48. Emergency Psychiatry. Second Edition. 2008, McGraw-Hill Companies
- 33) Robledo Hoecker P. Suicidio en adolescentes: lo que el equipo de salud debe saber. Rev. peru. pediatr., jan./abr. 2007, vol.60, no.1, p.61-64.
- 34) Poma Gil E. Ideación e intento suicida en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Trujillo-Perú. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría.
- 35) Tovar V. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con intentos de suicidio en el instituto Asistencial de Salud Mental -Juan Pablo II 2006 – 2010. Tesis para obtener el título de Médico Cirujano. Universidad Católica de Santa María Arequipa 2012
- 36) Ervis Alvarado D. Intento de suicidio y su correlación con los trastornos de personalidad. Arequipa 1995

37) Yannick del Pilar Ferro H. Características clínico-epidemiológicas de
pacientes con intento de suicidio atendidos en el Hospital Puente Piedra-
Lima-2007





Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Nº de Ficha: _____

Iniciales: _____ Edad: _____ años Sexo: Varón Mujer

Procedencia: _____

Tiempo de servicio militar: _____ meses

Estado civil: Soltero Conviviente Casado Conviviente

Nivel de instrucción: Primaria Secundaria Superior

Dependencia familiar: Tiene familia que dependa directamente de USTED?

No Sí : Hijos _____ Esposa Padres

Se ha separado de sus seres queridos? Sí No

Ha recibido maltrato en el cuartel: Físico Psicológico Ninguno

La alimentación es: buena Mala

Existe compañerismo No Sí

Anexo 2

Escala de ideación suicida de Beck

I. CARACTERISTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.

1. Deseo de vivir. ()
 0. Moderado a fuerte
 1. Poco (Débil).
 2. Ninguno (No tiene).
2. Deseo de morir. ()
 0. Ninguno (No tiene).
 1. Poco (Débil).
 2. Moderado a fuerte.
3. Razones para Vivir/Morir. ()
 0. Vivir supera a morir.
 1. Equilibrado (es igual).
 2. Morir supera a vivir.
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo. ()
 0. Ninguno (inexistente).
 1. Poco (Débil).
 2. Moderado a fuerte.
5. Deseo pasivo de suicidio. ()
 0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

II. CARACTERISTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO

6. Duración. ()
 0. Breves, periodos pasajeros.
 1. Periodos largos.
 2. Contínuos (Crónicos), casi contínuos.
7. Frecuencia. ()
 0. Rara, ocasionalmente.
 1. Intermitente.
 2. Persistentes y contínuos

8. Actitud hacia los pensamientos/deseos. ()
- 0. Rechazo.
 - 1. Ambivalente; indiferente.
 - 2. Aceptación.
9. Control sobre la acción/deseo de suicidio. ()
- 0. Tiene sentido de control.
 - 1. Inseguridad de control
 - 2. No tiene sentido de control.
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar). ()
- 0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
 - 1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
 - 2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.
11. Razones para pensar/desear el intento suicida. ()
- 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
 - 1. Combinación de 0-2.
 - 2. Escapar, acabar, salir de problemas.
- III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO.**
12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento. ()
- 0. Sin considerar.
 - 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
 - 2. Detalles elaborados / bien formulados.
13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento. ()
- 0. Método no disponible, no oportunidad.
 - 1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
 - 2. Método y oportunidad disponible
 - 2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.
14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento. ()
- 0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.
 - 1. No está seguro de tener valor.
 - 2. Está seguro de tener valor.

15. Expectativa/ anticipación de un intento real. ()

- 0. No.
- 1. Sin seguridad, sin claridad.
- 2. Sí.

IV. ACTUALIZACION DEL INTENTO.

16. Preparación real. ()

- 0. Ninguna.
- 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
- 2. Completa.

17. Nota Suicida. ()

- 0. Ninguna.
- 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
- 2. Escrita. Terminada.

18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos). ()

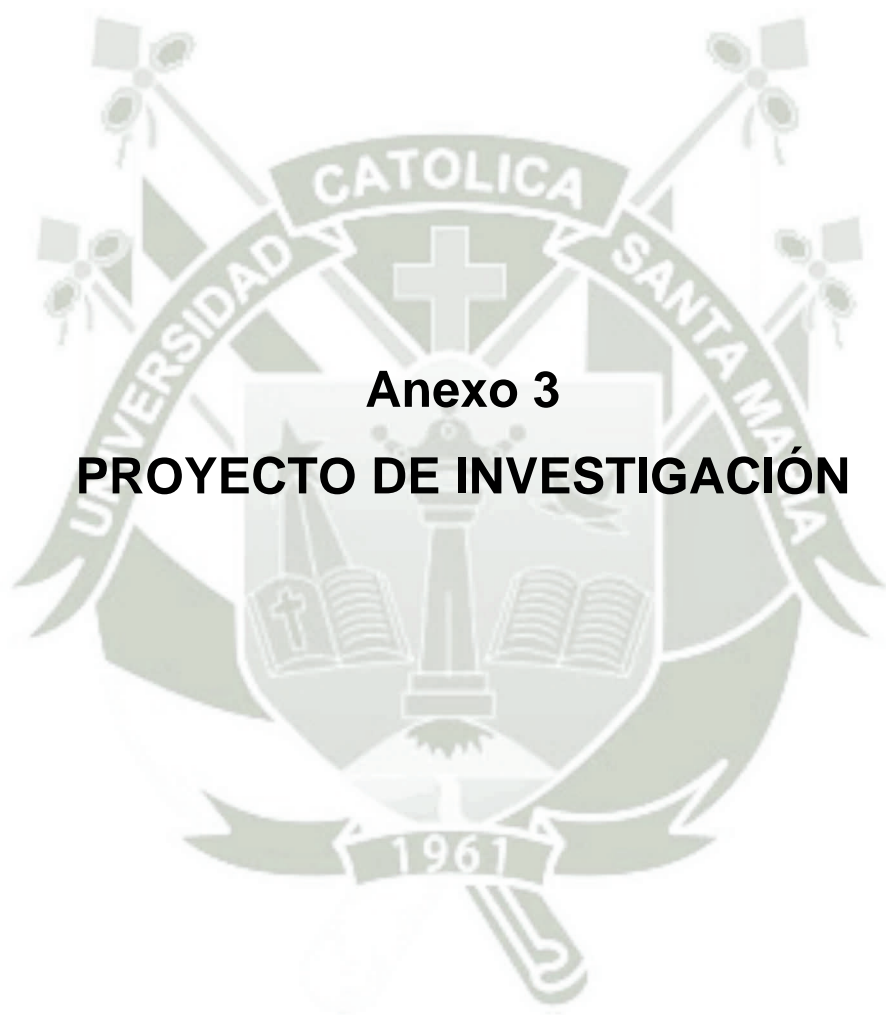
- 0. No.
- 1. Sólo pensados, arreglos parciales..
- 2. Terminados

19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida. ()

- 0. Revela las ideas abiertamente.
- 1. Revela las ideas con reservas.
- 2. Encubre, engaña, miente.

20. Intento de suicidio Anteriores. ()

- 0. No.
- 1. Uno.
- 2. Más de uno.



Anexo 3

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Frecuencia y Factores asociados a la ideación suicida en el Personal de Tropa del Servicio Militar Voluntario del Cuartel Bustamante de la ciudad de Arequipa, año 2013”

Autor:

SALVADOR FRANCISCO AVALOS ESCOBAR

Proyecto de Investigación para obtener el Título

Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2013

I. PREÁMBULO

Las conductas suicidas constituyen uno de los problemas más importantes de salud pública en todos los países, en la que se reconoce un importante subregistro en las estadísticas tanto a nivel nacional como internacional. La Organización Panamericana de la Salud reconoce que los intentos de suicidio en jóvenes de América Latina se han incrementado de manera importante. El suicidio se encuentra entre el segundo y tercer lugar como causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años de edad y su incidencia se ha triplicado en los países occidentales en los últimos 30 años, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes (33).

Los intentos de suicidios se pueden ver en todos los rangos de edad, y cobran especial importancia en ciertos grupos, como en casos de adultos mayores, pacientes con cáncer, o en personal institucionalizado. Entre ellos, el personal militar, en especial los soldados o cadetes, constituyen un grupo especial, ya que muchos de ellos se alejan de su entorno social y familiar para buscar un futuro en la vida militar, que en ocasiones no cumple sus expectativas pero no pueden retractarse, sufren trabajos físicos extenuantes, presión psicológica, y en ocasiones maltrato, lo que puede conllevar a mayor riesgo de suicidio.

Con la experiencia de realizar mis prácticas preprofesionales en un hospital militar, donde en ocasiones hemos tenido la oportunidad de encontrar pacientes con alta carga emocional, surge el interés por la presente investigación, y por la ausencia de referencias locales y nacionales

actualizadas, los resultados constituirán una importante referencia de la magnitud de este problema en un gran sector de la población en riesgo.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la frecuencia y los factores asociados a la ideación suicida en el personal de tropa del Cuartel Bustamante de la ciudad de Arequipa, año 2013?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Suicidio

b) Análisis de Variables

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
V. DEPENDIENTE Intento de suicidio	Puntaje en escala de Beck	Características de las actitudes hacia la vida/muerte. Características de los pensamientos/deseos de suicidio. Características del intento. Actualización del intento.
FACTORES ASOCIADOS	FAMILIARES	Estado civil Separación familiar Carga familiar Tipo de familia
	FACTORES SOCIALES	Nivel social Ocupación Nivel de instrucción Interacción con otras personas
	PROPIOS DEL SMV	Tiempo de servicio Maltrato físico y/o psicológico Calidad de alimentación
	EPIDEMIOLOGICOS	Edad Sexo Procedencia

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia de ideación suicida en el personal de tropa del Cuartel Bustamante de la ciudad de Arequipa, año

2013?

2. ¿Cuáles son las características sociales, familiares y de la vida militar del personal de tropa del Cuartel Bustamante de la ciudad de Arequipa?
3. ¿Cuáles son los factores sociales, familiares y de la vida militar asociados a la ideación suicida en el personal de tropa del Cuartel Bustamante de la ciudad de Arequipa, año 2012?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de una investigación de campo

e) **Nivel de investigación:** Se trata de un estudio descriptivo prospectivo.

1.3. Justificación del problema

La presente investigación establecerá la frecuencia y los factores asociados a la ideación e intento de suicidio en personal de tropa del Cuartel Bustamante de la ciudad de Arequipa, año 2013; es original, ya que no se ha encontrado estudios en nuestro medio similar a este por lo que será innovador y único.

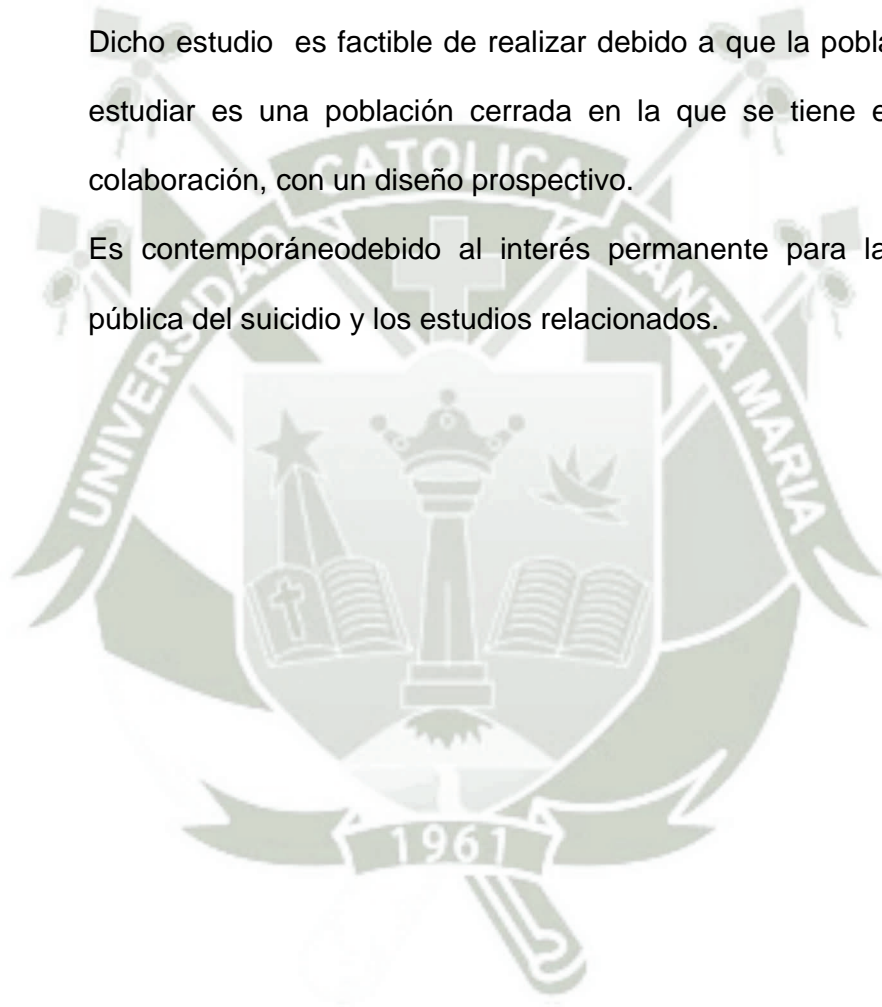
Relevancia práctica ya que permitirá identificar factores potencialmente prevenibles lo que mejorará la calidad de salud mental de un grupo importante de la población, permitirá mejorar la imagen de las instituciones militares y hacerlas más atractivas como alternativa de desarrollo en adolescentes y jóvenes.

Tiene relevancia científica ya que a partir de esta investigación pone en manifiesto la magnitud de un problema de salud mental y su relación con factores sociales.

Relevancia social, dado que el suicidio es un problema de salud pública con importante subregistro, en el que no se cuenta con medidas efectivas de prevención

Dicho estudio es factible de realizar debido a que la población a estudiar es una población cerrada en la que se tiene elevada colaboración, con un diseño prospectivo.

Es contemporáneo debido al interés permanente para la salud pública del suicidio y los estudios relacionados.



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 SUICIDIO

2.1.1 INTRODUCCIÓN

El suicidio es la décima causa de muerte en los Estados Unidos; a nivel mundial, se estima que 700.000 personas se quitan la vida cada año. En ciertas poblaciones, como los adolescentes y los adultos jóvenes, el suicidio constituye una de las 3 principales causas de muerte. Se ha registrado un aumento alarmante de suicidios se han registrado en la última década. En la última década, las tasas de mortalidad por suicidio y envenenamiento han aumentado considerablemente (4). A diferencia de las muertes por accidentes de tránsito, el suicidio en muchos casos se puede prevenir. Por lo tanto, se deben reconocer los factores de riesgo para el suicidio como una forma de intervenir en un acto de auto-destructivo y cíclico (26).

2.1.2 CONCEPTOS RELACIONADOS AL SUICIDIO

El **suicidio** significa quitarse la vida. El acto consiste en que una persona de buen grado, tal vez ambivalente, tome cuenta de su propia vida. Varias formas de comportamiento suicida entran en este espectro de autodestrucción. En él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida), como el acto suicida en sí. En el suicida se detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de

baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica (2, 3).

El **deseo de morir** representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera es mejor estar muerto” (40)

La **representación suicida** constituida por imágenes mentales del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado. (40)

El **suicidio frustrado**. Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte. (40)

Un **suicidio consumado** es cuando la persona ha muerto. Es importante no utilizar el término “suicidio exitoso”, el objetivo es prevenir el suicidio y proporcionar tratamiento.

Un **intento de suicidio** implica un acto grave, como la toma de una cantidad letal de medicamentos y que alguien intervenga accidentalmente. Sin el descubrimiento accidental, el individuo estaría muerto.

Un **gesto suicida** denota una persona que realiza una conducta inusual, pero no fatal, como un grito de ayuda o para llamar la atención.

Una **apuesta suicida** es aquella en la que los pacientes apuestan que el atentado contra su vida se descubra a tiempo y que el descubridor lo salvará. Por ejemplo, un individuo ingiere una cantidad mortal de las drogas con la

creencia de que los miembros de la familia estará en casa antes de la muerte se produzca.

Un **equivalente suicidio** implica una situación en la que la persona no intentará el suicidio. En su lugar, él o ella utilizan un comportamiento para conseguir algunas de las reacciones que el suicidio podría haber causado. Por ejemplo, un adolescente se escapa de casa, con ganas de ver cómo sus padres responden. La acción puede ser vista como un grito de ayuda indirecta.

La **conducta parasuicida** es un término que se introdujo para describir a los pacientes que se automutilan (p. ej., se hacen cortes en la piel), pero que normalmente no desean morir. (2)

La **ideación suicida** se define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinflingida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir (3).

2.1.3 FACTORES DE RIESGO

2.1.3.1 Factor social

Emilia Durkheim observó este fenómeno en países europeos y exploró su influencia sobre el contexto social y cultural. Para Durkheim “las tasas de suicidio guardan relación inversa con la Integración de los grupos sociales a los que pertenece el individuo” y describe tres tipos de suicidio: el egoísta, la interacción social es escasa, el altruista donde la integración social es excesiva y el anómico donde hay desorganización personal y social. Es

factible indicar que las cifras en las tasas de mortalidad por suicidio se incrementan en periodos de crisis económicas. Este fenómeno se ve influenciado ante la presencia e marginación, como en ciertos grupos indígenas o inmigrantes en las que las cifras se duplica. (1).

La ocurrencia del suicidio se apoya teóricamente en dos modelos. El primero, se denomina modelo de estrés-diátesis y se basa en que las características de algunos individuos les hacen reaccionar de manera peculiar ante algunos estímulos del medio ambiente. La segunda está basada en la observación de que el suicidio conlleva un proceso (9, 14).

2.1.3.1.1 Puntos de confluencia de ambos modelos

Los factores estresantes que pueden aumentar el riesgo de suicidio son principalmente la pobreza, la pérdida de un ser querido, las discusiones entre familiares o con amigos, la ruptura de una relación y los problemas legales o laborales. También cabe nombrar los problemas económicos, el desempleo asociado, la desintegración social, la inestabilidad política y el colapso social. No olvidemos la presencia de patologías orgánicas crónicas ya que una quinta parte de estos pacientes desarrollan trastornos depresivos siendo esta situación más frecuente en hospitalizados graves, por limitaciones físicas y psicosociales asociadas. Por lo que evidentemente es casi imposible separar el impacto de la adversidad psicosocial en la sintomatología psiquiátrica.

En cuanto al perfil de temperamento y personalidad de quienes intentan cometer suicidio, se encuentran una actitud de búsqueda de novedades, evitación del daño, preocupación por trascender, pero sin una definición clara de objetivos y metas, y una baja capacidad de cooperación. Es frecuente la

apología aunada a la vergüenza, la desesperanza y la falta de motivación por vivir y entre los suicidas mayores es frecuente cierta forma de reproche.

Una característica básica del suicida es una clara intención de morir asociada a pocos motivos interpersonales para continuar viviendo. En los pacientes internados por intento de suicidio, a menudo se detectan pérdida de control asociada con ansiedad, pánico y vacuidad, todo ello asociado a una discapacidad para enfrentar y resolver problemas (6).

2.1.3.2 Factores mentales

Aunque la enfermedad mental está generalmente vinculada a muertes prematuras, ciertas enfermedades mentales llevan consigo instancias extraordinariamente altas de suicidio. De hecho, el 95% de personas que se suicidan tienen una enfermedad mental. En un sentido general, la enfermedad mental muy a menudo es una experiencia de aislamiento, que se correlaciona con el suicidio (13, 14).

La hospitalización por un trastorno psiquiátrico es muy frecuente en la población suicida. Cada trastorno psiquiátrico tiene su propia huella distintiva del estado mental. Un examen del estado mental está diseñado para ayudar a evaluar el potencial de una persona suicida (10, 19).

Algunos de los siguientes trastornos mentales se asocian frecuentemente con la conducta suicida, pero también pueden ocurrir pensamientos y actos auto-destructivos en otros diagnósticos (26):

- Alcoholismo (16)
- Trastornos de ansiedad (9)
- Trastorno afectivo bipolar (12)
- Bulimia nerviosa (24)
- Trastornos psiquiátricos relacionados con la cocaína
- Delirio
- Depresión (25)
- Trastorno distímico
- Alucinógenos (23)
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Depresión pediátrica
- Trastornos de la personalidad (27)
- Depresión posparto
- Trastorno de estrés postraumático
- Esquizofrenia (21)
- Trastorno afectivo estacional
- Fobia social (22)
- Demencia vascular

2.1.3.3 Factores biológicos

La disminución de la serotonina está implicada en la conducta suicida.

Un grupo del Instituto Karolinska de Suecia fue el primero en observar

que el descenso de las concentraciones de ácido 5-hidroxiindolacético(5-HIAA), un metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo lumbar se asociaba a conductas suicidas. Este hallazgo se ha reproducido en numerosas ocasiones y en diferentes grupos diagnósticos. Los estudios neuroquímicos necropsicos han comunicado modestos descensos de la propia serotonina o del 5-HIAA en el tronco encefálico o en la corteza frontal de las víctimas de un suicidio. Los estudios necropsicos sobre los receptores han comunicado cambios significativos en los sitios de unión presináptico y postsinápticos para la serotonina en la víctimas de un suicidio. En conjunto, estos estudios neuroquímicos y sobre receptores en el líquido cefalorraquídeo respaldan la hipótesis de que la disminución central de serotonina se asocia al suicidio. En estudios reciente también se han comunicado algunos cambios en el sistema noradrenergico de las víctimas de un suicidio(2)

2.1.3.4 Factores genéticos

La conducta suicida, como otros trastornos psiquiátricos, tienden a presentar una incidencia familiar. Por ejemplo el suicidio de Margaux Hemingway en 1996 fue el quinto caso en cuatro generaciones de la familia de Ernest Hemingway. En estos pacientes, los antecedentes familiares aumentan el riesgo de suicidio consumado o en grado de tentativa en la mayoría de los grupos diagnósticos. En medicina, las pruebas más sólidas de la implicación de los factores genéticos

proceden de los estudios en gemelos y niños adoptados, y de genética molecular.(2)

2.1.4 EL SUICIDIO COMO PROCESO(2, 38, 39)

Se basa en las características rasgo-estado de la personalidad del sujeto y su interacción con el medio ambiente. El proceso suicida se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre como quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo; es decir, la suicidalidad.

2.1.4.1 Etapa de ideas y consideración inicial del suicidio

Por diferentes causas el sujeto empieza a pensar en el suicidio como una posible salida a su crisis o dificultades, Lo común es que en esta etapa, el sujeto se asuste o rechace la idea, pues predomina en el aun el instinto de conservación por encima de los motivos de autodestrucción.Es posible que ocurran manifestaciones previas con actitudes de escape, venganza, altruismo o búsqueda de riesgos (1)

2.1.4.2 Etapa de ambivalencia lucha y decisión suicida:

Si la crisis persiste y las ideas suicidas continúan invadiendo a la persona, estas se tornanmas familiares y habituales y él se acostumbra a convivir con ellas, sin que le produzca tanto temor, disminuyendo a veces su rechazo a las mismas. Se puede dar este periodo de muchas maneras; p. ej. El sujeto puede asumir características de fantasías o ensueños suicidas. O sino puede estar caracterizada por momentos de aceptación y rechazo en esta el sujeto vive

una situación difícil de ambivalencia y dudas donde los deseos de morir y vivir coexisten. Culmina con la decisión suicida; esta etapa se suele acompañar con amenazas, comentarios, comunicados por el posible suicida a personas de confianza, las cuales deben interpretarse en casos como señal de alarma en procura de ayuda; o constituir amenazas reales, en otras.

2.1.4.3 Etapa de planificación y ejecución del acto suicida:

En esta etapa se introduce el potencial suicida en un periodo donde se ha resuelto la situación de ambivalencia de una idea suicida, y se pasa a una conducta suicida. Entra en una fase de tranquilidad y calma, denominada “calma siniestra”. Este es un momento donde se piensa y planifica mejor el modo de llevar a cabo el fatídico acto, prefieren amenazas, signos indirectos de que el suicidio podría atacar contra su vida, a los que se debe tratar con atención pues se trata de indicadores de alto riesgo de suicidio. En este periodo se escriben notas suicidas, se arreglan asuntos pendientes o se trata de dejar las cosas en orden. Si no hay cambio de planes o intervenciones que interrumpan el proceso, se culminan con la ejecución del acto suicida.

2.1.5 EPIDEMIOLOGÍA

A escala global, el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad, pero las pérdidas van mucho más allá. En la Región del Pacífico Occidental representa el 2,5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades. En la mayoría de países de Europa, el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito (13). En 2001 los

suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500 000) y por guerras (230 000). (4)

Entre los países que informan sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se dan en Europa del este, y las más bajas sobre todo en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos. Se dispone de poca información sobre el suicidio en los países africanos. Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años. Exceptuando las zonas rurales de China, se suicidan más hombres que mujeres, aunque en la mayoría de lugares los intentos de suicidio son más frecuentes entre las mujeres (5).

Los factores de riesgo suicida se pueden dividir en fijos y modificables. Evidentemente un buen tratamiento psiquiátrico difícilmente modificara los riesgos fijos, tales como el intento previo de suicidio, los factores genéticos, los de género, edad y etnia, el estado civil, la situación económica y la preferencia sexual. En cambio los factores de riesgo modificables son principalmente, la ansiedad y la depresión, sin restar importancia al acceso a los medios para cometer el suicidio, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social y las enfermedades crónicas. Es importante renombrar

que la discapacidad asociada a los trastornos psiquiátricos suele conducir a pérdida del empleo y pobreza, a la ruptura de las relaciones personales y al aislamiento social, formando así un círculo vicioso (6).

En otra clasificación los factores de riesgo de suicidio se establecen como.

1) los primarios, que incluyen los trastornos psiquiátricos antes mencionados y la enfermedad médica crónica. 2) Los secundarios, que son los factores que llevan a una actitud disfuncional, como la dificultad en la solución de problemas y el pesimismo. 3) Los terciarios, que incluyen los factores demográficos como la edad, el género, ciertos periodos vulnerables (periodo premenstrual y cambios estacionales) y el formar parte de un grupo socialmente minoritario que con frecuencia es perseguido o rechazado (9).

Aunque un posible marcador del suicida podría ser el uso de múltiples drogas y no tanto el tipo de droga usada, en general, el abuso de drogas adictivas conlleva un alto riesgo de ideación suicida. Aproximadamente un tercio de los varones y una quinta parte de las mujeres que intentan suicidarse abusan del alcohol; así, cerca de una décima parte de alcohólicos mueren por suicidio y la tercera parte de quienes habían intentado el suicidio consumieron alcohol dentro de las seis horas previas al intento. En ellos se encuentran añadidos otros trastornos, particularmente la depresión, asociada a conducta agresiva e impulsiva y los trastornos de la personalidad. De esta manera, la relación entre el suicidio y los trastornos psiquiátricos obliga a la hospitalización de quien intenta el suicidio (11).

Adicionalmente, quien intenta o logra suicidarse pasaba por un estado de ansiedad en el momento del acto, las personas que sufren ansiedad tienen un riesgo mayor de cometer suicidio en comparación con la población general. Es irrelevante el tipo de ansiedad, lo importante es que suele ocurrir con depresión mayor. Los trastornos afectivos de ansiedad moderadamente severos, las reacciones transitorias de ajuste, la ansiedad como rasgo de personalidad y las características obsesivas también se consideran como factores de riesgo suicida. De manera que la evaluación de la severidad de ansiedad y de la agitación puede ayudar a identificar a algunos pacientes con riesgo suicida (15).

2.1.6 POBLACIONES EN RIESGO DE SUICIDIO

Los grupos en los extremos de la vida son una población en riesgo ascendente de suicidio. Mucho se ha discutido el concepto de alguna forma específica de depresión infantil, pero el hecho real, es que durante la infancia se puede desarrollar desesperanza. En la infancia los trastornos afectivos se manifiestan de manera enmascarada, con hiperactividad, agresividad, trastornos psicósomáticos y tendencia a la delincuencia, en ocasiones acompañados de síntomas somáticos vagos. La presencia de un trastorno afectivo con frecuencia pasa inadvertida en todos los grupos de edad. A pesar de que la intensidad de los pensamientos suicidas, su profundidad y duración, distinguen a un joven saludable de uno que se encuentra próximo a una crisis suicida, el adolescente y el adulto joven es vulnerable a todos los factores de riesgo suicida (17).

En el otro extremo de la vida ocurre la depresión de la tercera edad. En los pacientes geriátricos es común que coexista la depresión con otras enfermedades y a menudo el diagnóstico y tratamiento correctos están ausentes (16).

Otro grupo importante de riesgo de suicidio es en poblaciones institucionalizadas, sea por enfermedades crónicas, trastornos de la salud mental, prisiones y cuarteles. En los centros de enfermedades crónicas el hecho de tener una patología a veces incurable puede llevar a la depresión y al suicidio, mientras que en poblaciones carcelarias el tiempo de condena, la privación de la libertad, y la desadaptación a un medio de por sí hostil puede llevar al suicidio (18).

2.1.7 SUICIDIO EN POBLACIÓN MILITAR

La tasa promedio de suicidio al interior del SMO (para el período 1990-1999) es superior a la correspondiente a la población juvenil masculina general. (7.4 v/s 6.6 por 1000 habitantes).

Las muertes causadas por suicidio en varían en población militar en relación a la población general, donde el método preferente utilizado por adolescentes (10-19 años) es el ahorcamiento (72.05%). Las armas de fuego y la intoxicación le siguen con un 10.65% y un 8.34% respectivamente. Al interior del Servicio Militar, en cambio y de acuerdo a la información obtenida, el 88.23% de los conscriptos que cometieron suicidio lo realizaron con un arma y sólo el 11% fue por ahorcamiento.

2.1.7.1 Causas y factores de riesgo

Los jóvenes que realizan el Servicio Militar Obligatorio se encuentran expuestos al conjunto de factores precipitantes mencionados con anterioridad, lo que determina que sea un grupo de alto riesgo necesario de mantener en observación. Son jóvenes de una adolescencia avanzada (18 y 19 años) que han sido separados de sus familias nucleares y que deben enfrentar un sistema disciplinario totalmente distinto al acostumbrado. Los cambios en el estilo de vida y la exigencia militar pueden jugar en contra de un joven que tiene ciertas predisposiciones depresivas. Así mismo, si un joven es más tímido que sus compañeros, con baja autoestima o con dificultades para establecer lazos de compañerismo, puede caer fácilmente en crisis psicológicas agudas, lo que podría desencadenar en un suicidio si no existe una oportuna participación de quienes le rodean (32).

Sin embargo, el factor que establece la diferencia con el resto de los jóvenes hombres de esa edad y que pudieran estar pasando por problemas similares, es el acceso a las armas que tienen todos los conscriptos. Si bien, existe un fuerte control por parte de las autoridades en la entrega de la munición a cada conscripto, prácticamente la totalidad de los suicidios cometidos al interior de los regimientos se realizan en los llamados períodos de guardia, única ocasión donde el conscripto está sólo por períodos prolongados con su arma cargada.

Las causas que pueden llevar a un soldado a atentarse contra su propia vida, no distan mayormente de las causas que conducen a cualquier joven a cometer un acto suicida, pero la diferencia está en el acceso a las armas que

poseen los conscriptos, lo que determina que un intento suicida se vuelva automáticamente en un suicidio efectivo dentro del recinto militar. Esto refleja la efectividad del suicidio en el caso de los conscriptos.

Diversos estudios coinciden en plantear la alta relación existente entre el consumo de drogas y alcohol y conductas suicidas. Esta relación se hace efectiva ciertamente frente a un cuadro depresivo, ya que no quiere decir que el uso de drogas lleve al suicidio. Lo que ocurre es que tanto las drogas como el alcohol aumentan el riesgo de suicidio en un sujeto con depresión o crisis aguda (7).

2.1.8 PROMOCIÓN DE SALUD ANTE EL SUICIDIO

“La Promoción de salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud”.

Carta de Ottawa, 1986

El problema requiere de un enfrentamiento integral y sistemático por parte de nuestras sociedades, que se base en el tratamiento multisectorial orientado por especialistas conocedores de que el hombre es un ser eminentemente social. Se debería realizar una estrategia para enfrentar, de forma integral y efectiva el fenómeno del suicidio y construir junto con la población una salud publica satisfactorio. El objetivo de esta estrategia es agrupar nuestros conocimientos, habilidades para enfrentar el suicidio en propósitos de

promoción de salud, prevención del suicidio, diagnóstico temprano de las crisis suicidas, así como su atención psicológica y la rehabilitación del suicida y su familia para así facilitar la identificación de prioridades y la adopción de necesidades que garanticen el enfrentamiento exitoso.

2.1.9 TRATAMIENTO DEL PACIENTE SUICIDA

El objetivo del suicidio es por supuesto, la intención del autodestruirse, y la intención pertenece primariamente al dominio de lo psicológico igual que su dinámica. Es esencial para ayudar a las personas con conducta suicida a salir de las crisis, y a no pensar más en el suicidio como solución, que sean atendidas por un profesional de la salud con una preparación especial en esta temática y su afrontamiento. Se considera que en el ámbito comunitario de nuestro país el papel esencial de una intervención terapéutica lo deben realizar en conjunto el equipo de salud.

2.1.9.1 Principios fundamentales que caracterizan la terapia de las crisis:(41)

Actividad: En las crisis suicidas el terapeuta debe ser activo para que el paciente sienta que algo está sucediendo, con el objetivo de restablecer en el paciente el sentimiento de que él es importante y que el terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarlo en su difícil situación. Necesita que se le resalte la significación de su vida y se le reafirme su autoestima. Hay que evaluar las fuerzas del paciente y el entorno, y determinar si factores

específicos obstaculizan la puesta en práctica de habilidades de afrontamiento ya existentes.

Autoridad: El terapeuta debe asumir la autoridad, cuidar y dirigir temporalmente al paciente, dado que las crisis suicida lo hace necesario. El sujeto en estas situaciones siente incapaz de encontrar alguna solución y sus pensamientos son ambivalentes. Es necesario dar apoyo, tranquilizar al paciente, hacerlo que se dé cuenta de que existen otras opciones disponibles, y asegurarle que uno está listo para ayudarlo.

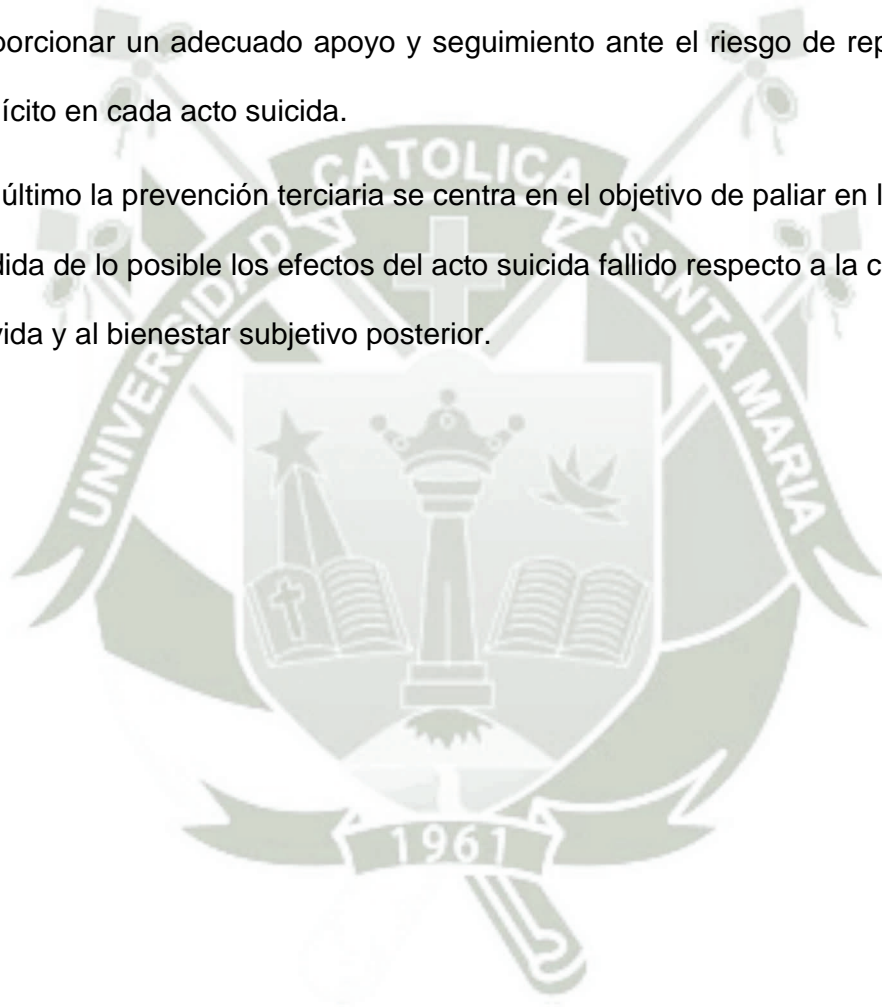
Implicación de los otros: Complementa los dos anteriores, pues el suicida se vivencia como un ser abandonado, desamparado y rechazado. Otras personas, en especial aquellos significativos en la situación, han de ayudar a reconstruir en el paciente los sentimientos de autoestimación y autoconfianza, así como a restablecer los lazos entre el sí mismo del sujeto y los otros, lazos que el experimenta que han sido quebrados o bloqueados. En la interacción con los otros está la clave de conducta suicida. Se le debe informar a los miembros de la familia.

2.1.10 Prevención del suicidio(42)

En líneas generales se habla de prevención primaria en suicidología cuando nos referimos a la intervención previa a la aparición de la intención suicida misma. Algunas de las tareas que adquirirán especial relevancia a este nivel serán la de realizar una adecuada educación para la salud y detección de grupos de alto riesgo a los que deberán dirigirse fundamentalmente los esfuerzos en materia de prevención. El segundo nivel o prevención

secundaria vendría a centrarse en el paciente que ya ha cometido un acto suicida o está a punto de hacerlo. Las tareas prioritarias en este nivel serían las de atender al paciente hasta garantizar la ausencia de peligro vital, o bien la detección de aquellas personas que se encuentran en la antesala de la tentativa suicida, habiendo dado ya serios “avisos” y “muestras” de la intención que se está madurando, no debemos olvidar es importante proporcionar un adecuado apoyo y seguimiento ante el riesgo de repetición implícito en cada acto suicida.

Por último la prevención terciaria se centra en el objetivo de paliar en la medida de lo posible los efectos del acto suicida fallido respecto a la calidad de vida y al bienestar subjetivo posterior.



3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1 A nivel local

3.1.1 Autor: Flores Torres H.

Título: Prevalencia y Factores Asociados Depresión en Reclutas del Servicio Militar. Agrupamiento Coronel Francisco Bolognesi. Arequipa 2008.

Fuente: Tesis para Optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2008

Resumen: Se encuestó a 156 reclutas en servicio militar en el Agrupamiento Francisco Bolognesi del Ejército de la ciudad de Arequipa aplicando la escala de depresión de Zung de 20 ítems. La prevalencia de depresión fue de 80,13%, y no se encontraron factores significativos asociados a la presentación de depresión en este grupo de reclutas.

3.1.2 Autor: Ervis Felipe Alvarado Dueñas

Título: Intento de suicidio y su correlación con los trastornos de personalidad

Lugar de publicación: Arequipa 1995

Resumen: Se realizó un estudio con 40 casos de pacientes del Hospital Regional Honorio Delgado- Arequipa a los cuales se realizó una entrevista médica psiquiátrica y su examen mental

orientada a obtener datos acerca de las causas que llevaron al paciente a intentar suicidarse y así mismo a resaltar los aspectos más salientes de su personalidad para poder establecer si hay relación entre los trastornos de personalidad y el intento de suicidio.

Resultados: Se incluyeron 40 casos, se encuentra según grupo etario entre los 21 – 30 años (52.5%), entre los 15-20 años (30%), y el grupo de 31-65 años (17.5%) a predominio del sexo femenino (75%), según el estado civil el 65% son solteros, divorciados y viudos y 32.5% casados y convivientes. Según grado de instrucción está representado primaria (10%), secundaria (45%), superior (19%) a predominio de sexo femenino (77.5%), según el nivel socioeconómico el nivel bajo es el más afectado (65%), según la religión: Católica (75%), evangélica (10%), no creyente (5%). Se encuentra que el 85% de casos los pacientes se encuentran al momento del intento de suicidio bajo efectos del alcohol y que el 75% no tuvo evaluación previa por personal de salud. Clínicamente el 85% de todos los pacientes que intentaron suicidarse tienen algún trastorno de personalidad siendo el más frecuente el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo

Conclusiones: El intento de suicidio está aumentando con el grupo de edad, el más afectado es el grupo comprendido entre 21 y 30 años; siendo el sexo femenino con mayor frecuencia con mayor

frecuencia con respecto al varón en una proporción de 3 a 1, las solteras intentan suicidarse con más frecuencia que casados o convivientes. El método más frecuente para el intento de suicidio son las sobredosis de fármacos en mujeres e ingesta de organofosforados en varones. Los rasgos de personalidad más comunes encontrados en los pacientes que intentan suicidarse son: impulsividad, explosividad, comportamiento amenazante y agresivo, falta de control de sí mismo, baja tolerancia a la frustración, ideación paranoide.

3.2 A nivel nacional

3.2.1 Autor: Milagros Alice Tovar Victorio

Título: Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con intentos de suicidio en el instituto Asistencial de Salud Mental Juan Pablo II. Cusco 2006-2010

Resumen: Se evaluaron 79 casos en el periodo 2006-2010. El 78.48% de pacientes fueron mujeres y 21.52% varones. Las edades estuvieron entre los 14 y 24 años en 60.76% de los pacientes. El estado civil fue soltero en 68.35% de casos, con 21.52% de convivientes. La instrucción fue secundaria (69.62%) o superior (18.99%). El 41.77% no tuvieron antecedentes previos de IDS, pero 58.23% si, de los cuales 27.85% tuvieron un intento previo, 18.99% dos y 11.39% ansiedad, y 22.78% esquizofrenia,

con menor proporción de trastorno bipolar(15.19%), o relacionados al alcohol(8.86%). El método utilizado fue ingesta de sustancias toxicas, 22.78% a la intoxicación medicamentosa. El motivo para el intento de suicidio fueron los conflictos familiares o los conflictos sentimentales (34.18% cada uno). Se encontró una relación significativa entre el estado civil conviviente con el trastorno bipolar en pacientes con intento suicida

Conclusiones: El intento suicida se presenta en mujeres con trastornos depresivos como consecuencia de problemas familiares y sentimentales

3.2.2Autor: Poma Gil, Enrique Rafael

Título: Ideación e intento suicida en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Trujillo-Perú.

Fuente: 5º Congreso Virtual de Psiquiatría.

Resumen: Determinar la frecuencia de ideación e intento suicida en estudiantes de medicina de la UNT. El estudio fue de tipo transversal y descriptivo. Se aplicó la Escala de Ideación Suicida de Beck (EISB) y un test de intento suicida elaborado por los autores, según el método aleatorio simple a los alumnos de medicina de la Universidad Nacional de Trujillo. La muestra fue de 228 alumnos, 158 varones (69.3%) y 70 mujeres (30.7%), 226 solteros (99.12%) y 2 convivientes (0.88%). El 18.86% tuvieron ideación suicida, todos fueron solteros, la relación hombre/mujer

fue de 1.7 a 1, siendo la edad promedio de 21.78 años para los varones, y de 21.31 años para las mujeres. El 7.02% tuvo alguna vez en su vida intentaron suicidarse, todos solteros, la relación hombre/mujer fue de 1 a 1, siendo la edad promedio para los varones de 22.13 y para las mujeres de 22 años. La modalidad más frecuente fue la ingesta de fármacos 42.86%, con relación hombre/mujer de 1 a 2. El factor asociado mayoritariamente al intento suicida fue los problemas familiares 56.25% ; sólo el 25% buscó algún tipo de ayuda.

Conclusión: La frecuencia de ideación suicida fue de 18.86%, todos solteros y mayormente varones. La frecuencia de intento suicida fue de 7.02%, todos solteros, en igual proporción en varones y mujeres, la ingesta de fármacos fue la modalidad más frecuente, se asoció mayormente a problemas familiares y sólo la cuarta parte buscó algún tipo de ayuda.

3.3 A nivel internacional

3.3.1 Autor: Miralles Muñoz F, Cano Vindel A.

Título: Suicidios en Soldados de las Fuerzas Armadas de España en la Última Década del Servicio Militar Obligatorio (1991-2001).

Fuente: Clínica y Salud (2009). Vol. 20, n.º 2: 189-196

Resumen: El suicidio es un fenómeno universal que ha estado presente a lo largo de todas las etapas de la historia de la

humanidad. El estudio de este hecho, sobre todo a partir del siglo XIX, ha aumentado el conocimiento que se tiene sobre el mismo, lo que ha llevado a prevenir, en algunos casos, su fuerte acción autodestructiva. El presente artículo viene a ocupar un hueco en el estudio de este fenómeno dentro del contexto de las Fuerzas Armadas, tanto por la revisión bibliográfica que se presenta, como por el trabajo de investigación que se ha llevado a cabo para obtener los datos referentes a suicidios e intentos de suicidios acontecidos en las Fuerzas Armadas españolas por personal de Tropa y Marinería no profesional durante los años 1990-2001.

Conclusiones: En los últimos años del servicio militar obligatorio disminuyó considerablemente el número de suicidios, y pensamos que esta disminución pudo deberse a diferentes factores, por un lado el esfuerzo que realizó tanto el Ministerio de Defensa como sus Cuarteles Generales y Cuadros de Mando, para poder adaptar al joven soldado a sus Fuerzas Armadas, potenciando la relación entre los distintos componentes de las Fuerzas Armadas y haciendo las condiciones de vida más cómodas (pese a que en algunas ocasiones son duras tal y como obligan ciertos apartados de la instrucción militar). Por otro lado, la existencia de equipos de Psicólogos y Psiquiatras que dedicaban su esfuerzo a detectar los posibles problemas de adaptación de los soldados, y su posible inclusión en programas de consultas en las que se realizaba psicoterapia para poder superar los problemas que, en la mayoría

de los casos, los soldados tenían con anterioridad a su ingreso en las Fuerzas Armadas. En tercer lugar, la posibilidad de poder ser objetor de conciencia y realizar una prestación social sustitutoria (BOE, 1995), por lo que quedan sin incorporar jóvenes con predisposiciones negativas hacia las Fuerzas Armadas. Por último, la posibilidad regulada con anterioridad para pedir prórrogas de diferentes tipos (BOE, 1993) de ahí que, una vez finalizado el servicio militar obligatorio el 31 de diciembre de 2001, quedarán 1.039.625 jóvenes exentos por estar disfrutando prórrogas.

Es verdad que en el año 1986 la tasa de suicidios en personal de Tropa fue superior en las Fuerzas Armadas que en el resto de la población española, siendo la tasa media nacional por cada 100.000 habitantes de 6.6; mientras que la tasa en personal de Tropa fue ese año de 10.11 (Ministerio de Defensa, 1988); sin embargo, a lo largo de los años, esta situación cambió y en el año 1990 el número de jóvenes que se suicidaban en las Fuerzas Armadas fue igual a la media nacional de 7.5 suicidios por cada 100.000 habitantes (Organización Mundial de la Salud, 2006). Este número disminuyó en las Fuerzas Armadas hasta que, en el año 1999, el número de suicidios estuvo muy por debajo de la media nacional, dándose cinco suicidios militares (Ministerio de Defensa, 2002b) respecto a los 260 que se dieron en territorio nacional para el mismo grupo de sexo y edad (Instituto Nacional de Estadística, 1999).

3.3.3 Autor: Piedad Marcela Guavita Falla, Pablo Alfonso Sanabria Ferrand

Título: Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la facultad de medicina de la universidad militar nueva granada, Bogotá Colombia

Fuente: Revista Facultad Universidad Nacional de Colombia 2006 Vol. 54 N° 2

Resumen: Estudio descriptivo transversal. Muestra no aleatoria de 295 estudiantes de medicina de 17-28 años (81 por ciento de la población total de estudiantes). Se administró, en sus salones de clase, la Escala Auto-aplicada de Zung para depresión. Se obtuvo y clasificó según severidad la prevalencia de sintomatología depresiva, también se obtuvieron datos pertinentes a edad, género, conformación familiar, si el estudiante tenía padre y/o madre militares y semestre académico. Los semestres se clasificaron en niveles bajo, medio y alto, de acuerdo al nivel adaptativo, transición de ciencias básicas a clínicas, exigencias y carga académica. Se realizó un análisis de correlación y de asociación entre los factores mencionados y la prevalencia de los síntomas depresivos.

Resultados. La prevalencia de sintomatología depresiva leve fue de 26,1 por ciento, 21,7 por ciento de moderada y 5,4 por ciento de severa. Con una prevalencia global de 53,2 por ciento. Esta prevalencia disminuyó desde la edad de 21 años en adelante,

aunque no de forma relevante; tampoco se halló relación significativa entre la edad y la presencia de síntomas depresivos. Hubo diferencia importante entre hombres y mujeres, hallándose una mayor prevalencia de síntomas depresivos en el género femenino ($p=0,028$). Se evidenció una relación significativa entre la presencia de síntomas depresivos y los niveles semestrales bajos ($p=0,004$), los estudiantes que no tenían padres militares ($p=0,012$) y aquellos que convivían con abuelos ($p=0,011$).

Conclusión. La sintomatología depresiva es importante en la población estudiantil médica. Los estudiantes de medicina tuvieron el doble de probabilidad de sufrir de síntomas depresivos que la población general. Los resultados son útiles para el análisis de la salud mental en el medio universitario y como guía para planear estudios longitudinales. Se requieren estudios de mejor diseño para confirmar los hallazgos aquí expuestos. Se requiere intervención mediante actividades de promoción, prevención e identificación de casos en las facultades de medicina.

4. OBJETIVOS.

4.1. General

Establecer la frecuencia y los factores asociados a la ideación suicida en el Personal de Tropa que realiza el Servicio Militar Voluntario del Cuartel Bustamante de la ciudad de Arequipa, año 2013.

4.2. Específicos

- 1) Conocer la frecuencia de ideación suicida en el Personal de Tropa que realiza el Servicio Militar Voluntario del Cuartel Bustamante de la ciudad de Arequipa, año 2013.
- 2) Describir las características sociales, familiares y de la vida militar en el Personal de Tropa que realiza el Servicio Militar Voluntario del Cuartel Bustamante de la ciudad de Arequipa, año 2013.
- 3) Identificar los factores sociales, familiares y de la vida militar asociados a la ideación suicida en el Personal de Tropa del Servicio Militar Voluntario del Cuartel Bustamante de la ciudad de Arequipa, año 2013.

5. Hipótesis

Es probable que existan características sociales, familiares e institucionales que influyan en la ideación suicida en jóvenes que realizan el Servicio Militar Voluntario en el cuartel Bustamante de la ciudad de Arequipa.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la entrevista.

Instrumentos: Se utilizará una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y la escala de ideación suicida de Beck (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Laptop con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: Esta investigación se realizará en el cuartel militar Mariano Bustamante de la ciudad de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma coyuntural durante los meses de Diciembre del 2012 a Febrero del 2013

2.3. Unidades de estudio: Personal de tropa del Servicio Militar Voluntario del cuartel Mariano Bustamante.

2.4.Población: Totalidad de personal de tropa del cuartel Mariano Bustamante de la ciudad de Arequipa en el periodo de estudio que se realizara por conveniencia.

Muestra: se estudiará una muestra por conveniencia.

Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de Selección.

Criterios de selección:

• **Criterios de Inclusión**

- Personal en servicio militar
- Que se encuentre realizando servicio militar por lo menos los 3 meses previos.

• **Criterios de Exclusión**

- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas
- Personal que se encuentre de licencia o de franco.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1.Organización

Se solicitará la autorización del Coronel de la Tercera Brigada de Servicios del Cuartel Mariano Bustamante de la ciudad de Arequipa para acceder a las unidades de estudio. Se realizará una charla de motivación entre el personal de tropa del cuartel Mariano Bustamante para explicar la intención del estudio y lograr su participación voluntaria. Se realizará una

entrevista con preguntas acerca de información general social y familiar, así como acerca de la vida institucional, y acerca del antecedente de ideación e intento suicida. Se seleccionarán aquellas que cumplan los criterios de selección, de las cuales se extraerán las variables de interés, que se registrarán en una base de datos. La muestra se dividirá en dos grupos en base a la respuesta a la pregunta de intento de suicidio o a la respuesta a la escala de Ideación Suicida de Beck.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigador, asesor.
- Cadetes
- Encuestadores.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Laptop con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

La escala de ideación suicida es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse.

Es una escala de 19 ítems que debe ser cumplimentada en el transcurso de una entrevista semi - estructurada. Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a:

- Actitud hacia la vida / muerte
- Pensamientos o deseos suicidas
- Proyecto de intento de suicidio
- Realización del intento proyectado

Se añade una quinta sección, con dos ítems, en la que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala. Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida. Cada ítem se puntúa de 0 a 2 puntos, y la puntuación total de la escala es la suma de los puntajes de los primeros 19 ítems. El rango de puntuación total es de 0 a 38 puntos, y se considera una puntuación igual o mayor a 1 como indicativa de riesgo de suicidio; a mayor puntuación, más elevado el riesgo de suicidio.

La prueba tiene una consistencia interna alta (alfa de Cronbach = 0,89), y una elevada fiabilidad interobservador ($r = 0,83$).

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleara estadística descriptiva con medidas de tendencia central

(promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Para la comparación de variables categóricas entre dos grupos independientes se empleara la prueba Chi cuadrado; se considerara significativa una diferencia de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.19.0

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Diciembre 12		Enero 13				Febrero 27					
	1	2	1	2	3	4	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

Fecha de inicio: 01 de Diciembre 2012

Fecha probable de término: 27 de Febrero 2013

V. Bibliografía Básica

- 1) Marchant N, Monchablon Espinoza A, Manual de psiquiatría Tomo I, 2008.
- 2) Sadock H. Cap. 34.1. Medicina Psiquiátrica de Urgencia. En: Sadock B (Ed). Kaplan and Sadock's Sinopsis de Psiquiatría. Décima Edición, 2009. Lippincott, Williams & Wilkins
- 3) Perales A, Zambrano M, Vasquez-Caucedo G (Ed). Compendio de Psiquiatría "Humberto Rotondo". Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UNMSM. 1ra edición, 2008.
- 4) National Center for Health Statistics (NCHS). FastStats: Suicide and Self-Inflicted Injury. Available at <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/suicide.htm>. Accessed May 2, 2011.
- 5) Rockett I, Regier M, Kapusta N, et al. Leading Causes of Unintentional and Intentional Injury Mortality: United States, 2000-2009. Am J Public Health. Sep 20 2012
- 6) Agerbo E, Qin P, Mortensen PB. Psychiatric illness, socioeconomic status, and marital status in people committing suicide: a matched case-sibling-control study. J Epidemiol Community Health. Sep 2006;60(9):776-81.
- 7) Stefoni Espinoza C. Suicidio en el servicio militar. Nueva Serie FLACSO, 2000. Santiago, Chile.
- 8) Álvarez López M. Evaluación e intervención del riesgo suicida. Recuperado de:

www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Otros/Jornada

[_Seguridad_Paciente_en_Salud_Mental/2o_ponencia_evaluacion_e_intervencion_del_riesgo_suicida__2_.pdf](#)

- 9) García-Rábago H, Sahagún-Flores J, Ruiz-Gómez A y cols. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. Rev. salud pública. 12 (5): 713-721, 2010
- 10) Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención del suicidio: recurso para consejeros. Ginebra, 2006
- 11) Rosselló J, Berríos Hernández M. Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as. Revista Interamericana de Psicología 2004, Vol. 38, Num. 2 pp. 295-302
- 12) Malloy-Diniz LF, Neves FS, Abrantes SS, Fuentes D, Corrêa H. Suicide behavior and neuropsychological assessment of type I bipolar patients. J Affect Disord. Jan 2009;112(1-3):231-6.
- 13) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (España). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Evaluación y Tratamiento. Ministerio de Ciencia e Innovación. Edición 2011.
- 14) Villalobos Galvis F. Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de

- educación secundaria y superior. Facultad de Psicología. Universidad de Granada, 2009
- 15) Alcántar Escalera M. Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. Tesis para obtener el título de licenciado en psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 2002
- 16) Tuesca Molina R, Navarro Lechuga E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. SaludUninorte. Barranquilla (Col.) 2003; 17: 19-28
- 17) Eguiluz L, Rosales J, Córdova M. La ideación suicida en los jóvenes: Investigación docente y servicio. www.cife.unam.mx/Programa/D18/03-CienciasSociales/Folio07FESI.pdf
- 18) Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Ginebra, 2007.
- 19) Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención del suicidio; un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. Ginebra, 2009.
- 20) Shah AJ, Veledar E, Hong Y, Bremner JD, Vaccarino V. Depression and history of attempted suicide as risk factors for heart disease mortality in young individuals. Arch Gen Psychiatry. Nov 2011;68(11):1135-42.

- 21) Barak Y, Baruch Y, Achiron A, Aizenberg D. Suicide attempts of schizophrenia patients: a case-controlled study in tertiary care. *J Psychiatr Res.* Aug 2008;42(10):822-6.
- 22) Katz C, Yaseen ZS, Mojtabai R, Cohen LJ, Galynker II. Panic as an independent risk factor for suicide attempt in depressive illness: findings from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry.* Dec 2011;72(12):1628-35.
- 23) Bohnert AS, Roeder KM, Ilgen MA. Suicide attempts and overdoses among adults entering addictions treatment: Comparing correlates in a U.S. national study. *Drug Alcohol Depend.* Dec 1 2011;119(1-2):106-12.
- 24) Nickel C, Simek M, Moleda A, et al. Suicide attempts versus suicidal ideation in bulimic female adolescents. *Pediatr Int.* Aug 2006;48(4):374-81.
- 25) Webb R, Kontopantelis E, Doran T, Qin P, Creed F, Kapur N. Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. *Arch Gen Psychiatry.* Mar 2012;69(3):256-64.
- 26) Oh S, Park K, Jeong S, Kim H, Lee C. Deliberate self-poisoning: factors associated with recurrent self-poisoning. *Am J Emerg Med.* Oct 2011;29(8):908-12.
- 27) Shields LB, Hunsaker DM, Hunsaker JC 3rd. Adolescent and young adult suicide: a 10-year retrospective review of Kentucky Medical Examiner cases. *J Forensic Sci.* Jul 2006;51(4):874-9.

- 28) Bridge JA, McBee-Strayer SM, Cannon EA, Sheftall AH, Reynolds B, Campo JV, et al. Impaired decision making in adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Apr 2012;51(4):394-403.
- 29) González Macip S, Díaz Martínez A, Ortiz León S, González Forteza C, González Núñez J. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental* V. 23, No. 2, abril del 2000: 21-30.
- 30) Flores Torres H. Prevalencia y Factores Asociados Depresión en Reclutas del Servicio Militar. Agrupamiento Coronel Francisco Bolognesi. Arequipa 2008. Tesis para Optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2008.
- 31) Miralles Muñoz F, Cano Vindel A. Suicidios en Soldados de las Fuerzas Armadas de España en la Última Década del Servicio Militar Obligatorio (1991-2001). *Clínica y Salud*, vol. 20, núm. 2, 2009, pp. 189-196
- 32) *Current Diagnosis & Treatment: Psychiatry*. Chapter 48. Emergency Psychiatry. Second Edition. 2008, McGraw-Hill Companies
- 33) Robledo Hoecker P. Suicidio en adolescentes: lo que el equipo de salud debe saber. *Rev. peru. pediatr.*, jan./abr. 2007, vol.60, no.1, p.61-64.
- 34) Poma Gil E. Ideación e intento suicida en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Trujillo-Perú. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría.

- 35) Tovar V. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con intentos de suicidio en el instituto Asistencial de Salud Mental -Juan Pablo II 2006 – 2010. Tesis para obtener el título de Médico Cirujano. Universidad Católica de Santa María Arequipa 2012
- 36) Ervis Alvarado D. Intento de suicidio y su correlación con los trastornos de personalidad. Arequipa 1995
- 37) Yannick del Pilar Ferro H. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con intento de suicidio atendidos en el Hospital Puente Piedra-Lima-2007
- 38) Mosquera del Aguila Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Hermilio Valdizan Febrero 2000-Enero 2001.
- 39) MINSA Estadística e indicadores Básicos de Salud
- 40) Sergio Pérez B. Manejo de a crisis suicida del adolescente. Avances en Salud Mental Relacional. Vol. N° 4. La Habana. Marzo 2005 P. 16-25
- 41) Shneidman, E. El suicidio, un tema complejo e íntimo. Edit. Científico-Técnica. La Habana 2002 P.138
- 42) Bravo de Rueda Torres L. Adolescencia y suicidio. Escuela de Postgrado Universidad Católica de Santa María 2008 P. 63-75

VI. Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

N° de Ficha: _____

Iniciales: _____ Edad: _____ años Sexo: Varón Mujer

Procedencia: _____

Tiempo de servicio militar: _____ meses

Estado civil: Soltero Conviviente Casado Conviviente

Nivel de instrucción: Primaria Secundaria Superior

Dependencia familiar: Tiene familia que dependa directamente de USTED?

No Sí : Hijos _____ Esposa Padres

Se ha separado de sus seres queridos? Sí No

Ha recibido maltrato en el cuartel: Físico Psicológico Ninguno

La alimentación es: buena Mala

Existe compañerismo No Sí

Anexo 2

Escala de ideación suicida de Beck

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.

1. Deseo de vivir. ()
 0. Moderado a fuerte
 1. Poco (Débil).
 2. Ninguno (No tiene).
2. Deseo de morir. ()
 0. Ninguno (No tiene).
 1. Poco (Débil).
 2. Moderado a fuerte.
3. Razones para Vivir/Morir. ()
 0. Vivir supera a morir.
 1. Equilibrado (es igual).
 2. Morir supera a vivir.
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo. ()
 0. Ninguno (inexistente).
 1. Poco (Débil).
 2. Moderado a fuerte.
5. Deseo pasivo de suicidio. ()
 0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO

6. Duración. ()
 0. Breves, periodos pasajeros.
 1. Periodos largos.
 2. Contínuos (Crónicos), casi contínuos.

7. Frecuencia. ()
- 0. Rara, ocasionalmente.
 - 1. Intermittente.
 - 2. Persistentes y continuos
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos. ()
- 0. Rechazo.
 - 1. Ambivalente; indiferente.
 - 2. Aceptación.
9. Control sobre la acción/deseo de suicidio. ()
- 0. Tiene sentido de control.
 - 1. Inseguridad de control
 - 2. No tiene sentido de control.
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar). ()
- 0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
 - 1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
 - 2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.
11. Razones para pensar/desear el intento suicida. ()
- 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
 - 1. Combinación de 0-2.
 - 2. Escapar, acabar, salir de problemas.
- III. CARACTERISTICAS DEL INTENTO.**
12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento. ()
- 0. Sin considerar.
 - 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
 - 2. Detalles elaborados / bien formulados.

13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento. ()
- 0. Método no disponible, no oportunidad.
 - 1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
 - 2. Método y oportunidad disponible
 - 2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.
14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento. ()
- 0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.
 - 1. No está seguro de tener valor.
 - 2. Está seguro de tener valor.
15. Expectativa/ anticipación de un intento real. ()
- 0. No.
 - 1. Sin seguridad, sin claridad.
 - 2. Sí.
- IV. ACTUALIZACION DEL INTENTO.**
16. Preparación real. ()
- 0. Ninguna.
 - 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
 - 2. Completa.
17. Nota Suicida. ()
- 0. Ninguna.
 - 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
 - 2. Escrita. Terminada.
18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos). ()
- 0. No.
 - 1. Sólo pensados, arreglos parciales..
 - 2. Terminados
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida. ()
- 0. Revela las ideas abiertamente.
 - 1. Revela las ideas con reservas.
 - 2. Encubre, engaña, miente.

20. Intento de suicidio Anteriores.

()

0. No.

1. Uno.

2. Más de uno.





