

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana  
Programa Profesional de Medicina Humana



TIPOS DE PERSONALIDAD Y CARACTERISTICAS  
SOCIDEMOGRÁFICAS ASOCIADOS AL INTENTO DE  
SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL  
“MANUEL NUÑEZ BUTRON” PUNO 2013

Autor:

CARLOS ADRIÁN PINTO LLERENA

Trabajo de investigación para optar el Título  
Profesional de Médico Cirujano

Arequipa – Perú  
2014

## DEDICATORIA

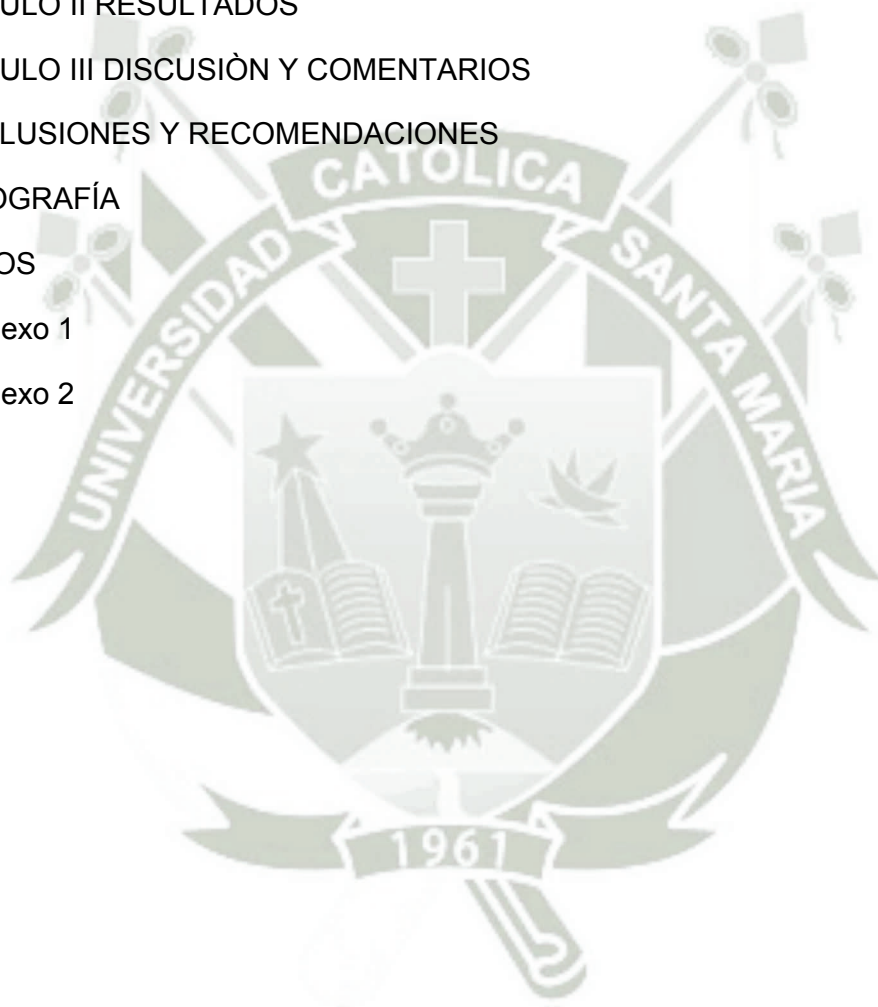
A mis padres Blanca y Adrián  
por su apoyo y amor incondicional  
durante las diferentes etapas de mi vida.

A mis hermanos Raquel y Jesús  
por darnos un motivo más por el cual  
seguir buscando conseguir nuestras metas.

A mis docentes  
por todas las enseñanzas  
compartidas.

## INDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÒN	6
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	8
CAPÍTULO II RESULTADOS	13
CAPÍTULO III DISCUSIÒN Y COMENTARIOS	28
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	42
Anexo 1	43
Anexo 2	44



## RESUMEN

**Antecedente:** La frecuencia de atenciones de pacientes con intento de suicidio, en los Servicios de Emergencia de los hospitales, es creciente.

**Objetivos:** Asociar los factores del perfil sociodemográfico, los tipos de personalidad y los factores del intento de suicidio, en pacientes del Hospital Regional “MNB” de Puno, año 2013.

**Métodos:** Se analizaron las historias clínicas de todos los pacientes hospitalizados con diagnóstico de intento de suicidio durante el año 2013, la personalidad fue evaluada con el test MINI MULT (versión abreviada del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2), la asociación de los factores se analizó con la prueba estadística del chi cuadrado.

**Resultados:** Del total de 62 pacientes hospitalizados en el año 2013 por intento de suicidio, se asociaron más frecuentemente con el sexo femenino, la edad de 20 – 29 años en varones y de  $\leq 19$  años en mujeres, con los meses entre enero a junio en varones y de abril a setiembre en mujeres; con el estado civil de solteros, el grado de instrucción secundaria, las familias nucleares, las ocupaciones poco calificadas en varones y la de estudiante en mujeres. Los casos de intento de suicidio hospitalizados se asociaron con más frecuencia con el tipo de personalidad “esquizofrenia” y estos se asociaron con más frecuencia con la ingesta de organofosforados, los problemas de pareja y familiares. La asociación con los factores: número de intentos de suicidio y el antecedente familiar de intento de suicidio consumado, no se pudo establecer por la frecuencia mínima de casos. El tipo de personalidad “esquizofrenia” se asoció con más frecuencia con el estado civil de solteros, las ocupaciones de estudiante y el grado de instrucción secundaria.

**Conclusión:** No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los factores del perfil sociodemográfico, los tipos de personalidad y los factores del intento de suicidio.

**Palabras claves:** Intento de suicidio, tipo de personalidad, factores sociodemográficos.

## ABSTRACT

**Background:** The prevalence of care of patients with suicide attempt in the Emergency Services of hospitals is increasing.

**Objectives:** Associate demographic profile factors, personality types and factors of attempted suicide in patients Regional Hospital "MNB" Puno, 2013.

**Methods:** The medical records of all patients hospitalized with a diagnosis of attempted suicide during the year 2013 were analyzed, personality was assessed with the test MINI MULT (abbreviated version of Multiphasic Personality Inventory Minnesota - 2), the association of the factors was analyzed with the chi-square test statistic.

**Results:** Of 62 patients hospitalized in 2013 for attempted suicide were more frequently associated with female sex, age 20-29 years in men and women  $\leq 19$  year, with the months from January to June in men and women April to September; with single marital status, degree of secondary education, nuclear families, low-skilled occupations in men and women student. The hospitalized cases of attempted suicide more often associated with personality type "schizophrenia" and these were associated with more frequent intake of organophosphates, relationship problems and family. The association with the factors: number of suicide attempts and family history of completed suicide attempt, could not establish the minimum frequency of cases. Personality type "schizophrenia" is most often associated with single marital status, student occupations and high school degree.

**Conclusion:** No statistically significant differences between the factors found sociodemographic profile, personality types and factors of attempted suicide.

**Keywords:** Attempted suicide, personality type, sociodemographic factors.

## INTRODUCCIÓN

El suicidio en los últimos años ha tenido un incremento sistemático, constituyendo una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo. Según la OMS, entre los años 1990 y 2020 el número de suicidios pasará de 593,000 a 995,000, y que parte de este incremento se debe principalmente a expensas de la población joven.

Estudios anteriores demuestran que existe un verdadero incremento de este fenómeno desde 1959 a la fecha entre los adolescentes y jóvenes de la población europea y norteamericana. Siendo el suicidio la tercera causa de muerte en jóvenes estadounidense, realidad a la que no es ajena América Latina donde la mayor incidencia se presenta en jóvenes entre los 15 y 19 años de edad (2); poniendo al suicidio como un problema de especial relevancia en salud pública y un problema de frecuente emergencia en los servicios hospitalarios.

La conducta suicida abarca el suicidio consumado, intento de suicidio, amenazas suicidas y la ideación suicida. Diversos autores consideran como factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes a: la depresión debida en mayor parte a la dificultad para afrontar la frustración, la disfunción familiar, el abuso sexual, la insatisfacción de necesidades básicas y el maltrato, entre otros factores.

En nuestro país y en nuestra ciudad de Puno, existen datos descriptivos y epidemiológicos del suicidio, pero aún son muy generales y no se ha profundizado el estudio de los factores de riesgo en grupos especiales como los adolescentes y estudiantes.

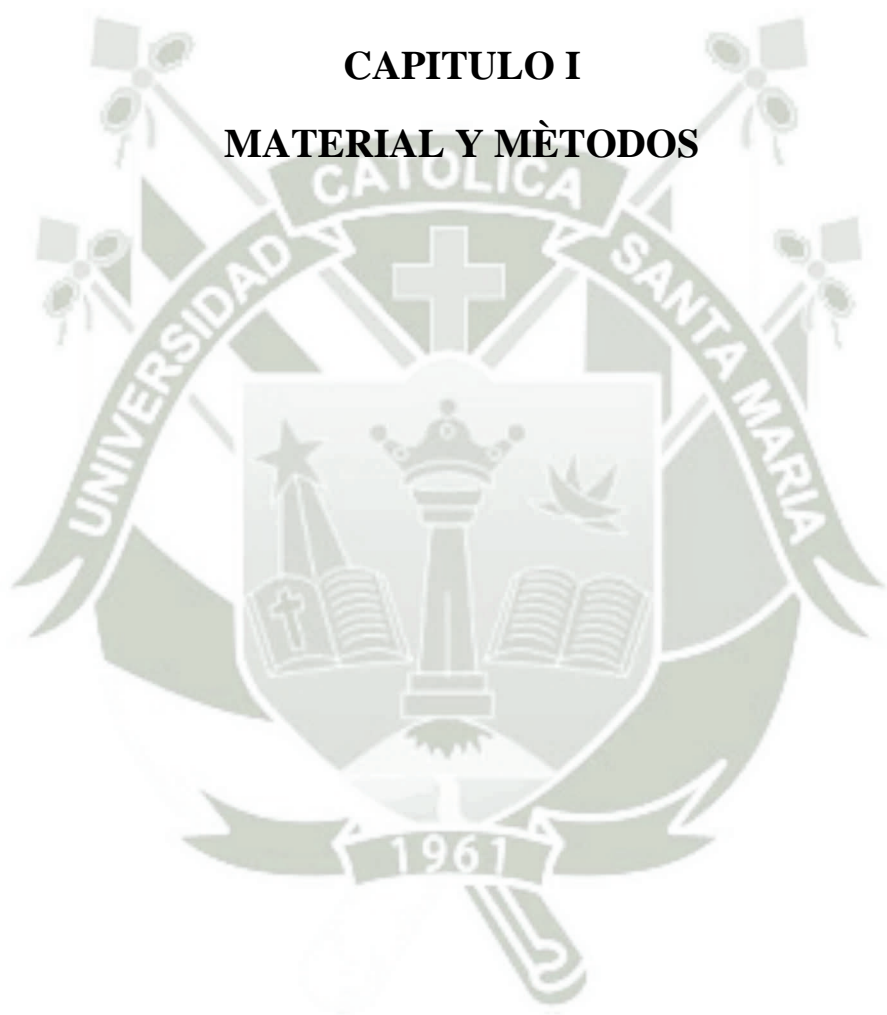
En un estudio sobre la caracterización del paciente con intento de suicidio en el hospital general "José Agurto Tello de Chosica" Lima 1995-2004, que incluyó a 380 casos, de 13 pacientes en 1995 se llegó a 41 en el año 2004. Se presentó con más frecuencia en mujeres (63,7%), 74% estuvo entre 15 a 29 años y 61,2% eran solteros. El 13% de los casos atendidos fueron reintentos. Entre las principales causas tenemos a las discusiones familiares (33,9%) y de pareja (27,6) y los métodos más frecuentes fueron el uso de compuestos órgano

fosforados (75,3%) e intoxicaciones medicamentosas (20,3%). La tasa interna en el servicio de emergencia fue de 0,0017 en el año 2004.



# CAPITULO I

## MATERIAL Y MÉTODOS



## A. AMBITO DE ESTUDIO

La presente investigación se realizará en el departamento de Puno, el cual se encuentra situado en la región sudeste del Perú, en la frontera con Bolivia. Tiene una superficie de 72.383,44 km<sup>2</sup>, incluyendo la parte peruana del lago Titicaca que es de 4.996,28 km<sup>2</sup>.

De acuerdo a la actividad censal del 2007 realizada por el INEI, la región Puno alcanzó 1'268,441 habitantes y para el año 2009 la proyección es de 1'338,163 ocupa el 21 lugar a nivel nacional y con una Tasa de crecimiento del 1.13%. La población regional se encuentra constituida básicamente por dos culturas la Colla y la Aymara.

La estructura poblacional de la Provincia de Puno presenta características muy particulares con respecto al promedio de la población Regional, cuyo mayor rango de edades oscila entre las edades de 5 a 19 años, lo que se interpreta que la Provincia de Puno cuenta con una mayor base de población joven. El 20.4% representa adolescentes y jóvenes de 10 y 19 años, el 18.1% representa a niños de 0 a 9 años, el 17.6% de la población comprende la población de 20 a 29 años y el 11% representa ancianos de 60 a más años. La estructura por sexo está constituida por el 50.7% de población femenina y el 49.3% de población masculina (46).

En la estratificación de la población por estratos socio económicos, notamos que no comprende la población del estrato 1 ó alto por no existir este nivel en la ciudad ni en el departamento; en el caso del estrato 2 ó medio podemos ver que es bastante pequeño, estimándose en solamente un 2.7% del total de la población. El estrato 3 ó medio representa el 8.4%, mientras que los estratos 4 y 5, categorizados como bajo y muy bajo, representan la mayor parte de la población de la ciudad, dado que sumados los dos estratos representan el 88.9% de la población (46).

El departamento de Puno cuenta con la mayoría de los distritos en extrema pobreza es decir en el quintil 1, muy pobres quintil 2 y pobres que corresponde al quintil 3, por lo que las actividades de salud deben ser dirigidas a disminuir las brechas existentes entre la población con adecuadas estrategias y programas de intervención (47)

Del total de Hospitales, 2 tienen la categoría de II-2 los cuales son hospitales de referencia de la zona Norte el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca y de la zona sur el hospital Manuel Núñez Butrón de Puno, 9 Hospitales tiene la categoría de II-1, los cuales se encuentran en la capital de provincia de las Redes de salud y corresponden a las provincias: Huancané, Ayaviri, Azángaro, Juli, Ilave, Yunguyo, Sandía, Macusani, Lampa.

Los centros de salud con categoría I-3 son 50 que corresponden al 11.36% y con categoría I-4 son 42 establecimientos de salud con un 9.55%. Puestos de salud con categoría I-1 con 219 establecimientos (49.71%) y I-2 con 118 establecimientos de salud (26.82%). El número de establecimientos que están en el régimen CLAS están distribuidos en todas las Redes, siendo en mayor porcentaje en la REDESS Collao (47)

En la región Puno año 2012, en la población general, las 10 primeras causas de muerte eran: el paro cardíaco no especificado, otras enfermedades cerebrovasculares especificadas, insuficiencia renal crónica no especificada, septicemia no especificada, traumatismo intracraneal con coma prolongado, otras septicemias especificadas, insuficiencia cardíaca congestiva, hemorragia gastrointestinal no especificada, inmadurez extrema, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido; pero no figura en esta lista el suicidio entre las primeras 10 causas, tampoco figura el intento de suicidio dentro de las 10 primeras causas de morbilidad, lo que puede sugerir que son problemas de menor frecuencia en Puno o que se habría incrementado recién en los últimos 3 años (47).

El Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón, está ubicado en el cercado de la ciudad y recibe población de los sectores socio-económicos medio bajo y bajo, característicos de la población promedio de la provincia, es un hospital de referencia y en muchos casos recibe pacientes asegurados que han recibido la atención de emergencia por intento de suicidio en Essalud.

## **B. UNIDAD DE ESTUDIO**

Para el estudio de la personalidad y características sociodemográficas, de los casos con intento de suicidio de los pacientes atendidos en el Servicio de

Emergencia del hospital Manuel Núñez Butrón, la unidad de estudio serán todos los pacientes atendidos con este diagnóstico en el año 2013, que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

- De uno u otro sexo.
- Diagnóstico de intento de suicidio.
- Estado de salud que les permita comprender el sentido de la encuesta y responderla de manera autónoma.

### **C. UNIVERSO Y MUESTRA**

Para el estudio de las características sociodemográficas y diferentes patrones de los tipos de personalidad de los pacientes con intento de suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del hospital Manuel Núñez Butrón durante el año 2013, se tomó al total de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, los cuales sumarían 60, por lo tanto, no se tomó una sola muestra, sino al 100%.

### **D. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El estudio sobre los tipos de personalidad y características sociodemográficas en pacientes con diagnóstico de intento de suicidios atendidos en el hospital, es de tipo transversal de diagnóstico.

### **E. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

Para la identificación y análisis de las características sociodemográficas se usará la técnica de clasificación y categorización de la información de las historias clínicas, para lo cual se usará una ficha que consta en el Anexo 1.

Para la identificación de los patrones que se inclinan mas a los diferentes tipos de personalidad de los casos de intentos de suicidio, se usará el MINI MULT (versión abreviada del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2) Anexo 2 (48). Los elementos de estos tests han sido validados extensamente.

Debo hacer notar que desde que inicié mi internado en Enero 2013 contacté con el Dr. Ceferino Adrián Pinto Guillén, Psiquiatra, Médico Jefe del Servicio de Salud Mental, quien me apoyó en mi proyecto y me informó que contaba con todo el material necesario para realizarlo y desde el mes de Julio que roté por

Medicina, personalmente me encargué de la toma de datos para mi trabajo y supervisado por el Dr. Pinto.

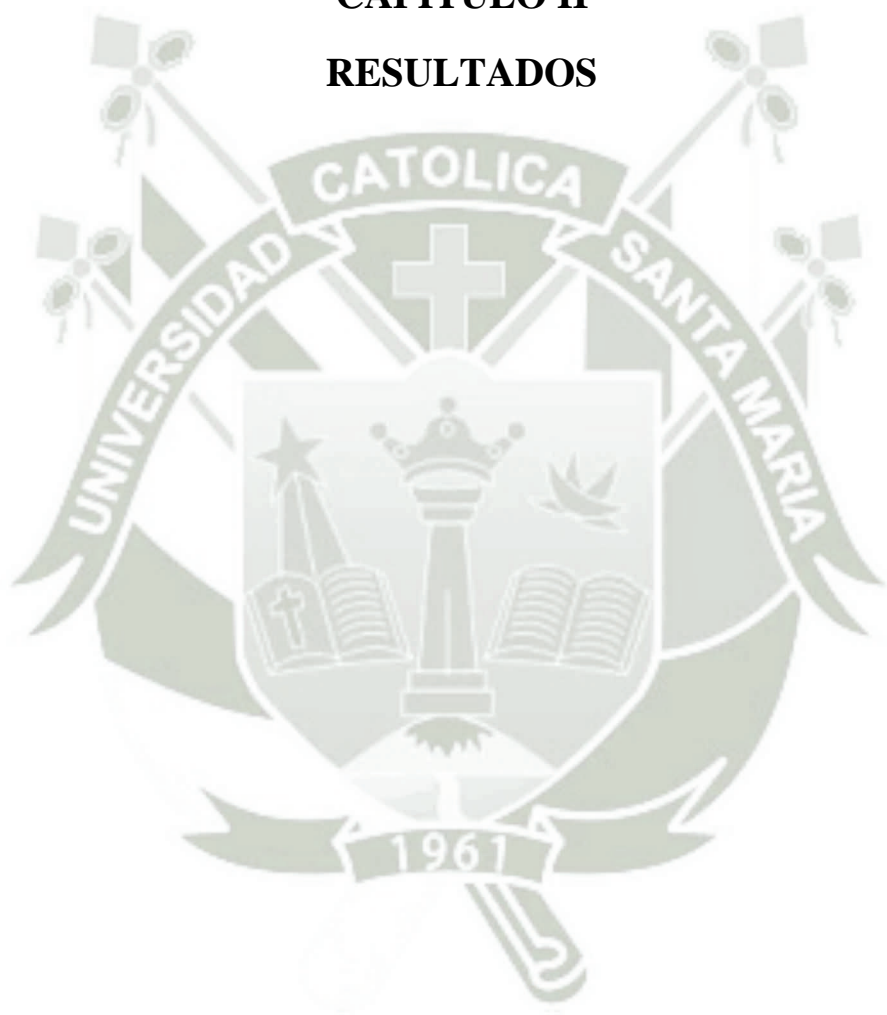
#### **F. PROCEDIMIENTO**

- Los pacientes serán captados por el Servicio de Emergencia donde se les dará la atención de emergencia: lavado gástrico (si correspondiera), estabilización hidroelectrolítica, observación, interconsulta a psiquiatría, hospitalización.
- Una vez en piso, al día siguiente, (dependiendo del caso), se procederá a entablar una buena relación médico paciente, al mismo tiempo que se captarán las características sociodemográficas del paciente, (Anexo 1), se aplicará el Inventario Multifásico de personalidad de Minnesota MMPI-2 abreviado entregándole lapicero y el test para que sea llenado por el mismo paciente mientras se supervisa el correcto llenado de este (Anexo 2), para tipificar su patrón de personalidad y/o psicopatología asociada. En algunos pacientes será necesario un día para tomar todos los datos necesarios para llenar los anexos 1 y 2, en otros será necesario dos o más días, dependiendo de su gravedad.
- Luego de la recolección de datos se procederá a la revisión de los formatos para completar algunos datos faltantes. Una vez que se tenga todos los test llenados se procederá a su transcripción a una hoja de cálculo de Excel, donde con ayuda de un software (hoja de cálculo minimult) se obtendrá los resultados de los tests de forma impresa, sencilla y rápida, para luego realizar el análisis estadístico.
- Complementariamente nos hemos comprometido con el Servicio de Salud Mental del hospital, para entregarle copia del informe final de la investigación.

#### **G. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para los resultados de prevalencia se usará técnicas de estadística descriptiva. En el estudio de asociación se usará la prueba de chi cuadrado ( $X^2$ ); evaluando si son factores de riesgo y significancia.

## CAPITULO II RESULTADOS



## A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PERSONALIDAD

TIPOS DE PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL "MANUEL NUÑEZ BUTRON" PUNO 2013

**Tabla 1**  
**EDAD POR SEXO**

GRUPO ETARIO	MASCULINO		FEMENINO	
	Nº	%	Nº	%
≤19	3	23.07	27	55.06
20 - 29	7	53.86	16	32.68
30 - 39	2	15.38	6	12.24
40 - 49	0	0	0	0
50 - 59	1	7.69	0	0
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.00</b>	<b>49</b>	<b>100.00</b>

$X^2 = 2.89$   $p > 0.05$  no significativo.

TIPOS DE PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS AL  
INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NUÑEZ  
BUTRON” PUNO 2013

**Tabla 2**  
**MES DE INGRESO POR SEXO**

MES	MASCULINO		FEMENINO	
	N°	%	N°	%
- Enero – Marzo	4	30.8	8	16.34
- Abril - Junio	4	30.8	15	30.6
- Julio – Setiembre	3	23.0	14	28.56
- Octubre - Diciembre	2	15.4	12	24.48
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.00</b>	<b>49</b>	<b>100.00</b>

$X^2 = 1.21$   $p > 0.05$  no significativo.

TIPOS DE PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS AL  
INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NUÑEZ  
BUTRON” PUNO 2013

**Tabla 3**  
**ESTADO CIVIL/MARITAL POR SEXO**

ESTADO CIVIL/MARITAL	MASCULINO		FEMENINO	
	Nº	%	Nº	%
- Soltero	7	53.8	32	65.3
- Conviviente/casado	6	46.2	17	34.7
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.00</b>	<b>49</b>	<b>100.00</b>

$X^2 = 0.4$   $p > 0.05$  no significativo.

TIPOS DE PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS AL  
INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NUÑEZ  
BUTRON” PUNO 2013

**Tabla 4**  
**OCUPACIÓN POR SEXO**

OCUPACIÓN	MASCULINO		FEMENINO	
	Nº	%	Nº	%
- Estudiante	5	38.4	30	61.24
- Ama de casa	0	0	11	22.44
- Profesionales/Técnicos	0	0	6	12.24
- Otros*	8	61.6	2	4.08
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.00</b>	<b>49</b>	<b>100.00</b>

$X^2 = 26.85$   $p < 0.001$  significativo.

\* Otros: mecánico (1), serenazgo (1), cobrador (1), triciclero (1), albañil (1), peluquero (1), comerciante (3), vigilante (1).

TIPOS DE PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS AL  
INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NUÑEZ  
BUTRON” PUNO 2013

**Tabla 5**  
**GRADO DE INSTRUCCIÓN POR SEXO**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	MASCULINO		FEMENINO	
	Nº	%	Nº	%
- Primaria	1	7.6	0	0
- Secundaria	10	77.0	32	65.3
- Superior	2	15.4	17	34.7
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.00</b>	<b>49</b>	<b>100.00</b>

$X^2 = 1.87$   $p > 0.05$  no significativo.

TIPOS DE PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS AL  
INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL "MANUEL NUÑEZ  
BUTRON" PUNO 2013

**Tabla 7**  
**TIPOS DE PERSONALIDAD POR SEXO**

TIPO DE PERSONALIDAD	MASCULINO		FEMENINO	
	Nº	%	Nº	%
- Hipocondría	2	5.4	4	8.16
- Depresión	1	7.6	3	6.12
- Histeria	0	0	0	0
- Desviación psicopática	0	0	10	20.4
- Paranoia	0	0	11	22.44
- Psicastenia	0	0	1	2.04
- Esquizofrenia	10	77.0	20	40.8
- Hipomanía	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.00</b>	<b>49</b>	<b>100.00</b>

$X^2 = 9.46$   $p > 0.05$  no significativo.

TIPOS DE PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS AL  
INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NUÑEZ  
BUTRON” PUNO 2013

**Tabla 6**  
**TIPO FAMILIAR POR SEXO**

TIPO FAMILIAR	MASCULINO		FEMENINO	
	Nº	%	Nº	%
- Nuclear	8	61.6	25	51.4
- Ampliada	3	23.1	13	26.52
- Incompleta	2	15.3	11	22.44
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.00</b>	<b>49</b>	<b>100.00</b>

$X^2 = 0.67$   $p > 0.05$  no significativo.

**B. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD Y DEL INTENTO DE SUICIDIO**

TIPOS DE PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NUÑEZ BUTRON” PUNO 2013

**Tabla 8**  
**CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD**  
**POR NUMERO DE INTENTOS DE SUICIDIO**

PATRÓN DE PERSONALIDAD	UN INTENTO		DOS INTENTOS	
	Nº	%	Nº	%
- Hipocondría	6	10.02	0	0
- Depresión	4	6.68	0	0
- Histeria	1	1.67	0	0
- Desviación psicopática	10	16.7	0	0
- Paranoia	11	18.35	0	0
- Psicastenia	1	1.67	0	0
- Esquizofrenia	27	45.09	2	100.00
- Hipomanía	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>	<b>2</b>	<b>100.00</b>

$X^2 = 2.03$   $p > 0.05$  no significativo.

TIPOS DE PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS AL  
INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NUÑEZ  
BUTRON” PUNO 2013

**Tabla 9**  
**CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD POR**  
**METODO DE INTENTO DE SUICIDIO**

TIPO DE PERSONALIDAD	INGESTA DE ORGANOFOSFORADOS		INGESTA DE FÁRMACOS		OTROS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Hipocondría	4	7.84	1	20	0	0
- Depresión	2	3.96	1	20.0	1	16.8
- Histeria	0	0	0	0	0	0
- Desviación psicopática	9	17.64	0	0	1	16.6
- Paranoia	11	21.56	0	0	0	0
- Psicastenia	0	0	0	0	1	16.6
- Esquizofrenia	25	49.0	3	60.0	3	50
- Hipomanía	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.00</b>	<b>5</b>	<b>100.00</b>	<b>6</b>	<b>100.00</b>

$X^2 = 5.44$   $p > 0.05$  no significativo.

TIPOS DE PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS AL  
INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NUÑEZ  
BUTRON” PUNO 2013

**Tabla 10**  
**TIPOS DE PERSONALIDAD POR ANTECEDENTE DE**  
**INTENTO DE SUICIDIO CONSUMADO EN LA FAMILIA**

TIPO DE PERSONALIDAD	INTENTO DE SUICIDIO CONSUMADO			
	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
- Hipocondría	0	0	6	9.78
- Depresión	1	100.0	3	4.91
- Histeria	0	0	0	0
- Desviación psicopática	0	0	10	16.3
- Paranoia	0	0	11	19.93
- Psicastenia	0	0	1	1.63
- Esquizofrenia	0	0	30	49.45
- Hipomanía	0	0	0	0
Total	1	100.00	61	100.00

$X^2 = 0.25$   $p > 0.05$  no significativo.

TIPOS DE PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS AL  
INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NUÑEZ  
BUTRON” PUNO 2013

**Tabla 11**  
**TIPOS DE PERSONALIDAD POR SITUACIÓN PRECIPITANTE**  
**DEL INTENTO DE SUICIDIO**

TIPO DE PERSONALIDAD	Problemas de pareja		Problemas económicos		Problemas familiares		Problemas académicos		Problemas laborales	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
- Hipocondría	5	16.15	0	0	1	4.76	0	0	0	0
- Depresión	0	0	0	0	4	19.04	0	0	0	0
- Histeria	0	0	0	0	0	0	1	33.4	0	0
- Desviación psicopática	4	12.92	0	0	6	28.56	1	33.3	0	0
- Paranoia	5	16.15	0	0	4	19.04	0	0	2	40.0
- Psicastenia	1	3.23	0	0	0	0	0	0	0	0
- Esquizofrenia	16	51.55	2	100	6	28.6	1	33.3	3	60.0
- Hipomanía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100.00</b>	<b>2</b>	<b>100.00</b>	<b>21</b>	<b>100.00</b>	<b>3</b>	<b>100.00</b>	<b>5</b>	<b>100.00</b>

TIPOS DE PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS AL  
INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NUÑEZ  
BUTRON” PUNO 2013

**Tabla 12**  
**TIPOS DE PERSONALIDAD POR ESTADO CIVIL/MARITAL**

TIPOS DE PERSONALIDAD	SOLTERO		CASADO/CONVIVIENTE	
	Nº	%	Nº	%
- Hipocondría	2	5.12	4	17.39
- Depresión	4	12.8	0	0
- Histeria	1	2.56	0	0
- Desviación psicopática	5	10.24	4	17.39
- Paranoia	8	20.48	3	13.05
- Psicastenia	0	0	1	4.34
- Esquizofrenia	19	48.8	11	47.88
- Hipomanía	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.00</b>	<b>23</b>	<b>100.00</b>

$X^2 = 6.76$   $p > 0.05$  no significativo.

TIPOS DE PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS AL  
INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NUÑEZ  
BUTRON” PUNO 2013

**Tabla 13**  
**TIPOS DE PERSONALIDAD POR OCUPACIÓN**

TIPOS DE PERSONALIDAD	ESTUDIANTE		AMA DE CASA		PROF./TÉCNICOS		OTROS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Hipocondría	1	2.85	0	0	2	33.2	2	20.0
- Depresión	2	5.7	1	9	1	16.6	0	0
- Histeria	0	0	0	0	0	0	0	0
- Desviación psicopática	6	17.1	3	27.27	0	0	0	0
- Paranoia	8	22.8	3	27.27	0	0	0	0
- Psicastenia	1	2.85	0	0	0	0	0	0
- Esquizofrenia	17	48.7	4	36.37	3	50.2	8	80.0
- Hipomanía	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100.00</b>	<b>11</b>	<b>100.00</b>	<b>6</b>	<b>100.00</b>	<b>10</b>	<b>100.00</b>

$X^2=13.7$   $p > 0.05$  no significativo.

TIPOS DE PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS AL  
INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NUÑEZ  
BUTRON” PUNO 2013

**Tabla 14**  
**TIPOS DE PERSONALIDAD POR GRADO DE INSTRUCCIÓN**

TIPOS DE PERSONALIDAD	PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Hipocondría	1	100.00	2	4.84	3	15.8
- Depresión	0	0	1	2.38	3	15.8
- Histeria	0	0	0	0	0	0
- Desviación psicopática	0	0	8	19.0	2	10.52
- Paranoia	0	0	9	21.42	3	15.78
- Psicastenia	0	0	0	0	1	5.26
- Esquizofrenia	0	0	22	52.36	7	36.84
- Hipomanía	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100.00</b>	<b>42</b>	<b>100.00</b>	<b>19</b>	<b>100.00</b>

$X^2 = 8.33$   $p > 0.05$  no significativo.

## CAPÍTULO III

### DISCUSIÓN Y COMENTARIOS



La presente investigación se propuso asociar las características del perfil sociodemográfico, los tipos de personalidad y los factores del intento de suicidio de pacientes del Hospital Regional “MNB” de Puno, año 2013, considerando que la prevalencia de intento de suicidio ha aumentado en los últimos años y se ha constituido en una de las emergencias más comunes en los Servicios hospitalarios. El suicidio en los últimos años ha tenido un incremento sistemático, constituyendo una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo. Según la OMS, entre los años 1990 y 2020 el número de suicidios pasará de 593,000 a 995,000<sup>1</sup>; igualmente, en un estudio realizado en estudiantes preuniversitarios en Lima el año 2005, se encontró la prevalencia de vida de 48% para los deseos pasivos de morir, 30% ideación suicida, 15% elaboró un plan suicida y 9% intentó suicidarse<sup>23</sup>.

En la Tabla 1 se observa que la frecuencia de hospitalizaciones el 2013, por intento de suicidio en el hospital estudiado, fue de 62 casos, siendo más frecuente en mujeres (varones 20.96% y mujeres 79,04%). La edad más común en varones fue la de 20 – 29 años (53.86%) y la de ≤19 en mujeres (55.06%), pero estas diferencias no fueron significativas estadísticamente ( $X^2 = 2.89$   $p > 0.05$ ). En diversos estudios, los sujetos que sufren un trastorno de la personalidad, el suicidio consumado también está más asociado al sexo masculino<sup>4</sup>.

Se sabe que en la mayoría de los casos de muertes consumadas, las personas habían presentado ideas e intentos suicidas, incluso habían consultado algún especialista antes del evento<sup>5</sup>. Aproximadamente una de cada cuatro personas con intento suicida reportó haber consultado alguna vez a un psiquiatra<sup>6</sup>.

En un estudio realizado en estudiantes en México (2010) se encontró también la mayor frecuencia de ideación suicida en mujeres<sup>7</sup>.

En la Tabla 2 observamos que la mayor frecuencia de hospitalizaciones en varones por intento de suicidio se presenta entre los meses de enero a junio (61.6%) y las mujeres entre abril a setiembre (59.16%), pero esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $X^2 = 1.21$   $p > 0.05$ ).

En la tabla 3 encontramos que los varones y mujeres que ingresaron al hospital por intento de suicidio fueron en su mayoría solteros. En la Tabla 4 la ocupación de la mayoría de varones tenían ocupaciones variadas y poco

calificadas como mecánico, vigilante de serenazgo, cobrador de buses, tricicleros y albañil; en las mujeres predominó la ocupación de estudiantes (161.24%); en este caso, la diferencia sí fue significativa estadísticamente ( $X^2 = 26.85$   $p < 0.001$ ).

En cuanto al grado de instrucción (Tabla 5), en ambos sexos predominó el grado de instrucción secundaria.

Los grupos familiares en los cuales vivían los pacientes, en ambos sexos (Tabla 6), fue generalmente la nuclear, en el caso de las mujeres hubo más casos de familias donde faltaba algunos de los padres; esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $X^2 = 0.67$   $p > 0.05$ ).

El tipo de personalidad que predominaba (Tabla 7) entre los pacientes con intento de suicidio y que fueron hospitalizados, fue el de “esquizofrenia” (77% en varones y 40.8% en mujeres), en las mujeres le seguían en frecuencia la “paranoia” (22.44%) y la “desviación psicopática” (20.4%). La diferencia no fue significativa estadísticamente ( $X^2 = 9.46$   $p > 0.05$ ).

Según la literatura, la mayoría de los cuadros clínicos psicopatológicos no son puros y comparten rasgos clínicos con otras entidades nosológicas. Por lo tanto, en psicopatología la comorbilidad es más una regla que una excepción. Las cifras de los trastornos comórbidos pueden ser muy variadas en función del diseño de trabajo y la muestra empleada<sup>8</sup>.

En cuanto a las características de personalidad y el número de intentos de suicidio (Tabla 8), observamos que sólo hubo 2 casos que tuvieron como antecedentes 2 intentos de suicidio, por lo tanto, no se puede proponer alguna explicación al respecto.

Acerca de la asociación entre el tipo de personalidad y el método empleado para el intento de suicidio, predominó la “esquizofrenia” en todos los métodos, pero en los de tipo “depresión” le seguía el método de la ingesta de fármacos”. No se puede hacer un análisis más exhaustivo según sexo, dado la limitación de casos. La diferencia no fue significativa estadísticamente ( $X^2 = 5.44$   $p > 0.05$ ).

La letalidad del intento de suicidio suele evaluarse por medio del método utilizado en la última tentativa<sup>9</sup>, y algunos factores de riesgo derivados de las variables sociodemográficas, el diagnóstico clínico<sup>10</sup>, la comorbilidad con trastornos del estado de ánimo<sup>11</sup>, la desesperanza<sup>12</sup>, los conflictos en las

relaciones familiares, los vínculos sociales, historias de pérdidas interpersonales, el deterioro del estado de salud físico, el consumo de alcohol y drogas<sup>13</sup>.

En cuanto al antecedente familiar de intento de suicidio consumado (Tabla 10), no se puede hacer un análisis de la asociación pues sólo hubo un caso con este antecedente.

En la Tabla 11 observamos relación entre el tipo de personalidad con la situación precipitante referida por el paciente. Predominaron los problemas de pareja, seguido de los problemas familiares, en el primer casos se asociaban más a la personalidad “esquizofrenia” y en el segundo a “desviación psicopática”.

Pertenecer a familias con niveles bajos de cohesión<sup>14</sup>, presentar conflictos con padre y/o madre, presenciar discusiones familiares por problemas económicos<sup>15</sup>, desempleo, antecedente de conducta suicida en algún familiar cercano, entre otros<sup>16</sup>, posibilitan la ideación e intento suicida.

En la Tabla 12 podemos observar que el tipo de personalidad “esquizofrenia” es más frecuente en los solteros y los casados/convivientes, no existiendo diferencia significativa estadísticamente ( $X^2 = 6.76 p > 0.05$ ).

El intento de suicidio en los pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es la causa más frecuente de hospitalización en esta categoría clínica, los riesgos suicidas constituyen con frecuencia la presentación del padecimiento. Los pacientes recaen continuamente generando altos costos personales–familiares, de hospitalización en tratamientos, medicación e incapacidades laborales en personas económicamente activas, siendo el costo más alto, la pérdida de la vida humana<sup>17</sup>.

Algo semejante se observa que la Tabla 13, la personalidad “esquizofrenia” es más frecuente en las ocupaciones: estudiante, amas de casa, profesiones/oficios y otros. Las diferencias no fueron significativa estadísticamente ( $X^2 = 13.7 p > 0.05$ ).

Factores individuales como la depresión es un como factor de mayor riesgo para el suicidio e ideación suicida en adolescentes<sup>18</sup>. También las adicciones, principalmente drogas y alcohol<sup>19</sup>, se asocian a la conducta suicida.

En la Tabla 14 podemos encontrar que no existe asociación estadísticamente significativa entre el tipo de personalidad y el grado de instrucción:  $X^2 = 8.33 p > 0.05$ .

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



## CONCLUSIONES

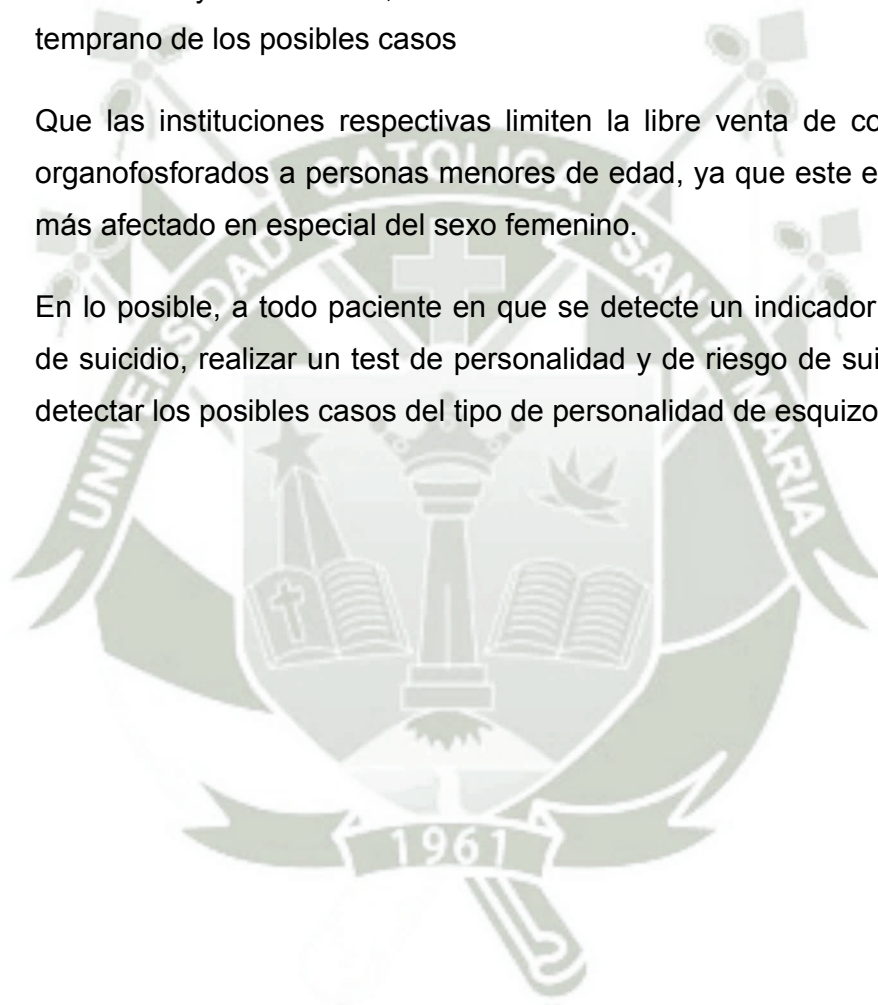
**PRIMERA:** Del total de 62 pacientes hospitalizados en el año 2013 por intento de suicidio, se asociaron más frecuentemente con el sexo femenino, la edad de 20 – 29 años en varones y de  $\leq 19$  años en mujeres, con los meses entre enero a junio en varones y de abril a setiembre en mujeres; con el estado civil de solteros, el grado de instrucción secundaria, las familias nucleares, las ocupaciones poco calificadas en varones y la de estudiante en mujeres. Sólo en el factor “ocupación” se encontró diferencia estadísticamente significativa.

**SEGUNDA:** Los casos de intento de suicidio hospitalizados se asociaron con más frecuencia con el tipo de personalidad “esquizofrenia” y éstos se asociaron con más frecuencia con la ingesta de organofosforados, los problemas de pareja y familiares. No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre estos factores. La asociación con los factores: número de intentos de suicidio y el antecedente familiar de intento de suicidio consumado, no se pudo establecer por la frecuencia mínima de casos.

**TERCERA:** El tipo de personalidad “esquizofrenia” se asoció con más frecuencia con: el estado civil de solteros, las ocupaciones de estudiante y el grado de instrucción secundaria. En todos los casos no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre estos factores.

## RECOMENDACIONES

1. Realizar prevención primaria con charlas preventivas y psicoeducación de la conducta suicida en colegios de educación secundaria y universidades ya que la mayoría de casos de intento de suicidio que se presentan en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón son adolescentes en calidad de estudiantes en periodos de educación secundaria y universitaria, con la finalidad de hacer un reconocimiento temprano de los posibles casos
2. Que las instituciones respectivas limiten la libre venta de compuestos organofosforados a personas menores de edad, ya que este es el grupo más afectado en especial del sexo femenino.
3. En lo posible, a todo paciente en que se detecte un indicador de riesgo de suicidio, realizar un test de personalidad y de riesgo de suicidio para detectar los posibles casos del tipo de personalidad de esquizofrenia.



## BIBLIOGRAFIA

1. Larraguibel M, González-Martínez V, Valenzuela R. Factores De Riesgo De La Conducta Suicida en Niños y Adolescentes. Rev Chil Pediatr 2000; 71(3): 183-191.
2. MUNOZ M, Jerson et al. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. Rev. perú. med. exp. salud pública, Lima, v. 23, n. 4, oct. 2006. Disponible en <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342006000400002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400002&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 06 agosto 2014.
3. Molina R, Rubio V, Pérez A, Carrasco J. Trastorno límite de la personalidad. En: Roca M et al. Trastornos de la personalidad. ARS Médica. España; 2003; p. 513–545.
4. Folino JO. Prevención del suicidio. En: Manuel Suárez (eds). Psiquiatría en medicina general. Buenos Aires: Richards Polemo; 2004; p. 137–151.
5. Borges G, Wilcox H, Medina–Mora M, Zambrano J, Blanco J et al. Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M–NCS): Lifetime and 12 month prevalence, psychiatric factors and service utilization. Salud Mental 2005; 28(2):40–47.
6. Pérez- Amezcu Berenice, Rivera-Rivera Leonor, Atienzo Erika E, Castro Filipa de, Leyva-López Ahidee, Chávez-Ayala Rubén. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2010 Ago [citado 2014 Ago 06]; 52(4): 324-333. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342010000400008&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400008&lng=es).
7. Franco F, San Martin A, Ubago G. Comorbilidad entre los trastornos mentales y los de personalidad. En: Roca M et al. trastornos de la personalidad. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. España: Editorial ARS Médica; 2003; p. 387–400.
8. Weisman AD, Worden JW. Risk–Rescue rating in suicide assessment. En: Beck A. Resnik, Lettieri (eds). The prediction of suicide in comp. Bowie Maryland: Charles Press; 1974; p. 193–213.
9. Soloff P, Fabio A, Kelly T, Malone K, Mann J. High–lethality status in patients with borderline personality disorder, J Personal Disord 2005;19(4):386–399.
10. Yen S, Shea T, Grilo C, Kodol A, Gunderson J et al. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. Am J Psychiatry 2004; 161–167.

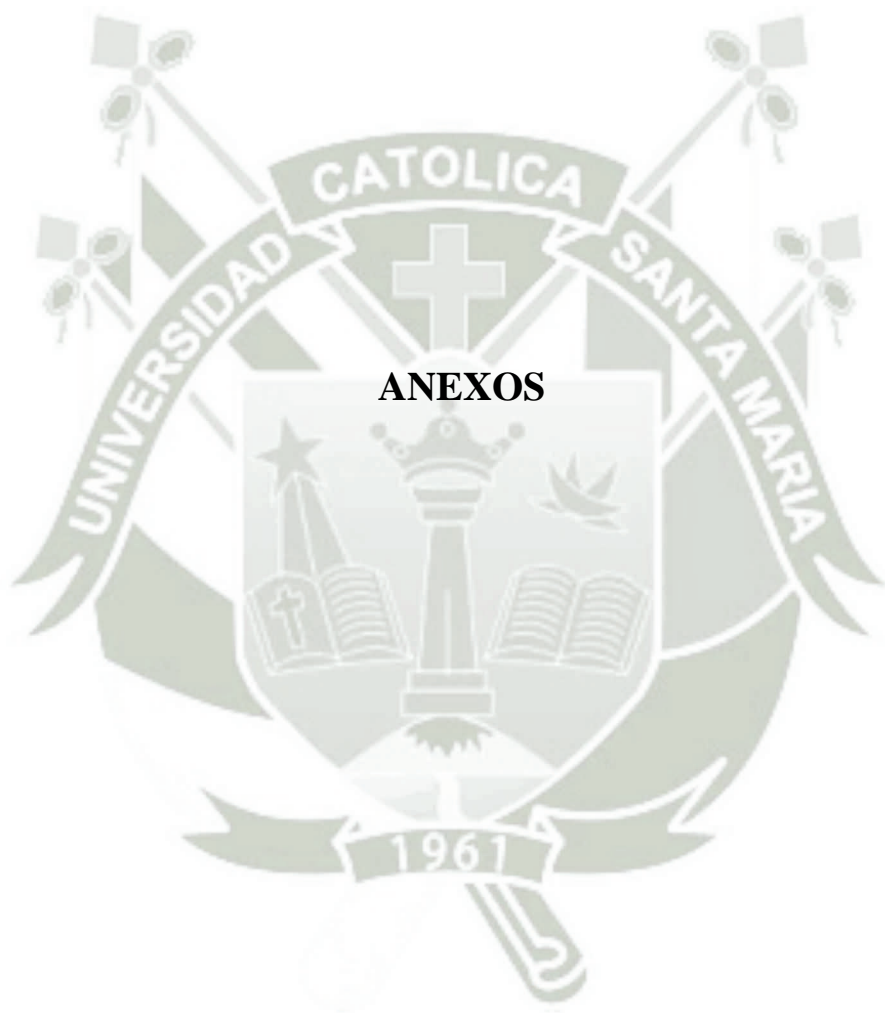
11. Beck A, Kovacs M, Weisman A. Assessment of suicidal intention. The scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47:343–352.
12. Links P, Gould B, Ratnayake R. Assessing suicidal youth with antisocial, borderline or narcissistic personality disorder. *Can J Psychiatry* 2003; 48(5):301–310.
13. Cortés Alfaro Alba, Aguilar Valdés Juan, Suárez Medina Ramón, Rodríguez Dávila Elayne, Durán Rivero Jesús Salvador. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]*. 2011 Mar [citado 2014 Ago 06] ; 27(1): 33-41. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004&lng=es).
14. Noa López J, Miranda Vázquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. *MEDISAN [serie en internet]*. Abr 2010 [citado 20 Jul. 2010]; 14(3):353. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192010000300011&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300011&lng=pt)
15. Muñoz J, Pinto V, Callata H, Napa N, Perales A. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2006; 23:239-246.
16. González-Forteza C, Ramos-Lira L, Caballero-Gutiérrez MA, Wagner-Echeagarray FA. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema* 2003; 15(4):524-532.
17. Villagómez-Bedolla RI, Balcázar-Musacchio A, Paz-Ramírez R. Suicidio en jóvenes. *Rev Fac Med* 2005;48(2):54-57.
18. Espinosa Javier Jaime, Blum Grynberg Bertha, Romero Mendoza Martha Patricia. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Ment [revista en la Internet]*. 2009 Ago [citado 2014 Ago 06]; 32(4): 317-325. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000400007&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400007&lng=es).
19. Larraguibel M, González P, Martínez V, Valenzuela R. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 2000;71(3):183-191.
20. Hallfors D, Waller MW, Ford CA, Halpern CT, Brodish PH, Iritani B. Adolescent depression and suicide risk: Association with sex and drug behavior. *Am J Prev Med* 2004; 27(3):224-231.
21. Vallejo Ruiloba, J. “Introducción a la psicopatología y la psiquiatría” Editorial Elsevier Masson 7ª edición, Barcelona; 2011:238

22. Cole JCM, Walter HJ, DeMaso DR. Suicide and attempted suicide. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011: chap 25.
23. Díaz Mendoza J. “Factores de riesgo suicida en adolescentes con intento de suicidio en medicina, hospital Carlos Monje Medrano – Juliaca, 2013” Tesis para optar el título de médico cirujano Puno, 2013
24. Larraguibel M, Gonzales-Martínez V, Velenzuela R. “factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev. Chil. Pediatría 2000; 71(3): 183-191. Citado en Tesis doctoral “Análisis de la prevalencia hospitalaria y factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Comercial 45, puno 2012”. Puno, 2012.
25. Coello Miranda R. “Temas de Salud Mental” Impreso en Industria Gráfica ABC SAC 1ª edición, Trujillo Perú 2013: 141-144
26. Kaplan y Sadock “Manual de bolsillo de psiquiatría clínica” Editorial Lippincott Williams y Wilkins 5ª edición Barcelona 2012: 291-295)
27. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi de Lima. Perú 2011. Intentos fallidos (en línea) (consulta 31 de Mayo del 2014) Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigación/estudios.html>
28. Dirección Regional de Salud de Puno: Oficina de Estadística e Informática. Puno 2013
29. Rotondo H. “Compendio de psiquiatría” Editorial UNMSM 2ª edición Universidad Nacional Mayor e San Marcos Lima 2010: 228-257
30. Mardomingo Sanz, MJ. “Trastorno de personalidad y comportamiento suicida en la adolescencia. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: 31 de Mayo del 2014]; Conferencia 7-CI-H: [8 pantallas]. Disponible en: [http:// www.psiquiatría.com/congreso/mesa/mesa7/ conferencias/7-ci-h.htm](http://www.psiquiatría.com/congreso/mesa/mesa7/conferencias/7-ci-h.htm)
31. Núñez Gaitán M., Rodríguez Testal J. “Trastornos de personalidad” Citado por Rodríguez Testal J y Mesa Cid (Coords.) en “Manual de psicopatología clínica” Ediciones Pirámide, 1ª edición, Madrid 2011: 367 - 403
32. Rosselló J., Berríos M. “Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes portorriqueños” Rev Interamericana de Psicología 2004, Vol. 38, Num. 2: 295-302

33. Rodríguez Valdéz, Pedraza Vilela M. y Burunate Pozo M., "Pacientes atendidos en el Cuerpo de Guardia de Psiquiatría en el periodo de enero de 1999 a noviembre de 2001" Cuba 2004
34. Domínguez Miguel, Liliana Acevedo, Alejandra Negre, María Leidi. "Intento de suicidio en el Hospital Alvear del 1º de agosto al 30 de noviembre del 2001, correspondientes a la guardia del día domingo" Rev argentina de psiquiatría 2004
35. Baader Matthei Tomas, Richter Paul y Mundt, "Factores de riesgo de suicidio de pacientes en tratamiento psiquiátrico hospitalizados y con tratamiento ambulatorio y hasta un mes posterior al alta" Rev Med Chile 2004
36. Bella M., Fernández A., Acevedo G. "Análisis socio demográfico y psicopatológico en intentos de suicidio infantojuveniles" Rev. argentina de psiquiatría; 19(78): 10-15 mar-abr. 2008.
37. Ventura R., Carbajal C. "Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la región metropolitana de Santiago de Chile. Rev Med. Chile 2010; 138: 309-315.
38. Pérez B, Rivera L, Alienzo E, et al "Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana". Salud Pública Mex 2010; Vol. 52(4): 324-333
39. Leividanes M. "Estructura y dinámica familiar del adolescente con intento suicida, ciudad Bolívar, 2005-2006. (Tesis especialidad Medicina Familiar) Universidad de Oriente, Venezuela 2007
40. Vásquez E, Alcantar M "Factores asociados al intento de suicidio en adolescentes. Hospital Infantil del Estado de Sonora 2009. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20suicidio%20en%20adolescentes.pdf>
41. Bella M, Fernández R, Willington J. "Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes" Arch. argent. pediatri; 108(2): 1214-129, Abril 2010.tab
42. Torres V, Díaz L, Rodríguez N, Font I, Bárbara M. "Conducta suicida en pacientes atendidos en un Centro de Urgencias. Hospital Militar Central "Dr, Carlos J. Finlay" Rev Cubana Med. Milit. 2005; 34(3).
43. Paredes C, Orbegoso O, Rosales P. "Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima", 1995-2004. Rev. Perú. med. exp. Salud pública, Oct./Dic. 2006,vol.23, no.4, p.293-296. ISSN 1726-4634.

44. Ragaki A. "Factores psicosociales asociados al intento suicida en adolescentes mujeres de un colegio estatal de la ciudad de Lima" (Tesis) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú 2007
45. Taype J, Chamorro A. "Características asociadas al intento de suicidio atendidas en el hospital José Casimiro Ulloa, Lima. Rev de ciencias de la salud 2:1 44-49 Perú 2007
46. Villaverde S, Flores D, Flores LI. "Factores sociodemográficos y psicológicos relacionados al intento de suicidio en pacientes atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud. Iquitos 2007
47. Díaz J. "Factores de riesgo suicida en adolescentes con intento de suicidio en medicina, hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2013 (tesis) Facultad de Medicina Humana UNA Puno 2013
48. Morales J. "Factores de riesgo en el intento de suicidio de pacientes atendidos n el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca enero-diciembre 2007, (Tesis) Facultad de Medicina Humana UNA Puno 2007
49. Tito E. "Factores de riesgo en pacientes con intento de suicidio hospitalizados en el hospital Manuel Núñez Butrón Puno, enero-junio el 2006 (Tesis) Facultad de Medicina Humana UNA Puno 2007
50. Alvarado, E. "Trastorno de personalidad y suicidio" Tesis de Maestría UNSA 2001.
51. Pinto C. "Intento suicida y aspectos psicosociales en pacientes del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, año 2005" (tesis) Facultad de Sociología UNA Puno 2006
52. Asociación psiquiátrica americana citado por Rodríguez Testal J y Mesa C (coords) en "Manual de psicopatología clínica" Ediciones Pirámide, 1ª edición, Madrid 2011: 367 – 403
53. Cole JCM, Walter HJ, De Maso DR. Suicide and attempted suicide. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011: chap 25.
54. Brendel RW, Lagomasino IT, Perlis RH, Stern TA. The suicidal patient. In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL, eds. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2008: chap 53.

55. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder; third edition. Arlington (VA), American Psychiatric Association; 2010 Oct. 152 p.
56. Galli, Enrique: Los medios de comunicación masiva y el suicidio. Rev. La depresión: rompiendo barreras (trabajos publicados por el profesor doctor Enrique Galli 1992 – 1995) 70 – 74. Clínica Ricardo Palma, Lima – Perú.
57. Galli, Enrique: Neurobiología del suicidio. Neuroquímica del suicidio: en busca de un predictor. Rev. La depresión: rompiendo barreras (trabajos publicados por el profesor doctor Enrique Galli 1992 – 1995) 46 – 49. Clínica Ricardo Palma, Lima.
58. Pinto C., Análisis de la prevalencia hospitalaria y factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Comercial 45, Puno 2012. (Tesis doctoral) UNSA Arequipa 2012.
59. Maza Pamela Mariana, Muñoz Ginesta Nuria, Olmedo Christian, Olguín Anahí, Rodríguez Adrián. “Suicidio y Depresión”. Disponible en: URL: [www.monografias.com](http://www.monografias.com), consultado en: 24/03/2013.
60. Salud Mental: Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/estsan/saludmental.htm>, consultado en 23/06/2013.
61. Salud mental. Disponible en; <http://es.wikipedia.org/wiki/Salud> mental, Consultado 30/05/2014.
62. FEMI 2010. Guía de diagnóstico y de tratamiento, <http://medicine.forumed.otg/pdflike.php>, Consultado en 26/06/2013
63. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental. Disponible en [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/), consultado 24/05/2013.
64. Preocupante aumento de suicidios en Arequipa, Perú 21, 2012. Disponible en <http://peru21.pe/2012/06/24/impresapreocupa-aumento-suicidios-Arequipa>. consultado en 24/12/2013
65. Dupont Mónica. Depresión-Psicología. Disponible en: [URL:www.monografias.com](http://www.monografias.com), Psicología. consultado 25/04/2013
66. Plan Estratégico 2011-2014 del Municipio Provincial de Puno, Puno 2011.
67. Análisis de la situación de salud ASIS PUNO 2010. Dirección Regional de Salud.
68. Hathaway SR., McKinley JC. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Editorial TEA, 3ª edición. Madrid 2002





## ANEXO 2

### INVENTARIO DE PERSONALIDAD MMPI (Forma abreviada)

INSTRUCCIONES: A continuación Ud. encontrará en este folleto, una serie de frases numeradas, lea atentamente cada una, e identifique en la hoja de respuestas si es su caso, si la frase resulta verdadera (V) o falsa (F).

Trate de ser sincero consigo mismo y use su propio criterio. No deje de contestar ninguna frase.

1. Tengo buen apetito
2. Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas
3. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado
4. Trabajo bajo una tensión muy grande
5. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas
6. Muy rara vez sufro de estreñimiento
7. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar
8. A veces me dan ataques de risa o llanto que no puedo controlar
9. Sufro ataques de náuseas y de vómitos
10. Nadie parece comprenderme
11. A veces siento deseos de maldecir
12. Me dan pesadillas con mucha frecuencia
13. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo
14. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas
15. Si la gente no se hubiera ensañado conmigo yo hubiera tenido éxito
16. Por un tiempo cuando era más joven, participé en pequeños robos
17. He tenido periodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo
18. Mi sueño es irregular e intranquilo
19. Cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extrañas
20. Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce
21. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabía tanto como yo
22. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen ser
23. Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se conduelan con ellos y les ayuden
24. Algunas veces me enojo
25. Decididamente no tengo confianza en mí mismo
26. Tengo poca o ninguna dificultad con espasmos o contracciones musculares
27. Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo incorrecto o malo
28. Casi siempre soy feliz
29. Algunas personas son tan dominantes que he tenido el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden aunque sepa que tienen razón
30. Creo que están conspirando contra mí
31. La mayor parte de la gente se vale de medios injustos para obtener beneficios o ventajas antes de perderlos
32. Sufro mucho de trastornos estomacales
33. A menudo no puedo comprender porque he estado tan irritable y malhumorado
34. A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlo en palabras
35. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la mayor parte de la gente que conozco

36. Decididamente a veces siento que no sirvo para nada
37. Durante los últimos años he gozado de buena salud la mayor parte del tiempo
38. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho
39. Creo que frecuentemente he sido castigado sin motivo
40. Nunca me he sentido mejor que ahora
41. No me preocupa lo que los otros piensen de mí
42. Mi memoria parece ser buena
43. Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez
44. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo
45. Muy pocas veces me duele la cabeza
46. No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino
47. No me agradan todas las personas que conozco
48. Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos e ideas
49. Debería no ser tan tímida
50. Creo que mis pecados son imperdonables
51. Frecuentemente me encuentro preocupado por algo
52. Con frecuencia mis padres se han opuesto a la clase de gente con quien acostumbraba salir
53. A veces chismeo o murmuro un poco de la gente
54. A veces pienso que puedo tomar decisiones con extraordinaria facilidad
55. Rara vez noto los latidos de mi corazón y muy pocas veces resiento corto de respiración
56. Me molesto con facilidad, pero se me pasa pronto
57. Tengo periodos de tanta tranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo
58. Mis padres y familiares me encuentran más defectos de los que debería
59. A nadie le importa mucho lo que le suceda a usted
60. No culpo a la persona que reaproveche de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa
61. A veces estoy lleno de energía
62. Mi vista es tan buena como lo ha estado por años
63. Casi nunca noto que me zumban los oídos
64. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas hipnotizándome
65. Tengo épocas en que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.
66. Aun cuando esté acompañado me siento solo la mayor parte del tiempo.
67. Creo que casi todo Edmundo mentiría para evitarse problemas.
68. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
69. Durante ciertos periodos mi mente parece trabajar más despacio que de costumbre.
70. La gente me desilusiona con frecuencia.
71. He bebido alcohol en exceso.

**GRACIAS POR TU SINCERIDAD**

## 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



## TIPOS DE PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN EL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NUÑEZ BUTRON” PUNO 2014

Autor:

Carlos Adrián Pinto Llerena

Trabajo de investigación para optar el Título  
Profesional de Médico Cirujano

Arequipa – Perú  
2014

## I. PLANTEAMIENTO Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El intento de suicidio en los últimos años ha tenido un aumento gradual en todos los países (1), constituyendo una de las principales causas de morbilidad en el mundo.

Las personas que intentan suicidarse plantean problemas sanitarios serios. Desde el punto de vista epidemiológico, el intento de suicidio es el principal predictor del suicidio consumado. Por cada suicidio consumado hay diez intentos de suicidio (2). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el año 2020 el número de suicidios será 995,000, lo que representará (multiplicados por diez) 9'950.000 intentos de suicidio y parte de este incremento se debería principalmente a expensas de la población joven de los países en vías de desarrollo (3, 4). Según la OMS, actualmente, existen diariamente en el mundo unos diez mil intentos de suicidio (5) y según Kaplan, alrededor de doscientos cincuenta mil personas intentan suicidarse cada año (6), entonces, la identificación del paciente potencialmente suicida es una de las tareas más importantes de la psiquiatría (6).

Los casos atendidos por intento de suicidio en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi de Lima han aumentado. Durante el año 2010, hubo 856 casos de los cuales 495 fueron protagonizados por mujeres y 361 por hombres. Se estima que 7 de cada 10 intentan suicidarse; los problemas más frecuentes que impulsaron al intento de suicidio fueron: problemas amorosos, conflictos en la familia y reprobación en la escuela (7).

En la Dirección Regional de Salud de Puno, para el año 2013, se han presentado 289 casos de intoxicaciones hospitalizados, de los cuales 196 (67,8%) corresponden a adolescentes entre 15 a 19 años, donde predomina el envenenamiento auto infringido intencionalmente (83%) por exposición a rodenticidas debido a problemas familiares y económicos (8)

En nuestro país y en la ciudad de Puno, existen dato descriptivos y epidemiológicos del intento de suicidio, pero aún son muy generales y no se ha profundizado el estudio de la influencia de la personalidad y el tipo de personalidad asociado. Históricamente los trastornos de personalidad han

recibido menos atención por parte de clínicos e investigadores que otros trastornos psiquiátricos como la depresión y esquizofrenia. Sin embargo, según Humberto Rotondo señala que los estudios epidemiológicos peruanos realizados en grupos clínicos y población general, señalan que en un promedio de 10.98% de gente joven está afectada por algún tipo de trastorno de la personalidad (9). Estos trastornos de personalidad se asocian con incremento en intentos de suicidio, suicidios, delincuencia, crimen, conductas autodestructivas, violaciones a la ley, recuperación lenta de las enfermedades psiquiátricas y de enfermedades médicas, abuso infantil y negligencia, fracaso académico, disfunción social, abuso de sustancias, desempleo y muchos otros males, nosotros nos abocamos al intento de suicidio (10). Por otro lado, los trastornos de personalidad en la vida adulta han sido reconocidos como causantes de un impacto profundo y generalizado en el individuo, en la familia y en la sociedad (11). Además, en nuestra experiencia como interno de medicina humana, particularmente en los servicios de emergencia y de medicina del hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, hemos atendido, frecuentemente, a pacientes que han intentado suicidarse y otros casos donde el desenlace fue letal sin determinar en qué medida las alteraciones de la personalidad están asociadas al intento de suicidio.

## **1.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se propone resolver las siguientes interrogantes:

### **1.2.1. PREGUNTA GENERAL**

¿Cuál es la frecuencia de intentos de suicidio en Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno durante el año 2013?

¿Cuál es la relación existente entre la personalidad el intento de suicidio de pacientes atendidos en el hospital Manuel Núñez Butrón de Puno durante el año 2013?

## 1.2.2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS

¿Qué tipo de personalidad presentan los pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Regional “MNB” de Puno durante el año 2013?

¿Cuál es la relación entre el tipo de personalidad y el intento de suicidio y las principales características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el Hospital Regional “MNB” de Puno durante el año 2013?

## 1.3. JUSTIFICACION

La personalidad es uno de los más importantes factores de riesgo asociados al intento de suicidio, requiere ser enfocada con una perspectiva objetiva y cuantificable que permita establecer la modificación de ésta desde una perspectiva preventiva temprana a trabajarse desde el nivel de educación primaria a través de la psicoeducación para establecer mecanismos de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación.

No hemos encontrado en Puno trabajos publicados que investiguen la personalidad asociada al intento de suicidio. Nosotros durante nuestro internado médico en el Departamento de Medicina y en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno, hemos observado y atendido a gran cantidad de pacientes que ingresan por intento de suicidio, durante todo el año, de diferentes edades, en los que la mayoría de veces no se establece los motivos que llevaron a estas personas a intentar suicidarse, no se considera la estructura de personalidad, la psicopatología asociada, la comorbilidad asociada, tanto psiquiátrica como orgánica, o los factores de riesgo asociados, por ejemplo, desesperanza, ideación suicida, intentos suicidas previos, intencionalidad suicida, impulsividad, riesgo suicida, riesgo de violencia, razones para vivir, calidad de vida, perfil sociodemográfico, entre otros. Asimismo, no se cuenta con registros oficiales adecuados y confiables que nos muestren la real magnitud del problema, observándose un sub registro de casos. Sólo uno de cada cuatro intentos suicidas son registrados por las instituciones médicas, simplemente porque no se declaran y las familias hacen lo que pueden para negar el hecho; esto ocurre a nivel local, nacional e internacional, de ahí la variabilidad de la incidencia de intentos

suicidas en los diferentes países. Además, debemos considerar que son numerosos y variados los factores de riesgo asociados al intento suicida, nosotros en este trabajo queremos enfatizar en la personalidad, y su asociación con el intento de suicidio. Diversos autores consideran como factores de riesgo asociados a la conducta suicida, a la depresión debida en mayor parte a la dificultad para afrontar la frustración, a la disfunción familiar, al abuso sexual, a la insatisfacción de necesidades básicas y al maltrato, entre otros factores, y no consideran a la personalidad. Asimismo, ciertas características de la personalidad hacen a algunas personas más vulnerables a desarrollar conductas negativas como el intento de suicidio, sobre todo cuando experimenta eventos estresantes, lo que nos motiva a realizar el presente trabajo de investigación.

Al realizar el presente trabajo de investigación, nos permitirá identificar los diferentes tipos de personalidad asociados al intento de suicidio y atender criterios de intervención preventiva en la población respecto al intento de suicidio, e identificar otras variables que podrían intervenir modificando la relación entre los factores asociados a la personalidad de los pacientes que realizan uno o varios intentos suicidas, lo cual también permitirá ampliar el conocimiento respecto al tema.

Por estas razones y por las anteriores consideradas en el planteamiento del problema, se reconoce la necesidad de estudiar en la población, la personalidad asociada al intento de suicidio y los principales factores sociodemográficos. Si se parte de un adecuado conocimiento de este factor asociado a la conducta suicida, se podría desarrollar estrategias que permitan su prevención y la reducción de la morbilidad, así como de las secuelas médicas, psicológicas y sociales generadas por esta causa.

Como futuro médico asistencial y comprometido con la prevención y promoción de la salud, considero de gran utilidad la presente investigación, pues podremos identificar y evaluar las características de personalidad más relevantes asociadas al intento de suicidio como sustento para la intervención preventiva y además tendremos una línea de base de referencia para evaluar el impacto de la intervención.

#### 1.4. ANTECEDENTES

Hemos encontrado varios estudios publicados a nivel internacional y nacional que se refieren a las variables sociodemográficas del suicidio, a factores de riesgo, a estresores psicosociales y al apoyo social en la depresión, pero ningún estudio publicados a nivel nacional relacionan personalidad e intento de suicidio. En los últimos diez años tenemos:

A nivel internacional

Rosselló J, Berríos M. (2004) estudió la “Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes portorriqueños” con el propósito de examinar la relación entre ideación suicida, depresión, autoestima, actitudes disfuncionales y eventos de vida negativos en una muestra clínica de adolescentes portorriqueños, entre las edades de 12 a 18 años (61 mujeres, 52 varones): Los resultados revelaron que el 64% manifestó síntomas severos de depresión. La frecuencias para los niveles de autoestima indican que un 67% reportó un nivel moderado de autoestima, un 18% un nivel alto de autoestima y un 15% un nivel bajo de autoestima. Un 66% de los adolescentes reportaron actitudes disfuncionales moderadas, un 15% actitudes disfuncionales marcadas y un 19% un bajo nivel de actitudes disfuncionales. Las frecuencias de los eventos de vida estresantes eran: el cambio de escuela (51%), dificultades económicas (47%), rompimiento con novio/a (40%), dificultades con algún miembro de la familia (36%) y muerte de un familiar o amigo/a (35%). Todas las variables correlacionaron de forma significativa con la variable de ideación suicida. También se hallaron diferencias significativas para la variable de autoestima ( $t=4.02$ ,  $p<0.001$ ) entre estos grupos. Los análisis estadísticos revelaron una relación significativa entre ideación suicida y las variables estudiadas (12).

En Cuba, Rodríguez Valdéz, Pedraza Vilela M. y Burunate Pozo M., en el 2004, publican un estudio de los pacientes atendidos en el Cuerpo de Guardia de Psiquiatría en el periodo de enero de 1999 a noviembre de 2001 para valorar los factores predisponentes y precipitantes de la conducta suicida. Se atendieron 365 pacientes con intento suicida. La tendencia al intento suicida prevaleció en sujetos jóvenes, mujeres blancas, sin pareja, sin vínculo laboral y con un nivel escolar medio. El mayor porcentaje de intentos suicidas estuvo dado por la ingestión de medicamentos, particularmente psicofármacos. Las

áreas más relevantes de conflicto fueron las familiares y las de pareja, constituyendo a su vez mayoría, los trastornos de adaptación con síntomas afectivos, los trastornos de personalidad y los pacientes con consumo abusivo y dependiente de alcohol. Las conclusiones importantes a las que arribaron fueron que: los pacientes estudiados fueron predominantemente jóvenes, del sexo femenino, color de piel blanca, solteras y divorciadas, de nivel escolar medio, sin vínculo laboral fuera de la casa, con conflictos en el área familiar y de pareja, que intentaron autolesionarse mediante la ingestión de psicofármacos y que desde el punto de vista psiquiátrico presentaron manifestaciones afectivas clasificables dentro de los trastornos de adaptación (13)

En Argentina, Domínguez Miguel, Liliana Acevedo, Alejandra Negre, María Leidi, en el 2004, publican un estudio de 100 pacientes cuyo motivo de consulta fue intento de suicidio, realizado en el Hospital Alvear (consultas en guardias e interconsultas y auxilios realizados por la ambulancia del mismo hospital) en el periodo comprendido desde el 1º de agosto al 30 de noviembre del 2001, correspondientes a la guardia del día domingo. Se registraron datos de filiación del paciente y su perfil socio ambiental. Si hubo consumo de sustancias psicoactivas, antecedentes familiares de suicidios previos, factores desencadenantes, modalidad del intento, si hubo comunicación y/o planificación previa y si el paciente estaba o no en tratamiento previo. Se realizó a cada paciente un examen psiquiátrico y se aplicaron los siguientes test psicológicos: Escala de Depresión de Beck y la Escala de California de Riesgo Suicida. Se realizó el diagnóstico según el DSM IV y se evaluó los criterios de internación. La consulta por intento suicida presentó el 16.26 % del total de pacientes (14).

En Chile Baader Matthei Tomas, Richter Paul y Mundt, en el 2004, realizaron un trabajo caso control con la finalidad de determinar los factores de riesgo de suicidio de pacientes en tratamiento psiquiátrico hospitalizados, hospitalización diurna, con tratamiento ambulatorio y hasta un mes posterior al alta. Los suicidios en pacientes de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Heidelberg, dentro del período 1991 – 2000, se compararon con un grupo control definido por los siguientes criterios: género, edad (+/- 2 años), diagnóstico según (ICD – 10), año de ingreso (+/- 1 año), estación o unidad de

tratamiento y condición de tratamiento (ambulatorio, régimen completo, diurno, post alta) y llegaron a los siguientes resultados: Se encontraron 32 casos de suicidios ocurridos dentro de ese periodo (53 % pacientes masculinos y 47 % femeninos). La mayoría de casos sufrían un trastorno afectivo (53 %) y un trastorno esquizofreniforme (22 %). El 96 % de los pacientes que ingresaron debido a un intento de suicidio, no cometieron suicidio durante el tratamiento ni después de finalizado éste. Al hacer la comparación con el grupo control, se constató que los casos se diferenciaban estadísticamente en forma significativa, en que los casos tuvieron un tiempo de estadía menor, solicitaban ser dados de alta contra indicación del médico, tuvieron una apreciación psicopatológica suicida mayor, habían más casos de suicidios en la familia, estaban más dispuestos a comunicar sus intenciones de suicidarse, mostraron un menor grado de mejoramiento de su estado psicopatológico y tuvieron una cantidad significativa de ideas delirantes (15).

En Argentina en el año 2006, publican el “Análisis socio demográfico y psicopatológico en intento de suicidio infantojuveniles”, con el objetivo de analizar los factores sociodemográficos y psicopatológicos de los jóvenes con intento de suicidio internados en el Hospital de Niños de Córdoba, aplicó un test a 80 pacientes hospitalizados en el año 2006. Los resultados encontrados señalaron que: El 70% eran de sexo femenino y el 30% masculino, con una media de edad menor que en el grupo femenino ( $p < 0.001$ ). El método de autoagresión más utilizado fue la ingestión de fármacos (87%). Los antecedentes psicopatológicos más relevantes fueron: intento de suicidio previo y trastornos de conducta ( $p < 0.002$ ). El 79% de ellos no estaba en tratamiento. Conclusiones: este grupo se caracterizó por la presencia de intentos de suicidio previos y cuadros psicopatológicos sin diagnóstico y tratamiento que podrían ser detectados y tratados oportunamente (16).

En Chile en el año 2010, el estudio realizado sobre “Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile”, con el objeto de determinar la prevalencia de ideación suicida y las tasas de intento de suicidio ente los adolescentes de edades comprendidas entre 14 y 19 años, que viven en el área metropolitana de Santiago y analizar los factores relacionados con el suicidio. Los resultados encontrados revelaron que: La encuesta fue respondida por 1,567

adolescentes entre 14 y 20 años (54% hombres). 62% reconoció ideación suicida y el 19% los intentos suicidas. Estas cifras fueron significativamente más altas entre las mujeres y aquellos que asisten a escuelas públicas. Adolescentes con 16 años tuvieron las mayores tasas de ideación e intentos suicidas. Conclusiones: Existe una alta tasa de ideación suicida y de intentos de suicidio entre los adolescentes que viven en el área metropolitana de Santiago (17).

En México 2007, el estudio realizado sobre “Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana” en 12424 adolescentes de escuelas públicas. Se utilizaron modelos de regresión logística para obtener razones de momios con intervalos de confianza de 95%. Resultados: 47% reportó al menos un síntoma de ideación suicida, 9% refirieron antecedentes de intento suicida. Los factores asociados a la conducta suicida fueron: poca confianza en la comunicación hacia los padres (RM=1.92), abuso sexual (RM=1.57), sintomatología depresiva, consumo de tabaco, alcohol y, para las mujeres, haber tenido relaciones sexuales. Conclusión: Casi la mitad de los estudiantes de nivel medio presentaron al menos un síntoma de ideación suicida (18).

Leividanes M. 2007, al investigar la “Estructura y dinámica familiar en el perfil del adolescente con intento suicida, ciudad Bolívar, Venezuela año 2005-2006”, con el objeto de analizar como la estructura y dinámica familiar pueden influir en el perfil del adolescente con intento suicida. Se utilizó un diseño retrospectivo y de campo, la muestra estuvo conformada por 17 adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 19 años. Los hallazgos demuestran que el mayor número de adolescentes con intentos de suicidio están entre la edad de 15 a 17 años con un porcentaje de 52.8% y pertenecen al sexo femenino. Los adolescentes con la tentativa de suicidio más alta están representados por los que pertenecen a hogares desintegrados con un 23.5%. El mayor número de intentos de suicidio e adolescentes pertenecen a las familias desligada con 11 pacientes (64.6%) (19).

Vásquez E, Alcantar M (2008) investigan con el objeto de determinar los factores asociados al intento de suicidio en adolescentes en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, aplicando una entrevista, obtuvieron los siguientes resultados: 170 adolescentes, 154 mujeres 90.5% y 16 hombres 9.4%. Promedio

de edad 14.9 años: Antecedentes familiares en orden de frecuencia: alcoholismo 84 casos 49.4%, patología crónica, violencia familiar, trastornos psiquiátricos, familia desintegrada, intento de suicidio. Antecedentes personales: depresión 118 casos 69.4%, equivalentes depresivos 112 casos 65.8%, intento de suicidio previo 92 casos 54.1%, seguido de toxicomanías, alcoholismo, abuso sexual, trastorno psiquiátrico, patología crónica. Otros factores asociados fueron falta de comunicación con los padres 116 casos 68.2%, desorganización familiar 108 casos 63.5% y poca o ninguna religiosidad 104 casos 61%. La causa desencadenante fue discusión familiar 47 casos 27.6%, el sitio del ato la recámara 65 casos 53%, el método empleado fue la ingesta de medicamentos 119 casos 70%, el más empleado fue la benzodiazepina y analgésicos. El diagnóstico psiquiátrico fue depresión 41 casos 24.1%: Conclusiones: El intento de suicidio se asocia a factores sucesos negativos de vida siendo de mayor importancia los del área familiar y personal (20).

Bella M et al 2010, estudia el “Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes” con el objeto de describir la frecuencia de los trastornos mentales y del comportamiento que presentan los niños y adolescentes con intentos de suicidio e identificar el método de autoagresión utilizado y los antecedentes previos. El estudio fue transversal, en base a entrevista clínicas a 41 niños y adolescentes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital de Niños de Córdoba. Resultados: El método de autoagresión más utilizado fue la ingesta de psicofármacos ( $p < 0.0001$ ) y los antecedentes psicopatológicos previos más prevalentes fueron los intentos de suicidio previos y el trastorno de conducta disocial ( $p < 0.0001$ ). Las patologías más frecuentes fueron: depresión (29.27%) y el trastorno de conducta disocial (24.39%). El método más utilizado para el intento de suicidio fue la ingesta de psicofármacos (21)

Torres V. et al 2005, estudiaron la “Conducta suicida en pacientes atendidos en un centro de urgencias Hospital Miliar Central” Cuba, con el objetivo de describir la conducta suicida en los pacientes atendidos en el Centro de Urgencias. Estudiaron 85 pacientes durante enero y junio del 2003. Resultados: Predominó el sexo femenino (57%) con edades entre 10 y 19 años

(35%), pertenecientes a la raza blanca, escolaridad de secundaria completa (49%) seguida del nivel medio superior, dedicadas preferentemente al estudio o como amas de casa. El conflicto inductor estuvo asociado con problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (46%), seguido de los problemas relacionados con el ambiente familiar, con antecedentes patológicos personales y familiares de trastornos psiquiátricos, así como de intentos suicidas. El método más empleado fue el uso de psicofármacos, seguido de otras sustancias y después de realizar el acto solicitaron ayuda. Como trastornos psiquiátricos predominaron los trastornos situacionales seguidos de los trastornos de personalidad. La conducta tomada por el terapeuta en primera opción fue la de remitir al paciente a su área de atención primaria, seguida de la decisión de ingresarlo (22).

A nivel nacional:

En un estudio sobre la caracterización del paciente con intento de suicidio en el hospital general "José Agurto Tello de Chosica" Lima 1995-2004, que incluyó a 380 casos, de 13 pacientes en 1995 se llegó a 41 en el año 2004. Se presentó con más frecuencia en mujeres (63,7%), 74% estuvo entre 15 a 29 años y 61,2% eran solteros. El 13% de los casos atendidos fueron reintentos. Entre las principales causas tenemos a las discusiones familiares (33,9%) y de pareja (27,6) y los métodos más frecuentes fueron el uso de compuestos orgánico fosforados (75,3%) e intoxicaciones medicamentosas (20,3%). La tasa interna en el servicio de emergencia fue de 0,0017 en el año 2004 (23).

Ragaki A. 2007, Factores psicosociales asociados al intento suicida en adolescentes mujeres de un colegio estatal de la ciudad de Lima", tuvo como objetivo determinar los factores psicosociales asociados al intento suicida en estudiantes de 3ro a 5to de secundaria de un colegio estatal de mujeres de la ciudad de Lima, Aplicó un cuestionario de preguntas a 564 estudiantes de 3ro a 5to de secundaria. Los resultados mostraron que el 41.3% pesó en algún momento quitarse la vida, mientras que el 22% han intentado alguna vez quitarse la vida sin lograrlo. En el último año intentó suicidarse el 12% de las adolescentes, de éstas, la mitad (6%) lo ha realizado en el último mes. La edad de las adolescentes que reportaron intento de suicidio e concentra entre

los 14 y 16 años. La forma en que intentaron quitarse la vida, es principalmente a través de cortare la vena (33.3%), seguido por la ingesta de sobredosis de pastillas (25.2%) y ahorcamiento (18.9%). Las razones expresadas para el intento de suicidio fueron los problemas familiar (82%) (24)

Taype J, Chamorro A, 2007: Características asociadas al intento de suicidio atendidos en el Hospital José Casimiro Ulloa de Lima, encontró que el 73.7% fueron mujeres adultas y adolescentes. La sustancia más usada fue benzodiazepinas (47.4%) seguido por carbamatos (34.2%). El grupo de edad más afectado fue de 16 a 25 años (63.2%). El 50% de estos sucesos ocurrieron en solteros. Factores asociados: dificultades de pareja (42.1%), mal relación (23.7%). Llegaron al hospital en estado de sopor (21.1%) y el resto despiertos o somnolientos (39.5%) (25)

Villaverde S. et al 2007: “Factores sociodemográficos y psicológicos relacionados al intento de suicidio e pacientes atendidos e establecimientos del Ministerio de Salud, Iquitos”, tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre los factores sociodemográficos y psicológicos con el intento de suicidio en pacientes atendidos e los establecimientos de salud. Trabajó con una muestra de 129 pacientes con diagnóstico de intento de suicidio. Resultados: 63.3% fueron adultos, 59.7% de sexo femenino, 55.8% no tuvieron pareja, 65.1% no tuvieron empleo, 55.8% presentaron depresión leve, 93.8% autoestima baja, 57.4% disfuncionalidad severa, 62.8% intentaron suicidarse con órgano fosforados. Las variables relacionadas al intento de suicidio fueron sexo ( $p = 0.015$ ), edad ( $p = 0.026$ ), grado de instrucción ( $p = 0.033$ ), autoestima ( $p = 0.001$ ), funcionalidad familiar ( $p = 0.010$ ) (26)

A nivel local:

En Juliaca, 2013, Díaz J, en un estudio sobre factores de riesgo suicida en 32 adolescentes con intento de suicidio en medicina, Hospital Carlos Monge Medrano, encontró que el 87.5 % tenían de 17 a 19 años, el 56.26 % eran de sexo femenino, el 18.75 % de adolescentes de sexo masculino de 17 a 19 años consumía alcohol, el 37.5 % de adolescentes masculinos y el 37.5 % de adolescentes femeninas ambos en el grupo etario de 17 a 19 años tuvieron depresión, el 78.13 % tuvieron fracaso amoroso a predominio del sexo

femenino, el 93.75 % no tuvo fracaso escolar, el 78.13 % presentó baja autoestima a predominio del sexo femenino, el 75 % presentó problemas familiares a predominio del sexo femenino, y el 84.38 % de los padres vivían juntos (27).

En Juliaca, 2007, Morales J. “Factores de riesgo en el intento de suicidio en pacientes atendidos en el hospital Carlos Monge Medrano, enero-diciembre”, revisó las historias clínicas con diagnóstico de intento de suicidio. La población estuvo constituida por 120 pacientes que ingresaron por el servicio de emergencia y la muestra por 85 en edades mayores de 15 años. Resultados: 84.71% intentaron por primer vez, el 67.06% por problemas sentimentales o pareja, el 63.53% no había bebido sustancia psicoactiva alguna, el 60% e edades de 15-24 años, 64.70% de sexo femenino. El intento de suicidio e caracterizó por la intención de morir en el 70.59%, aunque la hora e ocurrencia e encuentra dispersa en las 24 horas, el 35.30% lo hizo en hora de la mañana tomando e preferencia organofosforados en 70.59%. Dentro de las característica personales encontraron al 61.18% solteros, 65.88% con educación secundaria, 34.12% de condición estudiante, el 28.24% con ocupación empleado/obrero/comerciante y el 80% de procedencia urbana (28).

En Puno, 2007, Tito E. “Factores de riesgo en pacientes con intento de suicidio hospitalizados en el hospital Manuel Núñez Butrón de Puno enero-julio del 2006”, en 50 persona con intento de suicidio. El análisis de los resultados se realizó utilizando el cálculo porcentual. El chi cuadrado y la correlación de Sperman. Conclusiones: La tasa de incidencia en el área de salud estudiada se mantiene estable, observándose un incremento importante en el grupo de 11 a 20 años. Las características epidemiológicas que predominan en los pacientes estudiados fuero de sexo femenino, procedencia urbana, estado civil soltero, nivel de escolaridad superior, ocupación técnicos y obreros. Los conflicto ce pareja, conflictos familiares, problemas económicos, sentimientos de culpa y desesperanza y el hogar desorganizado fueron los factores de riesgo asociados a la conducta suicida (29)

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la frecuencia de los tipos de personalidad y principales factores sociodemográficos asociados al intento de suicidio de los pacientes atendidos en el hospital Manuel Núñez Butrón de Puno el año 2013.

### **1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 3.2.1. Asociar las características del perfil sociodemográfico de los pacientes con intento de suicidio en el Hospital Regional “MNB” de Puno, año 2013.
- 3.2.2. Asociar los tipos de personalidad con los factores del intento de suicidio de pacientes del Hospital Regional “MNB” de Puno, año 2013.
- 3.2.3. Asociar los tipos de personalidad con el perfil sociodemográfico de los pacientes con intento de suicidio en el Hospital Regional “MNB” de Puno, año 2013.

## **1.6. HIPÓTESIS**

Dado que los intentos de suicidio en general están asociados a numerosos y variados factores de riesgo, dentro de ellos el tipo de personalidad, es probable que los casos de pacientes con diagnóstico de intento de suicidio del hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno se asocien con mayor frecuencia a determinados tipos de personalidad como el tipo esquizofrénico, paranoico.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. PERSONALIDAD**

Existen varias definiciones de personalidad. El término personalidad se define como el conjunto de respuestas conductuales características de un individuo de carácter predecible y estable que se basa en sus experiencias internas y externas (6).

La personalidad es el conjunto de elementos condicionantes de la conducta en un momento dado, que pueden traducirse en variables matemáticas o “factores”. Estos factores o rasgos serían universales y hasta ciertos puntos independientes del ambiente (1)

La personalidad se refiere a las características permanentes de un individuo, demostradas en su manera de comportarse en una amplia variedad de circunstancias (30)

Para Honorio Delgado personalidad es percibir, querer, pensar y relacionarse de manera diferente de un individuo a otro.

La personalidad puede definirse como la totalidad de los rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria en condiciones normales; es relativamente estable y predecible. No existe una personalidad pura, sino que en una persona se presentan diferentes rasgos de los diferentes tipos de personalidad, sin llegar a construir un trastorno de personalidad (31)

Los rasgos de personalidad son variaciones emocionales y conductuales correspondientes a los diferentes tipos de personalidad que generalmente están presentes en las personas normales. Para deducir la existencia de los rasgos de personalidad, el médico debe observar y registrar (historia clínica) el comportamiento de un individuo durante cierto tiempo (diferentes etapas de la existencia) y en situaciones heterogéneas (vida familiar, estudio, trabajo, etc.). Los rasgos se encuentran en las acciones abiertas de las personas y en las relaciones y experiencias presentes. Los rasgos de la personalidad son disposiciones duraderas intraindividuales, las cuales hacen que la persona, perciba, sienta, y actúe de modo definido en un amplio abanico de situaciones personales y sociales. La teoría de los rasgos plantea que en determinadas situaciones la persona actuaría siempre de la misma manera, y sostiene que los patrones característicos del comportamiento, pensamiento y sentimiento son resultado de tales rasgos. Éstos son numerosos, pero sólo adquiere el nivel de trastorno cuando por su constante rigidez y duración afectan varios aspectos de la personalidad y, casi siempre, causan importantes perturbaciones personales y sociales (9, 31)

El DSM-IV-TR define rasgos de personalidad como “patrones persistentes de percepción, relación y pensamiento acerca del ambiente y de

uno mismo que se exhiben en una amplia variedad de contextos sociales y personales”

La mayoría de la población presenta varios rasgos de personalidad a la vez, pero siempre uno predominará sobre los otros rasgos, es muy raro que las personas presenten una “personalidad pura”.

Cloninger propuso una clasificación de los rasgos de personalidad en función de variables neuroquímicas y conductuales. Utiliza los sistemas de neurotransmisión de dopamina, serotonina y noradrenalina, en el paradigma “aproximación – huida” para construir unos grupos básicos de personalidad. En 1993, amplió su modelo: por un lado, añadió una cuarta dimensión (o temperamento), que fue la “persistencia”, que se refiere a la perseverancia, a pesar de la frustración y la fatiga; por otro lado, introdujo las dimensiones de carácter. En oposición al temperamento, que tiene una estructura genética (y, por tanto, es aprendizaje preconceptual), la personalidad está determinada también por el aprendizaje conceptual, que denomina carácter y que se refiere a la reorganización de los propios conceptos y el desarrollo de respuestas adaptativas. Las dimensiones que configuran el carácter son los autoconceptos, en los que una persona se identifica como: a) un individuo autónomo, b) una parte integrante de la humanidad, c) una parte integrante del universo en su conjunto; cada aspecto del autoconcepto corresponde a una de las tres dimensiones, que denomina autodireccionalidad, cooperatividad y autotranscendencia (1).

Un modelo de factores de personalidad que también se utiliza frecuentemente es el denominado “Los Cinco Grandes”, que se refiere a cinco factores de personalidad. A partir de modelos como los de Eysenck (que tenía dos factores relevantes) o el de Cattell (que tenía 35 factores) se ha desarrollado un modelo estructurado en cinco factores que son:

1. Neuroticismo
2. Extraversión
3. Apertura (a la experiencia)
4. Cordialidad
5. Escrupulosidad

El diagnóstico de trastorno de la personalidad se hace cuando la conducta del paciente se desvía del intervalo normal; es decir, del intervalo que se observa en la mayoría de las personas, y provoca un deterioro importante en la capacidad de adaptación al entorno y/o malestar clínicamente significativo (6).

Un trastorno de personalidad supone una variante de estos rasgos de carácter, que van más allá de los que normalmente presentan la mayoría de las personas. Sólo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos y causan, o bien un deterioro funcional significativo, o bien un malestar subjetivo, constituyen un trastorno de personalidad. Los pacientes con este tipo de trastorno presentan patrones de relación y percepción de sí mismos y del ambiente inflexibles, desadaptativos y muy arraigados (31)

Un trastorno de personalidad es un patrón permanente de comportamiento anómalo, que abarca a la experiencia interna y se manifiesta en al menos dos áreas de funcionamiento, a saber: cognición, afectividad, actividad interpersonal y/o control de los impulsos. A lo que habría de añadirse que se trata de un patrón inflexible, generalizado, que ocasiona malestar clínicamente significativo (deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del sujeto), de inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta, no atribuible a otro trastorno mental, y no inducido directamente por una sustancia o debido a una enfermedad médica (32)

A su vez, un trastorno de personalidad se define como un patrón consistente de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo, es generalizado e inflexible, tiene su inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta, es estable a través del tiempo (y a lo largo de una amplia variedad de situaciones personales y sociales) y conduce a la aflicción y al deterioro (32)

Un trastorno de la personalidad supone una variante de estos rasgos de carácter, que van más allá de los que normalmente presentan la mayoría de las personas. Sólo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos, y causan o bien un deterioro funcional significativo, o bien un malestar subjetivo, constituyen un trastorno de personalidad. Los pacientes con

este tipo de trastornos presentan patrones de relación y de percepción de sí mismos y del ambiente inflexibles, desadaptativos y muy arraigados (32)

Los trastornos de personalidad en la vida adulta han sido reconocidos como causantes de un impacto profundo y generalizado en el individuo, en la familia y en la sociedad.

Históricamente los trastornos de personalidad han recibido menos atención por parte de clínicos e investigadores que otros trastornos psiquiátricos como la depresión y esquizofrenia. Sin embargo, Humberto Rotondo menciona que existe una proporción considerable de adultos (11 % de la población peruana), que padecen alteraciones de la personalidad (9)

Estos trastornos de personalidad se asocian con incremento en intentos suicidas, suicidios, delincuencia, crimen, conductas autodestructivas, violaciones a la ley, recuperación lenta del eje I y de enfermedades médicas, abuso infantil y negligencia, fracaso académico, disfunción social, abuso de sustancias, desempleo y muchos otros males, nosotros nos abocamos al primero y dejamos para estudios posteriores los otros.

Nosotros trabajaremos con rasgos de personalidad, en vista que para hacer el diagnóstico de trastorno de personalidad requerimos realizar una evaluación integral, compleja y total de la persona que nos permita integrar la información obtenida, incluyendo entrevistas a familiares, amigos, comportamiento en el trabajo, la escuela o universidad, interacción con compañeros y familia, y funcionamiento cognitivo y emocional, que se refleja en su sentido de sí mismo y de otros y en su relación con la realidad general.

## **2.2. INTENTO DE SUICIDIO**

El intento suicida es un acto de autolesión sin que exista el propósito real de autodestrucción y menos de lograr la muerte, es realizado para impresionar y llamar más la atención, carece de peligrosidad y generalmente tiende a repetirse.

Es un acto voluntario auto infringido, de amenaza vital, con injuria física, sin muerte y que no busca sólo impresionar o llamar la atención. Es un propósito o acción con que se pretende voluntariamente quitarse la vida. Es un acto incompleto, es decir, el sujeto intenta pero fracasa, implica un acto. La intención es un ato esbozado, el sujeto tiene la intención, pero no la concreta.

Las personas que intentan suicidarse con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que parece imposible de manejar. Muchos de los que cometen intento de suicidio están buscando alivio a: (33, 34, 35)

- Sentirse avergonzado, culpable o como una carga para los demás.
- Sentirse como víctima.
- Sentimientos de rechazo, pérdida o soledad.

La mayoría de los intentos de suicidio no terminan en muerte. Muchos de estos intentos se llevan a cabo en una forma en que el rescate sea posible. Estos intentos a menudo representan un grito desesperado en busca de ayuda (33, 34, 35).

Algunas personas intentan suicidarse de una manera que sea menos probable de llevar a la fatalidad, como envenenamiento o sobredosis. Los hombres, especialmente los ancianos, tienen mayor probabilidad de escoger métodos violentos, como dispararse. Como resultado, los intentos de suicidio por parte de ellos tienen mayor probabilidad de consumarse (33, 34, 35).

Los parientes de personas que intentan suicidarse a menudo se culpan o se enojan mucho y pueden ver el intento como egoísta. A menudo, pero no siempre, una persona puede mostrar ciertos síntomas o comportamientos antes de un intento de suicidio, entre ellos: (33, 34, 35)

- Tener dificultad para concentrarse o pensar claramente.
- Regalar las pertenencias.
- Hablar acerca de marcharse o la necesidad de "dejar todos mis asuntos en orden".
- Cambio repentino en el comportamiento, sobre todo calma después de un período de ansiedad.
- Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba.
- Tener comportamientos autodestructivos, como tomar alcohol en exceso, consumir drogas ilícitas o hacerse cortaduras en el cuerpo.
- Alejarse de los amigos o no querer salir.
- Tener dificultad repentina en el colegio o el trabajo.

- Hablar acerca de la muerte o el suicidio o incluso declarar el deseo de hacerse daño.
- Hablar acerca de sentirse desesperado o culpable.
- Cambiar los hábitos alimentarios o de sueño.
- Preparar maneras de quitarse su propia vida (como comprar un arma o muchas pastillas).

Es posible que las personas que tienen intentos suicidas no busquen tratamiento por muchas razones:

- Creen que nada va a ayudar.
- No desean contarle a nadie que tienen problemas.
- Piensan que buscar ayuda es un signo de debilidad.
- No saben adónde acudir por ayuda.

Una persona puede necesitar tratamiento de emergencia después de un intento de suicidio. Se pueden necesitar primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar o tratamientos más intensivos u hospitalización. La psicoterapia es una de las partes más importantes del tratamiento. Se debe evaluar y tratar cualquier trastorno de salud mental que pueda haber llevado al intento de suicidio, por ejemplo, trastorno de personalidad, trastorno bipolar, dependencia del alcohol o las drogas, depresión mayor, esquizofrenia, etc., (33, 34, 35)

No deje a la persona sola, ni siquiera después de haber pedido ayuda. Tome siempre en serio las amenazas e intentos de suicidio. Cerca de un tercio de las personas que intentan suicidarse lo intentarán de nuevo dentro de un período de un año. Cerca del 10% de las personas que amenazan o intentan suicidarse finalmente se quitan la vida. La persona necesita atención en salud mental inmediatamente. No le reste importancia a la persona como que simplemente está tratando de llamar la atención. Nunca ignore una amenaza o intento de suicidio (33, 34, 35)

Podemos hablar de una conducta suicida como un conntinuun que abarca desde la ideación suicida, amenaza suicida, gesto suicida, para suicidio, intento abortado de suicidio, tentativa de suicidio y suicidio (6, 36, 37).

**Ideación suicida.-** Pensamientos sobre el deseo de morir; su gravedad varía en función de la especificidad de los planes suicidas y del grado de intento suicida. Es el proceso de formación de ideas suicidas (idea: primer acto de entendimiento). Es una idea que aparece y desaparece, es recurrente y se toma en consideración, es una expresión emocional. Alude a cogniciones que pueden variar desde pensamiento transitorios sobre insatisfacción d vivir hasta planes concretos y bien elaborados para auto eliminarse, a veces incluye intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva.

**Amenaza suicida.-** Es un comportamiento suicida limitado a una expresión verbal de un deseo de liquidarse.

**Gesto suicida.-** Es una conducta suicida con escasa intención suicida, cuando hay probabilidad de ser encontrado, o cuando las indicaciones muestran que la persona realmente no quería suicidarse (Galli). Para otros autores consideran el gesto suicida como sinónimo de para suicidio o agresión deliberada, y es una forma de conducta suicida difícil de diferenciar.

**Para suicidio.-** Pacientes que se lesionan mediante automutilaciones (p.ej., cortes en la piel) pero que, en general, no desean morir. Es el proceso que barca conductas que externalizan una ideación suicida en un rango que va desde los denominados gestos suicidas y conductas autodestructivas manipuladoras del entorno inmediato hasta intentos serios de consumación, aunque sin éxito. También se llama agresión deliberada que comprende un conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico.

**Tentativa abortada de suicidio.-** Conducta potencialmente autodestructiva con signos (explícitos e implícitos) de que la persona intentaba morir pero detuvo la tentativa antes de que ocurriera daño físico

**Intento suicida.-**Expectativa subjetiva y deseo de poner fin a la vida propia. Es el acto voluntario, auto infringido, de amenaza vital, con injuria física, sin muerte, y que no busca sólo impresionar o llamar la atención. Es un propósito, tentativa o acción con que se pretende quitarse voluntariamente la vida. Es un ato incompleto, e decir, el sujeto intenta pero fracasa, implica un acto. La intención es un acto esbozado, el sujeto tiene la intención pero no la concreta.

**Tentativa de suicidio.-** Conducta autodestructiva con un resultado distinto de la muerte, que se acompaña de signos (implícitos y explícitos) de que la persona ha intentado morir.

**Suicidio.-** muerte auto infringida con signos (explícitos e implícitos) de que la persona intentaba morir. No es un ato realizado al azar o sin sentido, al contrario, es la salida a un problema o a una crisis que invariablemente está causando intenso sufrimiento. El suicidio se asocia a frustraciones o necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperación y desamparo, conflictos ambivalentes entre la supervivencia y tensión insoportable, una disminución de las alternativas y una necesidad de escapar, la persona suicida emite señales de angustia. Schneidman definió al suicidio como “el ato consciente de aniquilación auto inducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en un persona vulnerable que percibe este ato como la mejor solución a sus problemas”

**Letalidad de la conducta suicida.-** Peligro objetivo para la vida asociado a un método o acción suicida (p.ej., saltar desde las altura resulta muy letal, mientras que hacerse cortes en las muñecas lo es menos).

Para entender el intento suicida tenemos que conceptualizar la suicidalidad y el proceso suicida. La suicidalidad se refiere a la suma de todas las energías y funciones psíquicas que tienden al acto suicida. El proceso suicida se va gestando poco a poco y pasa por tres fases: (1)

- a) En una primera fase.- el individuo se plantea la posibilidad de quitarse la vida como solución frente a unos determinados problemas, reales o aparentes; esta fase corresponde a la ideación suicida. Una vez planteada la posibilidad, se pasa a la segunda fase o período de ambivalencia.
- b) Segunda fase o período de ambivalencia.- en que aparecen las dudas y se enfrenta el instinto de vida a las tendencias autodestructivas. Este período es importante para la prevención, pues muchas veces el sujeto expresa de una u otra manera su intención de suicidarse (Robin y cols., 1959; Murphy, 1975). La fase de ambivalencia puede ser breve; se trataría de una reacción en cortocircuito, un suicidio poco meditado y muy impulsivo. Es característico de personalidades infantiles,

inmaduras, explosivas o en estado de intoxicación por sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína, estimulantes sintéticos). Por el contrario en las depresiones melancólicas, esta fase acostumbra ser bastante lenta, a veces de una duración de varios meses; esta fase se corresponde con el intento suicida. Es evidente que la elección de un método u otro nos va a dar una información, muchas veces valiosa, cuando estemos atendiendo a una persona que acaba de efectuar un intento suicida. Hay que señalar que no hay demasiada correlación entre la gravedad médica y la gravedad psicológica en muchos de los intentos suicidas. Podemos considerar dos tipos de métodos utilizados: 1) violentos, y 2) no violentos. Generalmente, el hecho de que un individuo escoja un método violento y, además, de una gran seguridad letal, como puede ser la precipitación desde un lugar elevado, es indicativo de que hay una finalidad real de morir, independientemente del resultado. Además del método utilizado, es importante analizar el escenario donde se ha cometido el intento suicida. En algunas ocasiones es casi imposible que el suicida sea descubierto, al menos en un tiempo prudencial, lo cual evita cualquier posible ayuda. Otras veces, el intento suicida se efectúa a sabiendas de que las personas que están cercanas se van a enterar y, por lo tanto, estarán obligadas a intervenir. Es evidente que, en este último caso, lo que realmente se busca no es la muerte, sino exponer a los demás la necesidad de cambio de una situación, hasta el momento, insostenible según opinión del afectado. En este caso, el intento suicida no sería la expresión de un deseo de morir, sino un deseo de cambio y de una nueva forma de vida. Desde esta perspectiva, Farberow señala tres grupos: 1) los que desean realmente morir, 2) los que dejan al azar la supervivencia, y 3) los que desean ser salvados. Hay una tendencia entre los médicos a minimizar este último grupo, muchas veces calificando el intento suicida como una simple manipulación histeroide. Es cierto en muchos casos, pero no

tenemos que olvidar que muchos suicidios consumados, al analizarlos a posteriori, presentan antecedentes de tentativas de suicidio de este tipo. Una tentativa previa es uno de los factores de riesgo a considerar.

- c) En la tercera fase el individuo ya ha tomado la decisión de suicidarse. En este momento el sujeto presenta una cierta tranquilidad, pues sus dudas se han disipado; podríamos decir que es la calma que precede a la tormenta. Hay que prestar atención a los indicios o actos preparatorios de cómo llevar a cabo técnicamente el suicidio. Una vez tomada la decisión, se pasa al acto. Es entonces cuando se escoge el método que se utilizará para llevar a cabo el acto suicida. Los métodos más frecuentemente utilizados son los siguientes: 1) métodos traumáticos.- armas de fuego, arma blanca, precipitaciones, aplastamiento, procedimientos químicos, ingestión de cáusticos y quemaduras. 2) métodos por asfixia.- suspensión, sofocación, sumersión, inhalación de vapores tóxicos y electrocución. 3) métodos tóxicos.- venenos y fármacos en general, aunque tienen una especial relevancia los psicofármacos. Robins y cols., en un estudio sobre 134 suicidios consumados encuentran que el 65 % de los suicidas habían comunicado a alguna otra persona su intención de suicidarse. A veces, el mensaje iba dirigido a diferentes personas: el 60 % al cónyuge, el 51 % a otros familiares, el 35 % a amigos y un 15 % al médico. El aforismo popular de que el que quiere morirse no lo dice es uno de los muchos errores difundidos sobre el tema del suicidio. Las formas de comunicación que utilizan los suicidas pueden ser directas, tales como la afirmación de que tiene intención de matarse y de que está cansado de vivir, deseos de morirse, referencias a modos de matarse, etc., o ser formas de aviso de tipo indirecto, como poner los asuntos en orden, hacer testamento o llamar a amigos que no había visto desde hacía muchos años (1)

### 2.2.1. Epidemiología

No hay datos epidemiológicos sobre el intento de suicidio, pero, si tenemos en cuenta que por cada suicido hay diez intentos de suicidio podemos calcular los datos con la información epidemiológica del suicidio que se da a continuación (38).

Se estima que la tasa de suicidio mundial es aproximadamente de 15 por 100000 habitantes cada año. La OMS calcula que el suicidio representa el 1,5% de los fallecimientos en todo el mundo, con especial prevalencia en los países menos desarrollados (39). Según OMS, siendo las tasas más altas de suicidio a nivel mundial en Lituania y Rusia, y las más bajas en Azerbaiyán, Kuwait y Filipina. Esto sugiere que los factores que determinan la tasa de suicidio son específicos de cada comunidad, y que el suicidio es una conducta humana propia de prácticamente todas las culturas, sean de sociedades industrializadas o no.

El suicidio en Europa es la segunda causa más común de muerte entre los 15 a 44 años. Para las mujeres de la misma edad, el suicidio es la cuarta causa más común de muerte (40) En España se suicidan nueve personas al día, siendo los varones (78,31%) más que el triple de las mujeres (22,56%).

En Europa mueren cada año 58000 personas por suicidio, 7000 más por accidentes de tráfico. Si en España comparamos ambas causas de muerte a lo largo de los últimos años, podemos comprobar una disminución importante de los fallecimientos por accidentes de tráfico mientras que las tasas de suicidio se mantuvieron similares.

Los países de América latina con mayor prevalencia de suicidio son Cuba y Puerto Rico, por ser específicos de la comunidad. Según la OMS el mundo sufre el suicidio de unas 900 mil personas cada año, lo que equivale a una muerte auto producida cada 40 segundos (41)

El suicidio ocupa el cuarto lugar de las causas de muerte en el Perú. En el Perú, el 32% de la población ha pensado alguna vez en su vida en suicidarse. Más de 80 menores de edad se suicidaron y más de 300 lo intentaron. Si bien el número total de suicidios se redujo en los últimos tres años, la tasa en niños y adolescentes pasó del 10% en el 2009 al 12% en el 2010 (42)

El MINSA, en Lima, reporta 228 suicidios consumados, de los cuales el 63% eran varones. En lo referente a la prevalencia de vida de pensamiento suicida es de 30.3% con predominio del sexo femenino, la prevalencia de vida de conductas suicidas con referencia al intento es 5.2% con predominio del sexo femenino. En la Sierra peruana encontramos que la prevalecía anual de deseos de morir esta en 34.2%, y la prevalencia de vida del intento suicida esta en 2.9%. En la selva del Perú, concreción suicida 34% y el intento, 72% (43)

Los reportes de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa revelan que los jóvenes entre 18 y 24 años representan la mayoría de los suicidas. En el 79% de casos por una decepción amorosa o por un problema familiar o conyugal. En tanto, el 17% de personas intentó auto eliminarse por problemas mentales, el 2.2% por problemas económicos y el 0.8% por una enfermedad terminal (44)

En suicidio es raro en niños, se incrementa en la adolescencia, lo intentan más las chicas, pero lo consuman más los chicos. Las conductas suicidas en niños menores de 12 años son raras y hay pocos datos fiables acerca de su incidencia; en adolescentes, en cambio, son más frecuentes, y algunos autores encuentran que hasta un 32% de adolescentes hacen algún intento de suicidio en algún momento, siendo más frecuente en mujeres (1,3 a 3:1).

La prevalencia estimada del suicidio consumado es de alrededor de 7 /100.000 adolescentes (14% de muertes y entre la segunda y tercera causa de muerte a estas edades) y es 2 veces más frecuente en chicos que en chicas (45). En otro estudio se estudia a niños y adolescentes que están hospitalizados por intento de suicidio, de los cuales se encuentra que el 12% tienen antecedente de depresión, sin embargo el antecedente de mayor frecuencia es la conducta disocial con 49% y un 32% con un intento previo de suicidio (21).

## **2.3. FACTORES ASOCIADOS**

### **2.3.1. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Las principales que se considerarán en el presente trabajo son: edad, sexo, estado civil, ocupación, instrucción, tipo de familia.

**Edad.-** en años cumplidos, declarada por el paciente y verificada con algún documento de identidad, o con sus familiares en caso de ser menor de edad. Se agrupara en grupos etarios de 15-19 años, 20-24 años, 25-29 años, 30- 34 años, 35-39 años, 40-44 años, 45-49 años, 50 a más años.

**Sexo.-** masculino y femenino, verificado con el examen clínico.

**Estado civil.-** declarado por el paciente y corroborado por los familiares: soltero, casado, conviviente, viudo y divorciado.

**Ocupación.-** se agrupará en los siguientes grupos ocupacionales: Estudiantes, Amas de casa, Trabajador independiente y artesanos, Profesionales y técnicos, Desocupados y jubilados.

**Nivel de instrucción.-** declarada por el paciente. Puede ser: Analfabeto si no sabe leer ni escribir ni ha tenido algún grado de instrucción. Primaria completa o incompleta. Secundaria completa o incompleta. Técnica completa o incompleta y Superior completa o incompleta.

**Tipo de familia.-** Solitario (vive solo). Matrimonio (sin hijos). Nuclear (padre, madre, hijos). Extensa (padre, madre, hijos y algún otro familiar), Desintegrada (falta alguno de los padres).

**2.3.2 FACTORES PREDISPONETES.-** Describe algo que favorece que una persona desarrolle o presente una enfermedad o patología, aumentando la vulnerabilidad del individuo y en consecuencia el riesgo de sufrir intento de suicidio p.e. intento suicida previo, enfermedad familiar, muerte de algún familiar, infidelidad, violencia, etc.

#### **2.4. MARCO CONCEPTUAL: CONCEPTOS BÁSICOS**

**Ideación suicida.-** proceso de formación de ideas suicidas (idea: primer acto de entendimiento). Es una idea que aparece y desaparece, es recurrente, se toma en consideración, es una expresión emocional. Alude a cogniciones que pueden variar desde pensamientos transitorios sobre insatisfacción de vivir hasta planes concretos y bien elaborados para auto eliminarse, a veces incluye intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva.

**Intento suicida.-** acto voluntario, autoinflingido, de amenaza vital, con injuria física, sin muerte, y que no busca sólo impresionar o llamar la atención.

Es un propósito, tentativa o acción con que se pretende quitarse voluntariamente la vida. La tentativa o intento suicida es un acto incompleto, es decir, el sujeto intenta pero fracasa, implica un acto. La intención es un acto esbozado, el sujeto tiene la intención, pero no la concreta.

**Forma de intento suicida.-** es el método utilizado para el intento suicida: Ingestión, lanzamiento al vacío, lanzamiento a las ruedas de un carro, estrangulamiento, asfixia, arma de fuego, arma punzocortante, otro.

**Rasgos de personalidad.-** Los rasgos de personalidad son variaciones emocionales y conductuales correspondientes a los diferentes tipos de personalidad que generalmente están presentes en las personas normales. Para deducir la existencia de los rasgos de personalidad, el médico debe observar y registrar (historia clínica) el comportamiento de un individuo durante cierto tiempo (diferentes etapas de la existencia) y en situaciones heterogéneas (vida familiar, estudio, trabajo, etc.). Los rasgos se encuentran en las acciones abiertas de las personas y en las relaciones y experiencias presentes. Los rasgos de la personalidad son disposiciones duraderas intraindividuales, las cuales hacen que la persona, perciba, sienta, y actúe de modo definido en un amplio abanico de situaciones personales y sociales.

La teoría de los rasgo plantea que en determinadas situaciones la persona actuaría siempre de la misma manera, y sostiene que los patrones característicos del comportamiento, pensamiento y sentimiento son resultado de tales rasgos. Éstos son numerosos, pero sólo adquiere el nivel de trastorno cuando por su constante rigidez y duración afectan varios aspectos de la personalidad y, casi siempre, causan importantes perturbaciones personales y sociales

El DSM-IV-TR define rasgos de personalidad como “patrones persistentes de percepción, relación y pensamiento acerca del ambiente y de uno mismo que se exhiben en una amplia variedad de contextos sociales y personales”. La mayoría de la población presenta varios rasgos de personalidad a la vez, pero siempre uno predominará sobre los otros rasgos, es muy raro que las personas presenten una “personalidad pura”.

**Trastorno de personalidad.-** la personalidad puede definirse como la totalidad de los rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una

persona en su vida diaria en condiciones normales; es relativamente estable y predecible. Un trastorno de la personalidad supone una variante de estos rasgos de carácter, que van más allá de los que normalmente presentan la mayoría de las personas. Sólo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y des adaptativos, y causan o bien un deterioro funcional significativo, o bien un malestar subjetivo, constituyen un trastorno de personalidad. Los pacientes con este tipo de trastornos presentan patrones de relación y de percepción de sí mismos y del ambiente inflexibles, des adaptativos y muy arraigados.

**Diagnóstico psiquiátrico o Trastorno psiquiátrico.-** aquella afectación de la vida psíquica, estipulada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – V - TR) o en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10), que puede llevar a una persona a un intento suicida.

## 5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	CRITERIO DE MEDICIÓN
<b>Independiente</b> Personalidad según la valoración clínica de la CIE 10	Clínica	Personalidad paranoide Personalidad esquizoide Personalidad histriónica Personalidad anancástica Personalidad disocial Personalidad inestable Personalidad ansiosa Personalidad dependiente	Ordinal	Categórica discreta	Clasificación internacional de las enfermedades CIE-10
Personalidad según MMPI		Hipocondriasis Depresión Histeria Desviación psicopática Paranoia Psicastenia Esquizofrenia Hipomania	Ordinal	Categórica discreta	Inventario multifacético de la personalidad de Minnesota

<b>Dependientes</b> Intento suicida <b>Intervinientes:</b> -Edad	Clinica				
	Clinica	Años cumplidos	De razón	Numérica continua	Intervalos: 5 años
-Sexo	Clinica	Masculino femenino	Nominal	Categòrica discreta	Comprobación clínica
-Estado civil	Social	Soltero Casado/conviviente Divorciado/separad Viudo	Nominal	Categòrica discreta	Información personal, comprobación con su DNI.
-Nivel de instrucción	Social	Analfabeto Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa	Ordinal	Categòrica discreta	Información personal, comprobación con su DNI o con familiares
-Ocupación	Social	Desocupado - jubilado Estudiante Ama de casa Comerciante Obrero - artesano Profesionales – técnicos Otros	Nominal	Categòrica discreta	Información personal, comprobación con su DNI, o con familiares.
Tipo de familia	Social	Solitario Matrimonio Nuclear Extensa Desintegrada	Ordinal	Categòrica discreta	Información del paciente, familia, amigos, evaluación clínica
Condición precipitante (estresores psicosociales)	Clinica	Problemas de pareja Problemas familiares Problemas escolares Problemas laborales Enfermedad física Enfermedad mental Intento suicida previo Violación Violencia Alcoholismo Embarazo Otro	Ordinal	Categòrica discreta	Información del paciente, evaluación clínica
-Método empleado	Clinica	Traumático Por asfixia Por ingestión	Ordinal	Categòrica discreta	Información del paciente, familia, vecinos, amigos, otros
-Agente utilizado	Clinica	Arma de fuego, arma blanca. Suspensión. Sumersión.	Ordinal	Categòrica discreta	Evaluación clínica
		Venenos/Fàrmacos Precipitación al vacío sumersión.	Ordinal	Categòrica discreta	Entrevista a paciente, familia, vecinos, amigos

## 6. UTILIDAD DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Al finalizar el presente trabajo de investigación podremos tener criterios de intervención preventiva en la población respecto al intento suicida, identificaremos la personalidad, asociada y los principales factores asociados a los intentos suicidas en nuestra realidad y podremos comparar, con otras realidades, si la personalidad y los diferentes factores asociados al intento

suicida varían en la población general y en los pacientes que realizan uno o más intentos suicidas y podremos identificar otras variables que podrían estar interviniendo o modificando los factores asociados al intento suicida y/o la relación entre personalidad y el intento suicida, lo cual nos permitirá ampliar nuestro conocimiento respecto al tema de investigación en nuestro medio y también nos servirá para tener un estudio base que posteriormente nos permitirá investigar la evolución del intento suicida con la intervención de estas variables de estudio.

## **7. MATERIAL Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

### **H. AMBITO DE ESTUDIO**

La presente investigación se realizará en el departamento de Puno, el cual se encuentra situado en la región sudeste del Perú, en la frontera con Bolivia. Tiene una superficie de 72.383,44 km<sup>2</sup>, incluyendo la parte peruana del lago Titicaca que es de 4.996,28 km<sup>2</sup>.

De acuerdo a la actividad censal del 2007 realizada por el INEI, la región Puno alcanzó 1'268,441 habitantes y para el año 2009 la proyección es de 1'338,163 ocupa el 21 lugar a nivel nacional y con una Tasa de crecimiento del 1.13%. La población regional se encuentra constituida básicamente por dos culturas la Colla y la Aymara.

La estructura poblacional de la Provincia de Puno presenta características muy particulares con respecto al promedio de la población Regional, cuyo mayor rango de edades oscila entre las edades de 5 a 19 años, lo que se interpreta que la Provincia de Puno cuenta con una mayor base de población joven. El 20.4% representa adolescentes y jóvenes de 10 y 19 años, el 18.1% representa a niños de 0 a 9 años, el 17.6% de la población comprende la población de 20 a 29 años y el 11% representa ancianos de 60 a más años. La estructura por sexo está constituida por el 50.7% de población femenina y el 49.3% de población masculina (46).

En la estratificación de la población por estratos socio económicos, notamos que no comprende la población del estrato 1 ó alto por no existir este nivel en la ciudad ni en el departamento; en el caso del estrato 2 ó medio podemos ver que es bastante pequeño, estimándose en solamente un 2.7% del

total de la población. El estrato 3 ó medio representa el 8.4%, mientras que los estratos 4 y 5, categorizados como bajo y muy bajo, representan la mayor parte de la población de la ciudad, dado que sumados los dos estratos representan el 88.9% de la población (46).

El departamento de Puno cuenta con la mayoría de los distritos en extrema pobreza es decir en el quintil 1, muy pobres quintil 2 y pobres que corresponde al quintil 3, por lo que las actividades de salud deben ser dirigidas a disminuir las brechas existentes entre la población con adecuadas estrategias y programas de intervención (47)

Del total de Hospitales, 2 tienen la categoría de II-2 los cuales son hospitales de referencia de la zona Norte el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca y de la zona sur el hospital Manuel Núñez Butrón de Puno, 9 Hospitales tiene la categoría de II-1, los cuales se encuentran en la capital de provincia de las Redes de salud y corresponden a las provincias: Huancané, Ayaviri, Azángaro, Juli, Ilave, Yunguyo, Sandía, Macusani, Lampa.

Los centros de salud con categoría I-3 son 50 que corresponden al 11.36% y con categoría I-4 son 42 establecimientos de salud con un 9.55%. Puestos de salud con categoría I-1 con 219 establecimientos (49.71%) y I-2 con 118 establecimientos de salud (26.82%). El número de establecimientos que están en el régimen CLAS están distribuidos en todas las Redes, siendo en mayor porcentaje en la REDESS Collao (47)

En la región Puno año 2012, en la población general, las 10 primeras causas de muerte eran: el paro cardíaco no especificado, otras enfermedades cerebrovasculares especificadas, insuficiencia renal crónica no especificada, septicemia no especificada, traumatismo intracraneal con coma prolongado, otras septicemias especificadas, insuficiencia cardíaca congestiva, hemorragia gastrointestinal no especificada, inmadurez extrema, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido; pero no figura en esta lista el suicidio entre las primeras 10 causas, tampoco figura el intento de suicidio dentro de las 10 primeras causas de morbilidad, lo que puede sugerir que son problemas de menor frecuencia en Puno o que se habría incrementado recién en los últimos 3 años (47).

El Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón, está ubicado en el cercado de la ciudad y recibe población de los sectores socio-económicos medio bajo y bajo, característicos de la población promedio de la provincia, es un hospital de referencia y en muchos casos recibe pacientes asegurados que han recibido la atención de emergencia por intento de suicidio en Essalud.

## **I. UNIDAD DE ESTUDIO**

Para el estudio de la personalidad y características sociodemográficas, de los casos con intento de suicidio de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del hospital Manuel Núñez Butrón, la unidad de estudio serán todos los pacientes atendidos con este diagnóstico en el año 2013, que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

- De uno u otro sexo.
- Diagnóstico de intento de suicidio.
- Estado de salud que les permita comprender el sentido de la encuesta y responderla de manera autónoma.

## **J. UNIVERSO Y MUESTRA**

Para el estudio de las características sociodemográficas y diferentes patrones de los tipos de personalidad de los pacientes con intento de suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del hospital Manuel Núñez Butrón durante el año 2013, se tomó al total de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, los cuales sumarían 60, por lo tanto, no se tomó una sola muestra, sino al 100%.

## **K. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El estudio sobre la frecuencia hospitalaria de intentos de suicidio atendidos en el hospital, es de tipo transversal de diagnóstico, según la clasificación de John C. Baylor

## **L. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

Para la identificación y análisis de las características sociodemográficas se usará la técnica de clasificación y categorización de la información de las historias clínicas, para lo cual se usará una ficha que consta en el Anexo 1.

Para la identificación de los patrones que se inclinan más a los diferentes tipos de personalidad de los casos de intentos de suicidio, se usará el MINI MULT (versión abreviada del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2) Anexo 2 (48). Los elementos de estos tests han sido validados extensamente.

Debo hacer notar que desde que inicié mi internado en Enero 2013 contacté con el Dr. Ceferino Adrián Pinto Guillén, Psiquiatra, Médico Jefe del Servicio de Salud Mental, quien me apoyó en mi proyecto y me informó que contaba con todo el material necesario para realizarlo y desde el mes de Julio que roté por Medicina, personalmente me encargué de la toma de datos para mi trabajo y supervisado por el Dr. Pinto.

#### **M. PROCEDIMIENTO**

- Los pacientes serán captados por el Servicio de Emergencia donde se les dará la atención de emergencia: lavado gástrico (si correspondiera), estabilización hidroelectrolítica, observación, interconsulta a psiquiatría, hospitalización.
- Una vez en piso, al día siguiente, (dependiendo del caso), se procederá a entablar una buena relación médico paciente, al mismo tiempo que se captarán las características sociodemográficas del paciente, (Anexo 1), se aplicará el Inventario Multifásico de personalidad de Minnesota MMPI-2 abreviado (Anexo 2), para tipificar su patrón de personalidad y/o psicopatología asociada. En algunos pacientes será necesario un día para tomar todos los datos necesarios para llenar los anexos 1 y 2, en otros será necesario dos o más días, dependiendo de su gravedad
- Luego de la recolección de datos se procederá a la revisión de los formatos para completar algunos datos faltantes.
- Complementariamente nos hemos comprometido con el Servicio de Salud Mental del hospital, para entregarle copia del informe final de la investigación.

## N. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para los resultados de prevalencia se usará técnicas de estadística descriptiva. En el estudio de asociación se usará la prueba de chi cuadrado ( $X^2$ ); evaluando si son factores de riesgo y significancia.

## 8. RECURSOS

### 8.1. Humanos

- 8.1.1. Investigador
- 8.1.2. Asesor de tesis
- 8.1.3. Director de tesis
- 8.1.4. Estadístico

### 8.2. Materiales y equipos:

- 8.2.1. Material de escritorio: papel A – 4 cuatro millares, 30 lapiceros, computadora, impresora y fotocopidora
- 8.2.1 Institucionales: Hospital Regional Manuel Núñez Butrón,  
Universidad Católica Santa María

8.3. Presupuesto: Será cubierto íntegramente por el investigador y asciende aproximadamente a 1500 nuevos soles.

## 9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad Programada	Ene - Dic 2013	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
-Revisión bibliográfica	X	X	X	X	X	X	
-Elaboración y presentación del proyecto de investigación	X	X	X				
-Recolección de datos							
-Procesamiento de datos	X	X	X				
-Elaboración del informe final				X	X	X	X
-Presentación y sustentación de tesis							X

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Vallejo Ruiloba, J. "Introducción a la psicopatología y la psiquiatría" Editorial Elsevier Masson 7ª edición, Barcelona; 2011:238
2. Cole JCM, Walter HJ, DeMaso DR. Suicide and attempted suicide. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 25.
3. Díaz Mendoza J. "Factores de riesgo suicida en adolescentes con intento de suicidio en medicina, hospital Carlos Monje Medrano – Juliaca, 2013" Tesis para optar el título de médico cirujano Puno, 2013
4. Larraguibel M, Gonzales-Martínez V, Venzuela R. "factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev. Chil. Pediatría 2000; 71(3): 183-191. Citado en Tesis doctoral "Análisis de la prevalencia hospitalaria y factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Comercial 45, puno 2012". Puno, 2012.
5. Coello Miranda R. "Temas de Salud Mental" Impreso en Industria Gráfica ABC SAC 1ª edición, Trujillo Perú 2013: 141-144
6. Kaplan y Sadock "Manual de bolsillo de psiquiatría clínica" Editorial Lippincott Williams y Wilkins 5ª edición Barcelona 2012: 291-295)
7. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi de Lima. Perú 2011. Intentos fallidos (en línea) (consulta 31 de Mayo del 2014) Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigación/estudios.html>
8. Dirección Regional de Salud de Puno: Oficina de Estadística e Informática. Puno 2013
9. Rotondo H. "Compendio de psiquiatría" Editorial UNMSM 2ª edición Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima 2010: 228-257
10. Mardomingo Sanz, MJ. "Trastorno de personalidad y comportamiento suicida en la adolescencia. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: 31 de Mayo del 2014]; Conferencia 7-CI-H: [8 pantallas]. Disponible en: [http:// www.psiquiatría.com/congreso/mesa/mesa7/conferencias/7-ci-h.htm](http://www.psiquiatría.com/congreso/mesa/mesa7/conferencias/7-ci-h.htm)
11. Núñez Gaitán M., Rodríguez Testal J. "Trastornos de personalidad" Citado por Rodríguez Testal J y Mesa Cid (Coords.) en "Manual de psicopatología clínica" Ediciones Pirámide, 1ª edición, Madrid 2011: 367 - 403

12. Rosselló J., Berríos M. "Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes portorriqueños" Rev Interamericana de Psicología 2004, Vol. 38, Num. 2: 295-302
13. Rodríguez Valdéz, Pedraza Vilela M. y Burunate Pozo M., "Pacientes atendidos en el Cuerpo de Guardia de Psiquiatría en el periodo de enero de 1999 a noviembre de 2001" Cuba 2004
14. Domínguez Miguel, Liliana Acevedo, Alejandra Negre, María Leidi. "Intento de suicidio en el Hospital Alvear del 1º de agosto al 30 de noviembre del 2001, correspondientes a la guardia del día domingo" Rev argentina de psiquiatría 2004
15. Baader Matthei Tomas, Richter Paul y Mundt, "Factores de riesgo de suicidio de pacientes en tratamiento psiquiátrico hospitalizados y con tratamiento ambulatorio y hasta un mes posterior al alta" Rev Med Chile 2004
16. Bella M., Fernández A., Acevedo G. "Análisis socio demográfico y psicopatológico en intentos de suicidio infantojuveniles" Rev. argentina de psiquiatría; 19(78): 10-15 mar-abr. 2008.
17. Ventura R., Carbajal C. "Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la región metropolitana de Santiago de Chile. Rev Med. Chile 2010; 138: 309-315.
18. Pérez B, Rivera L, Alienzo E, et al "Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana". Salud Pública Mex 2010; Vol. 52(4): 324-333
19. Leividanes M. "Estructura y dinámica familiar del adolescente con intento suicida, ciudad Bolívar, 2005-2006. (Tesis especialidad Medicina Familiar) Universidad de Oriente, Venezuela 2007
20. Vásquez E, Alcantar M "Factores asociados al intento de suicidio en adolescentes. Hospital Infantil del Estado de Sonora 2009. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20suicidio%20en%20adolescentes.pdf>
21. Bella M, Fernández R, Willington J. "Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes" Arch. argent. pediatr; 108(2): 1214-129, Abril 2010.tab

22. Torres V, Díaz L, Rodríguez N, Font I, Bárbara M. "Conducta suicida en pacientes atendidos en un Centro de Urgencias. Hospital Militar Central "Dr, Carlos J. Finlay" Rev Cubana Med. Milit. 2005; 34(3).
23. Paredes C, Orbegoso O, Rosales P. "Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima", 1995-2004. Rev. Perú. med. exp. Salud pública, Oct./Dic. 2006, vol.23, no.4, p.293-296. ISSN 1726-4634.
24. Ragaki A. "Factores psicosociales asociados al intento suicida en adolescentes mujeres de un colegio estatal de la ciudad de Lima" (Tesis) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú 2007
25. Taype J, Chamorro A. "Características asociadas al intento de suicidio atendidas en el hospital José Casimiro Ulloa, Lima. Rev de ciencias de la salud 2:1 44-49 Perú 2007
26. Villaverde S, Flores D, Flores LI. "Factores sociodemográficos y psicológicos relacionados al intento de suicidio en pacientes atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud. Iquitos 2007
27. Díaz J. "Factores de riesgo suicida en adolescentes con intento de suicidio en medicina, hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2013 (tesis) Facultad de Medicina Humana UNA Puno 2013
28. Morales J. "Factores de riesgo en el intento de suicidio de pacientes atendidos n el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca enero-diciembre 2007, (Tesis) Facultad de Medicina Humana UNA Puno 2007
29. Tito E. "Factores de riesgo en pacientes con intento de suicidio hospitalizados en el hospital Manuel Núñez Butrón Puno, enero-junio el 2006 (Tesis) Facultad de Medicina Humana UNA Puno 2007
30. Alvarado, E. "Trastorno de personalidad y suicidio" Tesis de Maestría UNSA 2001.
31. Pinto C. "Intento suicida y aspectos psicosociales en pacientes del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, año 2005" (tesis) Facultad de Sociología UNA Puno 2006
32. Asociación psiquiátrica americana citado por Rodríguez Testal J y Mesa C (coords) en "Manual de psicopatología clínica" Ediciones Pirámide, 1ª edición, Madrid 2011: 367 – 403

33. Cole JCM, Walter HJ, De Maso DR. Suicide and attempted suicide. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011: chap 25.
34. Brendel RW, Lagomasino IT, Perlis RH, Stern TA. The suicidal patient. In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL, eds. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2008: chap 53.
35. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder; third edition. Arlington (VA), American Psychiatric Association; 2010 Oct. 152 p.
36. Galli, Enrique: Los medios de comunicación masiva y el suicidio. Rev. La depresión: rompiendo barreras (trabajos publicados por el profesor doctor Enrique Galli 1992 – 1995) 70 – 74. Clínica Ricardo Palma, Lima – Perú.
37. Galli, Enrique: Neurobiología del suicidio. Neuroquímica del suicidio: en busca de un predictor. Rev. La depresión: rompiendo barreras (trabajos publicados por el profesor doctor Enrique Galli 1992 – 1995) 46 – 49. Clínica Ricardo Palma, Lima – Perú.
38. Pinto C., Análisis de la prevalencia hospitalaria y factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Comercial 45, Puno 2012. (Tesis doctoral) UNSA Arequipa 2012
39. Maza Pamela Mariana, Muñoz Ginesta Nuria, Olmedo Christian, Olguín Anahí, Rodríguez Adrián. “Suicidio y Depresión”. Disponible en: URL: [www.monografias.com](http://www.monografias.com), consultado en: 24/03/2013
40. Salud Mental: Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/estsan/saludmental.htm>, consultado en 23/06/2013
41. Salud mental. Disponible en; [http://es.wikipedia.org/wiki/Salud mental](http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_mental), Consultado 30/05/2014
42. FEMI 2010. Guía de diagnóstico y de tratamiento, <http://medicine.forumed.otg/pdflike.php>, Consultado en 26/06/2013
43. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental. Disponible en [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/), consultado 24/05/2013

44. Preocupante aumento de suicidios en Arequipa, Perú 21, 2012. Disponible en <http://peru21.pe/2012/06/24/impresa/preocupa-aumento-suicidios-arequipa>. consultado en 24/12/2013
45. Dupont Mónica. Depresión-Psicología. Disponible en: [URL:www.monografias.com](http://www.monografias.com), Psicología. consultado 25/04/2013
46. Plan Estratégico 2011-2014 del Municipio Provincial de Puno, Puno 2011.
47. Análisis de la situación de salud ASIS PUNO 2010. Dirección Regional de Salud de Puno
48. Hathaway SR., McKinley JC. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Editorial TEA, 3ª edición. Madrid 2002





## ANEXO 2

### INVENTARIO DE PERSONALIDAD MMPI (Forma abreviada)

INSTRUCCIONES: A continuación Ud. encontrará en este folleto, una serie de frases numeradas, lea atentamente cada una, e identifique en la hoja de respuestas si es su caso, si la frase resulta verdadera (V) o falsa (F).

Trate de ser sincero consigo mismo y use su propio criterio. No deje de contestar ninguna frase.

72. Tengo buen apetito
73. Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas
74. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado
75. Trabajo bajo una tensión muy grande
76. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas
77. Muy rara vez sufro de estreñimiento
78. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar
79. A veces me dan ataques de risa o llanto que no puedo controlar
80. Sufro ataques de náuseas y de vómitos
81. Nadie parece comprenderme
82. A veces siento deseos de maldecir
83. Me dan pesadillas con mucha frecuencia
84. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo
85. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas
86. Si la gente no se hubiera enañado conmigo yo hubiera tenido éxito
87. Por un tiempo cuando era más joven, participé en pequeños robos
88. He tenido periodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo
89. Mi sueño es irregular e intranquilo
90. Cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extrañas
91. Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce
92. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabía tanto como yo
93. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen ser
94. Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se conduelan con ellos y les ayuden
95. Algunas veces me enojo
96. Decididamente no tengo confianza en mí mismo
97. Tengo poca o ninguna dificultad con espasmos o contracciones musculares
98. Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo incorrecto o malo
99. Casi siempre soy feliz
100. Algunas personas son tan dominantes que he tenido el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden aunque sepa que tienen razón
101. Creo que están conspirando contra mí
102. La mayor parte de la gente se vale de medios injustos para obtener beneficios o ventajas antes de perderlos
103. Sufro mucho de trastornos estomacales
104. A menudo no puedo comprender porque he estado tan irritable y malhumorado
105. A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlo en palabras
106. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la mayor parte de la gente que conozco

107. Decididamente a veces siento que no sirvo para nada
108. Durante los últimos años he gozado de buena salud la mayor parte del tiempo
109. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho
110. Creo que frecuentemente he sido castigado sin motivo
111. Nunca me he sentido mejor que ahora
112. No me preocupa lo que los otros piensen de mí
113. Mi memoria parece ser buena
114. Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez
115. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo
116. Muy pocas veces me duele la cabeza
117. No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino
118. No me agradan todas las personas que conozco
119. Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos e ideas
120. Debería no ser tan tímida
121. Creo que mis pecados son imperdonables
122. Frecuentemente me encuentro preocupado por algo
123. Con frecuencia mis padres se han opuesto a la clase de gente con quien acostumbraba salir
124. A veces chismeo o murmuro un poco de la gente
125. A veces pienso que puedo tomar decisiones con extraordinaria facilidad
126. Rara vez noto los latidos de mi corazón y muy pocas veces resiento corto de respiración
127. Me molesto con facilidad, pero se me pasa pronto
128. Tengo periodos de tanta tranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo
129. Mis padres y familiares me encuentran más defectos de los que debería
130. A nadie le importa mucho lo que le suceda a usted
131. No culpo a la persona que reaproveche de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa
132. A veces estoy lleno de energía
133. Mi vista es tan buena como lo ha estado por años
134. Casi nunca noto que me zumban los oídos
135. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas hipnotizándome
136. Tengo épocas en que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.
137. Aun cuando esté acompañado me siento solo la mayor parte del tiempo.
138. Creo que casi todo Edmundo mentiría para evitarse problemas.
139. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
140. Durante ciertos periodos mi mente parece trabajar más despacio que de costumbre.
141. La gente me desilusiona con frecuencia.
142. He bebido alcohol en exceso.

**GRACIAS POR TU SINCERIDAD**