

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Segunda Especialidad en Psiquiatría



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN
PACIENTES MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
EN EL HOSPITAL III GOYENECHE - AREQUIPA, PERIODO AGOSTO –
OCTUBRE 2018”**

Trabajo Académico presentado por:

Fernández Jiménez, Ahida Lizeth

Para optar el Título Profesional de
Segunda Especialidad en Psiquiatría

Asesor:

Dra. Muñoz Del Carpio Toia, Agueda

AREQUIPA – PERÚ

2018

Decreto No. 029-Fac.Med.Hum-2018

INFORME DICTAMEN DE TRABAJO ACADÉMICO

RESIDENTADO MEDICO

VISTO, el Trabajo Académico: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ - AREQUIPA, PERIODO AGOSTO - OCTUBRE 2018", presentado por el(la) Residente:

M.C. AHIDA LIZETH FERNÁNDEZ JIMÉNEZ

Quien pretende optar el Título de Segunda Especialidad en **PSIQUIATRÍA**.

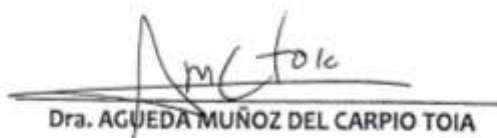
De acuerdo a Decreto No. 029-Fac.Med.Hum-2018, se da por:

Procede nota 19

OBSERVACIONES:

cumple con todas las especificaciones

Arequipa, 2018 24 Julio


Dra. AGUEDA MUÑOZ DEL CARPIO TOIA

AGRADECIMIENTO



Agradecer a Dios, a mis padres y hermanos
por el amor y el apoyo brindado.

INTRODUCCION

El suicidio, intento de suicidio, son problemas de gran importancia en la Salud Pública, no solo en Perú, sino también a nivel mundial, siendo uno de los problemas a tratar como prioridad en nuestra actualidad, es por ello que mediante Resolución Ministerial del 2017, se aprueba la Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios, para garantizar los derechos de las personas con problemas de salud mental.

Uno de los conceptos a considerar es que el suicidio viene a ser el acto infligido, que se va a dar de forma voluntaria y deliberada, en el que la persona pasa por diferentes fases como el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí, que no solo afectan a la persona, sino también al entorno familiar.

En nuestra realidad se ve que las personas que intentan suicidarse, pueden estar atravesando alguna enfermedad psiquiátrica, también aquellos que atraviesan situaciones muy difíciles. Siendo la etiología multifactorial, alteraciones neurobiológicas o alteraciones genéticas entre otras.

En este estudio se analizan los factores de riesgo asociados a la ideación suicida en pacientes mujeres, que viene a la atención por el servicio de Emergencia, considerando que el suicidio es un problema grave de la Salud Pública, la evaluación de riesgo del paciente con ideación suicida debe ser una parte fundamental en la práctica clínica diaria, ya que la detección oportuna de los factores de riesgo permiten su prevención, siendo a fortaleza para disminuir la incidencia de casos.

RESUMEN

El suicidio representa un importante problema de salud pública a nivel mundial, es por ello que actualmente se considera como prioridad, y sobre todo conocer los factores asociados o determinantes en el suicidio.

El presente trabajo busca Identificar los factores de riesgos asociados a la ideación suicida, en pacientes mujeres atendidas en el servicio de emergencia del Hospital III Goyeneche en el periodo comprendido entre Agosto a Octubre 2018. Siendo este un trabajo de estudio Observacional, Prospectivo de corte transversal, que nos permitirá conocer, los factores sociodemográficos, los factores del contexto sociocultural y familiar asociado a la ideación suicida, en el Servicio de Emergencia del Hospital III Goyeneche, ya que no se cuenta con estudios previos.

Con el presente estudio se pretende analizar los factores de riesgo asociados a la ideación suicida, así mismo determinar el riesgo de ideación suicida en pacientes mujeres que son atendidas en emergencia.

Palabras Claves:

Ideación suicida, suicidio, factores de riesgo.

ABSTRACT

Suicide represents a major public health problem worldwide, which is why it is currently considered a priority, and above all to know the factors associated or determinants in suicide.

The present work seeks to identify the risk factors associated with suicidal ideation, in female patients attended in the emergency service of Hospital III Goyeneche in the period from August to October 2018. This being an observational study, Prospective of cross-sectional , which will allow us to know the sociodemographic factors, the factors of the sociocultural and family context associated with suicidal ideation, in the Emergency Service of Hospital III Goyeneche, since there are no previous studies.

The aim of the present study is to analyze the risk factors associated with suicidal ideation, as well as to determine the risk of suicidal ideation in female patients who are attended in emergency.

Keywords:

Suicidal ideation, suicide, risk factors.

INDICE

AGRADECIMIENTO

INTRODUCCION

RESUMEN

ABSTRACT

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Enunciado del Problema	1
1.2. Descripción del Problema	1
1.3. Justificación del Problema	7
2. MARCO CONCEPTUAL.....	8
2.1 DEFINICIÓN	8
2.2 EPIDEMIOLOGIA.....	9
2.3. ETIOLOGIA.....	10
2.4. CLÍNICA DEL FENÓMENO SUICIDA	11
2.5. DIAGNOSTICO	11
2.6. TRATAMIENTO	14
2.7 PSICOTERAPIA.....	15
3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION.....	17
3.1. A NIVEL INTERNACIONAL	17
3.2 A NIVEL NACIONAL.....	19
3.3. A NIVEL INTERNACIONAL	20
4. OBJETIVOS	21
4.1 Objetivo General.....	21
4.2 Objetivos Específicos	21
5. HIPÓTESIS	22
II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	23

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	23
1.1. INSTRUMENTOS.....	23
1.1.1 Ficha de recolección de datos:.....	23
1.1.2 Validación del instrumento:.....	24
1.1.3 Materiales:.....	24
2. CAMPOS DE VERIFICACIÓN	24
2.1. Ubicación Espacial.....	24
2.2. Ubicación Temporal.	24
2.3 Unidades de Estudio.	25
2.4 Población	25
2.5 Muestra	25
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	25
3.1. Organización.	25
3.2. Recursos.....	26
3.3.- CRITERIOS PARA MANEJAR LOS RESULTADOS.....	27
III. CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	28
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXOS	32
CUESTIONARIO DE IDEACIÓN SUICIDA Escala ISO-30.....	33

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la ideación suicida en pacientes mujeres, atendidas en el servicio de emergencia del Hospital III Goyeneche, Arequipa, periodo Agosto – Octubre 2018?

1.2. Descripción del Problema

a) Área de Intervención de conocimiento

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

b) Operacionalización de variables

1. Variable Dependiente

Variable	Dimensiones	Sub-dimensiones Indicadores	Calificación	Escala	Tipo de Variable
IDEACIÓN SUICIDA	BAJA AUTOESTIMA	- Yo debo ser un soñador/a, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan - Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto. - Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz. - Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto. - Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad. - Nadie me amaría si realmente me conociese bien.	Según escala de Likert 0: Totalmente en desacuerdo. 1: En parte en desacuerdo.	ORDINAL	CUALITATIVA
	DESESPERANZA	- Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro. - Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí. - Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales. - Aun cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar. - Siento que tengo control sobre mi vida. - Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.	2: En parte de acuerdo. 3: Totalmente de acuerdo	ORDINAL	CUALITATIVA

Variable	Dimensiones	Sub-dimensiones Indicadores	Calificación	Escala	Tipo de Variable
	AFRONTAMIENTO	1. Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán. 2. Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo. 3. Aun cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzar a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito. 4. Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos 5. Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. 6. Domina mi carácter y no puedo pararlo. 7. Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).		ORDINAL	CUALITATIVA
	ASLAMIENTO	1. Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí. 2. Creo que causo problemas a la gente que está a mí alrededor. 3. Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien. 4. Siento como que no pertenezco a ningún lado. 5. Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer. 6. Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.		ORDINAL	CUALITATIVA

Variable	Dimensiones	Sub-dimensiones Indicadores	Calificación	Escala	Tipo de Variable
	IDEACIÓN SUICIDA PROPIAMENTE DICHA	1. Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto. 2. Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida. 3. Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución. 4. Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas. 5. Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirse. 6. Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría.	Estas 6 preguntas son críticas, ósea que, independientemente de la puntuación global obtenida, la presencia de tres o más de estos enunciados, puede implicar la existencia de riesgo elevado.	ORDINAL	CUALITATIVA

Fuente: King, J. D. & Kowalchuk, B. Inventory of suicide orientation-30, ISO 30. Minneapolis: National Computer Systems, INC; 1994.

Variable Independiente

Variable	Indicador	Sub Indicador	Escala de medición	Tipo de Variable
SOCIODEMOGRÁFICOS	Edad	Años cumplidos	Razón	Cuantitativa
	Ocupación	Desocupado, Estudiante, Trabajador	Nominal Politómica	Cualitativa

Variable	Indicador	Sub Indicador	Escala de medición	Tipo de Variable
	Grado de Instrucción	Analfabeto, primaria, secundaria, Universitario, técnico	Nominal Politómica	CUALITATIVA
	Estado Civil	Soltera, casada, Conviviente, divorciada y Viuda.	Nominal Politómica	CUALITATIVA
SOCIOCULTURALES Y FAMILIARES	Intentos de suicidio previos	Sí No	Nominal dicotómica	CUALITATIVA
	Con quienes vive	Papá, Mamá, Ambos padres Solo Otros familiares	Nominal politómica	CUALITATIVA
	Familiares con antecedentes de suicidio	Sí No	Nominal dicotómica	CUALITATIVA
	Antecedentes de violencia intrafamiliar	Sí No.	Nominal dicotómica	CUALITATIVA
	Antecedentes de enfermedades psiquiátricas	Sí o No. Especifique	Nominal dicotómica	CUALITATIVA

c) Interrogantes básicas

¿Cuáles son los factores de riesgos asociados a la ideación suicida, en pacientes mujeres atendidas en el servicio de Emergencia del Hospital III Goyeneche?

Interrogantes Específicas

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la ideación suicida, en pacientes mujeres atendidas en el servicio de emergencia del Hospital III Goyeneche?
- ¿Cuáles son los factores socioculturales y familiares asociados a la ideación suicida, en pacientes mujeres atendidas en el servicio de emergencia del Hospital III Goyeneche?
- ¿Cuál es el riesgo de ideación suicida en pacientes mujeres atendidas en el servicio de emergencia del Hospital III Goyeneche?

d) Tipo y Nivel de Investigación

1. Tipo de investigación:

Básica descriptivo Observacional

2. Diseño de investigación:

Diseño Observacional, Prospectivo y Transversal.

3. Nivel de investigación:

Nivel Descriptivo Analítico Justificación del problema

1.3. Justificación del Problema

Se puede ver según las estadísticas en Perú o a nivel mundial que la tasa de suicidio es alta, y más aún los intentos de suicidio, siendo en la actualidad una de las prioridades en la Salud pública, de ello podemos ver las Resoluciones Ministeriales, en las que se detalla las Normas Técnicas en donde se busca trabajar con las poblaciones más vulnerables.

Así mismo se ve que las personas con intentos suicidas o ideación suicida, tienen pensamientos suicidas en forma constante y por ellos aquellos sujetos que intentaron suicidarse, lo pueden volver a hacer, culminando trágicamente, en donde también se ve afectada la familia, es por esto la importancia de conocer los indicadores del riesgo suicida.

Este trabajo pretende mostrar el panorama de la ideación suicida en pacientes mujeres, atendidas en el servicio de emergencia del Hospital III Goyeneche, elaborado y desarrollado a partir de las historias clínicas y el llenado del cuestionario ISO, durante los meses de Agosto a Octubre 2018.

En sí, este estudio busca especificar las características asociadas a la ideación suicida concretamente en pacientes mujeres, atendidas en el servicio de Emergencia. Para tener una aproximación de los factores de riesgo suicidio en las mujeres de la localidad y así poder difundir e implementar programas que promuevan la detección, prevención y/o tratamiento de casos, dado que está demostrado que el suicidio se puede prevenir en la medida en que se determinen las variables.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 DEFINICIÓN

El suicidio en la actualidad va en aumento, y no solo en Perú, sino también a nivel mundial, y uno de los factores con mayor frecuencia está asociado a la depresión, y el grupo etario en riesgo son los jóvenes, seguido de los adultos, con frecuencia es por la ingesta de órganos fosforados, también por ahorcamiento (1).

La Organización Mundial de la Salud lo define como “el acto de autoagresión” (2). Está asociado a las patologías mentales, sobre todo a la depresión, trastornos bipolares, trastornos de la personalidad, alcoholismo; muchas de estas personas actual de forma impulsiva ante alguna situación del entorno del sujeto.

El termino suicidio proviene del Latín, el cual considera Sui: uno mismo y Occidere: dar muerte, lo que significa matarse uno mismo; por lo que definimos como “el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria” (3).

Además que se da en forma deliberada, y la persona afectada pasara por “tres etapas: a. El deseo suicida; b. La idea suicida; c. El acto suicida en sí o suicidio consumado” (3).

Es importante conocer algunos términos:

- a) **SUICIDIO CONSUMADO:** el la persona que logra quitarse la vida (4).
- b) **INTENTO DE SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, GESTO SUICIDA, SUICIDIO APARENTE, PARASUICIDIO:** Según Kreitman considera aquella conducta aparentemente suicidas, en el que el fin no es morir, sino de alguna u otra forma de pedir ayuda, teniendo un carácter gestual (5).

- c) **SUICIDIOS FRUSTRADOS:** se define como suicidio frustrado cuando hubo errores en la técnica, que puede ser por varios motivos, como en el que hizo efecto el tratamiento médico o fueron encontrados en el momento preciso (4).
- d) **CONDUCTA SUICIDA:** es aquella conducta en la que el sujeto tiene el propósito de quitarse la vida (4).
- e) **IDEAS SUICIDAS, PENSAMIENTO SUICIDA:** es aquel pensamiento que tiene como finalidad morir (4).

2.2 EPIDEMIOLOGIA

Como dice Kaplan (6), en Estados Unidos se registran unas 30000 muertes por suicidio cada año, dándose un aproximado de 100 muertes por día. Así mismo se considera que en Estados Unidos el suicidio es la décima causa de muerte; en relación al sexo, se vio que en Nueva Jersey, Montana es mayor el número de casos de suicidio en hombres, mientras que en Alaska e Idaho es mayor el porcentaje de suicidio en mujeres.

Según la guía práctica clínica en conducta suicida del MINSA – Perú (7), se reportó para el año 2000 unos 228 suicidios consumados, siendo el mayor porcentaje para los hombres, y en el caso de las mujeres se reportó un 5.2% como intentos de suicidio.

Por lo que “la Organización Mundial de la Salud, estima que más de 800.000 personas mueren por suicidio cada año en el mundo, aproximadamente se da un caso cada 40 segundos” (8).

Para este 2018 se reporta que en Lima cada veintidós minutos alguien intenta quitársela vida, siendo una de las principales causas el de la depresión.

2.3. ETIOLOGIA

2.3.1. Factores Psicológicos:

Para estos factores psicológicos tenemos teorías como la de Freud el que afirma que el suicidio representa la agresividad a uno mismo, ambivalentemente catéxico. Así mismo la teoría de Menninger considera que el suicidio es un homicidio invertido por la ira del paciente, contra otra persona (6).

2.3.2. Factores Neurobiológicos:

En la conducta suicida se encontró la disminución de serotonina, sobre todo de su metabolito, el ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido Cefalorraquídeo lumbar, y una disminución modestas también en el tronco encefálico y corteza frontal.

Así mismo también se encontró una disminución en las conductas suicidas futuras (6).

2.3.3 Factores Genéticos:

Tanto en la conducta suicida, como en otros trastornos psiquiátricos se encuentra una incidencia familiar, se encontró que en aquellos con antecedente familiares se aumentó los intentos de suicidio o el caso de suicidios consumados (6).

En estudios post mortem de personas que se suicidaron por depresión , se encontró bajas regulaciones de señales neutróficas, sobre todo en la corteza prefrontal y en el hipocampo, cabe recordar que dentro de esta familia de neurotróficas tenemos al factor neurotrófico derivado del cerebro, neurotróficas 3,4 y 5, llevando a la alteración de la neuroplasticidad sináptica de estos sujetos (3).

2.4. CLÍNICA DEL FENÓMENO SUICIDA

La persona suicida va actuar de forma deliberada, y va pasar por tres **fases o estadios**:

- a) **Fase de ambivalencia**: en esta fase es la lucha entre la idea del suicidio como una alternativa a la situación, y por otra parte es el rechazo a esa idea. En algunas personas que son muy impulsivas, muchas veces ni existe esta fase.
- b) **Fase de impulsividad**: el suicidio se considera con el “acto impulsivo” (3). Y se considera como transitorio.
- c) **Fase de rigidez**: estas personas son rígidas en su actuar, sus pensamientos y en su humor, son incapaces de buscar otra alternativa a sus problemas (3,9).

2.5. DIAGNOSTICO

Para el diagnostico utilizaremos el DSM V, que es uno de clasificadores que se emplea actualmente.

TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA

Criterios propuestos

- a. “El individuo ha realizado un intento de suicidio en los últimos 24 meses. Nota: Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte. El “momento de inicio” es el momento en el que tuvo lugar un comportamiento en el que se aplicó el método de suicidio” (10).

- b. “El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal que se realiza para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo”.
- c. “El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preparatorios”.
- d. “El acto no se inició durante un delirium o un estado de confusión”.
- e. “El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso” (10).

Especificar si:

“Actual: No han transcurrido más de 12 meses desde el último intento.

En remisión inicial: Han transcurrido 12-24 meses desde el último intento” (10).

AUTOLESIÓN NO SUICIDA

Criterios propuestos

- a. “En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p. ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado”.

Nota: “La ausencia de intención suicida o bien ha sido expresada por el individuo, o bien puede inferirse de la realización repetida por parte del individuo de comportamientos que sabe, o ha aprendido, que no es probable que tengan como resultado la muerte” (10).

- b. “El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:

1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.
2. Para resolver una dificultad interpersonal.
3. Para inducir un estado de sentimientos positivos”.

Nota: “El alivio o respuesta deseados se experimentan durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente”.

- c. “Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes” :
- 1-“Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo”
 - 2-“Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto”.
 - 3-“Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan”.
- d. “El comportamiento no está aceptado socialmente (p. ej., piercings, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural), y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas”.
- e. “El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento”.
- f. “El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de

estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p. ej., trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento auto lesivo, tricotilomanía, trastorno de excoriación” (10).

2.6. TRATAMIENTO

El manejo de un paciente suicida, se va a dar según la capacidad resolutive:

2.6.1. Medidas generales y preventivas

Estas se darán según el cuadro clínico:

- a. Si llega un paciente por envenenamiento u otra causa, seguir evaluando y si se puede manejar atenderlo, sino derivarlo a un hospital especializado.
- b. Valorar el riesgo suicida y valorar el motivo.
- c. Averiguar el motivo con el entorno.
- d. Trabajar con todo el equipo disciplinario del centro de salud mental comunitario, a favor del paciente, para evitar futuros intentos.
- e. Identificar comorbilidades psiquiátricas.
- f. Se hospitalizara, de ser necesario (11).

2.6.2. Tratamiento farmacológico

Al ser la depresión una de las principales causas, podemos iniciar con el tratamiento de antidepresivos, los cuales se demoran en actuar aproximadamente unas dos o tres semanas después de iniciado el tratamiento.

Podemos usar la combinación de tratamiento: inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina con terapia cognitivo conductual, en los pacientes adolescentes de ideación suicida con depresión mayor (12).

Estos pacientes también se encontraran en estado de ansiedad y por problemas de insomnio, por lo que usaremos ansiolíticos, cuando se da situaciones de urgencia es conveniente usar benzodiacepinas como alprazolam y clonazepam que proporcionan un rápido alivio de la sintomatología ansiosa (13).

También tenemos otro grupo de pacientes con el diagnostico de trastorno bipolar, en estos casos no podemos dar antidepresivos, para este grupo usaremos de preferencia litio, u otro estabilizador del estado del ánimo como carbamazepina o ácido valproico (13).

En el caso de las pacientes con trastorno de la personalidad, como el trastorno borderlain, se encontró que la carbamazepina actúa bien en el controlar los impulsos y también en la conducta suicida.

Los pacientes con esquizofrenia también tiene conducta suicida, por lo que usaremos antipsicóticos, siendo de primera línea la clozapina y también se tiene buenos resultados con la olanzapina disminuyendo los pensamientos suicidas y también la conducta, suicida de estos pacientes (13).

2.7 PSICOTERAPIA

Se ha visto que la psicoterapia si ayuda a estos pacientes, usándolo conjuntamente con el tratamiento farmacológico, tenemos hoy en día varias técnicas de psicoterapia, para cada uno de los trastornos mentales.

Una de las terapias que ha dado muy buenos resultados en la terapia cognitivo conductual, en donde se trabaja en varias sesiones, y se va regulando de acuerdo a cada paciente y según la patología (12).

También tenemos a la terapia electro convulsiva, y es eficaz para prevenir el riesgo suicida, o aquellos pacientes con ideación suicida al momento, se usa en lugares adecuados y con el personal idóneo, el cual ya se estableció en los hospitales (12).



3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

3.1. A NIVEL INTERNACIONAL

Autor: Hugo Gedeon Barros dos Santos, et al.

Título: “Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios”.

Resumen: “Objetivo: analizar los factores asociados a la ideación suicida en una muestra representativa de estudiantes universitarios. Método: estudio transversal analítico, realizado con 637 estudiantes en una Universidad Federal de Mato Grosso. Fueron investigadas las variables: presencia de ideación suicida; demográficas y socioeconómicas; uso de alcohol por medio del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; y síntomas depresivos (Inventario de Depresión Mayor). El análisis bivariado fue realizado con el test de Chi-cuadrado y el análisis múltiple con el modelo de regresión de Poisson. Resultados: se constató que 9,9% de los estudiantes tuvieron ideas suicidas en los últimos 30 días, y en el análisis bivariado las variables: clase económica; orientación sexual; práctica religiosa; intentos de suicidio en la familia y entre amigos; consumo de alcohol; y síntomas depresivos, presentaron asociación con ideación suicida. En el análisis múltiple permanecieron como factores asociados la orientación sexual, los intentos de suicidio en la familia y la presencia de síntomas depresivos. Conclusión: estos hallazgos constituyen un diagnóstico situacional que posibilita la formulación de políticas académicas y de acciones de prevención para enfrentar esa situación en el campus universitario” (14).

Autor: Mauricio Reyna-Medina, et al.

Título: “Revisión de la conducta suicida en el sur del Estado de México”

Resumen: “Antecedentes: el intento suicida en el medio rural se relaciona con el uso de agroquímicos que condiciona una mortalidad elevada en todo el mundo. En México se reportan cinco mil muertes al año y es la tercera causa de muerte en menores de 35 años de edad. Objetivo: identificar la frecuencia y letalidad de los tóxicos utilizados, edades, género, causas, estado emocional y las posibilidades de rescate de las personas con conducta suicida cuyos intentos suicidas llegaron a condicionar suicidio consumado. Material y método: estudio retrospectivo realizado en un grupo de 40 pacientes suicidas que ingresaron al Hospital General de Tejupilco, Instituto de Salud del Estado de México, entre los años 2000 y 2008. Las variables estudiadas fueron las conductas suicidas, sus causas, depresión, rescate y geografía. Resultados: la edad promedio de los suicidas fue de 25 ± 12 años. En el grupo de menores de 25 años la frecuencia fue de 68% (n=27), con predominio de mujeres en 70% (n=28). La defunción ocurrió en 22.5% (n=9). El fosforo de aluminio fue el tóxico más usado (45%; n=18). La causa principal fue el abandono de pareja 47% (n=19) y la depresión se relacionó en 68% (n=27) de los casos. La razón de momios fue de 0.400, 1.400, 0.933 con índice de confianza de 95%, respectivamente. Conclusiones: en el medio rural las mujeres jóvenes son el grupo con mayor frecuencia de casos de suicidio. La depresión y la ira se relacionan con el abandono de pareja. El fosforo de aluminio es el tóxico más usado y letal. Los factores de riesgo predominan en los municipios de Tejupilco y Luvianos” (15).

Autor: Alberto Javier Córdova Alcaráz, et al.

Título: “Detección de riesgo suicida en una muestra de adolescentes estudiantes de escuelas secundarias”

Resumen: “Objetivo. Detección de riesgo suicida en adolescentes, así como determinar si el instrumento utilizado clasifica de manera adecuada a los sujetos en cuanto a los niveles de percepción de riesgo suicida (leve, moderado y severo). Material y métodos. Estudio transversal, correlacional, expostfacto con una muestra no

probabilística de 1 169 personas. Se usó la escala de probabilidad de riesgo suicida (sps) que recaba información de cuatro áreas: hostilidad, actitud negativa del self, ideación suicida y desesperanza, mostrando buenos niveles de confiabilidad y validez. Resultados. Se detectaron correlaciones relevantes entre los componentes de la escala. 34.7% de la población fue clasificada con riesgo suicida leve; 46.1%, con moderado y 19.2% con severo. En términos generales, el instrumento cataloga en una forma apropiada a 90.0% de los entrevistados. Conclusiones. Es indispensable promover la difusión de información objetiva acerca del riesgo suicida como problema psicosocial y de salud pública para prevenir la consumación de esta conducta, reorientando a los adolescentes e informando a los familiares de éstos en la detección de las señales que indican la posible aparición de tales hechos con el fin de evitar en lo posible resultados contraproducentes” (16).

3.2 A NIVEL NACIONAL

Autor: Horacio B. Vargas, et al.

Título: “Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes”.

Resumen: “La conducta suicida podría considerarse una continuidad que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio. El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un importante problema de salud pública. Según las estimaciones de la OMS, uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio que se está produciendo entre los jóvenes (15-24 años), que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad. Un gran número de factores que podrían contribuir con la ocurrencia de la conducta suicida han sido identificados, los cuales incluyen factores individuales, familiares y sociales. El modelo diátesis-estrés ha sido propuesto para dar un sentido causal del amplio rango de factores que contribuyen con la conducta suicida. La diátesis refleja

un incremento de la vulnerabilidad a lo largo del tiempo para la conducta suicida, por ejemplo, ser más impulsivo o agresivo y por lo tanto más posibilidades de actuar sobre sentimientos suicidas. El estrés puede incluir factores, tales como, un divorcio parental y otros eventos de vida adversos y factores ambientales. Se pueden identificar varios factores que contribuyen con la vulnerabilidad (diátesis) para fenómenos suicidas en adolescentes y otros que actuarían como factores estresantes. En adición, hay varios factores que podrían actuar en ambas vías, dependiendo de su asociación temporal con fenómenos suicidas” (17).

Autor: Benny Kogan Cogan

Título: “Factores de Riesgo Asociados a Intento de Suicidio en Adolescentes”.

Resumen: “El objetivo de la investigación fue Identificar los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes que acudieron a la emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre los años 2009-2015. Estudio observacional, analítico, retrospectivo, transversal de diseño no experimental. Se revisaron 70 historias clínicas de pacientes pediátricos atendidos en el Servicio de Pediatría y se comparó con un grupo de adolescentes de similares características epidemiológicas sin la enfermedad; se incluyeron pacientes de ambos sexo con edades comprendidas entre 12 a 17 años. Se hizo uso de las pruebas estadísticas de OR y Chi² ($p < 0.05$). El instrumento de recolección de datos recogió información sobre las características sociodemográficas, clínicas, desencadenantes, historia familia y estilos de vida asociados al suicidio. Se obtuvo que la edad media fue de 15,05 + 2 años, predominó el sexo femenino (86%), proporción 6:1 sobre el femenino/masculino. Grado de instrucción secundaria en 96% de los casos. Intentos previos fueron realizados en un 17%, el tipo de Familia fue monoparental en el 51%. Dentro de los problemas familiares, predominaron las discusiones verbales (27%), el divorcio de los padres (9%), el maltrato infantil y muerte de un familiar

querido. Los métodos de intento fueron ingesta de veneno (carbamatos) en 54%, medicamentos (benzodiacepinas) en 25%, cáusticos, cocaína y antipsicóticos en 4% cada uno. En el Análisis Multivariado se determinó asociación entre el tipo de familia ($p=0.01$), conflicto familiar ($p=0.043$), problemas académicos escolares ($p=0.016$) y consulta psiquiátrica previa ($p=0.034$) con el intento de suicidio. Se concluyó que los factores de riesgo identificados fueron familia monoparental (OR 8,24) y consulta psiquiátrica previa (OR 3,14). El principal motivo que los llevó a tomar la decisión fue la depresión” (18).

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

- ✓ Identificar los factores de riesgos asociados a la ideación suicida, en pacientes mujeres atendidas en el servicio de emergencia del Hospital III Goyeneche –Arequipa, Agosto a Octubre 2018”

4.2 Objetivos Específicos

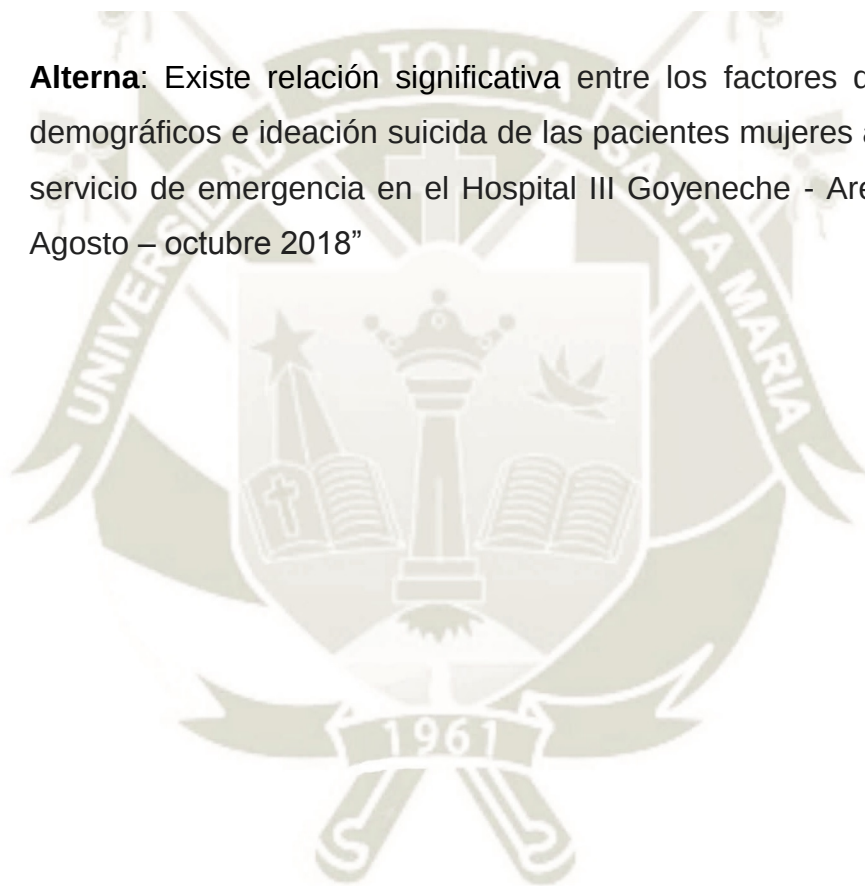
- ✓ Identificar los factores sociodemográficos asociados a la ideación suicida, en pacientes mujeres atendidas en el servicio de emergencia del Hospital III Goyeneche –Arequipa, Agosto – Octubre 2018”
- ✓ Identificar los factores sociocultural y familiar asociado a la ideación suicida, en pacientes mujeres atendidas en el servicio de emergencia del Hospital III Goyeneche –Arequipa, Agosto – Octubre 2018”
- ✓ Determinar el riesgo de ideación suicida en pacientes mujeres

atendidas en el servicio de emergencia del Hospital III Goyeneche
–Arequipa, Agosto – Octubre 2018”

5. HIPÓTESIS

Nula: No existe relación significativa entre los factores de riesgo socio demográficos e ideación suicida de las pacientes mujeres atendidas en el servicio de emergencia en el Hospital III Goyeneche - Arequipa, periodo Agosto – octubre 2018”

Alternativa: Existe relación significativa entre los factores de riesgo socio demográficos e ideación suicida de las pacientes mujeres atendidas en el servicio de emergencia en el Hospital III Goyeneche - Arequipa, periodo Agosto – octubre 2018”



II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, MATERIALES e INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN.

1.1. INSTRUMENTOS

Se aplicará la ficha de recolección de los datos, también se usará el Inventario de Orientación Suicida (ISO – 30)

1.1.1 Ficha de recolección de datos:

Este instrumento es elaborado por la propia investigadora, en donde se obtendrá información sobre los factores Sociodemográficos y socioculturales, todo esto para fines del presente estudio.

Así mismo también se usara el Inventario de Orientación Suicida, con las abreviaturas de ISO- 30, el cual va tener 30 enunciados, y considera cinco dimensiones: Desesperanza (2, 7, 12, 17, 22 y 27), Baja autoestima (1, 6, 11, 16, 21, 26), Incapacidad para afrontar emociones (3, 8, 13, 18, 23 y 28) he Ideación suicida propiamente dicha (5, 10, 15, 20, 25 y 30),

Su calificación será: Según una escala Likert de cuatro posiciones:

- 0: Totalmente en desacuerdo.
- 1: En parte en desacuerdo.
- 2: En parte de acuerdo y
- 3: Totalmente de acuerdo).

Y como resultado final no dará la puntuación total del riesgo suicida

- 0-29 puntos (riesgo suicida bajo),
- 30-44 puntos (riesgo suicida moderado),
- 45-90 puntos (riesgo suicida alto).

1.1.2 Validación del instrumento:

La ficha de recolección de datos, no requiere validación ya que solo se utilizara para la presente investigación.

El Inventario de Orientación Suicida (ISO- 30,): "Para la confiabilidad del cuestionario y lista de cotejo, se utilizó la prueba de coeficiente "Alfa de Cronbach", obteniendo como resultado de 0.807, lo cual señala que este instrumento es confiable, así mismo fue calculado por el Programa SPSS 22" (4).

1.1.3 Materiales:

- Papel
- Materiales de escritorio.
- Computadora
- Internet
- Aplicaciones para procesamiento de datos Excel y SPSS

Financiamiento: Es autofinanciada por el autor

2. CAMPOS DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial.

Se realizara en el servicio de Emergencia del Hospital III Goyeneche.

2.2. Ubicación Temporal.

Se realizara durante el periodo de Agosto a Octubre 2018

2.3 Unidades de Estudio.

Pacientes mujeres que son atendidas en el servicio de Emergencia, durante el periodo de agosto a octubre del 2018

2.4 Población

Pacientes Mujeres atendidas en Servicio de Emergencia.

2.5 Muestra

Las pacientes mujeres que son atendidas en el Servicio de Emergencia del Hospital III Goyeneche, Agosto a Octubre 2018 y que cumplan los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Pacientes diagnosticadas con posible Riesgo de Suicidio.
- Pacientes mujeres mayores de edad que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital III Goyeneche, que aceptan voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de Exclusión.

- Pacientes que tengan evaluaciones incompletas.
- Pacientes que no sepan leer, ni escribir.

3. ESTRATEGIA DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.1. Organización.

- ✓ Previa evaluación y aprobación del proyecto de tesis por el comité de ética, con la que cuenta la Universidad Católica de Santa María, se solicitara una carta de autorización y presentación para la

elaboración del presente proyecto.

- ✓ Se solicitará las autorizaciones que sean necesarias, del Hospital, para la aplicación del respectivo cuestionario, a las pacientes mujeres que son atendidas en el servicio de Emergencia del hospital III Goyeneche, desde Agosto a Octubre del 2018, para luego aplicarlo en las pacientes, siendo la recolección de la información en forma anónima
- ✓ Cuando se haya terminado con la recolección se elaborará una base de datos en el programa Excel, y se procesará y analizará la data por el software SPSS vers. 25
- ✓ Finalmente elaborando un informe final de los resultados obtenidos

3.2. Recursos.

3.2.1.- Humanos.

Investigadora:

Dra. Ahida Lizeth Fernández Jiménez

Alumna de Segunda Especialidad de la Universidad Católica de Santa María

3.2.2. Materiales de escritorio:

Papel

Materiales de escritorio.

Computadora

Internet

Aplicaciones para procesamiento de datos Excel y SPSS

3.2.3.- Presupuesto.

La investigación será autofinanciada.

3.3.- CRITERIOS PARA MANEJAR LOS RESULTADOS.

Una vez que se recolecte toda la información, este se sistematizara, por las pruebas estadísticas, para posteriormente interpretarlo y tener las conclusiones finales y así poder dar nuestras sugerencias del caso.



III. CRONOGRAMA DEL TRABAJO

Tiempo en Meses Actividades	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre
Redacción de proyecto	X	X	X			
Aprobación proyecto de tesis por Asesor y profesores de curso taller de tesis		X	X			
Dictamen de comité de ética de investigación		X	X	X		
Ejecución de proyecto				X	X	X
Recolección de La informacion				X	X	X
Informe final						X

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. José L. Bazán-López, Víctor M. Olórtegui-Malaver, Horacio B. Vargas-Murga, Leandro Huayanay-Falconí. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural, Perú. Rev. Neuropsiquiatra 79 (1), 2016. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a02v79n1.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Disponible en:
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. Nizama Valladolid, Martin, Suicidio. Revista peruana de Epidemiologia Vol. 15 N agosto, 2011. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203122516002>
4. Mosquera del Águila, Augusto. Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el hospital “Hermilio Valdizan” Febrero 2000 a Enero 2001. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/mosquera_aa/Mosquera_da.pdf
5. Kreitman, n.; philip, a. E.: parasuicide. Brit. J. Psychiat-ry, 1969; 115:746-747
6. Benjamin James Sadock. Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatria, 11° Ed. Vol 2, Suicidio, New York: Norman Sussman, 763 P.
7. Freddy Vásquez, Ysela Nicolas, Vilma Vite, Silvia Falconí. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guía de Practica Clínica en Conducta Suicida. Lima 2007. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2906.PDF>
8. Organización Mundial de la Salud, Ginebra/Washington, DC, [citado 4 setiembre 2014]. Disponible en:
https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2751
9. Alfonso Echávarri Gorricho 2010. Concepto y clasificación de la conducta suicida. Disponible en: <ftp://ftp.formainap.navarra.es/2014/2014-3E604-9971-SUICIDIO/TEMA%201.pdf>

10. Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 2014. DSM V. 5ta edición. Pág. 244. La American Psychiatric Association.
11. Ministerio de Salud. Guía de Práctica paciente con conductas suicida. Diresa Cusco. Disponible en:

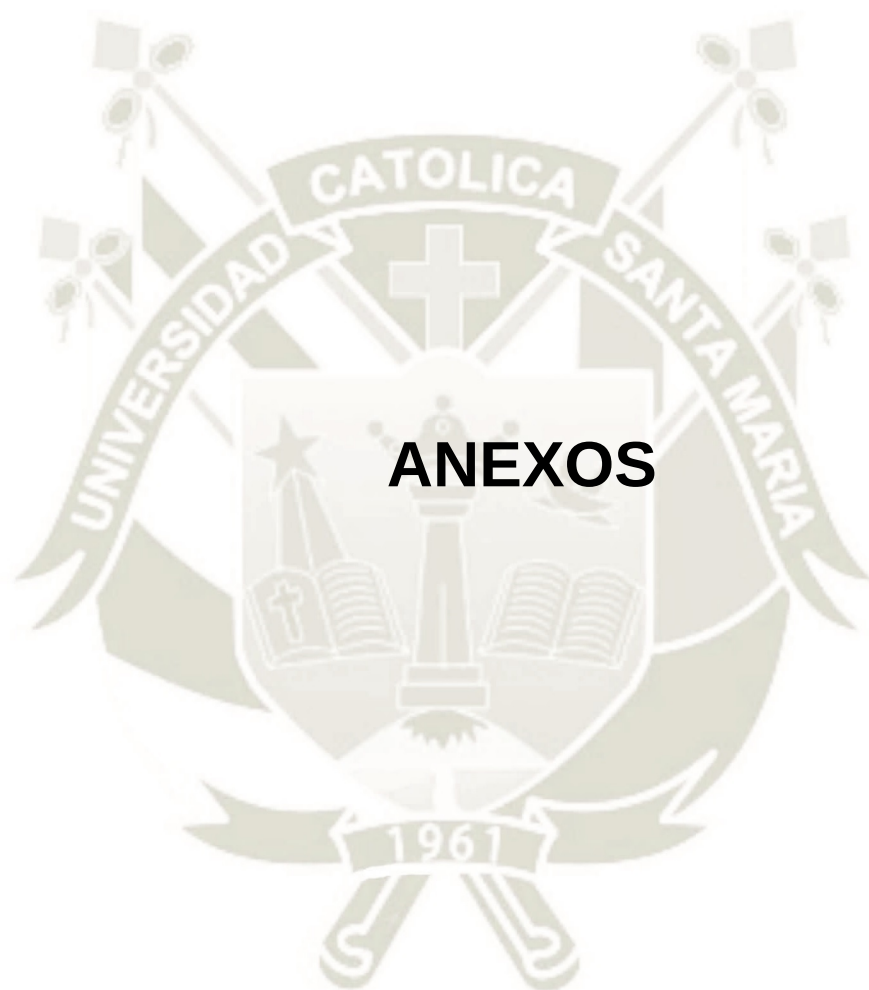
http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/servicios/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20MINSAL/Propuestas%20previas%20de%20GPC/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas%20en%20Salud%20Mental/GU%C3%93A%20DE%20PR%C3%A1CTICA%20CONDUCTA%20SUICIDA%20MINSAL.pdf
12. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 12, Nº 1, marzo de 2006, págs. 5 a 15. Disponible:
<https://www.alcmeon.com.ar/13/49/suicida.html>
13. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Plan de calidad para el sistema nacional de salud del Ministerio de Sanidad, Social e Igualdad. Agencia de evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia 2012. Disponible:
http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/resumida/apartado05/tratamiento02.html
14. Santos HGB, Marcon SR, Espinosa MM, Baptista MN, Paulo PMC. Factors associated with suicidal ideation among university students. (Tesis de Maestría).Brasil. Universidad de Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25:e2878. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1592.2878>.
15. Reyna-Medina M, Vázquez-de Anda GF, Valdespino-Salinas E. Revisión de la conducta suicida en el sur del Estado de Mexico. Med Int Mex 2013; 29:257-264. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim133f.pdf>
16. Córdova Alcaráz, Alberto Javier, Estrada Trejo, Aurora Guadalupe, Velázquez Altamirano, Marina, Detección de riesgo suicida en una

muestra de adolescentes estudiantes de escuelas secundarias. (Proyecto de investigación). Universidad Intercontinental Distrito Federal, México. Revista Intercontinental de Psicología y Educación [en línea] 2013, 15 (Enero-Junio): Disponible en:

<http://revistapsicologiayeducacion.blogspot.com/2013/03/deteccion-de-riesgo-suicida-en-una.html>

17. Horacio B. Vargas, Javier E. Saavedra. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. Rev. Neuropsiquiatra 75 (1), 2012. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/File/1539/1567>

18. Benny Kogan Cogan. Factores de Riesgo Asociados a Intento de Suicidio en Adolescentes. Tesis Doctoral. Universidad San Martín de Porres. Disponible En: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2846/1/kogan_b.pdf



ANEXOS

ANEXO A:
CUESTIONARIO DE IDEACIÓN SUICIDA Escala ISO-30
 “INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA – 30” (ISO – 30)

Recuerde que su participación es voluntaria y los datos que se obtengan serán confidenciales.

INSTRUCCIONES: Lea en forma detallada cada pregunta y marque con una “X”, solo en uno de los cuatro recuadros.

El resultado final nos permitirá determinar el riesgo suicida (alto, medio o bajo).

	ENUNCIADOS	Totalmente en desacuerdo.	En parte en Desacuerdo.	En parte de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	Yo debo ser un soñador, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan.				
2.	Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro.				
3.	Generalmente pienso que los peores sentimientos desaparecerán.				
4.	Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí.				
5.	Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto.				
6.	Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.				
7.	Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.				
8.	Aun cuando estoy muy enojado por algo, puedo forzar a mí mismo a pensar claramente.				
9.	Creo que causo problemas a la gente que está a mí alrededor.				
10.	Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida.				
11.	Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.				
12.	Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.				
13.	Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.				
14.	Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.				
15.	Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.				
16.	Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.				
17.	Aun cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.				

	ENUNCIADOS	Totalmente en desacuerdo.	En parte en Desacuerdo.	En parte de acuerdo	Totalmente de acuerdo
18.	Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no Puedo				
19.	Siento como que “no pertenezco a ningún lado”.				
20.	Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.				
21.	Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad.				
22.	Siento que tengo control sobre mi vida.				
23.	Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.				
24.	Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.				
25.	Para no sentirse mal o solo, pienso que la solución es morirse.				
26.	Nadie me amaría si realmente me conociese bien.				
27.	Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.				
28.	Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).				
29.	Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.				
30.	Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría.				

Fuente: King, J. D. & Kowalchuk, B. Inventory of suicide orientation-30, ISO 30. Minneapolis: National Computer Systems, INC; 1994.

ANEXO B: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores Asociados a Ideación Suicida en Pacientes Atendidas en el Servicio de Emergencia del Hospital III Goyeneche.

Recuerde que su participación es voluntaria y los datos que se obtengan serán confidenciales.

INSTRUCCIONES: Lea en forma detallada cada pregunta y marque con una "X", solo en uno de los cuatro recuadros.

Código del participante:...

Edad:...

Ocupación: Desocupado () Estudiante () Trabajador ()

Grado de instrucción: Analfabeto () Primaria () Secundaria ()

Universitario () Técnico ()

Estado Civil: Soltera () casada () viuda ()

Conviviente () Divorciada ()

Intentos de suicidio previos: SI () NO ()

Con quienes vive: Papá ()
Mamá ()
Ambos padres ()
Solo ()
Otros familiares ()

Familiares con antecedentes de suicidio: SI () NO ()

Antecedentes de violencia intrafamiliar SI () NO ()

Antecedentes de enfermedades psiquiátricas: SI () NO ()