

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL INTENTO DE
SUICIDIO EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTORES:

CESAR, CÉSPEDES AVENDAÑO

ROSA MARÍA, VEGA SULCA

SONIA, NOA BALDEÓN

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|--|------------|
| ➤ DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO | PRESIDENTE |
| ➤ MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA | SECRETARIA |
| ➤ MG. JUAN MANUEL NIQUEN QUESQUÉN | VOCAL |

ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 02

Nº de Acta de Sustentación: 152, 153 y 154-2017

Fecha de Aprobación de Tesis: 10/06/2017

Resolución Decanato N° 1261, 1262, 1263-2017-D/FCS de fecha 08 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

RESUMEN	03
ABSTRACT	04
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Identificación del problema	05
1.2 Formulación de problemas	07
1.3 Objetivos de la investigación	08
1.4 Justificación	08
II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del estudio	10
2.2 Marco Conceptual	14
2.3 Marco Teórico	17
2.4 Definición de términos básicos	22
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	
3.1 Definición de las variables	23
3.2 Operacionalización de variables	24
3.3 Hipótesis general e hipótesis específica	25
IV. METODOLOGÍA	
4.1 Tipo de investigación	26
4.2 Diseño de la investigación	26
4.3 Población y muestra	26
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	27
4.5 Procedimientos de recolección de datos	27
4.6 Procesamiento estadísticos y análisis de datos	27

ABSTRACT

This study entitled "Socio-demographic factors associated to in adolescents treated in the emergency service. Regional Hospital of Ayacucho, 2016, "aims to determine social and demographic conditions that predispose to suicide attempt by, in order to provide relevant information to health authorities and social actors to decision making that would prevent the suicide attempt.

The study consists of Chapter I. Problem where the determination and formulation of the problem, objectives and justification is exposed; Chapter II. theoretical framework, presents the history of study, theoretical framework and definitions of basic terms; Chapter III. Variables and hypotheses, according to the definition of variables, operationalization and hypothesizing; Chapter IV. Methodology, according to the type and research design, population and sample, techniques and tools such as statistical analysis plan data. Finally, the schedule of activities, budget, references and annexes are presented.

En cuanto a la tentativa suicida, la prevalencia de vida en Lima metropolitana equivale a 5,2%; en la sierra, a 2,9% y en la selva alcanza a 3,6%. En la Región Ayacucho, la prevalencia de vida de deseos de índole suicida, en la población adolescente, asciende al 34,5%. En cuanto a la conducta suicida del adolescente, la cual denota una afectación más seria, el 3,9% ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 2,6% lo habría realizado en el último año. Un tercio de los adolescentes que intentaron hacerse daño considera todavía una posibilidad de solución la asunción de esta conducta. Los motivos del deseo y el intento están correlacionados, entre ellos resaltan principalmente los problemas con los padres (46% y 72,9%), siendo éstos más relevantes entre los 15 y 17 años (51,9% y 77,4%), luego continúan los problemas con los estudios, otros parientes, problemas económicos y experiencias traumáticas pasadas. (2) (Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", 2004).

En el Hospital Regional de Ayacucho, entre enero del 2010 y diciembre del 2011 se reportaron 186 de adolescentes con intento de suicidio, de los cuales el 88,7% había ingerido intencionalmente sustancias tóxicas (71,5% productos a base de carbamato y 17,2% organofosforados). (3) (AGUILAR, 2011)

Por otro lado, según Palomino, la atención de adolescentes con intento de suicidio en el Hospital Regional de Ayacucho ha incrementado en 116,7% entre el 2001 (30) y el 2013 (65); lo que pone en evidencia, la necesidad de reconocer a los intentos de suicidio como un problema social y de salud pública que atañe a la sociedad, familia y no sólo a las autoridades sanitarias.

Las teorías que intentan explicar las causas del comportamiento suicida son diversas. Las teorías psicológicas, enfatizan la personalidad y el control de las emociones; en tanto que las teorías sociológicas, la

influencia de la presión social y cultural en el individuo; sin embargo, no serían los únicos factores asociados con esta dinámica.

Durante la experiencia profesional en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, se ha observado el ingreso de adolescentes con intento de suicidio adquieren una sustancia tóxica al que tiene fácil acceso los adolescentes sea para llamar la atención o porque desena acabar con sus vidas. Usualmente, se trataba de adolescentes de sexo femenino y con problemas de disfunción familiar.

(4)

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características de los factores sociodemográficos asociados al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016?

1.2.2. Problemas específicos

- a. ¿Cuáles son las características de los factores sociales asociados al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016?
- b. ¿Cuáles son las características de los factores demográfico asociados al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016?

1.3 Objetivos generales

Analizar las características de los factores sociodemográficos asociados al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.

1...1 Objetivos específicos

- a) Describir las características de los factores sociales asociados al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.
- b) Describir las características de los factores demográficos asociados al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.

1.4. Justificación

Los intentos de suicidio han experimentado un incremento dramático en el ámbito Mundial y Latinoamericano, la preocupación se hace más extensible cuando se tiene incremento de intento de suicidio y las suicidas vienen en incremento progresivamente en la población adolescente.

El impacto de la tentativa suicida en la esfera personal, familiar y social es variada. Las familias, por lo general, se sienten preocupadas y angustiadas sobre su responsabilidad para prevenir futuros intentos de suicidio.

La enfermera interactúa con la familia de los pacientes que intentan suicidarse para apoyar y determinar sus causas, intervención que permite tomar decisiones correctas e informadas.

Los resultados que se obtengan aportarán información relevante a las autoridades de salud y actores sociales, para la toma de decisiones tendentes a prevenir la tentativa suicida, considerando que la prevención de la violencia es uno de los lineamientos de las políticas públicas de salud de la Región Ayacucho.

Los resultados de la presente investigación serán socializados a nivel de enfermeras y otros miembros del equipo de salud como psicólogos y trabajadores sociales, para profundizar su estudio y proporcionar bases para su manejo preventivo. Por otro lado, constituirá parte del marco referencial para posteriores investigaciones.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Pérez (2011), en la investigación "*Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana*", con el objetivo de estimar la prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana a través de un estudio transversal, sobre una población de 12424 adolescentes de escuelas públicas, aplicando el cuestionario, halló los siguientes resultados: el 47% reportó al menos un síntoma de ideación; 9% refirieron antecedente de intento. Los factores asociados a la conducta suicida fueron: poca confianza en la comunicación hacia los padres (RM=1.30, RM=1.54); abuso sexual (RM=1.92, RM=1.57), sintomatología depresiva (RM=5.36, RM=1.51), consumo de tabaco (RM=1.30, RM=2.57), alcohol (RM=1.60, RM=1.31) y, para las mujeres, haber tenido relaciones sexuales (RM=1.28, RM=1.65). En conclusión, casi la mitad de los(as) estudiantes del nivel medio superior presentaron al menos un síntoma de ideación. Para disminuir esta problemática se deben considerar los factores asociados: el consumo de sustancias adictivas, género, antecedentes de abuso sexual y depresión. (5)

García (2012), en la investigación "*Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad*", México, con el objetivo de establecer los factores de riesgo asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad mediante un estudio explicativo sobre una población de 106 pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de intento de

suicidio, hospitalizados en una unidad psiquiátrica, divididos en dos grupos: uno pacientes con tentativa suicida de baja letalidad y otro con tentativa de alta letalidad, halló los siguientes resultados: el 58,5 % pertenecían al grupo de baja letalidad y 41,5 % al grupo de alta letalidad. Los porcentajes más elevados se presentaron, en la mayoría de los casos en el grupo de tentativa de alta letalidad pero sólo en dos factores se encontró diferencia estadística significativa: “vivir solo” e “intoxicación etílica previa”. Del total de ambos grupos, el 77,4 % eran menores de 39 años, 69 % eran femeninos y 31 % masculinos, los factores de riesgo asociados a intento de suicidio que presentaron los porcentajes más elevados en ambos grupos fueron: antecedente familiar de alcoholismo, tentativa suicida personal previa, ansiedad generalizada y distimia. En conclusión, el hecho de vivir sólo, e intoxicación alcohólica previa, mostraron diferencia estadística significativa, en el resto de los factores estudiados no hubo diferencia significativa. (6)

Leal y Vásquez (2012), en la investigación *“Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos: prevalencia y factores asociados”*, con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores asociados de la ideación suicida, a través de una investigación correlacional y transversal sobre una muestra aleatoria por conglomerados de 638 estudiantes, hallaron los siguientes resultados: la prevalencia vida del deseo de estar muerto en los estudiantes evaluados fue de 38.5%; mientras que la prevalencia mes alcanzó un 21.4%. En conclusión, se confirmó la existencia de un mayor nivel de ideación suicida en los adolescentes que viven solos, más no sucedió lo mismo con respecto a los adolescentes que viven sólo con sus madres o sólo con sus padres. Las variables psicosociales como funcionamiento familiar, estrés percibido y apoyo social se encuentran relacionadas significativamente con la ideación suicida. (7)

Delgadillo (2011), en la tesis "*Riesgos asociados a intentos de suicidio en adolescentes del Hospital Regional de Ayacucho*", con el objetivo de determinar los riesgos asociados a intentos de suicidio en adolescentes del Hospital Regional de Ayacucho a través del abordaje analítico sobre una muestra no probabilística pareada de 50 casos y 50 controles, aplicando el cuestionario, halló los siguientes resultados: El bajo nivel de autoestima, rasgo de personalidad introvertida, depresión, familia no nuclear y la disfunción familiar estuvieron asociados con la tentativa suicida. En conclusión, existen factores de riesgo psicológicos y socioeconómicos que incrementan en la probabilidad de la tentativa suicida ($p < 0.05$). (8)

Pizarro (2012), en la tesis "*Factores que predisponen los intentos de suicidio en escolares del nivel secundario del distrito de Ayacucho*", con el objetivo de determinar los factores que predisponen los intentos de suicidio en escolares del nivel secundario del distrito de Ayacucho, a través de un estudio explicativo en una muestra no probabilística pareada de 42 casos y 42 controles, aplicando la guía de entrevista, halló los siguientes resultados: El rasgo de personalidad es un factor psicológico que predispone al intento de suicidio ($p < 0.05$). Es decir, los escolares con rasgo de personalidad introvertido tienen 2.91 veces más riesgo de recurrir al intento de suicidio en comparación a los escolares con rasgo de personalidad extrovertido. La tendencia depresiva es un factor psicológico que predispone al intento de suicidio ($p < 0.05$). En conclusión, los escolares con tendencia depresiva tienen un riesgo 30 veces mayor de recurrir al intento de suicidio en comparación a los escolares sin tendencia depresiva. (9)

Aguilar y Llallahui (2011), en la investigación "*Perfil epidemiológico del intento de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2010 – 2011*", con el objetivo de caracterizar el perfil epidemiológico del intento de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, e a través del abordaje descriptivo sobre una población de 186 casos de intento de suicidio, aplicando la ficha de cotejo, halló los siguientes resultados: la frecuencia de intentos de suicidio en adolescentes incrementó en 20.1% del 2006 (21%) al 2008 (41.4%). El 10.8% de intentos de suicidio se presentó en adolescentes con algún intento previo (reintento de suicidio). En conclusión, la principal modalidad de intento de suicidio fue la ingesta de carbamato (71.5%) y el principal motivo fueron los problemas familiares (33.8%). (3)

Palomino (2015) en la investigación "*Factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales asociados a los intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013*", con el objetivo determinar los factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales asociados a los intentos de suicidio en adolescentes, a través de un estudio analítico con diseño de caso – control sobre una muestra de 120 adolescentes entre 12 y 19 distribuidos en 60 casos y 60 controles de una población de 2140 (100%) adolescentes atendidos en este nosocomio entre enero y diciembre de 2013, aplicando la entrevista semi estructurada y la evaluación psicométrica; mientras que los instrumentos, la guía de entrevista, escala de ansiedad y depresión de Goldberg como el test de funcionamiento familiar, halló los siguientes resultados: a medida que incrementa la exposición a un mayor número de factores de riesgo asciende la propensión al intento suicida (r_s : 0.643; $p < 0,01$). En conclusión, las manifestaciones clínicas de ansiedad

(OR: 7.88; IC95%: 2.76; 25.38) y depresión (OR: 16.44; IC95%: 5.99; 47.50), la disfunción familiar (OR: 17.67; IC95%: 6.25; 53.60) y la percepción a favor del suicidio (OR: 6.71; IC95%: 2.79; 16.49) fueron los principales factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales asociados a los intentos de suicidio. (4)

2.2. Marco conceptual

2.2.1. INTENTO DE SUICIDIO

El comportamiento suicida de una persona que no consuma el hecho de la muerte contra sí misma, constituye un intento de suicidio. Se trata de un procedimiento cuya motivación no está dirigida directamente a producir la muerte, sino que incluye conductas auto agresivas de diversos niveles de gravedad, con el propósito principal de lograr un cambio en la situación personal, de demostrar su valentía o su ira, o tratarse de una acción de chantaje (10) (Edwin Schneidman 2013)

Se ha constatado que los intentos de suicidio empiezan a producirse a la edad de 12 años, con un aumento de la incidencia que alcanza un pico a los 16-18 años. El perfil típico en individuos que cometen intentos de suicidio es el de una chica, de edad entre los 15 y los 17 años, que lleva a cabo el intento ingiriendo una dosis pequeña o media de un analgésico o bien algún otro medicamento utilizado por algún miembro de la familia. El acto tiene las características de un acto impulsivo, es decir, un acto escasamente reflexionado, que aparece en el contexto de un conflicto familiar o de pareja. (11) (YOSEP MOYA, 2007)

2.2.2. FACTORES ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO

- **Género.** Los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres en relación de 3:1; mientras que el suicidio consumado incide con mayor frecuencia en los varones, en general, en la misma relación. Son diversas las explicaciones para entender la diferencia existente entre los varones y las mujeres en relación al suicidio: los varones utilizan medios más violentos y por lo tanto el intento de suicidio es más exitoso en comparación a las mujeres, en quienes es más prevalente el intento de suicidio como consecuencia de la depresión. (12) (Retamal et al., 1995)
- **Edad.** En referencia a los suicidios consumados, cerca de la mitad están entre 18 a 33 años. Existe una tendencia a nivel mundial del aumento de las tasas de suicidio en niños y adolescentes, las cuales se han triplicado en relación a la década anterior. También se aprecia un aumento de estas tasas en la población adulta mayor. (13) (Angst, 2001)
- **Estado civil.** Los solteros constituyen el mayor grupo de riesgo en suicidio consumado e intento de suicidio. (14) (Vásquez, 2003)
- **Ocupación.** Los desocupados constituyen el grupo de riesgo más relevante. Se ha visto un incremento de conductas suicidas violentas en militares, policías y vigilantes de seguridad, así como sus familiares, ya que cuentan con mayor disponibilidad de medios letales. (15) (Vásquez, 2004)
- **Disfuncionalidad familiar.** Existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de

resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión. (16) (Larraguibel et al., 2013)

- **Condiciones socioeconómicas.** Es mayor en el estrato social bajo, relacionándose con la frustración y carencias. El hecho de vivir solo es otro elemento de importancia.

Nuestros adolescentes han de enfrentarse, pues, a un nuevo marco social que les plantean unas exigencias que sólo unos pocos estarán en condiciones de asumir. Para los adolescentes actuales, la idea de proyecto tiene escaso o nulo sentido, de ahí que muchos no puedan responder a la pregunta sobre sus planes para el futuro. De hecho, ni se la plantean más allá de un ideal de felicidad basado en el nivel económico pero con poca inversión personal. Es esta configuración social la que constituye un marco que puede favorecer los comportamientos suicidas. (11)(YOSEP MOYA, Mayo 2007)

Manifestaciones clínicas del intento de suicidio

Las manifestaciones clínicas son la irritabilidad, la agitación, el comportamiento amenazador y un deseo de morir.

Tratamiento

El tratamiento del intento de suicidio incluye monitorización de signos vitales, mantenimiento de vía aérea permeable con intubación y ventilación mecánica si ello fuera preciso, lavado gástrico o administración de jarabe de ipecacuana para retirar el tóxico del tubo digestivo si hubo ingesta, con las precauciones habituales. La administración de carbón activado y catárticos está indicada si hubo ingestión. Si el contacto con el tóxico fue a través de la piel, retiraremos toda la ropa y lavaremos al

paciente con agua y jabón de cabeza a pies durante al menos diez minutos. (17) (Córdova, 2014)

Atropina. Es la droga de elección en estas intoxicaciones. En adultos la dosis es de 0,4 a 2.0 mg i.v. repetidos cada 15-30 min. hasta que aparezcan los signos de atropinización, pupilas dilatadas si estaban previamente mióticas), rubefacción facial, disminución de la sialorrea y broncorrea, aumento de la frecuencia cardíaca. La mayoría de los pacientes precisan dosis de atropina durante las 6-12 primeras horas. Los pacientes críticos deben ser bien oxigenados además de recibir atropina. La dosis en niños es de 0,05 mg/kg inicialmente repitiendo la dosis en caso necesario con los mismos intervalos que en adultos.

La observación de los casos graves debe prolongarse durante al menos 24 horas. La intoxicación leve no precisa observación prolongada. No se debe usar morfina, fenotiacinas o clordiazepóxido en estas intoxicaciones por el peligro de depresión respiratoria.

2.3. Marco teórico

Teoría de la salud como consciencia en expansión de Margaret Newman

La presente teoría nos permite relacionar los factores dentro de los fenómenos de la consciencia ya que la decisión de autoagresión se vincula profundamente con los procesos de la consciencia humana.

Descripción

Súper-teoría que se centra en la salud como consciencia en expansión a la vez que subraya que toda persona en cualquier situación, independientemente de lo desesperada o caótica que ésta pueda parecer, forma parte del proceso universal de expansión de la consciencia. Las bases conceptuales de esta teoría son las siguientes:

Consciencia: capacidad de información del ser humano, es decir, la capacidad que tenemos para la interacción con nuestro entorno. La consciencia comprende la consciencia cognitiva vinculada con la afectiva, el mantenimiento fisicoquímico con los sistemas endocrino y nervioso, los procesos de crecimiento, el sistema inmunitario y el código genético. La consciencia puede medirse mediante la cantidad y calidad de la interacción de los seres humanos con su entorno. El proceso vital tiende a elevar los estados de consciencia: a veces el proceso es agradable y sin sobresaltos y otras veces es duro y traumático, como en la enfermedad.

Patrón: característica fundamental del todo y que deja ver la unidad existente en la diversidad; es la información que describe el conjunto, el entendimiento inmediato del sentido de todas las relaciones; la vinculación; organización propia a lo largo del tiempo de modo que queda más organizado si se aumenta el flujo de información. El patrón es un identificador de determinadas personas, a la vez que lo es de la persona integralmente. Se manifiesta como intercambio (intercambio de materia y energía efectuado entre la persona y su entorno y transformación de la energía), como comunicación (intercambio de información de un sistema a otro), vinculación (relaciones con otras personas y con el entorno), valoración (otorgamiento de valor), elección (escoger entre varias posibilidades), movimiento (alternancia rítmica entre actividad física y reposo), percepción (recepción y asimilación de la información), sentimiento (el hecho de notar la consciencia física y la intuitiva) y conocimiento (reconocimiento personal propio y del mundo). El patrón engloba tres dimensiones distintas: Movimiento-Espacio-Tiempo, Ritmo y Diversidad.

Movimiento-Espacio-Tiempo: el movimiento es el estado natural de la vida, una propiedad básica de la materia y un medio de comunicación; al cesar, se infiere que la vida abandona el organismo. Es el medio mediante el cual se percibe la realidad y se adquiere la consciencia del yo.

Es un medio por el que el espacio y el tiempo se convierten en una realidad. El tiempo es una función del movimiento; tiempo y espacio se complementan mutuamente.

Movimiento: propiedad básica de la materia; medio de comunicación; medio por el que se percibe la realidad y por el que se es consciente del yo; estado natural de la vida.

Espacio: considera el espacio personal, el interior y el vital como dimensiones espaciales pertinentes para el individuo y la territorialidad, el distanciamiento y el espacio compartido son dimensiones pertinentes para la familia.

Tiempo: percepción de la cantidad de tiempo que discurre (tiempo subjetivo); tiempo de reloj (tiempo objetivo).

Ritmo: esencial para el movimiento; el ritmo del movimiento constituye una experiencia integradora.

Diversidad: lo que se ve en las partes.

Consecuencias para la Práctica de la Enfermería

La práctica de la enfermería pretende facilitar el reconocimiento de los patrones mediante el establecimiento de una relación auténtica con el paciente y ayudarlo a descubrir normas nuevas que le permitan alcanzar un nivel organizativo y de conciencia superior. La investigación de Newman en cuanto al protocolo de la práctica de la enfermería constituye una metodología de investigación y de desarrollo de las actividades profesionales. El fenómeno de interés es el proceso de desarrollo de la conciencia.

Entrevista. El encuentro entre el profesional de la enfermería y el paciente o participante en el estudio se produce cuando se da una atracción mutua por la aplicación de patrones coherentes, o sea, porque hay una incursión en ambos ámbitos. El profesional y el paciente o

participante en el estudio se asocian de manera que tienen por objetivo común el tomar parte en una relación real con la confianza de que, a medida que va teniendo lugar el proceso de apertura, ambas partes puedan alcanzar un nivel superior de consciencia.

• **Desarrollo del proceso narrativo: reconocimiento de patrones.** El profesional de la enfermería escoge los fragmentos que se consideran más importantes para el paciente o participante en el estudio y ordena los elementos clave de los datos por orden cronológico para poner de relieve las personas y los hechos más destacables. Los datos siguen siendo iguales, sólo cambia el orden de presentación. Se toma nota de las pausas naturales producidas por cambios en el patrón, lo que forma la base de los patrones secuenciales. El profesional reconocerá entonces el patrón del todo, confeccionado a partir de fragmentos de las relaciones de los pacientes o participantes en el estudio que se han producido a lo largo del tiempo. El profesional únicamente tendrá que trasladar el proceso narrativo a un diagrama simple de las configuraciones del patrón secuencial.

Seguimiento: reconocimiento de patrones. El profesional de la enfermería mantiene un segundo encuentro con el paciente o participante en el estudio para mostrarle el diagrama o cualquier otra representación gráfica del patrón. El profesional no interpreta esta representación, sino que solamente la usa para ilustrar de modo gráfico la historia del paciente o participante en el estudio; esto suele destacar los contrastes y las repeticiones que se dan en las relaciones a lo largo del tiempo. El visionado conjunto también supone una oportunidad para el paciente o participante de confirmar la historia, o bien de aclarar alguna cuestión que pudiese plantearle dudas al profesional.

La naturaleza del patrón de la interacción persona-entorno comenzará a surgir en forma de flujos de energía (p. ej., bloqueado, borroso,

desorganizado, repetitivo u otros descriptores o metáforas que se le ocurran al profesional para poder describir el patrón). El paciente o participante en el estudio puede expresar signos de que se está produciendo el reconocimiento del patrón (o de que ya se produjo durante el intervalo de tiempo que siguió al primer encuentro) mientras esta persona y el profesional analizan el patrón vital del paciente o participante en el estudio. En caso de que no se produjese reconocimiento alguno del patrón, puede que el profesional y el paciente o participante quieran continuar con análisis y reflexiones adicionales en entrevistas posteriores hasta que no quede ninguna cuestión pendiente. A veces no hay signos de reconocimiento del patrón, lo cual es la característica del patrón de esa persona. El reconocimiento no se puede imponer.

Aplicación de la Teoría de la salud como consciencia en expansión.

Una vez finalizadas las entrevistas y encuentros, el profesional de la enfermería realiza análisis más completos de los datos obtenidos según la Teoría de la salud como expansión de la consciencia. El profesional evalúa las características de los patrones secuenciales de interacción en cuanto a calidad y complejidad e interpreta los patrones según la posición que ocupe el paciente o participante en el estudio del desarrollo de consciencia de Young. Los patrones secuenciales representan interpretaciones sobre las interrelaciones. Las semejanzas en cuanto a los patrones de un mismo grupo de pacientes o participantes en el estudio que compartan algún tipo de experiencia se señalarán por temas y constarán en formato de proposiciones (18) (Newman, 1994).

2.4. Definición de términos básicos

- **Factor asociado.** Característica sociodemográficas, psicológicas o ambientales que incrementa la probabilidad del intento de suicidio.
- **Intento de suicidio.** Concepto general que sirve para designar a todo acto que busque la muerte propia, inclusive de manera manipuladora y del cual se sobrevive.
- **Edad.** Tiempo de vida expresado en años cumplidos.
- **Sexo.** Características físicas para diferenciar al género masculino y femenino.
- **Nivel de instrucción.** Máximo grado de estudios.
- **Ocupación.** Actividad que mantiene ocupado al adolescente.
- **Lugar de procedencia.** Lugar de nacimiento.
- **Tipo de familia.** Estructura de la familia del adolescente.
- **Funcionalidad familiar.** Calidad de relaciones interpersonales en el entorno familiar.

III. VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. Definición de variables:

Factores sociales

La socialización es como los seres humanos se adaptan a estar rodeados de un grupo de personas y como esto es fundamental en el comportamiento Humano

Factores demográficos

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (sociales y demográficos.) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción (19) (Pita, 2000).

Intento de suicidio.

El comportamiento suicida de una persona que no consuma el hecho de la muerte contra sí misma, constituye un intento de suicidio. Se trata de un procedimiento cuya motivación no está dirigida directamente a producir la muerte, sino que incluye conductas auto agresivas de diversos niveles de gravedad, con el propósito principal de lograr un cambio en la situación personal, de demostrar su valentía o su ira, o tratarse de una acción de chantaje.

Adolescencia: Para la Organización Mundial de la Salud, La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años.

3.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Factores Sociodemográficos	Son las características detectables de un grupo de personas.	Demográficos	Edad Sexo Nivel de Instrucción Lugar de Procedencia	Nominal Nominal Ordinal Nominal
		Social	Religión con quien vive Tipo de Familia	Nominal Nominal nominal

3.3. Hipótesis

3.3.1. Hipótesis general

Existe un alto porcentaje al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.

3.3.2. Hipótesis específicas

- a) Existe un alto porcentaje al intento de suicidio en adolescentes asociados al factores sociales, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.
- b) Existe un alto porcentaje al intento de suicidio en adolescentes asociados al factores demográficos, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.

IV. METODOLOGIA

4.1. Tipo de investigación

La investigación es de tipo descriptivo, porque se describirá las características de los factores demográficos, sociales y psicológicos. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

4.2. Diseño de la investigación

No experimental y transversal, porque no se manipuló ninguna variable y se determinó el comportamiento de los valores de una variable en un espacio y tiempo único

O → m

Donde.

O = observación

M = muestra

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población muestral

Constituida por 45 adolescentes asociados al intento de suicidio atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.

Criterios de inclusión:

Adolescentes con intento de suicidio (12 – 18 años) LOTEPE atendidos en el servicio de emergencia.

4.3.2 Muestreo No probabilístico por conveniencia constituida por 45 adolescentes con intento de suicidio atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho entre enero y octubre de 2016.

4.4. Técnica e instrumento de recolección de datos

4.4.1. Técnica

- Encuesta: porque es una fuente de fácil alcance para la recolección de los datos.

4.4.2. Instrumento

- Cuestionario: lista de preguntas conformada por 11 ítems.

4.5. Procedimiento de recolección de datos.

. **Procedimiento: Preparación de instrumentos.** Diseño del cuestionario para determinar los factores asociados al intento de suicidio en adolescentes.

4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos.

El procesamiento fue informático de acuerdo a requerimientos del Software SPSS versión 23,0. Se realizó el análisis descriptivo, lo que se recurrió al cálculo de las frecuencias y proporciones.

V. RESULTADOS

Tabla 5.1. Distribución de frecuencias de los factores sociodemográficos asociados al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	18	40.0%
	Femenino	27	60.0%
Edad	12 a 15	15	33.3%
	16 a 18	30	66.7%
Grado de instrucción	Primaria	14	31.1%
	Secundaria	27	60.0%
	Superior	4	8.9%
Lugar de procedencia	Rural	2	4.4%
	Urbano	14	31.1%
	Urbano marginal	29	64.4%
Trastornos mentales	Depresión	30	66.7%
	Ansiedad	11	24.4%
	Otros	4	8.9%

La Tabla 5.1 nos muestra la distribución de frecuencias de los factores sociodemográficos, con porcentajes mayores al 50%. Tales así el sexo femenino presentan el 60%, así también se muestra un porcentaje alto en las edades de 16 a 18 años con un porcentaje de 66.7%, con respecto al grado de instrucción el 60% fueron de nivel secundario, mientras que en lugar de procedencia se evidencia que el 64.4% viven en una zona urbano marginal; mientras que en el tipo de familia el 57% es de monoparental, el 51.1% tuvieron una relación familiar regular, los jóvenes que con algún otro familiar presentan un 51.1% y los que sufren depresión muestran un 66.7%.

Tabla 5.2. Distribución de frecuencias de los factores sociales asociados al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de familia	Nuclear	11	24,4
	Monoparental	26	57,8
	Extensa	8	17,8
Relación familiar	Buena	8	17,8
	Regular	23	51,1
	Mala	14	31,1
Religión	Católico	22	48,9
	Evangélico	13	28,9
	Otros	10	22,2
¿Con quién vive?	Padres	8	17,8
	Sólo madre o padre	14	31,1
	Algún otro familiar	23	51,1
Trastornos mentales	Depresión	30	66,7
	A veces	11	24,4
	Nunca	4	8,9
Sufre bullying	Siempre	21	46,7
	A veces	15	33,3
	Nunca	9	20

De la misma manera la Tabla 5.2 nos muestra la distribución de frecuencias de los factores sociales, indicándonos así: que el 57.8% tienen un tipo familiar monoparental, mientras que el 24.4 es de tipo nuclear y 17.8 % extensa. El 51.1% tienen una relación familiar regular, mientras que el 31.1% mala y 17.8% buena. Además, el 48.9% pertenecen a la religión católica, 28.9% a la evangélica y 22.2% a otras religiones. También se tiene que el 17.8% de los jóvenes viven con sus padres, 31.1% viven con solo el padre o la madre y más del 50% viven con algún otro familiar. Así también se tiene que el 66.7% de los jóvenes sufren depresión, 24.4% tienen ansiedad y el 8.9% sufre de algún otro trastorno mental. También indica que el 46.7% de los jóvenes siempre

sufren abuso de bullying, el 33.3% a veces y solo el 20% no sufre bullying.

Tabla 5.3. Distribución de frecuencias de los factores demográficos asociados al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	18	40
	Femenino	27	60
Edad	12 a 15	15	33,3
	16 a 18	30	66,7
Grado de instrucción	Primaria	14	31,1
	Secundaria	27	60
	Superior	4	8,9
Lugar de procedencia	Rural	2	4,4
	Urbano	14	31,1
	Urbano marginal	29	64,4

- La Tabla 5.3, nos muestra la distribución de frecuencias y porcentaje de los factores demográficos asociados al intento de suicidio, indicándonos así: el 60% de los encuestados eran mujeres y 40% de los encuestados varones, con respecto a la edad el 66,7% corresponden a la edad de 16 a 18 años y el 33.3% están entre 12 a 15 años, además se tiene que el 60% de los que han intentado suicidarse tienen en grado de instrucción secundaria, 31.1% primaria y un porcentaje baja en los estudiantes de grado superior 8.9%. el 64.4% de los intentos de suicidio tiene e lugar de procedencia urbano marginal, 31.1% urbano y sólo el 4.4% son de rural.

VI.- DISCUSION DE RESULTADOS

Como se pudo notar, en la distribución del intento suicida por grupo de edades puede observarse que predominó el de 16-18 años con un total de 30 pacientes para el 66.7%, seguido del grupo de 12 - 15 años con 15 pacientes para el 33.3 %. Dicho predominio, coincide con lo reportado en la literatura, es el grupo de edad donde mayor número de intentos suicidas se reporta, por ser la etapa de la adolescencia donde se desarrollan toda una serie de cambios para entrar en la etapa de adultos y es la etapa de toma de decisiones importantes en la vida de las personas.¹

Los porcentajes de suicidio consumado se incrementan marcadamente en la adolescencia tardía y continúan aumentando hasta cerca de los 20 años. En contraposición, el pico de intentos suicidas alcanzado entre los 16 y 18 años, luego disminuye marcadamente en frecuencia, particularmente en mujeres jóvenes.²

El nivel de instrucción se comportó de la forma siguiente: secundaria, 27 pacientes para el 60 %, seguido de primaria con 14 pacientes para el 31.1% y superior, con un paciente para el 8,9 %. En efecto, dichos niveles de escolaridad va en correspondencia de las edades registradas de los pacientes.

El trastorno psicológico predominante fue la depresión, con 30 casos (66.7%), frente a la ansiedad con 11 pacientes (24.4%). Los trastornos de ansiedad no parecen tener una contribución significativa adicional en la variación de intentos suicidas en ningún estudio.² Estudios previos, han reportado como factores de riesgo asociados a las conductas suicidas en niños y adolescentes se ha encontrado la depresión debida en mayor parte a la dificultad para afrontar la frustración, la disfunción familiar, el abuso sexual, la no satisfacción de necesidades básicas y maltrato.³

Hubo predominio del sexo femenino sobre el masculino, siendo 60% y 40% de los pacientes registrados, respectivamente. Según estudios el sexo como factor de riesgo es relativo. Por ejemplo, se ha demostrado en algunos casos que los suicidios completados son más comunes entre los hombres, las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas⁴, es decir, existen patrones de suicidio en cuanto al sexo, pero no son iguales en todos los países. En general el suicidio es más común en varones, pero las mujeres realizan más intentos de suicidio.² De otro lado, también se dice que la relación entre el nivel de riesgo de orientación suicida y el sexo no muestran diferencias estadísticas significativas.⁵

El factor familiar es uno de los más prevalentes. El tipo y la disfuncionalidad por ejemplo, en este estudio, son características que confirman su influencia para el suicidio. Los registros de pacientes adolescentes estudiados, reportaron que un 55.6% (25) de pacientes

provenía de familias mononucleares. En efecto, algunos estudios han mostrado altas tasas de divorcio o separación parental entre adolescentes que han intentado suicidarse, comparados con grupos control de la comunidad no suicida. El divorcio puede tener efecto en aumentar el riesgo suicida al incrementar la vulnerabilidad temprana a la psicopatología, como es la depresión, que constituye un factor de riesgo para el suicidio. Una familia mononuclear, con mayor probabilidad poseerá dentro de su seno un ambiente de malas relaciones o de conflicto. Este hecho se correlaciona con lo obtenido en este trabajo donde pudimos evidenciar que el 51.1% (23) de pacientes tenía una regular relación familiar y 31.1% de pacientes tenían mala relación familiar. Esto representa una clara evidencia de que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión.²

El lugar de procedencia se vio marcada por una importante proporción del 64.4% registrado como proveniente de zonas urbano marginales, seguido del 31.1% de zonas urbanas. En otras palabras esto hace suponer que el factor étnico o socioeconómico podría condicionar algún tipo de ideación

suicida. Existen evidencias de esto. Las diferencias étnicas pueden reflejar "contagio" en grupos aislados en lugar de diferencias culturales. En Canadá, el suicidio en jóvenes aborígenes es cerca de 5 a 6 veces más que en los jóvenes no aborígenes. En EEUU, el porcentaje de jóvenes suicidas es mayor entre nativos americanos, seguido por blancos y afroamericanos y menor entre los de la etnia asiático pacífica.⁶

. De todo esto se nota la vulnerabilidad de los adolescentes a cometer actos suicidas porque se ven inmersos en situaciones que van a afectar algunos rasgos o atributos de su personalidad, convirtiéndose estos en probables factores de riesgo para cometer un acto suicida, justo en una etapa donde el aspecto emocional (por la llegada de la adolescencia) significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el amor. Aparece el pensamiento formal, el adolescente descubre que es capaz de argumentar, de analizar y comienza a hacerlo, en ocasiones caen en contradicciones cuando hablan con un adulto; además comienzan a generar sus propias teorías.⁷

En este sentido, hemos podido develar algunas características de los factores demográficos, sociales y psicológicos, importantes para entender los casos de intento de suicidio en adolescentes de nuestra ciudad.

VII. CONCLUSIONES

- a) Los factores demográficos, y sociales tienen alto porcentaje en alguna de sus categorías para el intento de suicidio.
- b) En los factores demográficos se ha encontrado que las mujeres, de las edades de 16 a 18 años, con grado de instrucción secundaria y que provienen del lugar urbano marginal tienen alto porcentaje en el intento de suicidio.
- c) Los factores sociales encontrados que predominan son trastornos depresivos, seguido de Familia monoparental, relación familiar regular, como PERTENECER a la religión católica y jóvenes que viven con algún otro familiar presentan alto porcentaje para el intento de suicidio del adolescente.

VIII. RECOMENDACIONES

- a. Desarrollar estudios a nivel correlacional para determinar los factores de riesgo en intentos de suicidio del adolescente.
- b. Implementar ESTRATEGIAS preventivas al interior de la familia y los colegios, para identificar a los adolescentes en riesgo de suicidio.
- c. Aprovechar los medios de información para fomentar programas educativas, autoestima y motivación personal.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS OMDLS. [Online].; 2014. Available from: www.jornada.unam.
2. Noguchi HDH. Estudio epidemiológico de salud mental en el Perú. 2008..
3. A. AYL. Perfil epidemiológico del intento de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho. 2010. TESIS.
4. M. P. Factores de riesgo psicológicos, socio económico y culturales asociados a los intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospita Regional de Ayacucho. 2013. tesis de maestria UNSCH.
5. B. P. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior. 2010. Salud Publica Mexico.
6. Garcia H. factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. 2010. Revista Salud Publica, Mexico.
7. Leal RVL. Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos prevalencia y factores asociados. 2012. Tesis de Licenciatura Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo Cajamarca.
8. Delgadillo G. Riesgos Asociados a Intento de Suicidio en Adolescentes del Hospital Regional Ayacucho. 2009. Tesis de Maestria Universidad Alas Peruanas.
9. Pizarro V. Factores que Predisponen los Intentos de Suicidio en escolares del nivel secundario del distrito de Ayacucho. 2009. Tesis de Licenciatura UNSCH.
10. SCHNEIDMAN E. INTENTO DE SUICIDIO. 2013..
11. YOSEP M. CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES. 2007..
12. Retamal P RCOMOY,MP. Aspectos Generales del Suicidio en Chile. 1995. Hospital San Juan de Dios Chile.

13. Angst J SN. suicide the diferenses in age and gender. 2001. revista psicofarmacologica.
14. F. V. El Perfil del Intentador de Suicidio Atendidos en el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. 2013. revista de de neuro - psiquiatrica.
15. F. V. Analisis de la Conducta Suicida en el Perú. 2004. Lima IESMHDHN.
16. Larraguibel M GPMVVR. Factores de Riesgo de la Conducta Suicida en Niños Y Adolescentes. 2013. Revista Chile.
17. Cordova J. Intoxicacion por organosclorados, carbamatos y herbecidas. 2012. <http://www.bvsde.paho.org0>.
18. Newman MA. Health as expanding consciousness. 1994. New York National League For Nursing.
19. Pita S. Determinacion de Factores de Riesgo en Adolescentes. 1997. Revista Cadena de Atencion Primaria España.
20. Hernadez SRCyM. Metodologia. 6th ed. Mexico: meac Graw hill; 2014.
21. Olga RSA. [www/ acreditacion](http://www.acreditacion). [Online].; 2016 [cited 2017 febrero 19. Available from: [www. acreditacion](http://www.acreditacion).
22. noa baldeon s. [www. scielo](http://www.scielo). [Online].; 2016 [cited 2017 febrero 19. Available from: [http/www.enfermeria basada en evidencia](http://www.enfermeria basada en evidencia).
23. newman. ; 1994.
25. Salud O:OMd. "INTENTO DE SUICIDIO" trabajo de investigacion. 2014. recuperado de www.jornada.unam.

ANEXOS

Anexo I

CUESTIONARIO

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2016.

OBJETIVO: Obtener información detallada y sistematizada sobre los factores sociodemográficos que predisponen al intento de suicidio en adolescentes.

INSTRUCCIONES

Apreciada/o señorita/joven. En esta oportunidad solicito su colaboración respondiendo con sinceridad al presente cuestionario anónimo. No existen respuestas buenas ni malas.

A continuación usted encontrará una serie de preguntas que deberá marcar un aspa (x)

SECCION 1: DATOS GENERALES

1. Nivel de instrucción
 - a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Superior
2. Lugar de procedencia
 - a) Rural
 - b) Urbano
 - c) Urbano marginal
3. Religión
 - a) Católico
 - b) Evangélico
 - c) Otros

SECCIÓN 2: DATOS SOBRE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

4. Sexo:
- a) Masculino
 - b) Femenino
5. Edad
- a) 12 – 15 años
 - b) 16 – 18 años
6. Tipo de familia:
- a) Nuclear (ambos padres más hermanos)
 - b) Monoparental (uno de los padres más hermanos)
 - c) Extensa (padres más hermanos y parientes)
7. ¿Cómo considera la relación familiar en su hogar?
- a) Buena (funcional)
 - b) Mala (disfuncional)
 - c) Regular
8. ¿Con quién vive?
- a) Padres
 - b) Solo madre o padre
 - c) Solo con sus hermanos
 - d) Algún otro familiar
 - c) Solo
9. ¿Sufre algún trastorno psicológico?
- a) Depresión
 - b) Ansiedad
 - c) Otros
10. ¿Alguna vez ha sufrido bullying por parte de sus compañeros?
- a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca

Gracias

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2016.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
GENERAL	GENERAL	GENERAL	Variable dependiente: Intento de suicidio Variable independiente: Factores demográficos Factores sociales Factores psicológicos	Tipo de investigación Descriptiva, porque se analizó las características de los factores asociados al intento de suicidio (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Diseño de la investigación No experimental y transversal. variables Factores demográficos, sociales y psicológicos. Población y muestra Constituida por 45 adolescentes con intento de suicidio atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho
¿Cuáles son las características de los factores asociados al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016?	Analizar las características de los factores sociodemográficos asociados al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.	Existe un alto porcentaje al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.		
ESPECÍFICOS	ESPECIFICOS	ESPECIFICOS		
a.- ¿Cuáles son las características de los factores demográficos asociados al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del	a) Describir las características de los factores sociales asociados al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.	a)Existe un alto porcentaje al intento de suicidio en adolescentes asociados al factores sociales, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.		

<p>Hospital Regional de Ayacucho, 2016?</p> <p>b.- ¿Cuáles son las características de los factores sociales asociados al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016?</p> <p>c.- ¿Cuáles son las características de los factores psicológicos asociados al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016?</p>	<p>a) Describir las características de los factores demográficos asociados al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.</p>	<p>b) Existe un alto porcentaje al intento de suicidio en adolescentes asociados al factores demográficos, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.</p>		<p>entre enero y octubre de 2016.</p> <p>Técnica</p> <p>- Encuesta: porque es una fuente de fácil alcance para la recolección de los datos.</p> <p>Instrumento</p> <p>- Cuestionario: por ser descriptivo nos ayuda a poder recolectar los datos de las historia clínicas.</p>
---	---	--	--	--

Anexo: datos

nivel	Proced	religión	sexo	edad	tipfam	relfam	vive	trastor	bullying
primaria	Rural	otros	masculino	16-18 años	nuclear	regular	padres	depresión	a veces
primaria	urbano marginal	católico	femenino	12-15 años	mononuclear	buena	solo madre o padre	depresión	siempre
secundaria	urbano marginal	evangélico	femenino	16-18 años	mononuclear	regular	solo madre o padre	depresión	siempre
secundaria	urbano marginal	otros	femenino	16-18 años	mononuclear	regular	algún otro familiar	depresión	a veces
secundaria	urbano marginal	católico	masculino	16-18 años	extensa	mala	algún otro familiar	ansiedad	siempre
primaria	Urbano	católico	femenino	12-15 años	nuclear	buena	padres	ansiedad	nunca
superior	Urbano	católico	femenino	16-18 años	nuclear	regular	solo	otros	siempre
secundaria	Urbano	otros	masculino	12-15 años	mononuclear	regular	solo	ansiedad	siempre
secundaria	urbano marginal	católico	femenino	16-18 años	mononuclear	mala	algún otro familiar	depresión	siempre
secundaria	urbano marginal	evangélico	femenino	12-15 años	extensa	regular	solo madre o padre	depresión	a veces
superior	urbano marginal	otros	femenino	16-18 años	mononuclear	buena	solo	ansiedad	nunca
primaria	urbano marginal	evangélico	masculino	12-15 años	nuclear	regular	solo madre o padre	otros	siempre

secundaria	Urbano	católico	masculino	16-18 años	nuclear	mala	algún otro familiar	depresión	a veces
secundaria	Urbano	católico	femenino	16-18 años	mononuclear	regular	padres	ansiedad	siempre
secundaria	urbano marginal	católico	masculino	16-18 años	mononuclear	mala	solo	depresión	siempre
secundaria	Urbano	católico	femenino	12-15 años	extensa	regular	algún otro familiar	ansiedad	a veces
primaria	urbano marginal	otros	masculino	16-18 años	mononuclear	regular	solo	otros	nunca
secundaria	Urbano	católico	femenino	12-15 años	mononuclear	mala	solo	depresión	siempre
secundaria	urbano marginal	evangélico	masculino	16-18 años	mononuclear	regular	padres	depresión	a veces
primaria	urbano marginal	otros	femenino	12-15 años	nuclear	regular	solo madre o padre	ansiedad	siempre
superior	Rural	evangélico	femenino	16-18 años	mononuclear	mala	solo madre o padre	depresión	siempre
secundaria	urbano marginal	católico	masculino	16-18 años	nuclear	regular	padres	depresión	a veces
secundaria	Urbano	católico	masculino	16-18 años	nuclear	regular	solo madre o padre	depresión	nunca
primaria	Urbano	otros	femenino	12-15 años	mononuclear	mala	solo	depresión	a veces
secundaria	urbano marginal	evangélico	masculino	16-18 años	mononuclear	mala	padres	depresión	siempre
secundaria	urbano marginal	evangélico	femenino	16-18 años	mononuclear	mala	algún otro familiar	depresión	siempre

secundaria	urbano marginal	evangélico	masculino	16-18 años	extensa	regular	solo	depresión	nunca
primaria	Urbano	católico	femenino	16-18 años	nuclear	mala	solo madre o padre	otros	siempre
primaria	urbano marginal	católico	femenino	16-18 años	mononuclear	buena	padres	depresión	nunca
secundaria	urbano marginal	otros	masculino	12-15 años	nuclear	regular	solo	depresión	siempre
primaria	urbano marginal	evangélico	femenino	16-18 años	mononuclear	mala	solo	depresión	a veces

Dónde: nivel= nivel de instrucción, proced= lugar de residencia, religión=religión, sexo= sexo, edad=edad, tipfam= tipo de familia, relfam= relación familiar, vive= ¿Con? Quien vive, trastor= trastorno psicológico, bullying=sufre bullying

primaria	urbano marginal	católico	masculino	16-18 años	mononuclear	mala	solo madre o padre	ansiedad	a veces
secundaria	urbano marginal	evangélico	masculino	12-15 años	nuclear	buena	solo madre o padre	depresión	a veces
superior	urbano marginal	católico	femenino	16-18 años	nuclear	buena	algún otro familiar	depresión	siempre
secundaria	urbano marginal	católico	femenino	16-18 años	extensa	regular	solo	ansiedad	nunca
primaria	urbano marginal	evangélico	femenino	12-15 años	extensa	regular	solo	depresión	a veces
primaria	Urbano	católico	masculino	12-15 años	mononuclear	mala	solo madre o padre	depresión	siempre
secundaria	Urbano	católico	femenino	16-18 años	mononuclear	regular	algún otro familiar	depresión	siempre
secundaria	urbano marginal	evangélico	femenino	16-18 años	extensa	regular	solo madre o padre	ansiedad	nunca
secundaria	urbano marginal	católico	masculino	16-18 años	mononuclear	regular	solo madre o padre	depresión	a veces
secundaria	Urbano	católico	femenino	12-15 años	mononuclear	mala	padres	depresión	a veces
secundaria	Urbano	otros	masculino	16-18 años	nuclear	regular	algún otro familiar	ansiedad	siempre
secundaria	urbano marginal	evangélico	femenino	16-18 años	mononuclear	buena	solo	depresión	siempre
primaria	urbano marginal	católico	femenino	12-15 años	mononuclear	regular	solo madre o padre	depresión	nunca
secundaria	urbano marginal	otros	femenino	16-18 años	mononuclear	buena	algún otro familiar	depresión	a veces

