



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA  
SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL PSICOLOGÍA HUMANA**

**TÍTULO:**

**“RIESGO SUICIDA EN EL PERSONAL POLICIAL DEL  
DEPARTAMENTO DE TRÁNSITO DE LA  
POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ  
CUSCO-2017”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA HUMANA**

**AUTOR:**

**LADRON DE GUEVARA ROLANDO KATHERINE**

**CUSCO – PERÚ**

**2018**

A mi madre Luz Marina.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Pedro.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

***Katherine Ladrón de Guevara Rolando.***

Doy gracias a Dios y a la tierra por la vida que me ha dado”.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mis maestros y asesores por su gran apoyo y motivación para la culminación de los estudios profesionales y la elaboración de esta tesis, gracias por su apoyo ofrecido en y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

***Katherine Ladrón de Guevara Rolando.***

## RESUMEN

En el mundo el riesgo suicida no es un tema actual, históricamente en todas las comunidades humanas ha estado presente, lo que implica la necesidad de establecer definiciones precisas que lleven a la identificación de los factores de riesgo, tomando en cuenta que las bases del suicidio son multifactoriales y complejas.

La presente investigación busca conocer la presencia del riesgo suicida en el personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú – Cusco 2017. La investigación comprende un enfoque cuantitativo de estudio básico, no experimental de tipo descriptivo y transeccional; en el que se recopiló información en un solo periodo temporal.

Para ello se utilizó la encuesta socio cultural donde se evaluó el área personal, familiar y laboral de la muestra y el test de riesgo suicida que lleva como nombre Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, (República Federal Alemana 1989). Se trató de tener conocimiento sobre algunos rasgos factoriales en el personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú en el departamento de Cusco año 2017, como son la falta de control de impulsos, estrés, conflictos en el clima laboral, inestabilidad emocional especialmente para la prevención primaria.

El riesgo suicida, es un asunto multifactorial, y por ello se examinó algunas áreas de la vida, como en lo personal, familiar, social y laboral, habiéndose propuesto el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son los niveles de riesgo suicida que presenta el personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú – Cusco 2017?

Para ello se trabajó con una muestra de 131 miembros del personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú, quienes fueron evaluados con dos

instrumentos: Escala de Riesgo Suicida. Los resultados obtenidos demostraron que el 92,4% de los integrantes del departamento de Tránsito de la Policía Nacional del Perú- Cusco, no presentan riesgo suicida, mientras que el 6,1% tienen tendencia de riesgo suicida, el 0,8% presentan riesgo de suicidio y otro 0,8% presenta alta probabilidad de riesgo suicida.

En conclusión, el riesgo suicida es un problema grave de salud pública y requiere atención. Se pudo brindar información básica al personal policial encargado del área de salud, para el abordaje psicoterapéutico del riesgo suicida y de esta manera dar apoyo profesional en la toma de decisiones y en la prevención primaria según sus características.

**PALABRAS CLAVES:** Riesgo suicida.

## **ABSTRACT**

In the world, suicidal risk is not a current issue, historically in all human communities it has been present, which implies the need to establish precise definitions that lead to the identification of risk factors, taking into account that the basis of suicide They are multifactorial and complex.

The present investigation seeks to know the presence of suicidal risk in the police personnel of the transit department of the National Police of Peru - Cusco 2017. The investigation comprises a quantitative approach of basic, non-experimental study of descriptive and transectional type; information was collected and carried out in a single temporary period.

For this, the socio-cultural survey was used, where the personal, family and work area of the sample was evaluated, as well as the suicide risk test, which is called the Plutchik Suicide Risk Scale (Federal Republic of Germany 1989). It was tried to have knowledge about some factorial features in the police personnel of the transit department of the National Police of Peru in the department of Cusco in 2017, such as the lack of control of impulses, stress, conflicts in the work environment, emotional instability especially for primary prevention.

Suicide risk is a multifactorial issue, and therefore some areas of life were examined, such as personal, family, social and work, and the following research problem has been proposed: What are the levels of suicide risk presented by the police personnel of the transit department of the National Police of Peru - Cusco 2017?

To this end, we worked with a sample of 131 members of the police personnel of the transit department of the National Police of Peru, who were evaluated with two instruments:

Suicide Risk Scale. The results obtained showed that 92.4% of the members of the Transit department of the National Police of Peru-Cusco, do not present suicide risk, while 6.1% have a tendency to suicide risk, 0.8% present suicide risk and another 0.8% present a high probability of suicide risk.

In conclusion, suicidal risk is a serious public health problem and requires attention. Basic information was given to the police personnel in charge of the health area, for the psychotherapeutic approach of suicide risk and in this way to give professional support in the decision making and in the primary prevention according to their characteristics.

**KEYWORDS:** Suicide Risk.

## ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA .....	i
AGRADECIMIENTO .....	ii
RESUMEN .....	iii
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS .....	ix
INTRODUCCIÓN .....	x

### CAPITULO I

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática .....	1
1.2 Formulación del problema .....	4
1.2.1 Problema General.....	4
1.2.2 Problemas Específicos .....	4
1.3 Objetivos de la investigación .....	4
1.3.1 Objetivo General .....	4
1.3.2 Objetivos Específicos.....	4
1.4 Justificación de la investigación .....	5
1.4.1 Importancia de la investigación .....	5
1.4.2 Viabilidad de la investigación.....	5
1.5 Limitaciones del estudio .....	6

### CAPITULO II

#### MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación .....	7
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	7
2.1.2. Antecedentes Nacionales .....	9
2.1.3. Antecedentes Locales.....	11
2.2. Bases Teóricas.....	11
2.2.1. Suicidio .....	11
2.2.2. Teorías psicológicas del suicidio .....	17
2.2.3. Riesgo suicida .....	19

2.2.4. Indicadores de riesgo .....	19
2.2.5. Factores de riesgo suicida .....	21
2.2.6. Cuadro clínico de riesgo suicida .....	24
2.2.7. Factores de protección .....	25
2.3. Definición de términos básicos .....	27

### CAPITULO III

#### HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de hipótesis .....	30
3.2. Variables, dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional .....	31
CAPITULO IV.....	34
METODOLOGÍA .....	34
4.1. Diseño metodológico .....	34
4.2. Diseño muestral, matriz de consistencia .....	34
4.2.1. Población:.....	34
4.2.2. Muestra: .....	35
4.2.3. Criterios de selección de la muestra.....	36
4.3. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos, validez y confiabilidad .....	37
4.3.1. Técnicas .....	37
4.3.2. Instrumento .....	37
4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información .....	40
4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información .....	40
4.6. Aspectos éticos contemplados.....	40

### CAPITULO V

#### RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Presentación de Resultados .....	42
5.2. Discusión.....	49
CONCLUSIONES	
SUGERENCIAS	
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Riesgo suicida según el sexo.....	43
Tabla 2 Riesgo suicida según la edad .....	45
Tabla 3 Nivel de riesgo suicida.....	47

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación destaca la importancia de la salud mental en base al Riesgo Suicida del personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú-Cusco 2017. Así mismo el riesgo suicida es la posibilidad que tiene una persona para atentar deliberadamente contra su vida.

Por tales consideraciones se hace necesario realizar esta investigación y dar a conocer a la comunidad científica sobre los resultados obtenidos, particularmente del personal policial interesado en ampliar y profundizar el conocimiento acerca de la realidad del objeto de estudio.

El contenido de la investigación está organizado en cinco capítulos fundamentales que se detalla a continuación:

Capítulo I: Planteamiento del problema de investigación. La sociedad presenta ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social ya sea excesiva o insuficiente del individuo en la colectividad. Asimismo, el riesgo de suicidio es un problema complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales, por lo tanto, el suicidio es un hecho multifactorial, motivo por el cual se presenta los problemas de investigación, los objetivos, las hipótesis estadísticas y la justificación que motivan la presente investigación.

Capítulo II: Marco teórico, donde se considera desde los antecedentes del estudio, internacionales, nacionales y locales. También explica las bases teóricas y científicas a partir de las fuentes bibliográficas que nos permiten dar sustento a las variables y por último los términos básicos.

Capítulo III: Hipótesis, en esta investigación no se considera hipótesis, debido a que es una investigación de tipo descriptivo.

Capítulo IV Marco metodológico, aquí se considera los métodos de investigación, utilizando como tipo, nivel y diseño de estudio, determinación de la población, muestreo, técnicas de recolección de datos a través de los instrumentos de medición, técnicas de análisis de datos utilizando programas estadísticos como Excel, baremo de centro y tabulación manual de datos.

Capítulo V: Con este capítulo, finaliza el trabajo de investigación con la presentación de los resultados, conclusiones, recomendaciones y/o sugerencias, presentación de referencias bibliográficas y anexos que son documentos que corroboran la investigación realizada.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

La Suicidología es parte de la Psicología porque el suicidio es un acto de autoeliminación de la vida producto de una crisis psicológica, por lo tanto, la Suicidología es la ciencia que estudia los comportamientos, pensamientos y los sentimientos autodestructivos, según (Shneidman, 1971).

El riesgo suicida es la probabilidad que tiene una persona de autoeliminarse a consecuencia de aquellos aspectos determinantes que están en el ambiente y en lo personal, como afrontamiento y resolución de problemas, duelo, entre otros. Así mismo los factores de riesgo pueden comprometer la salud mental, el bienestar o la adaptación social, y que, si están presentes, pueden incrementar la probabilidad de riesgo suicida, conforme a (Valverde, Solano, Alfaro, Rigioni y Vega, 2010).

Los trastornos mentales como la depresión y los trastornos por consumo de alcohol son un importante factor de riesgo de suicidio en Europa y América del Norte; en los países

asiáticos, sin embargo, tiene especial importancia la conducta impulsiva. En Latino América es menor el porcentaje de suicidios, siendo Perú el último país en suicidios con un 20%, según la OMS Infobae (2017).

En el mundo cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad "global" de 16 suicidios por cada 100 000 personas, o una muerte cada 40 segundos; en los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años de edad en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado, según la OMS Infobae (2017).

Tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado en los varones de edad avanzada, sin embargo, las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, según la OMS (2015).

En la Policía Nacional del Perú se registra, que 24 agentes policiales se quitaron la vida en el año 2010, habiendo registrado la estadística más alta en cuanto al suicidio de dicha institución. (Según publicación del Diario El Comercio 21 enero 2013).

En la ciudad del Cusco no se pudo recopilar información, debido a que es confidencial la información de la institución policial.

Se asegura que no es fácil determinar los motivos que llevan a un agente policial a suicidarse; el Psiquiatra Mariano Querol, afirma de modo general que se trata de un problema "multicausal", entre cuyos factores están: el estrés, la depresión y los problemas económicos, refiere además que "El suicidio está en función de un quiebre vital de asuntos

problemáticos no resueltos, hasta el punto en que piensa que la mejor solución es suicidarse” (2013)

Se obtuvo información de la Policía nacional de la Región Cusco, en el sentido que no se está realizando una buena evaluación psicológica acerca del tema de riesgo suicida al personal policial. Lo cual sería uno de los principales detonantes de suicidios en la institución. “El examen médico que se practica anualmente se aplica como una simple formalidad y que no se está haciendo una seria y responsable evaluación de la salud mental de los policías, por lo que surge la preocupación de cuál sería el móvil que lleve a tomar tal determinación llamado suicidio.

Dicha información constituye un aspecto importante para la prevención y diagnóstico de la salud mental en general, donde nos permita diagnosticar a tiempo y determinar diversas acciones a seguir, como: Hospitalización inmediata, Tratamiento psicofarmacológico, Observación y afronte psicoterapéutico de equipo. Según Gustavo Carrión Zavala. (Setiembre del 2013).

Se ha observado en el personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional de Perú – Cusco, tiene manifestaciones de falta de control de impulsos, dificultad para concentrarse, rasgos de trastornos de personalidad, falta de autoestima, conductas autodestructivas como consumo de alcohol y otras sustancias, lo cual influye en sus relaciones interpersonales, intrapersonales y en su centro de trabajo.

El propósito de la presente investigación es determinar los niveles de riesgo suicida del personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú – Cusco 2017.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema General**

¿Cuáles son los niveles de riesgo suicida que presenta el personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú – Cusco 2017?

### **1.2.2 Problemas Específicos**

- 1) ¿Cuáles son los niveles del riesgo suicida que presenta el personal policial, de acuerdo al sexo en el departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú?
- 2) ¿Cuál es el nivel de riesgo suicida según la edad en el personal policial del departamento de tránsito de la policía nacional del Perú?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la presencia de los niveles de riesgo suicida en el personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú – Cusco 2017.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- 1) Identificar los niveles de riesgo suicida que presenta el personal policial, de acuerdo al sexo en el departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú.
- 2) Conocer los niveles de riesgo suicida que presenta el personal policial según la edad en el departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú.

## **1.4 Justificación de la investigación**

### **1.4.1 Importancia de la investigación**

Esta investigación se realizó con el propósito de aportar nuevos conocimientos sobre la presencia de riesgo suicida en el personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú – Cusco. Es importante porque nos ayuda a aportar nuevos conocimientos sobre la presencia de riesgo suicida que puede presentar el personal policial, ya que a partir de los resultados obtenidos la institución pueda tomar conocimiento, mejorar y determinar las acciones preventivas o de intervención en los efectivos policiales, siendo así de mucha importancia para que el comando institucional pueda tomar conocimiento y reformular, mejorar y/o determinar acciones preventivas o de intervención en los efectivos policiales que presenten el problema.

Se realizó la observación en la conducta del personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú; el cual se determinó la presencia de indicadores como la falta de disciplina, compromiso, desmotivación, falta de comunicación asertiva.

El problema del estudio se encuentra dentro del área de Psicología clínica y social, lo cual implica que su abordaje, resultados y conocimientos será de mucha importancia tanto para el personal policial, así como para la misma institución (Departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú); dirigiendo que la información sea considerada para la toma de decisiones por parte de los funcionarios de dicha institución.

### **1.4.2 Viabilidad de la investigación**

El siguiente estudio es viable bajo las siguientes consideraciones:

Se contó con todos los recursos necesarios para la ejecución del presente estudio como el potencial humano con un equipo de asesores conocedores del área de investigación, así como la disposición de la población que fue sujeta a estudio; con recursos materiales y de equipo mediante las cuales se pudo recurrir a las diferentes fuentes de información requerida para el estudio, abordaje y medición del riesgo suicida, así como para la obtención de un instrumento pertinente para la medición de la variable; lo propio con los recursos económicos que fueron financiados por la investigadora y finalmente es viable el estudio en cuanto la variable (riesgo suicida), es un fenómeno presente a nivel mundial lo cual amerita ser estudiada para su posterior intervención.

La presente investigación cumple con ciertos requerimientos, en este punto, uno de los más cruciales para su realización es que sea factible y ello ayude a conocer e identificar el riesgo suicida y puede ser útil para prevenirla.

En síntesis, se contó con la disponibilidad de recursos financieros, humanos y materiales que determinaron los alcances de la investigación.

### **1.5 Limitaciones del estudio**

Para el desarrollo del presente estudio de investigación se presentaron limitaciones significativas:

La investigación se circunscribe a la población de estudio por lo que los resultados obtenidos no podrán ser extrapolados a otras poblaciones.

Diferentes horarios de trabajo del personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación

##### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

Avila H. S. D. (2014), realizó una investigación científica de título: “*Niveles de prevalencia de ideas e intentos suicidas en los estudiantes de sexto semestre de seis preparatorias*”; para optar el grado académico de maestro, en la universidad (Montemorelos – México), investigación tipo descriptivo – correlacional; en un estudio de 300 estudiantes; llegando a las siguientes conclusiones:

Se encontró que aproximadamente uno de cada diez adolescentes de esta investigación presenta ideación suicida. Se pudo ver que aproximadamente uno de cada diez adolescentes ha intentado suicidarse al menos en una ocasión. Se comprobó que las mujeres presentan mayor ideación suicida que los hombres. Tanto los hombres como las mujeres tienen el mismo nivel de prevalencia de intento de suicidio. Se comprobó que a mayor ideación suicida mayor probabilidad de intento suicida. No existe diferencia en el nivel de ideación suicida e intento de suicidio entre escuelas públicas y privadas. La ideación suicida y el

intento de suicidio se presenta de igual manera entre adolescentes que viven con ambos padres y los que no.

Landa E. M. P. (2013), realizó una investigación científica; de título: *“El suicidio y la importancia de su prevención”* para optar la licenciatura en psicología , en la universidad (Leioa – España; investigación de tipo descriptivo; llegando a las siguientes conclusiones:

Finalmente, concluimos que el suicidio se puede prevenir, siempre y cuando la persona se abra a los demás y pida ayuda, o reciba tratamiento de un especialista. Uno de los principales problemas es que en la mayoría de estas personas no logran hallar la diferencia entre lo que es un problema y una dificultad, todo esto unido a la falta de juicio y a la soledad, agravan la situación. Quizás la vida se vea muy complicada en algunos momentos, pero no por ello se debe interrumpir u optar por una salida tan drástica.

Huerta. R. R. (2014), realizó una investigación científica; de título: *“Conducta suicida en población general adulta”* para optar la licenciatura en psicología, en la Universidad Autónoma – España; investigación de tipo descriptivo; llegando a las siguientes conclusiones:

El estado de salud física tiene mayor peso como factor de riesgo en las personas de mayor edad. El estado civil y ocupacional, así como el consumo abusivo de alcohol, tienen mayor influencia como factor de riesgo en los grupos más jóvenes. La existencia de trastornos mentales aparece como factor de riesgo a considerar en todos los grupos de edad. La prevalencia de ideas de suicidio parece seguir una distribución diferenciada en las Comunidades Autónomas, que probablemente tenga que ver con la desigual presencia en las mismas de los demás factores sociodemográficos y clínicos relacionados con la ideación suicida.

Medina. O. Cardona D. Arcilla C. (2011), realizó una investigación científica; de título: *“Riesgo suicida y depresión de internos de la cárcel del Quindío”* para optar la licenciatura en psicología, en la Universidad Nacional Abierta y a Distancia –UNAD; investigación de tipo descriptivo – relacional de diseño no experimental; llegando a las siguientes conclusiones:

Más del 75% de los internos presentan riesgo suicida moderado o alto; el 56% reporta sintomatología depresiva grave y moderada. Se halló importante correlación entre estas dos variables. En la sub escala de afrontamiento de la ISO-30 se encontró una media de 8,81, lo que la ubica con resultados significativos; las medias restantes están en valores medios. En conclusión, es significativo determinar Factores de riesgo en esta población y fortalecer la investigación en este campo desde un enfoque interdisciplinario, lo cual Facilitará la identificación precoz y prevención de la conducta suicida.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

Leal. Z. A. R. (2010), realizó una investigación científica; de título: *“Tendencia suicida en una muestra de médicos varones de Lima metropolitana y su relación con factores sociodemográficos, laborales y psicológicos”* para optar el grado académico de maestro, en la universidad (Federico Villareal; investigación de tipo descriptivo – correlacional – comparativo; llegando a las siguientes conclusiones:

La prevalencia de la ideación suicida en los médicos varones evaluados es cercana al de la población en general; sin embargo, es superior a la ideación suicida de los varones adultos de Lima Metropolitana. Más del 90% de los médicos varones evaluados están altamente satisfechos con sus vidas. Por otro lado, cerca de un quinto de los mismos presentan un alto nivel de estrés percibido, muy cercano a los médicos de otras latitudes.

Asimismo, cerca de un quinto de los mismos presentan una alta puntuación de perfeccionismo mal adaptativo. Entre las variables psicológicas asociadas a la tendencia suicida, se halló que sólo el perfeccionismo mal adaptativo predice de manera estadísticamente significativa a la tendencia suicida de los médicos varones evaluados. Asimismo, la relación entre el perfeccionismo mal adaptativo y la tendencia suicida se halla afectada en mayor medida por la percepción del estrés antes que por la satisfacción con la vida.

Cerna. S. E. (2011), realizó una investigación científica para optar el grado Licenciado en Enfermería, en la Universidad Nacional Mayor De San Marcos; llevando por título: *“Nivel de riesgo suicida en la población adolescente escolar de la I.E. N° 3051 del AA.HH. El Milagro de Lima Metropolitana e I.E. N° 21554 del Centro Poblado Palpa - Huaral, Lima, 2011”*; investigación de tipo cuantitativo-transversal, de nivel aplicativo y método descriptivo; llegando a las siguientes conclusiones:

En la población peruana se calcula que existen 2,7 millones de personas entre 15 y 24 años que presentan conductas suicidas, un estudio realizado por Pablo Cano en la Amazonia del Perú con 530 adolescentes de 12 a 19 años, mostró que el 33.6% de la muestra, presentó por lo menos un cuadro del espectro ideación suicida. El 31.3% ha deseado morir, 21.1% pensó en quitarse la vida y 18.1% de los encuestados ya intentó suicidarse en algún momento. Los adolescentes con conductas suicidas constituyen una población diversa, que se encuentra conformada por estudiantes de secundaria, estudiantes preuniversitarios, estudiantes universitarios; cada uno con diferencias culturales, físicas, biológicas, sociales, psicológicas ; pero con las mismas características que emanan de su edad; tanto hombres y mujeres pugnan por definir una identidad distinta a la de sus padres, lidiando con asuntos de género y su sexualidad emergente, y tomando decisiones por primera vez en sus vidas

constituyéndolos en una población vulnerable para enfrentar situaciones difíciles, debido a todos los factores de riesgo que presentan.

### **2.1.3. Antecedentes Locales**

En lo que respecta a las investigaciones de los índices de rasgos suicidio en la ciudad del Cusco, no se encontró ninguna investigación.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Suicidio**

El suicidio sería un homicidio invertido, el resultado de la rabia o la ira contenida con otra persona, que se dirige al interior o se utiliza como una excusa para el castigo. Se distingue en toda idea suicida tres componentes: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. El suicidio es un homicidio contra uno mismo, en el que la agresividad que se siente hacia el entorno se dirige hacia uno mismo, (Menninger, 1938).

### **Etiología del suicidio**

El suicidio es un síndrome pluricausal, en el que intervienen factores sanitarios y psicosociológicos de muy diversa índole, incluyendo creencias, cultura y filosofía vital. La determinación bio-psico-socio-cultural del suicidio, está hoy generalizada en la compleja plurideterminación que revela que éste no es un problema exclusivo del ámbito de la salud, los estudios epidemiológicos a nivel mundial lo indican como un grave problema de la Salud Pública.

Aunque las causas del acto suicida son múltiples, se ha intentado explicar desde diferentes postulados teóricos, lo que ha establecido distintos modelos etiológicos que han tratado de explicar el suicidio (Maris, Berman y Silverman, 2000).

## **Teoría neurobiológica**

Desde el punto de vista biológico, se pone de manifiesto que las personas que parecen tener cierta vulnerabilidad hacia el suicidio presentan un descenso en los niveles de serotonina en el cerebro. En concreto se han detectado niveles bajos de un metabolito de serotonina, el 5HIAA (ácido 5 hidroxindoleacético) en el líquido cefalorraquídeo en individuos con potencial riesgo de suicidio (Teraiza y Meza, 2009).

Las conductas suicidas han sido relacionadas con otros hallazgos bioquímicos como: la excesiva actividad del sistema noradrenérgico, (Van Heeringen, 2003), la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal (Gmitrowicz y Kolodziej-maciejewska, 2001), la hipo colesterolhemia con altos niveles de cortisol sérico (controversias y datos contradictorios al respecto) (Veveřa, 2006). Datos recientes muestran que bajas proporciones de Omega -3 en el perfil lipídico son predictores de riesgo suicida entre pacientes deprimidos (Sublette y otros, 2006).

Una disminución en la acción de la serotonina, 5 HT (5HT) está implicada en conductas depresivas, agresivas, y de trastornos del control de los impulsos, asociados a los suicidios violentos o agresivos. Asimismo, la conducta suicida se asocia con una disminución en los niveles serotoninérgicos de la corteza pre-frontal. Igualmente, se encontró niveles bajos de serotonina (5-HT) y su metabolito principal, ácido 5-hidróxiindolacético (5-HIAA) en cerebros post-mortem.

También se ha señalado la falta de procesamiento adecuado en la corteza prefrontal del cerebro de la que depende la toma de decisiones, y que se vería debilitada por los estados depresivos, abuso de alcohol o sustancias psicoactivas u otros estados psicopatológicos.

Estudios sugieren que existe una asociación entre alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y suicidio. Las primeras observaciones fueron hechas por Buney y Fawcett (1965) quienes encontraron una elevada excreción urinaria de 17-hidroxicorticosteroides en víctimas de intentos de suicidio y suicidios consumados. También han sido informadas elevaciones de cortisol en sangre en suicidas e incluso valores arriba de 20 mg/dl podrían tomarse como marcador biológico de alto riesgo de suicidio.

### **Etiología genética**

Existen dudas sobre que el riesgo de suicidio se debe a factores genéticos o si está más relacionado con el ambiente familiar y social.

Se ha comprobado a través de estudios familiares, gemelares y de adopción la influencia de la herencia poligénica. Diferentes estudios ha demostrado que el riesgo de suicidio es más elevado en los individuos con antecedentes familiares de suicidio. (Fu. y otros; 2002).

Se ha afirmado que la tendencia suicida se decide en una zona del cromosoma 2 (Willour y otros, 2007).

Aunque hay evidencia de factores genéticos que contribuyen al riesgo de conducta suicida, esto no significa que la conducta suicida es inevitable para los individuos con historial familiar; simplemente significa que tales personas pueden ser más proclives.

Ciertas investigaciones sugieren una tasa elevada de concordancia de suicidio en gemelos idénticos. En un estudio danés sobre gemelos monocigóticos se observó que, en 20% de los casos en los que un hermano se suicidaba, el otro fallecía de la misma manera. En estudios locales se encontró que familiares de I grado de intento de suicidio habían cometido suicidio consumado (26.7 %).

## **Etiología psicológica del suicidio**

Los tres trastornos psicológicos más importantes que se han asociado al riesgo suicida son: fracaso en la resolución de problemas intrapersonales como interpersonales, altos niveles de desesperanza con respecto al futuro y una mala regulación del afecto. En la mayoría de las ocasiones la persona que realiza un acto suicida pone en juego su vida para que su vida cambie, ya que lo que puede ir buscando es que su vida sea otra porque la vive está llena de un sufrimiento inaguantable, Sidley (2001).

También se han estudiado algunos rasgos que pueden presentar tendencias suicidas como: la tendencia al aislamiento social, la presencia de una baja autoestima, sentimientos de abandono y desesperanza, visión negativa de sí mismo y su entorno, niveles elevados de impulsividad. Los rasgos de personalidad más frecuentes en los adolescentes suicidas son hostilidad, impulsividad, rabia y baja tolerancia a la frustración. (Vallejo Ruiloba, 2005).

Dentro de los aspectos más destacados de la psicodinámica de los suicidas se encuentran: venganza, poder, castigo, reparación sacrificio, restitución, evasión, rescate, renacimiento, reunión con los muertos, vida nueva.

La probabilidad de que el acto se realice se incrementa cuando se sufre una pérdida de un objeto querido, cuando se experimentan afectos abrumadores de furia o culpa (Teraiza y Meza, 2009).

Desde el punto de vista sociológico pretende recoger los factores de riesgo que pueden incrementar el riesgo de cometer un acto suicida.

1) La frecuencia del suicidio entre varones es mayor que entre las mujeres, proporción que se mantiene estable en todos los grupos de edad. Sin embargo, los intentos de suicidio

son mucho más frecuentes entre las mujeres (principalmente mediante intoxicaciones medicamentosas) que entre los hombres (OMS, 2000). Los varones apelan a procedimientos violentos como horca, armas de fuego y precipitación y las mujeres a sobredosis o la inmersión.

- 2) Las tasas de suicidio aumentan con la edad, destacando la crisis de la mediana edad. Entre los varones, la máxima incidencia de suicidios se observa a partir de los 45 años; entre las mujeres los números más altos de suicidios consumados se registran después de los 55 años. En las personas de la tercera edad los intentos son menos frecuentes, pero el éxito es mayor (Huergo Lora y Ocio León, 2009).
- 3) La frecuencia de suicidios es más alta en varones de raza blanca, siendo las tasas menores en varones de raza negra y en blancos de origen hispano (Huergo Lora y Ocio León, 2009).
- 4) Las tasas de suicidio entre las poblaciones católicas han sido inferiores a la de los protestantes y a la de los judíos, pero es importante señalar el grado de ortodoxia y de integración en esta categoría más que la simple afiliación religiosa institucional (Huergo Lora y Ocio León, 2009). La pobreza también está relacionada. El incremento de la pobreza relativa, en comparación con las personas que rodean al individuo, incrementa el riesgo. Cerca de 200 000 granjeros en la India se han suicidado desde 1997 debido, en parte, a problemas financieros. En China, el suicidio es tres veces mayor en las regiones rurales. Se cree es debido, parcialmente, a las dificultades económicas en estas áreas del país. Algunos estudios correlacionan las crisis económicas con el aumento de muertes por suicidio.
- 5) El suicidio es mayor entre los solteros, divorciados y viudos que en los casados, la ruptura de relaciones significativas ejerce un peso importante en riesgo suicida, la separación marital y el hecho de vivir solo aumenta el riesgo (Teraiza y Meza, 2009).

- 6) A mayor nivel social de una persona, mayor es el riesgo suicida pero una caída en la escala social también aumenta el riesgo. Tienen más riesgo las personas desempleadas, lo que probablemente esté mediado por la pobreza, las privaciones sociales, las dificultades domésticas y la desesperanza (Huergo Lora y Ocio León, 2009).
- 7) En cuanto a la profesión ciertos grupos ocupacionales como los psiquiatras, oftalmólogos y anestesiólogos tienen un riesgo mayor de suicidio. También los músicos, dentistas, agentes policiales de seguros y por último abogados (Huergo Lora y Ocio León, 2009).
- 8) La migración con sus problemas añadidos: Vivienda deficiente, falta de apoyo social y expectativas insatisfechas, aumenta el riesgo de suicidio (Teraiza y Meza, 2009).

Emile Durkheim fue el primero en explorar la influencia del contexto social y cultural sobre el riesgo de suicidio, menciona que los factores que pueden influir en la conducta suicida son: falta de lazos familiares o relaciones sociales relevantes, cuando por adversidad económica o social se rompe el vínculo entre el individuo o la sociedad a la cual pertenece. Postuló que el acto suicida era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista, y lo definió como todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado.

### **Estados psicológicos del riesgo suicida**

Ciertos estados psicológicos pueden incrementar el riesgo de suicidio: desesperanza, anhedonia, depresión y ansiedad. También influye una pobre capacidad de resolver problemas, pérdida de capacidades que antiguamente se tenían y poco control de los impulsos. Algunas personas optan por el suicidio para escapar de situaciones como el acoso escolar o el prejuicio. Un historial de abuso sexual de 64 infantiles y de acogidas temporales

son también factores de riesgo. Se cree que el abuso sexual contribuye con alrededor del 20% del riesgo total.

### **2.2.2. Teorías psicológicas del suicidio**

En las teorías Cognitivas, (Aarón Beck et. al., 1983) El concepto de Beck parte desde el enfoque de la terapia racional emotiva, el cual hace referencia al comportamiento suicida y su relación con la depresión, en ella el individuo crea categorías mentales en función de experiencias vividas, las cuales estructuran y orientan la conducta del sujeto, por lo cual si esta conducta es desadaptada, el individuo percibe una imagen distorsionada de la realidad, conceptualizaciones que se implementan como puntos de vista negativos sobre sí mismo, su entorno y el futuro.

La psicología cognitiva descubrió que es la desesperanza la que está ligada a la consumación del suicidio, por tanto, su tratamiento se encamina a corregir los pensamientos negativos e infundir esperanza.

Teoría de los constructos personales de Kelly.(1955) Parte del concepto de adaptación, haciendo referencia de que todo individuo tiene una forma diferente y particular de adaptarse a su medio, esto en función del desarrollo cognitivo que tenga el sujeto, lo cual posibilita al individuo para adaptarse o no al medio de acuerdo a su manera de procesar las experiencias; con fundamento en que la realidad es independiente de la interpretación que cada sujeto se fundamenta en la idea de que la realidad es independiente de la interpretación que cada sujeto haga de ella, siendo esta condición la que orienta y modifica la conducta. De tal forma que el comportamiento suicida se presenta como una forma de indefensión que puede aceptar o rechazar la definición de la vida. Según Kelly (1955), el individuo que manifiesta estas

conductas, parte de la “visión de túnel”, y decide no aferrarse ni continuar con la vida, pues siente que esta no le permite participar de la manera y el agrado, congruente con sus expectativas y necesidades (Hoyos, 2005).

Teoría de la desesperanza aprendida de Seligman. (1975). Se fundamenta en el concepto de percepción, haciendo referencia a las consecuencias de percibir una falta de correlación entre los objetivos propuestos y los objetivos logrados, lo cual provoca sensaciones de impotencia y falta de control. Lo cual da como resultado tres déficits en el individuo:

1) a nivel motivación, al 2) a nivel cognitivo y 3) a nivel emocional.

Lo cual se manifiesta a través de un trastorno depresivo en el individuo, presentando una relación particular del sujeto con su medio y a su vez el estilo de desarrollo que presenta ante el mismo, como ser social, de tal forma que el desligamiento de este desarrollo entre el sujeto y su medio social se traduce en apatía, desmotivación y desesperanza, de tal forma que lo anterior condiciona su conducta (Quintanilla et. al., 2003).

(Borges et. al., 2010), a decir de Van Heringer (2003) este proceso suicida inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo; es decir, la suicidalidad, que comprende las ideas y deseos suicidas o ideación suicida, las conductas suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y los suicidios consumados, ahora bien, la supuesta diferencia entre las personas que ejecutan un comportamiento suicida no letal a las que logran un suicidio consumado es aun debatida por los investigadores (Robins, 1989), ya que para algunos el intento de suicidio es un síntoma de otro tipo de problemas más que un predictor de un posible suicidio consumado, sin

embargo, según Morande y Carrera (1985), no se debe de descartar cualquier comportamiento por pequeño que sea y restarle importancia.

### **2.2.3. Riesgo suicida**

Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida. (Pascual P. y otros, 2005).

### **2.2.4. Indicadores de riesgo**

Las personas con riesgo suicida realizan manifestaciones prodrómicas del suicidio. Los indicadores de riesgo pueden ser conscientes o inconscientes y, en muchas ocasiones, es una señal de una persona que no es capaz de expresar lo mal que se siente o una petición de ayuda. Aunque no indican necesariamente el suicidio, es conveniente tener en cuenta los indicadores de riesgo ((Maris, Berman y Silverman, 2000; Asociación de investigación, prevención e intervención del suicidio, 2009). siguientes:

- Verbalizar frases que indican un acto suicida como: “prefiero estar muerto” “cuando me muera me echaréis de menos”.
- Escribir notas sobre el suicidio o la muerte (que se pueden clasificar como 1. notas de disculpa, 2. basadas en enfermedades incurables, 3. acusatorias, 4. con instrucciones y una mezcla de todas ellas (Jacob, 1967, citado por Matusevich y Pérez Barrero, 2009).
- Hacer testamento o donar o tirar pertenencias importantes.
- Pasar bruscamente de un estado de ánimo a otro diferente
- Realizar conductas erráticas, sin objetivo alguno.
- Visitar a amigos y familiares en plan de despedidas.
- Acumular fármacos.
- Hablar sobre el suicidio, incluso bromeando.

- Sufrir una depresión mayor.
- Cambiar de hábitos alimenticios y del sueño.
- Perder el interés en las actividades habituales.
- Abandonar a los amigos y a la familia.
- Aumentar el consumo de alcohol y de drogas.
- Provocar situaciones de riesgo innecesarias.
- Sufrir un aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales.
- Tener un comportamiento temerario.
- Poner orden en los asuntos y regalar posesiones de valor.
- Tener un cambio radical en el comportamiento, en la actitud o en la apariencia del aspecto físico.
- Sufrir una pérdida importante o cambio de vida.
- Haber sufrido abuso sexual o maltrato físico.
- Tener una historia familiar de suicidio o violencia.
- Haber fallecido un amigo íntimo o un miembro de la familia.
- Haberse divorciado o separado recientemente.
- Tener fracaso escolar.
- Haber perdido el trabajo o problemas laborales.
- Tener procesos legales inminentes.
- Haber estado encarcelado recientemente o haber sido excarcelado recientemente.
- Provocar conflictos y peleas.
- Infringir la ley.
- Autolesionarse.
- Haber tenido una conducta previa de suicidio.

- Tener problemas en la esfera sexual.
- Tener escaso o nulo apoyo de la familia y amigos.
- Sentirse marginado.
- Tener sentimientos de culpabilidad.
- Ser rígido, con pensamiento obsesivo, con poca capacidad de resolución de problemas y un autoconcepto negativo (Rodríguez Pulido y otros, 1990).
- Tener sentimientos de inutilidad y de pérdida de autoestima.
- Expresar sentimientos de desesperanza.

Además, toda persona ante de realizar un acto suicida evidencia una serie de síntomas que constituyen el síndrome presuicidal (Ringel 1949, citado por De Leo, 1998), que consiste en un retraimiento de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas sino hacía sí y la existencia de fantasías suicidas (FEAFES, 2006).

### **2.2.5. Factores de riesgo suicida**

#### 1) Conductuales

- Historia de intentos previos de suicidio
- Irreflexión
- Compra de un arma de fuego
- Acumulación de medicinas
- Hacer testamento o cambiarlo
- Donar las posesiones
- Súbita recuperación eufórica de una depresión grave
- Cambios perceptibles en la conducta, actitud, rendimiento escolar.



## 2) Verbales

- Amenaza de matarse
- Expresión o deseos de morir o de acabar una vez

## 3) Situacionales

- Vivir solo
- Jubilación
- Traslado, institucionalización
- Inestabilidad económica
- Falta de autonomía o independencia
- Presencia de armas de fuego en el domicilio

## 4) Psicológicos

- Antecedentes familiares de suicidio
- Uso o abuso de alcohol u otras sustancias psicoactivas
- Enfermedad o trastorno psiquiátrico
- Malos tratos en la infancia, abuso sexual o violación
- Homofobia

## 5) Demográficos

- Edad: ancianidad, varones adultos jóvenes, adolescentes
- Raza: caucásicos, americanos nativos

## 6) Físicos

- Enfermedad física
- Enfermedad terminal
- Dolor crónico

## 7) Sociales

- Pérdidas de relaciones importantes
- alteración de la vida familiar
- Sistemas de soporte insuficientes
- Soledad
- Desesperanza
- Impotencia
- Aislamiento social
- Problemas legales o disciplinarios
- Pobreza

### **2.2.6. Cuadro clínico de riesgo suicida**

#### **Examen psicológico de riesgo suicida**

- Pensamiento: Presenta un compromiso de los valores existenciales. Desde cuestionamiento de la existencia hasta el pensamiento convencional de autodestrucción.
- Afectividad: Ánimo depresivo con sensación de vacío y desesperanza
- Lenguaje: Expresión verbal o no verbal del cuestionamiento de la existencia
- Impulsividad: Carencia del control de impulsos
- Los mensajes verbales o escritos efectuados a los familiares

- Las circunstancias, fechas u horas de ocurrencia tienen el respectivo significado.

### **Examen físico de intento suicida**

Evaluar las funciones vitales, en caso de envenenamiento, el paciente puede presentar vómitos, convulsiones, desvanecimiento, dolores abdominales que requieren urgente atención. Si se trata de una sobredosis de medicamentos ya sea tranquilizantes o antidepresivos, el paciente puede cursar con somnolencia, sedación, sopor, disartria, dificultad para caminar, desmayo, etc.

En cuanto a las heridas con arma blanca, estas son inferidas principalmente en los antebrazos y en el abdomen debiendo considerarse la profundidad y el tipo de arma. Otros métodos como el lanzamiento de altura pueden tener repercusiones de fracturas o lesiones de consideraciones sobre todo en los miembros inferiores. Especial interés tendrá que ponerse en los intentos suicidas por ahorcamiento para auxiliar oportunamente al paciente.

#### **2.2.7. Factores de protección**

Los factores de protección (Maris, Berman y Silverman, 2000) hacen referencia a aquellas características que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad de que la persona cometa un acto suicida.

En general se ha señalado que los factores protección frente al suicidio son una familia estable, cohesionada y con canales de comunicación abiertos, amistades profundas, valores sólidos y bien fundamentados, las tradiciones que fomentan los vínculos con la red social y un sentido trascendente de la vida.

- Factores de protección en la niñez: Una familia estructurada y estable con un clima emocional y afectivo con comprensión cariño y comunicación adecuada, fuertes lazos entre sus miembros y con relaciones armónicas entre los padres.
- Factores de protección en la adolescencia: La promoción de salud para prevenir esta conducta debe involucrar no sólo a profesionales de la salud pública, sino a otras personas que se relacionan, muchas veces durante mayor cantidad de tiempo, con los adolescentes, como son: los familiares, los maestros y los propios adolescentes. Principalmente hay que promover los modos de vida saludables entre ellos, como la práctica sistemática del deporte, una sexualidad responsable, no hábitos tóxicos, desarrollar múltiples intereses que les permitan un uso adecuado de su tiempo libre, entre otros. La protección específica se haría sobre aquellos en desventaja biopsicosocial, como los que hayan sido niños con riesgo suicida o los que en la propia adolescencia hayan acumulado diversos factores de riesgo hasta ese momento ausentes. Entre estos se encuentran los que hayan realizado una tentativa de suicidio o un suicidio frustrado; los que presenten alteraciones en su comportamiento sexual en forma de precocidad, promiscuidad, abortos, embarazos no deseados u ocultos, masturbación compulsiva, que hayan sido víctimas de abuso sexual, violación u otro delito de esta índole. También hay que tener en cuenta las variaciones en el comportamiento escolar, como las dificultades en el rendimiento habitual, las fugas o deserción escolar, el desajuste vocacional, las dificultades en las relaciones con maestros y profesores, la presencia de amistades con conducta suicida previa, la inadaptación a determinados regímenes escolares o militares (Pérez Barrero, 2002). Con los adolescentes es conveniente que se disponga de un ambiente familiar, de amistad y escolar de comprensión y apoyo. Y que tanto la familia como la escuela orienten en las competencias, potencien la integración y la interrelación, facilitando la adquisición de habilidades, fomentado la autoestima y el autocontrol,

capacitándoles para llegar a ser consecuentes con sus principios, integrados en su grupo y responsables con los compañeros, combinando diferentes técnicas tanto grupales como individuales (discusiones en grupo, estudios de casos, modelado, juego de roles, ejercicios de habilidades prácticas, trabajos individuales). Por tanto, se trata de un aprendizaje personalizado, de participación activa tanto en el ambiente familiar como escolar.

- Factores de protección en el adulto: En los adultos se ha comprobado que un buen funcionamiento matrimonial y laboral, puede ser un antídoto contra esta conducta.
- Factores de protección en la vejez: Además de un entorno familiar donde se sientan queridas y respetadas, las personas mayores pueden protegerse teniendo la posibilidad de participar en un número mayor de actividades. La práctica de actividades, sean físicas, intelectuales o socioculturales, tiene una influencia benéfica: frena el envejecimiento y permite vivir el período de la vejez en las mejores condiciones posibles.

### **2.3. Definición de términos básicos**

- a) **Suicidio:** Es la acción y efecto de suicidarse. Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza. (Real Academia Española)
- b) **Conducta suicida:** Es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. Se puede originar esta conducta en función a una decisión voluntaria, motivos inconscientes, en estados psicopatológicos que cursan con alteraciones del afecto, del pensamiento, de la conciencia y de los impulsos. (Avalia-t); 2010.
- c) **Riesgo Suicida:** Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida (Pascual P. y otros, 2005)..

- d) **Factor de riesgo:** Característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.(Organización Mundial de la Salud).
- e) **Tendencia Suicida:** Inclinación de las personas o las cosas hacia una cosa o un fin, como el de acabar con su vida.(The free dictionari by Farlex 2013)
- f) **Ideación Suicida:** La ideación suicida implica todos los pensamientos que los individuos tienen respecto a desear y formular planes de cometer suicidio. El rango de la ideación varía de breves a exhaustivos pensamientos, planeación detallada, representaciones e intentos no exitosos. (Rosales Pérez, José Carlos; Córdova Osnaya, Martha; Ramos Clatempa, Rosalba (2012)
- g) **Simulación suicida:** Es el acto suicida que no cumple su objetivo, porque ha y fingimiento o presentación de algo como real, cuando no existía una auténtica intención de consumir el acto. (Pascual P. y otros, 2005)
- h) **Gesto suicida:** Es dar a entender con actos, que suelen tener algún simbolismo sobre una acción suicida que se realizará. (Pascual P. y otros, 2005)
- i) **Sexo:** En su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales. (Girondella Mora 23 febrero 2012).
- j) **Género:** El género, son roles o papeles sociales que la persona desarrolla desde su infancia y que definen a lo masculino y a lo femenino dentro de una sociedad.(Leonardo Girondella Mora 23 febrero 2012).
- k) **Policía:** Es la fuerza estatal que se encarga de mantener el orden público y garantizar la seguridad de los ciudadanos de acuerdo a las órdenes de las autoridades políticas. (Departamento de Policía de Nueva York) 1845.

l) **La Policía Nacional del Perú:** Es una fuerza y cuerpo de seguridad del Estado Peruano dependiente del Ministerio del Interior. Se encarga del cumplimiento de las leyes y la seguridad del patrimonio público y privado. Tiene por finalidad garantizar, mantener y restablecer el orden interno; prevenir, investigar y combatir los delitos y faltas; prestar protección y ayuda a las personas, y a la comunidad; garantizar el cumplimiento de las leyes y la seguridad del patrimonio público y privado; vigilar y controlar las fronteras; velar por el cumplimiento de las normas administrativas de su competencia y el Código Administrativo de Contravenciones de Policía.

m) **Policía de tránsito:** Es el ente encargado de regular el orden y hacer cumplir las normas de tránsito o tránsitoles establecidas para los distintos medios de transporte, ya sean trenes, buses o automóviles particulares. Su jurisdicción consiste en vigilar los delitos cometidos a las normas establecidas en materia de transporte, contra otros vehículos, peatones o contra pasajeros en el caso de ser un transporte público.

## **CAPITULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Formulación de hipótesis**

Las investigaciones de tipo descriptivo, no necesariamente llevan hipótesis, sin embargo pueden estas ser propuestas durante el proceso de investigación. (Hernández S. 2016). Bajo esta consideración consultada mediante la fuente primaria antes indicada y según las características del presente estudio no se propuso hipótesis alguna.

### 3.2. Variables, dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional.

<i>Variables</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>
<p><b>Definición Conceptual</b></p> <p><b>Riesgo Suicida:</b></p> <p>Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida. (López Barja).</p> <p>Desde el punto biológico las personas parecen tener cierta vulnerabilidad hacia el suicidio presentan un descenso en los niveles de serotonina en el cerebro. En concreto se han detectado niveles bajos de un metabolito de serotonina, el 5HIAA ácido5 hidroxindoleacético en el líquido cefalorraquídeo.</p> <p>El suicidio es una crisis psicológica. La Suicidología es, la ciencia de los comportamientos, los pensamientos y los sentimientos autodestructivos, del mismo modo en que</p>	<p>Genética</p> <p>Trastornos psicológicos</p> <p>Enfermedades físicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes familiares de conducta suicida</li> <li>• Tener una historia familiar de suicidio o violencia.</li> <li>• Pasar bruscamente de un estado de ánimo a otro diferente</li> <li>• Sufrir una depresión mayor.</li> <li>• Cambiar de hábitos alimenticios y del sueño.</li> <li>• Autolesionarse.</li> <li>• Haber fallecido un amigo íntimo o un miembro de la familia.</li> <li>• Haber sufrido abuso sexual o maltrato físico.</li> <li>• Tener una enfermedad terminal</li> </ul>

---

## Definición Operacional

### Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

- Lugar: República Federal Alemana.
- Año: 1989.
- N° ítems: 15.
- Evalúa: Riesgo suicida.
- La RS es una escala diseñada para la evaluación de riesgo suicida.
- Permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas.
- Consta de 15 ítems a los que el individuo ha de responder si o no.
- Incluye cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza.
- Es un instrumento autoaplicable.

Problemas de identidad sexual

- Relaciones con el mismo sexo.

Religión

- Discriminación

Estado civil

- Solteros
- Divorciados

Ocupación

- Haber perdido el trabajo o problemas laborales.

Abuso de sustancias

- Aumentar el consumo de alcohol y de drogas.
- Acumular fármacos.

Redes sociales

- Hacer testamento o donar o tirar pertenencias importantes.
-

---

<i>Dimensiones</i>	<i>Ítems</i>
A) Autolíticos precisos	1, 8, 10, 11, 15
B) Intensidad de la ideación actual.	5, 6, 12, 13
C) Sentimientos de depresión y desesperanzas.	2, 3, 4, 7, 5, 14

---

## **CAPITULO IV**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1. Diseño metodológico**

La presente investigación corresponde al enfoque cuantitativo; de diseño no experimental en cuanto no se manipularon variables; de tipo descriptivo porque se trató de conocer la presencia de los niveles de riesgo suicida que presentan los efectivos policiales del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú, así mismo tiene un corte transversal, es decir que la recolección de datos se realizó en un solo momento y en un tiempo único. (Hernández S. 2016).

#### **4.2. Diseño muestral, matriz de consistencia**

##### **4.2.1. Población:**

La población del presente estudio está conformada por 400 efectivos policiales pertenecientes del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú – Cusco; entre varones y mujeres de diferentes lugares de procedencia, edad, relación familiar, tipo y tiempo de servicio en la institución policial.

#### 4.2.2. Muestra:

La muestra estuvo conformado por 131 efectivos policiales del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú – Cusco; así mismo la muestra fue de tipo probabilística, porque cada uno de las unidades sujetas a estudio fue elegido para la investigación; para lo cual se hizo uso de la siguiente fórmula:

- M: Tamaño de la población.
- $S^2$ : Varianza de la muestra donde  $S^2 = p(1-p)$
- Se. Error estándar = .015
- $V^2$ : Varianza de la población.
- n= Tamaño de la muestra sin ajustar.

Sustituyendo tenemos:

$$N = \frac{S^2}{V^2} \quad \text{Tamaño provisional de la muestra}$$

$$S^2 = p(1-p) = .9(1-.9) = .09$$

$$V^2 = (.015)^2 = .000225$$

$$n = \frac{.09}{.000225} = 400 \quad \text{Tamaño provisional de la muestra}$$

Fórmula para la muestra

$$n = \frac{400}{1 + 400/200} = 133.3$$

M= Tamaño de la población.

n= Tamaño de la muestra.

$$S^2 = \text{Varianza de la muestra donde } S^2 = p(1-p)$$

Se= Error estándar = .015

$V^2$ = Varianza de la población.

n= Tamaño de la muestra sin ajustar.

Sustituyendo tenemos:

$$n = \frac{S^2}{V^2} \quad \text{Tamaño provisional de la muestra}$$

$$S^2 = p(1-p) = .9(1-.9) = .09$$

$$V^2 = (.015)^2 = .000225$$

$$n = \frac{.09}{.000225} = 400 \quad \text{Tamaño provisional de la muestra}$$

Fórmula para la muestra

$$n = \frac{400}{1 + 400/200} = 133.3$$

#### 4.2.3. Criterios de selección de la muestra

##### A. Criterios de inclusión:

- Personal policial que actualmente presta servicios en el departamento de tránsito.
- Personal policial con presencia de pruebas válidas.

##### B. Criterios de exclusión:

- Personal policial que se encontraba en situación de vacaciones, permiso, hospitalizados por problemas de salud. comisión de servicio, al momento de la aplicación del instrumento.
- Personal policial con presencia de pruebas invalidas.
- Personal policial que no dio su consentimiento para la aplicación del instrumento.

### **4.3. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos, validez y confiabilidad**

#### **4.3.1. Técnicas**

A. Para el presente estudio se utilizó las siguientes técnicas:

B. Observación: Se realizó una observación no participativa, mediante la cual se pudo registrar las actitudes, conductas, comportamientos que presentó la población, siendo así que este tipo de información se recabó durante todo el proceso de la investigación científica.

C. Entrevista: Para el presente estudio se realizó una entrevista semiestructurada de acuerdo a la necesidad del estudio para obtención de datos de la población de estudio; así mismo mediante esta técnica se pudo absolver, precisar, indicar y recabar información durante la aplicación del instrumento. Se dividió en 3 grupos al personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú y se aplicó el instrumento en 3 días distintos.

D. Aplicación del instrumento:

#### **4.3.2. Instrumento**

Para la presente investigación se utilizó el siguiente instrumento:

##### **Ficha Técnica:**

Nombre: ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK (Risk of Suicide, RS).

Autor: R. Plutchik, H.M. van Praag, H. R. Conte, S. Picard.

Lugar: República Federal Alemana 1989.

Evalúa: Riesgo suicida.

Nº de ítems: 15.

**Descripción de la escala:**

- La RS es una escala diseñada para la evaluación de riesgo suicida.
- Permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas.
- Consta de 15 ítems a los que el individuo ha de responder si o no.
- Incluye cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza.
- Es un instrumento autoaplicable.

**Administración:**

- La escala de tendencia al suicidio puede aplicarse bajo dos modalidades, como parte de la entrevista clínica mediante el interrogatorio; o utilizando un protocolo de diagnóstico rápido.
- En el primer caso, el entrevistador anota la respuesta en el cuadro correspondiente, pudiendo solicitar mayor información que se considere más relevante a la respuesta emitida.
- En el segundo caso, el paciente anotará sus respuestas en los espacios correspondientes donde responderá con sí o no.

**Calificación:** Para la calificación del instrumento se procede de la siguiente manera:

- a) Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto y cada respuesta negativa 0 puntos.
- b) La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 15.

**Puntuación:** Para la puntuación se considera lo siguiente:

- Anotar un punto por cada respuesta SI del 1 al 11 y colocar en N1.
- Anotar un punto por cada respuesta No del 12 al 15 y colocar en N2.
- Sumar  $N1 ( ) + N2 ( ) = \quad \times 6.65 =$

Determinar de acuerdo al siguiente cuadro si existe o no riesgo de suicidio:

0 a 25	No hay riesgo
30 a 50	Tendencia
55 a 80	Riesgo de suicidio
85 a 100	Alta probabilidad

El instrumento Escala de Riesgo Suicida para adultos; presenta validez en su tipo de contenido de la validación española de Rubio G. Montero, Jauregui J, Villanueva R, Marin JJ, Santo – Domingo J, Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en el año 1998 – Madrid.

El instrumento Escala de Riesgo Suicidas para adultos; presenta validez en su tipo de contenido; quiere decir que el instrumento fue sometido a juicio de expertos (3) quienes son profesionales psicólogos con especialidad en clínica y forense; los mismos que realizaron la validación respectiva. Se hace mención a los jueces expertos:

- Ps. Marco Erasmo Farfán Valencia. (Psicólogo Forense)
- Ps. Belén Valverde Gavancho (Psicólogo Clínica)
- Ps. Raúl Yucra Sutta (Psicólogo clínico)

Procedimiento que se adjuntó en el anexo de la presente investigación. En cuanto a la confiabilidad del instrumento fue sometido a Baremo de centro.

#### **4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información**

En la presente investigación se hizo uso de las técnicas estadísticas descriptivas:

- a) Sumatorias
- b) Frecuencia
- c) Porcentaje
- d) Calificación manual de la Escala de Riesgo Suicida

#### **4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información**

La construcción de la base de datos se empleó el software EXCEL 2016.

#### **4.6. Aspectos éticos contemplados**

Respetan la dignidad del ser humano y se comprometen a preservar y proteger sus derechos. Buscan aumentar el conocimiento del comportamiento humano y la comprensión que poseen los individuos sobre ellos mismos y sobre otros, con miras a contribuir al bienestar de la humanidad. Cuidan la privacidad e integridad de aquellos que requieren sus servicios y de los que aceptan participar en la investigación psicológica.

La presente investigación se concluyó bajo estricto respeto de secreto profesional, donde la información obtenida a través de las pruebas psicológicas y las entrevistas a la muestra en estudio se mantenga en reserva.

Art. 61.- El psicólogo es responsable del control de las pruebas psicológicas (tests) y otros procedimientos utilizados con fines de instrucción, cuando su valor pueda ser dañado por revelarse al público general sus contenidos específicos o los principios subyacentes.

Art. 65.- Un manual sobre un test, un libro técnico u otro informe adecuado sobre sí mismo, describe el método de construcción y estandarizado del test y sintetiza los estudios de validación. En el manual se especificará las poblaciones para los que ha sido formulado el test y los propósitos en que puede ser útil. También se fijan claramente las limitaciones así como su posible validez, cuando las investigaciones escasean o son incompletas. En particular, el manual previene acerca de las posibles interpretaciones sin respaldo suficiente, e indica el nivel de los conocimientos requeridos para una interpretación correcta del test y sus resultados.

Art. 85.- Después de recoger los datos, el investigador proporciona al participante información sobre la naturaleza del estudio, a fin de aclarar cualquier malentendido que pueda haber surgido. En los casos en que los valores científicos o humanos justifican retener información, el investigador adquiere una especial responsabilidad de evitar consecuencias perjudiciales para el participante.

## **CAPITULO V**

### **RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

#### **5.1. Presentación de Resultados**

A continuación, analizaremos y describiremos los resultados de la presente investigación de acuerdo a los objetivos específicos y general del personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú.

De acuerdo al 1er objetivo específico; Identificar los niveles de riesgo suicida que presenta el personal policial, de acuerdo al sexo en el departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú.

*Tabla 1 Riesgo suicida según el sexo*

		<i>Riesgo Suicida</i>				
		<i>No hay riesgo de suicidio</i>	<i>Tendencia de riesgo suicida</i>	<i>Riesgo de suicidio</i>	<i>Alta probabilidad de suicidio</i>	
<b>Sexo</b>	Mujer	Frecuencia	81	7	0	1
		Porcentaje	91,0%	7,9%	0,0%	1,1%
	Varón	Frecuencia	40	1	1	0
		Porcentaje	95,2%	2,4%	2,4%	0,0%
	Total	Frecuencia	121	8	1	1
		Porcentaje	92,4%	6,1%	0,8%	0,8%

#### **Análisis descriptivo:**

En la tabla número 1, se aprecian los resultados para el riesgo suicida según sexo, en el que se tienen resultados similares en la categoría No hay riesgo de suicidio, siendo un poco más alta la tendencia de riesgo suicida en el caso de las mujeres, 7,9% frente a un 2,4% del sexo masculino.

#### **Análisis inferencial:**

En cuanto al objetivo específico 1, sobre la presencia de los niveles de riesgo suicida, según sexo. No hay presencia de riesgo suicida según sexo tanto en mujeres como en varones. Seguidamente la tendencia de riesgo suicida las mujeres son un poco más elevadas

que los varones; según la OMS, que las mujeres son más propensas a tener tendencia suicida por su impulsividad emocional esto involucra a la falta de control de impulsos y conductas depresivas; principalmente utilizan el modo de intoxicaciones medicamentosas. Mientras que los varones apelan a procedimientos más violentos como el uso de armas de fuego. En cuanto al riesgo de suicidio presenta 1% tanto mujeres como varones, esto se refiere que ambos sexos pueden tener la probabilidad de cometer suicidio, según Valverde, Solano, Alfaro, Rigioni y Vega 2010. En el nivel de alta probabilidad de suicidio en mujeres, se debe al desarrollo del pensamiento suicida constante pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. Se puede originar esta conducta en función a una decisión voluntaria, motivos inconscientes en estado psicopatológicos que cursan con alteraciones del afecto, del pensamiento y de los impulsos Avalia 2010.

De acuerdo al 2do Objetivo Especifico; Conocer los niveles de riesgo suicida que presenta en personal policial según su edad en el departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú.

*Tabla 2 Riesgo suicida según la edad*

		<i>Riesgo Suicida</i>				
		<i>No hay riesgo de suicidio</i>	<i>Tendencia de riesgo suicida</i>	<i>Riesgo de suicidio</i>	<i>Alta probabilidad de suicidio</i>	
<b>Edad</b>	19 - 24	Frecuencia	63	5	0	1
		Porcentaje	91,3%	7,2%	0,0%	1,4%
	25 - 30	Frecuencia	34	2	0	0
		Porcentaje	94,4%	5,6%	0,0%	0,0%
	31 - 36	Frecuencia	9	0	1	0
		Porcentaje	90,0%	0,0%	10,0%	0,0%
	37 - 42	Frecuencia	2	0	0	0
		Porcentaje	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	43 - 48	Frecuencia	4	1	0	0
		Porcentaje	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%
	49 - 56	Frecuencia	9	0	0	0
		Porcentaje	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Total	Frecuencia	121	8	1	1
		Porcentaje	92,4%	6,1%	0,8%	0,8%

### **Análisis descriptivo:**

En la tabla número 2, se muestra los resultados para el riesgo suicida según edad, en el que se puede apreciar un porcentaje menor que presenta riesgo suicida está comprendido entre los 31 y 36 años, mientras que el grupo que presenta mayor tendencia suicida es el

comprendido entre los 43 y 48 años de edad, notándose que en el grupo de 19 a 24 años de edad se ubica una persona con alta probabilidad de suicidio.

### **Análisis inferencial:**

En cuanto al objetivo específico 2, respecto a los niveles de riesgo suicida, según edad, se puede apreciar un porcentaje menor que presenta riesgo suicida entre los 31 y 36 años mientras que el grupo que presenta mayor tendencia suicida es el comprendido entre los 43 y 48 años de edad, esto se debe a problemas de salud, incapacidad para adaptarse, como el nido vacío, la jubilación, divorcio, viudez; ejerce un peso importante en la tendencia suicida según Teraiza y Mesa 2009. Notándose el grupo de 19 a 24 años de edad se ubica una persona con alta probabilidad de riesgo suicida, esto se debe a que los jóvenes experimentan más situaciones de cambios emocionales, poco lazo con la sociedad, falta de capacidad para poder resolver los problemas, poco control de impulsos, el consumo de sustancias y el uso patológico del internet.

Según la OMS, las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo mayor de Riesgo Suicida. Según algunos estudios de investigación de los antecedentes nacionales, se dice que los jóvenes son más propensos a la ideación suicida, por lo tanto son más propensos al intento del suicidio.

De acuerdo al Objetivo General: Determinar la presencia del nivel de riesgo suicida en el personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú – Cusco 2017.

*Tabla 3 Nivel de riesgo suicida*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No hay riesgo de suicidio	121	92,4
Tendencia de riesgo suicida	8	6,1
Riesgo de suicidio	1	,8
Alta probabilidad de suicidio	1	,8
Total	131	100,0

**Análisis descriptivo:**

En la tabla número 3, se aprecian los resultados para la variable Riesgo suicida, en el que se tiene que 92,4% de los integrantes del departamento de Tránsito de la Policía- Cusco, no presentan riesgo de suicidio, mientras que el 6,1% tienen tendencia de riesgo suicida, el 0,8% presentan riesgo de suicidio y otro 0,8% presenta alta probabilidad de riesgo de suicidio.

**Análisis inferencial:**

En cuanto al objetivo general de la presente investigación, se infiere que el personal policial del departamento de Tránsito de la Policía Nacional del Perú – Cusco 2017, no presentan riesgo de suicidio, esto se puede deber al tener un buen estado de salud física y mental, buenas relaciones interpersonales, buena adaptación social. Mientras los que tienen tendencia de riesgo suicida se refiere al aislamiento social, la presencia de una baja autoestima, sentimientos de abandono y desesperanza, visión negativa de sí mismo y su

entorno, niveles elevados de impulsividad. Los que presentan riesgo de suicidio, tienen la probabilidad de intentar quitarse la vida, es valorado por medio de factores epidemiológicos, de antecedentes personales y del estado mental y de los estresantes actuales a los que está sometido. Y el personal policial que presenta alta probabilidad de riesgo de suicidio atraviesa por un periodo de tristeza, de soledad o de infelicidad. Los acontecimientos cotidianos, y reacciones afectan de manera explosiva a sus emociones, ansiedad, violencia o el abuso de drogas o algún trastorno de ánimo.

Según la OMS existe un vínculo entre el riesgo de suicidio y los trastornos mentales (en particular los trastornos relacionados con la depresión y el consumo de alcohol) está bien documentado en los países de altos ingresos, muchos suicidios se producen impulsivamente en momentos de crisis que menoscaban la capacidad para afrontar las tensiones de la vida, tales como los problemas financieros, las rupturas de relaciones o los dolores y enfermedades crónicas.

Además, las experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento están estrechamente ligadas a conductas suicidas. Las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables objeto de discriminación, por ejemplo, los refugiados y migrantes; las comunidades indígenas; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales, intersexuales; y los reclusos.

## 5.2. Discusión.

Al revisar los antecedentes de investigación encontramos que, Medina. O. Cardona D. Arcilla C. (2011), realizó una investigación científica; de título: *“Riesgo suicida y depresión de internos de la cárcel del Quindío”* llegando a las siguientes conclusiones: Más del 75% de los internos presentan riesgo suicida moderado o alto. Por lo contrario, en la presente investigación se encontró que en el 92.4% de los evaluados no hay riesgo suicida en el personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Cusco. Lo que indicaría que la condición de libertad sería una variable determinante del riesgo suicida.

Por otro lado, Leal. Z. A. R. (2010), realizó una investigación científica; de título: *“Tendencia suicida en una muestra de médicos varones de Lima metropolitana y su relación con factores sociodemográficos, laborales y psicológicos”*; llegando a la conclusión de que más del 90% de los médicos varones evaluados están altamente satisfechos con sus vidas, lo que quiere decir que existe un menor porcentaje de riesgo suicida, sin embargo al igual que en la presente investigación el riesgo de suicidio es bajo, siendo un poco más alta la tendencia de riesgo suicida en el caso de las mujeres, 7,9% frente a un 2,4% del sexo masculino. esto probaría lo que sostiene la OMS, que las mujeres son más propensas a tener tendencia suicida por su impulsividad emocional esto involucra a la falta de control de impulsos y conductas depresivas.

Respecto a la edad Se muestra los resultados de riesgo suicida, en el que se puede apreciar que el grupo etario que presenta mayor riesgo suicida se encuentra entre los 31 y 36 años de edad, mientras que el grupo que presenta mayor tendencia suicida es el comprendido entre los 43 y 48 años de edad, notándose que en el grupo de 19 a 24 años de edad se ubica una persona con alta probabilidad de suicidio; los resultados se discrepan con el concepto que el riesgo suicidio aumenta con la edad, destacando la crisis de la mediana

edad. Entre los varones, la máxima incidencia de suicidios se observa a partir de los 45 años y entre las mujeres se registran después de los 55 años. (Huergo Lora y Ocio León, 2009).

Corroborando estos datos Cerna. S. E. (2011), realizó una investigación titulada: *“Nivel de riesgo suicida en la población adolescente escolar”*, llegando a las siguientes conclusiones: En la población peruana se calcula que existen 2,7 millones de personas entre 15 y 24 años que presentan conductas suicidas, un estudio realizado por Pablo Cano en la Amazonia del Perú con 530 adolescentes de 12 a 19 años, mostró que el 33.6% de la muestra, presentó por lo 13menos un cuadro del espectro ideación suicida. El 31.3% ha deseado morir, 21.1% pensó en quitarse la vida y 18.1% de los encuestados ya intentó suicidarse en algún momento.

Los adolescentes con conductas suicidas constituyen una población diversa, que se encuentra conformada por estudiantes de secundaria, estudiantes preuniversitarios, estudiantes universitarios; cada uno con diferencias culturales, físicas, biológicas, sociales, psicológicas; pero con las mismas características que emanan de su edad; tanto hombres y mujeres pugnan por definir una identidad distinta a la de sus padres, lidiando con asuntos de género y su sexualidad emergente, y tomando decisiones por primera vez en sus vidas constituyéndolos en una población vulnerable para enfrentar situaciones difíciles, debido a todos los factores de riesgo que presentan.

Finalmente cabe mencionar que no existen programas preventivos promocionales dirigidos hacia la población de riesgo suicida tanto en el sector urbano como rural en la ciudad del Cusco. Tampoco la Policía Nacional del Perú cuenta con estos programas.

## CONCLUSIONES

La población en estudio de acuerdo al sexo no presenta riesgo suicida del personal policial del departamento de tránsito de la policía nacional del Perú-Cusco 2017. Esto se debe que mujeres y varones tienen la misma capacidad de resolución de problemas, presentan buenas relaciones interpersonales, buen control de impulsos y adaptación.

No presenta riesgo suicida, según la edad del personal policial del departamento de tránsito de la policía nacional del Perú-Cusco 2017.

No existe riesgo suicida en el personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú-Cusco 2017. Porque mantienen un buen estado de salud física y mental, buenas relaciones interpersonales, buena adaptación social, conocimientos de habilidades sociales y capacidad para resolver problemas.

## SUGERENCIAS

Las siguientes sugerencias van dirigidas al 8% de la muestra en estudio que si obtuvo resultado en los niveles de riesgo suicida.

Al jefe del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú-Cusco 2017. Se recomienda que se realice las coordinaciones con el área de psicología de la Sanidad policial a fin de desarrollar acciones preventivas promocionales sobre: Temas de psicoeducación, habilidades sociales, afrontamiento de estrés, estabilidad emocional, control de impulsos, dinámica laboral entre otros. Costa y López. Argumentan que la prevención, pretende que se disminuya la incidencia de enfermedades (prevención primaria).

El responsable del área de psicología de la Sanidad Policial y la unidad Potencial Humana puede desarrollar mejor estrategias de evaluación básica para el abordaje psicoterapéutico individual como colectivo para obtener diagnóstico y rehabilitación y seguimiento; de esta manera dar apoyo profesional en la toma de decisiones y ofrecerle las diversas opciones terapéuticas y rehabilitadoras según sus características individuales y seguidamente tenga que derivar a un centro especializado al personal policial que presenta tendencia, riesgo suicidio o alta probabilidad del suicidio a fin de que reciban la atención especializada.

El responsable del departamento de tránsito realice las coordinaciones con la sanidad policial a fin de que las evaluaciones psicológicas puedan realizarse de manera periódica, con la finalidad de detectar e identificar los posibles casos que puedan presentarse a futuro.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Angst J. Sartorius N. (2001). *Suicidio: las diferencias en edad y sexo*. psicofármaco clínico internacional., vol 16 (2).
2. APA. American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta Edición (DSM-IV)*. Arlington, USA: American Psychiatric publishing.
3. Beck A. & kovacs (1979). *Evaluación del intento suicida: la escala para la ideación suicida*. Clinica psicológica 47: 343-352.
4. Beck A., schuyler d. (1974). *Desarrollo de escalas de intención suicida; la predicción del suicidio*, charles press; 45-46
5. Bruce M. Pearson J. (1999). *Prospecto de diseñando de intervención para prevenir el suicidio (prevención del suicidio en la atención primaria de personas mayores: ensayo de colaboración) diálogos clínicos 1: 100-112.*
6. Carlos Alberto Paz Carrillo, p. y. (1986). *trastornos de personalidad . asociacion psiquiatrica americana , 2,3.*
7. Delgado H. Noguchi (2003). *Estudio epidemiológico de salud mental en lima metropolitana*, IESM capítulo sobre suicidio especial de anales de salud mental lima-Perú.
8. Durkheim E. (1897). *El suicidio*, Buenos Aires, Shapiro.
9. Galli E. (1996) *marcadores biológicos en el suicidio: uno aplicado a la práctica médica*. biol.,4.
10. Hernández Sanpieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, María Del Pilar;. (2014). *Metodología de la Investigación 6° edición*. Mexico: Mc. Graw Hill education.
11. Javier Fernández-Montalvo Natalia landa José J. López-Goñp, I. L. (2001). *trastornos de personalidad en el consumo de alcoholicos. barcelona españa, 70-73.*
12. Kruger H. (1998). *atención médica y prevención de depresión en un hospital nacional diagnóstico: 37 (3)174-182.*
13. Mann J. A. (2002). *Perspectiva actual de suicidio e intento de suicidio*, 136: 302-311.

14. Minsa (2004). *Protocolo integral para la atención de la conducta suicida*. Cuaderno de trabajo
15. Moussaoui D., Lòpez I. Et Al, (1999). Depresión en la práctica general. *Boletín WPA sobre depresión*.
16. Organización Mundial de la Salud-OMS (2000). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, oct.
17. OMS (2014). *Muertes por causa, edad y sexo*. Tablas resumen mundiales de salud 2000-2012, 5.
18. Pearson J. Et Al- (1996). *Suicidio y envejecimiento perspectivas internacionales*.: *springer publishing co*. Nueva York
19. Rihner Z. (1996). *Estrategias de prevención del suicidio: enfoque en el cuidado de la salud*. *Disfunción del suicidio* 39: 83-91.
20. Rojtemberg S. (2001), *depresión: una introducción a su estudio*. edit buenos aires.
21. Sarrò B. (1984). *Concepto de suicidio y tentativa de suicidio*. Barcelona España; 16 (8): 512-516.

## **ANEXOS**

## Anexo N°1

### Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES E INDICADORES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p><u>PROBLEMA GENERAL</u></p> <p>- ¿Cuáles son los niveles de riesgo suicida que presenta el personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú – Cusco 2017?</p> <p><u>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</u></p> <p>1) ¿Cuáles son los niveles del riesgo suicida que presenta el personal policial, de acuerdo al sexo en el departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú?</p> <p>2) ¿Cuál es el nivel de riesgo suicida según la edad en el personal policial del departamento de tránsito de la policía nacional del Perú?</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL</u></p> <p>Determinar la presencia de los niveles de riesgo suicida en el personal policial del departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú – Cusco 2017.</p> <p><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></p> <p>1) Identificar los niveles de riesgo suicida que presenta el personal policial, de acuerdo al sexo en el departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú.</p> <p>2) Conocer los niveles de riesgo suicida que presenta el personal policial según la edad en el departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú.</p>	<p><u>HIPÓTESIS</u></p> <p>Las investigaciones de tipo descriptivo, no necesariamente llevan hipótesis, sin embargo, pueden estas ser propuestas durante el proceso de investigación. (Hernández S. 2016). Bajo esta consideración consultada mediante la fuente primaria antes indicada y según las características del presente estudio no se propuso hipótesis alguna.</p>	<p><u>RIESGO SUICIDA</u></p> <p>Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida. (Pascual y otros 2005).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genética</li> <li>• Trastornos psicológicos</li> <li>• Enfermedades físicas</li> <li>• Problemas de identidad sexual</li> <li>• Religión</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Ocupación</li> <li>• Abuso de sustancias</li> <li>• Redes sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes familiares de conducta suicida</li> <li>• Sufrir una depresión mayor.</li> <li>• Cambiar de hábitos alimenticios y del sueño.</li> <li>• Autolesionarse.</li> <li>• Haber sufrido abuso sexual o maltrato físico.</li> <li>• Relaciones con el mismo sexo</li> <li>• Discriminación</li> <li>• Solteros</li> <li>• Divorciados</li> <li>• Haber perdido el trabajo o problemas laborales.</li> <li>• Aumentar el consumo de alcohol y de drogas.</li> <li>• Acumular fármacos.</li> <li>Hacer testamento o donar o tirar pertenencias importantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tipo descriptivo.</li> <li>• enfoque cuantitativo.</li> <li>• diseño no experimental</li> <li>• Población departamento de tránsito de la Policía Nacional del Perú–Cusco</li> <li>• Muestra Probabilística “131”.</li> <li>• Técnicas; observación, entrevista y aplicación del instrumento</li> <li>• Instrumentos; ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK (Risk of Suicide, RS)</li> </ul>

Anexo N°2

Autorización para realizar el trabajo de investigación.

**CARGO**

REF. OFC. N° 05-2016-FMHyCS-FILIAL-CUSCO DEL 20MAR2017. SOLICITA BRINDAR FACILIDADES PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN (TESIS).---

Cusco, 22 marzo del 2017

**DECRETO N° 031-2017- VII-MACRO REGPOL/REGPOL-CUS/SEC.**

Visto los documentos indicados en la referencia pase a conocimiento del Comandante PNP Braulio VALDIVIA OBLITAS Jefe DEPTRAN cusco, con la finalidad de disponer a quien corresponda se brinden las facilidades a Srta. Bachiller en Psicología Humana Katherine LADRÓN DE GUEVARA ROLANDO la misma que realizara la aplicación de pruebas necesarias para el proyecto de tesis de investigación titulado "El sexo de los integrantes del Departamento de Transito de la Policia Nacional del Perú y su relación con los indicadores de Riesgo Suicida Cusco 2017". Sobre el particular notifique a la recurrente para que informe sobre los resultados obtenidos y remita una copia a este Despacho. De su cumplimiento devuélvase informando.

JFAL/lmmq



OP-00205661  
José Ferrer ALCANTARA LEYVA  
CORONEL PNP  
JEFE REGPOL CUSCO



### Anexo N°3

#### Escala de riesgo suicida de Plutchik

#### Test Psicológico

#### Instrucciones:

- Las siguientes preguntas tratan sobre las cosas que usted ha sentido o hecho.
- Conteste marcando con una X Si o No.
- Responda a las preguntas con sinceridad.

N°	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿Toma de forma habitual algún medicamento, como aspirinas o pastillas para dormir?		
2	¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3	¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4	¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5	¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6	¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7	¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8	¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que solo quería meterse en la cama y abandonar todo?		
9	¿Está deprimido/a ahora?		
10	¿Está usted separado/a, divorciado/a, viudo/a?		
11	¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12	¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13	¿Ha pensado algunas vez en suicidarse?		
14	¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15	¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

Anexo N°4

Validación del contenido y confiabilidad del instrumento.

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

Marque con (x) en la *Escala de Valoración*, según la opción que le merezca el Instrumento presentado.

Nombre del Juez: Raúl Quera Sutha  
 Profesión y Especialidad: Psicólogo Clínico  
 Cargo que ocupa: Psicólogo de la Unidad de Conductas Adictivas Fecha: 02 MAY 2017

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACION				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?					(5)
2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				(4)	5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa de la población materia del estudio?			(3)	4	5
4. ¿Considera usted, que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?				(4)	5
5. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables del estudio?				(4)	5
6. ¿Considera usted, que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?				(4)	5
7. ¿Considera usted, que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?				4	(5)
8. ¿Considera usted, que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige éste?				4	(5)
9. ¿Estima usted, que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?				(4)	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, agregar o suprimir; respecto al Instrumento? <u>Respecto del instrumento en si mismo.</u>					

Firma:   
 Postfirma: 

Anexo N°3

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTO DE  
RECOLECCION DE DATOS**

Marque con (x) en la *Escala de Valoración*, según la opción que le merezca el Instrumento presentado.

Nombre del Juez: Lic. BELEN VALVERDE GAVANCHO  
 Profesión y Especialidad: Lic. EN PSICOLOGIA  
 Cargo que ocupa: Psicologa Asistente Fecha: 21.1.09.117

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACION				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?				X	
2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				X	
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa de la población materia del estudio?			X		
4. ¿Considera usted, que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?			X		
5. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables del estudio?				X	
6. ¿Considera usted, que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?			X		
7. ¿Considera usted, que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?				X	
8. ¿Considera usted, que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige éste?				X	
9. ¿Estima usted, que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?				X	
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, agregar o suprimir, respecto al Instrumento? <u>Las preguntas 1, 6 y 13, 15</u> <u>yla pregunta 9 cambiar la forma del enunciado</u>					

Firma: Bele Valverde  
 Postfirma: Ps. Belen Valverde Gavanchu  
MINISTERIO DE SALUD  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
 HOSPITAL ANTONIO LORENA  
 EL SERVICIO DE SALUD MENTAL  
 C. P.S.P. 0002

Baremo percentilar

RIESGO SUICIDA		
N	Válido	131
	Perdidos	0
Media		1,11
Desviación estándar		1,77
	Percentil	Puntaje
Percentiles	1	,00
	5	,00
	10	,00
	15	,00
	20	,00
	25	,00
	30	,00
	35	,00
	40	,00
	45	,00
	50	,00
	55	1,00
	60	1,00
	65	1,00
	70	1,00
	75	2,00
	80	2,00
	85	3,00
	90	3,00
95	4,40	
99	10,68	

### Baremo por decatipos

Decatipo		N	Mínimo	Máximo
3,00	Total	71	,00	,00
	N válido (por lista)	71		
5,00	Total	22	1,00	1,00
	N válido (por lista)	22		
7,00	Total	18	2,00	2,00
	N válido (por lista)	18		
9,00	Total	10	3,00	3,00
	N válido (por lista)	10		
10,00	Total	10	4,00	11,00
	N válido (por lista)	10		

### CONFIABILIDAD

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,730	,763	15

Estadísticas de elemento			
	Media	Desviación estándar	N
I1	,02	,123	131
I2	,08	,278	131
I3	,15	,361	131
I4	,16	,368	131
I5	,06	,240	131
I6	,09	,290	131
I7	,02	,150	131
I8	,13	,337	131
I9	,09	,290	131
I10	,10	,300	131
I11	,08	,267	131
I12	,03	,173	131
I13	,03	,173	131
I14	,03	,173	131
I15	,03	,173	131

<b>Estadísticas de elemento de resumen</b>							
	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Rango</b>	<b>Máximo / Mínimo</b>	<b>Varianza</b>	<b>N de elementos</b>
Medias de elemento	,074	,015	,160	,145	10,500	,002	15
Varianzas de elemento	,067	,015	,136	,120	8,953	,002	15
Covarianzas entre elementos	,010	-,009	,057	,066	-6,218	,000	15

<b>Estadísticas de escala</b>			
<b>Media</b>	<b>Varianza</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>N de elementos</b>
1,11	3,142	1,773	15