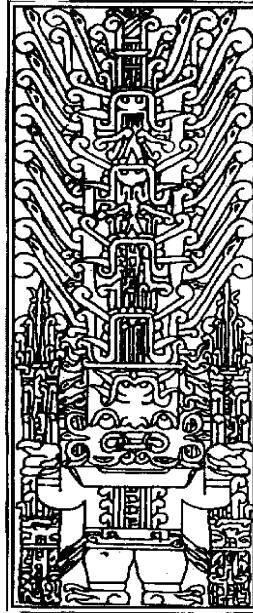


**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL  
ESCUELA UNIVERSITARIA DE POST GRADO  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



**“TENDENCIA SUICIDA EN UNA MUESTRA DE MÉDICOS  
VARONES DE LIMA METROPOLITANA Y SU RELACIÓN  
CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, LABORALES Y  
PSICOLÓGICOS”**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

Presentado por:

**RAFAEL ANTONIO LEAL ZAVALA**

LIMA - PERÚ

2009

## **DEDICATORIA**

A mi querida familia, por su confianza y constante respaldo en mis decisiones.

# **AGRADECIMIENTOS**

Esta tesis nace del interés por la salud mental del profesional médico, quien tiene la ardua tarea no sólo de velar por el alivio de la enfermedad humana sino también por la transmisión del optimismo hacia la vida. Este interés no hubiese aflorado sin las experiencias que me compartieron mis compañeros de estudios de la Maestría en Salud Pública.

Mi especial agradecimiento al MSP. Wilfredo Mormontoy Laurel, asesor de la presente tesis, cuya orientación y aliento han enriquecido y garantizado el éxito del proceso de investigación. Así como también, a mis revisores Dra. Irma Altes Rodríguez, Dr. José Anicama Gómez y Dr. Roberto Bueno Cuadra, cuya evaluación fortalece el desarrollo metodológico del presente estudio.

Finalmente, quedo en gran deuda a nuestro país, el Perú, pues gracias a su apoyo, representado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, fue posible hacer realidad mi entusiasmo e interés por una actividad tan noble como es la investigación científica.

**Rafael Antonio Leal Zavala**

# ÍNDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN .....	6
ABSTRACT .....	7
INTRODUCCIÓN .....	8
<b>CAPÍTULO I. ....</b>	<b>11</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>12</b>
1.2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	14
1.2.1.1. PROBLEMA GENERAL:.....	14
1.2.1.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS: .....	14
1.2.1.3. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	15
<b>1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO .....</b>	<b>15</b>
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
<b>1.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES .....</b>	<b>17</b>
1.4.1. HIPÓTESIS .....	17
1.4.2. VARIABLES .....	17
<b>1.5. DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>19</b>
1.5.1. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	19
1.5.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	20
1.5.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	20
1.5.4. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	20
1.5.4.1. <i>Validez</i> .....	22
1.5.4.2. <i>Fiabilidad</i> .....	24
1.5.4.3. <i>Correlación entre las escalas</i> .....	27
1.5.5. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	28
1.5.6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	28
<b>CAPÍTULO II. ....</b>	<b>30</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>30</b>
<b>2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>31</b>
2.1.1. ESTUDIOS SOBRE SUICIDIO EN EL PERÚ .....	31
2.1.2. ESTUDIOS SOBRE LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN MÉDICA DEL PERÚ .....	32
2.1.3. ESTUDIOS SOBRE SUICIDIO EN PROFESIONALES MÉDICOS EN EL MUNDO .....	34
2.1.4. EL SUICIDIO Y SU ASOCIACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS .....	36
<b>2.2. BASES TEÓRICAS .....</b>	<b>41</b>
2.2.1. ASPECTOS GENERALES .....	42
2.2.1.1. <i>Definición de suicidio</i> .....	42
2.2.1.2. <i>La tendencia suicida</i> .....	45
2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO .....	50
2.2.2.1. <i>El suicidio como problema de salud pública</i> .....	52
2.2.2.2. <i>Situación actual del suicidio en el mundo</i> .....	53
2.2.2.3. <i>Situación del suicidio en las Américas</i> .....	55
2.2.2.4. <i>Prevalencia del suicidio en el Perú</i> .....	59

2.2.2.5. <i>Objetividad de los estudios epidemiológicos del suicidio</i> .....	60
2.2.3. PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS DEL SUICIDIO .....	62
2.2.4. FACTORES DEL SUICIDIO .....	64
2.3.4.1. <i>Factores asociados al proceso suicida</i> .....	64
2.3.4.2. <i>Factores protectores del suicido</i> .....	67
2.4.5. VARIABLES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS AL SUICIDIO .....	69
2.2.5.1. <i>La satisfacción de vida</i> .....	69
2.2.5.2. <i>La percepción del estrés</i> .....	72
2.2.5.3. <i>El Perfeccionismo maladaptativo</i> .....	74
2.3.6. SUICIDIO EN MÉDICOS VARONES .....	80
2.3.6.1. <i>La fragilidad de la salud mental masculina</i> .....	81
2.3.6.2. <i>Suicidio en la población masculina</i> .....	83
2.3.6.3. <i>Características de la tarea del profesional médico</i> .....	87
2.3.6.4. <i>La salud mental de los médicos</i> .....	94
2.3.6.5. <i>Características del suicidio en el profesional médico</i> .....	96
<b>CAPÍTULO III. ....</b>	<b>98</b>
<b>MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>98</b>
<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>101</b>
<b>4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS.....</b>	<b>102</b>
4.1.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO .....	102
4.1.1.1. <i>Descripción demográfica</i> .....	102
4.1.1.2. <i>Descripción académica y laboral</i> .....	104
4.1.2. DESCRIPCIÓN DE LA TENDENCIA SUICIDA .....	107
4.1.2.1. <i>Ideación suicida</i> .....	107
4.1.2.2. <i>Intento de suicidio</i> .....	108
4.1.3. LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA .....	109
4.1.4. EL ESTRÉS PERCIBIDO .....	109
4.1.5. PERFECCIONISMO .....	110
<b>4.2. ANÁLISIS MULTIVARIADO .....</b>	<b>112</b>
4.2.1. ANÁLISIS COMPARATIVO Y RELACIONAL DE LA TENDENCIA SUICIDA .....	112
4.2.2.1. <i>La tendencia suicida según variables psicológicas determinantes</i> .....	112
4.2.2.2. <i>La tendencia suicida según principales variables demográficas</i> .....	113
4.2.2.3. <i>La tendencia suicida según principales variables laborales</i> .....	115
4.2.2. DIMENSIONES ESTRUCTURALES DE LAS ESCALAS (VALIDEZ DE CONSTRUCTO) .....	115
4.2.3. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS .....	122
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>125</b>
ANÁLISIS DE LA TENDENCIA SUICIDA .....	125
ANÁLISIS DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS .....	127
FACTORES DE LA TENDENCIA SUICIDA.....	128
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>132</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>133</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>135</b>
ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	148
ANEXO 2: INDICADORES DE VALIDEZ DE CONSTRUCTO SEGÚN ESTUDIO PILOTO .....	150

## RESUMEN

La presente investigación está orientada a conocer las características de la tendencia suicida en una muestra de médicos varones de Lima Metropolitana, Perú; así como el tipo de relación que existe entre esta tendencia y algunas variables de tipo sociodemográfico, laboral o psicológico. Para la recolección de los datos se desarrolló una encuesta conformada por 8 ítems de elección múltiple o completamiento que evalúan las características demográficas y laborales; y 34 ítems formulados en alternativa tipo likert que evalúan la tendencia suicida y las variables psicológicas asociadas. Se evaluó a una muestra no aleatoria de 111 médicos varones que laboran en establecimientos públicos de salud de Lima Metropolitana, la aplicación de los instrumentos fue individual y en los respectivos centros de trabajo. Los hallazgos nos indican que la prevalencia vida de ideación suicida fue de 28.8% y del intento suicida de 14.4%. Los médicos con altas puntuaciones en tendencia suicida difieren significativamente de los que tienen baja tendencia suicida por sus mayores niveles de percepción del estrés y perfeccionismo maladaptativo ( $X = 23.11$  y  $45.10$  vs.  $16.33$  y  $29.54$ ; sig. =  $p < 0.001$ ); igualmente, los médicos con alta tendencia suicida presentan una menor satisfacción con la vida que los médicos con baja tendencia suicida ( $X = 39$  vs.  $44,4$ ). Asimismo, se halló que la tendencia suicida difiere de manera significativa según la religión que profesa el médico y el número de personas que sustenta económicamente; mientras que no se halló una diferencia significativa en la tendencia suicida según las variables estado civil, situación laboral y tipo de establecimiento donde se labora. Por otro lado, se halló que no obstante la alta y significativa relación entre la tendencia suicida y las variables satisfacción con la vida ( $r = -0,523$ ;  $p < 0.001$ ), percepción del estrés ( $0,476$ ;  $p < 0.001$ ) y el perfeccionismo maladaptativo ( $r = 0.527$ ;  $p < 0.001$ ); sólo este última resultó poseer una predicción significativa de la tendencia suicida. Finalmente, se halló que la relación entre el perfeccionismo maladaptativo y la tendencia suicida es afectada en mayor medida por la percepción del estrés que por la satisfacción con la vida.

**Palabras clave:** Suicidio, tendencia suicida, ideación suicida, intento suicida, médicos varones, satisfacción con la vida, percepción del estrés, perfeccionismo maladaptativo.

## ABSTRACT

This study attempts to know about the features of suicide tendency in a male physicians sample of Lima Metropolitana, Perú; and about the kind of relation between suicide tendency and socio-demographic, labor or psychological variables. The data was recollected by a questionnaire of 8 items of multiple or completing choosing to measure demographic and labor features; and 34 likert items to measure suicide tendency and associate psychological variables. A no-random sample of 111 physicians of some health state establishment was obtained. The questionnaire was completed by physicians individually in their workplaces. The results show that physicians have a suicide ideation life prevalence of 28.8% and 14.4% for the suicide intent. Physicians with higher level in suicide tendency differ of those with lower level in suicide tendency because of the first ones have higher level of stress perception and desadaptative perfectionism ( $X = 23.11$  y  $45.10$  vs.  $16.33$  y  $29.54$ ; sig.=  $p < 0.001$ ); likewise, physician higher in suicide tendency have a lower life satisfaction than physician lower in suicide tendency ( $X = 39$  vs.  $44,4$ ). Furthermore, suicide tendency is different in a significant way according to religion and number of people the physician support; however, there was not significant difference of suicide tendency according to marital status, labor situation and type of health state establishment. By other side, it was found that in spite of there is a high significant relation between suicide tendency and life satisfaction ( $r = - 0.523$ ;  $p < 0.001$ ), stress perception ( $0,476$ ;  $p < 0.001$ ), and desadaptative perfectionism ( $r = 0.527$ ;  $p < 0.001$ ); only this latter psychological variable has a significant prediction of suicide tendency. Finally, it was found that stress perception was more influential in perfectionism and suicide tendency relation in compare to life satisfaction.

**Key words:** Suicide, suicide tendency, suicide ideation, suicide intent, male physician, life satisfaction, stress perception, desadaptative perfectionism.

## INTRODUCCIÓN

La profesión médica es una de las más antiguas y necesarias en la historia de la humanidad; por tanto, su ejercicio ha sido reservado a personas con amplias muestras de servicio social y de un pensamiento riguroso para la explicación e intervención de las enfermedades. Además, la medicina ha sido una de las primeras profesiones que fueron introducidas y cultivadas cuando se iniciaron las instituciones universitarias durante la edad media. Así, la medicina se constituye en una carrera profesional que brinda posibilidad de crecimiento y perfeccionamiento personal, tan deseado por aquellas personas que orienta su vida hacia la obtención de altas metas y logros.

Sin embargo, el prestigio social ganado por la medicina fue puesto en cuestión a mediados del siglo XIX, cuando los ingleses Bucknill y Tuke, a través el análisis de muertes por suicidio, hallaron que el porcentaje de suicidios en los médicos es superior al de la población en general. Posteriormente, se han continuado desarrollando estudios sobre el suicidio en los médicos, especialmente en las últimas tres décadas, corroborándose continuamente los hallazgos de los autores antes citados. Además, existe diversos estudios que nos indican que los médicos tiene un gran riesgo en diferentes otros trastornos de la salud mental.

Para nosotros ha sido importante el estudio de los médicos varones debido a dos características de esta población, el sexo y la profesión, dos variables que han sido relacionadas al suicidio por la investigación empírica. Debido a nuestras limitaciones de accesibilidad a datos claros y precisos sobre las muertes por suicidio en nuestro país, nuestro estudio no hace referencia al suicidio consumado; por tanto, evaluamos la tendencia suicida; es decir, a la ideación suicida y el intento de suicidio,

indicadores considerados como importantes para predecir el suicidio consumado por la literatura epidemiológica.

Asimismo, en el presente estudio se analiza la relación de la tendencia suicida con variables socio-demográficas, laborales y personales. Entre estas últimas, se seleccionó a tres de relevancia teórica para explicar el suicidio: la satisfacción con la vida, la percepción del estrés y el perfeccionismo maladaptativo.

Nuestro estudio se orienta en conocer cuáles son las características de la tendencia suicida en una muestra de médicos varones de Lima Metropolitana, y qué relación existe entre esta tendencia y variables de tipo socio-demográficas, laborales y psicológicas, haciéndose un análisis del nivel de predicción de estas últimas. Para tal fin hemos estructurado el presente informe de investigación de la siguiente manera:

El Capítulo I, “Marco Metodológico”, contiene el planteamiento metodológico de la tesis. En él se plantea, delimita y formula el problema que orienta el proceso de investigación; así como los objetivos, las hipótesis y las variables de estudio. Asimismo, se detalla el diseño metodológico para la selección de muestra, recolección y análisis de datos, así como los procedimientos fiabilidad y validez de los instrumentos de medición.

En el capítulo II, “Marco Teórico”, se presenta una visión panorámica y documentada de las principales variables de estudio, comprendiendo tanto el análisis del suicidio en general y de la tendencia suicida en particular, así como de los factores de riesgo y protectores del suicidio. También se brinda una descripción del suicidio en dos tipos de poblaciones, los varones y los profesionales médicos.

En el capítulo III “Marco Conceptual” se establece la definición de los principales conceptos que orientan nuestra investigación, lo cual es una expresión de las posturas ontológicas y epistemológicas que han orientado el proceso de recolección y análisis de los datos.

En el Capítulo IV se presenta y analiza los resultados de la Investigación. Estos se presentan en tres subcapítulos: El primero comprende el análisis descriptivo de los datos. El segundo comprende el análisis multivariados, que nos permitirán evaluar la asociación o relación de la tendencia suicida con las variables socio-demográficas, laborales y psicológicas.

Finalmente, se brindan un análisis crítico de los hallazgos obtenidos, las conclusiones y recomendaciones a las que arriba el presente estudio y las referencias bibliográficas y los anexos pertinentes que sustentan la revisión teórica y el planteamiento metodológico.

# **CAPÍTULO I.**

## **MARCO METODOLÓGICO**

---

## 1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, el número de muertes por suicidio en el mundo alcanza una cifra cercana a un millón de casos por año (Souery et al 2003). Esto ha propiciado que el suicidio sea considerado como uno de los más importantes problemas de la salud mental. Por otro lado, no obstante la cifras de suicidio de nuestro país son bajas (varones = 0,6 y mujeres = 0,4 x 100 000, Santos, et al, 2003), al igual que la mayoría de países latinoamericanos, es decir, inferior al promedio mundial; el suicidio como problema de salud pública en nuestra realidad se justifica por constituirse como generador potencial de conmoción social (Minayo, 1998), cuyos efectos se extenderían a todos los niveles sociales del suicida o potencial suicida.

El estudio del suicidio a través de la metodología científica tiene su mayor aporte a partir de finales del siglo XIX, destacando los estudios de explicación sociológica, entre los que figura Durkheim (1897) y Mosareli (1879); así como los aportes de la psicología profunda iniciados por Sigmund Freud. En la actualidad, se propone que la etiología del comportamiento suicida se vincula con factores ambientales, psicogénicos, neurobioquímicos y genéticos.

Existe un consenso teórico al considerar al suicidio como un comportamiento complejo, cuya secuencia comienza con la idea de suicidio (consideración del suicidio), seguido por el planeamiento y preparación del suicidio, la amenaza suicida, el intento suicida y, finalmente, la consumación del suicidio (Kachur et al. 1995). Al respecto, Norlev et al (2005) consideran que la ideación suicida, al igual que el intento suicida, constituye una de los elementos que denominará "*Tendencia Suicida*".

En cuanto al estudio de los factores que determinan el comportamiento suicida, esto ha sido abordando en un inicio a partir de las variables socio-demográficas. Entre una de las variables más constantemente mencionadas está el sexo. Así, se ha hallado que los varones, en la mayoría de países y culturas, superan a las mujeres en su tasa de suicidios consumados, mientras que las mujeres muestran una mayor tasa de intentos de suicidio. Sin embargo, los estudios que permiten establecer una comprensión más exhaustiva del comportamiento suicida en varones o mujeres son escasos.

Otra variable socio-demográfica asociada al comportamiento suicida es el rol ocupacional, destacando el grupo de los profesionales médicos como el de mayor riesgo hacia el comportamiento suicida (Everson y Fraument, 1975; Ihmer, et al. 1994; Samkoff, et al. 1995 y Roy, 1997). Al respecto, el Consejo para Asuntos Científicos (*Council on Scientific Affaire*, 1987) menciona que la mayoría de los estudios muestran una tasa de suicidio entre médicos situada entre el 28 al 40 por 100,000 mientras que en la población general, esta es de 12.3 por 100 000; es decir, doblemente superior.

No obstante la literatura nos señala que nuestro contexto, como país latinoamericano, se caracterizaría por una incidencia de casos de intento o suicidio consumado mucho menores a países tales como Alemania, Estados Unidos, Noruega y otros, se considera de importancia para la teoría y práctica de la salud mental el análisis empírico de la tendencia suicida en una muestra de habitantes cuyas variables socio-demográficas los sitúan en un alto nivel de riesgo suicida; es decir, el sexo masculino y la profesión de médico. Igualmente, también es necesario constatar si la tendencia suicida en esta muestra de estudio se explica por aquellos factores socio-demográficos, laborales y psicológicos que han sido reafirmados por gran parte de literatura nacional e internacional.

Mencionamos entre los primeros al estado civil, religión, número de personas que sustenta económicamente; entre los segundos, la situación laboral y el tipo de establecimiento donde trabaja; mientras que entre los factores psicológicos, a la satisfacción con la vida, nivel de percepción del estrés y el perfeccionismo maladaptativo.

Por tanto, la presente investigación pretende determinar las características de la tendencia suicida en médicos varones de la provincia de Lima y la confirmación empírica de la influencia que sobre esta tendencia tienen las variables socio-demográficas, laborales y psicológicas.

### **1.2.1 Formulación del Problema**

Frente a todo lo anteriormente expuesto, se busca respuesta a las siguientes interrogantes:

#### **1.2.1.1. Problema General:**

*¿Cuáles son las características de la tendencia suicida en una muestra de médicos varones de Lima Metropolitana y su relación con factores socio-demográficos y psicológicos?*

#### **1.2.1.2. Problemas Específicos:**

- ¿Qué características presenta la tendencia suicida en una muestra de médicos varones que laboran en Lima Metropolitana?
- ¿Qué diferencia existe en la tendencia suicida de una muestra de médicos varones según variables socio-demográficas?
- ¿Qué diferencia existe en la tendencia suicida de una muestra de médicos varones según variables laborales?

- ¿Qué relación existe entre la tendencia suicida y la satisfacción con sus vidas en una muestra de médicos varones que laboran en Lima Metropolitana?
- ¿Qué relación existe entre la tendencia suicida y la percepción del estrés en una muestra de médicos varones que laboran en Lima Metropolitana?
- ¿Qué relación existe entre la tendencia suicida el perfeccionismo maladaptativo una muestra de médicos varones que laboran en Lima Metropolitana?

#### **1.2.1.3. Delimitación de la investigación**

La delimitación espacial corresponde a Lima Metropolitana. Dentro de ella, la muestra está conformada por médicos varones que en la actualidad ejercen sus servicios profesionales en los establecimientos públicos de salud primaria y de rehabilitación. La unidad de análisis es cada médico que labora en algún establecimiento de salud nacional. .

La delimitación temporal, es decir, el periodo de estudio, corresponde a los meses de junio a agosto del año 2008.

### **1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Establecer las características de la tendencia hacia el suicidio en una muestra de médicos varones que laboran en Lima Metropolitana y la relación que presenta dicha tendencia con factores socio-demográficos, laborales y las variables psicológicas de satisfacción con la vida, percepción del estrés y perfeccionismo maladaptativo.

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

1. Establecer las características de la tendencia suicida de una muestra de médicos varones que laboran en Lima Metropolitana según los indicadores de ideación suicida e intento suicida.
2. Establecer el nivel de satisfacción con la vida en una muestra de médicos varones que laboran en Lima Metropolitana.
3. Establecer el nivel de percepción del estrés en una muestra de médicos varones que laboran en Lima Metropolitana.
4. Establecer el nivel de perfeccionismo maladaptativo en una muestra de médicos varones que laboran en Lima Metropolitana.
5. Determinar la diferencia de la tendencia suicida en una muestra de médicos varones que laboran en Lima Metropolitana según variables socio-demográficas y laborales.
6. Determinar el tipo de relación que existe entre la tendencia suicida y la satisfacción con la vida, en una muestra de médicos varones que laboran en Lima Metropolitana.
7. Determinar el tipo de relación que existe entre la tenencia suicida y la percepción del estrés, en una muestra de médicos varones que laboran en Lima Metropolitana.
8. Determinar el tipo de relación que existe entre la tendencia suicida y el perfeccionismo maladaptativo, en una muestra de médicos varones que laboran en Lima Metropolitana.
9. Determinar la influencia predictiva de las variables psicológicas satisfacción con la vida, percepción del estrés y perfeccionismo

maladaptativo sobre la tendencia suicida, en una muestra de médicos varones que laboran en Lima Metropolitana.

## 1.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 1.4.1. Hipótesis

*“Las variables psicológicas satisfacción con la vida, percepción del estrés y perfeccionismo maladaptativo influyen de manera significativa en la tendencia suicida”*

### 1.4.2. Variables

Tabla 1.1. Las variables del estudio se presentan en el siguiente cuadro

Variable	Tipo	Indicadores	símbolo
Satisfacción con la vida	VI	Puntuaciones obtenidas por los seis ítems que componen la escala de satisfacción con la vida.	$B_1$
Percepción del estrés	VI	Puntuaciones obtenidas por los siete ítems que componen la escala de percepción del estrés.	$B_2$
Perfeccionismo maladaptativo	VI	Puntuaciones obtenidas por los doce ítems que componen la escala de perfeccionismo maladaptativo.	$B_3$
Tendencia suicida	VD	Puntuaciones obtenidas por los diez ítems que componen la escala de tendencia suicida.	$Y$

En términos generales, la contrastación de la hipótesis se realizará mediante las siguientes ecuaciones:

$$Y = \text{constante} + B_1 + B_2 + B_3 + e$$

Tendencia suicida = constante + satisfacción con la vida + percepción del estrés + perfeccionismo maladaptativo + error

Las hipótesis serán verificadas de forma secuencial mediante modelos de Regresión Lineal Múltiple, bajo el siguiente esquema:

En términos generales, la contrastación de la hipótesis se realizará mediante las siguientes ecuaciones:

$$(1) Y = \text{constante} + B_{1(a,b,c,d)} + B_3(X_n) + B_{1(a,b,c,d)} * B_3 + e$$

Tendencia suicida = constante + Satisfacción con la Vida + Percepción del Estrés +  
Perfeccionismo maladaptativo+ error

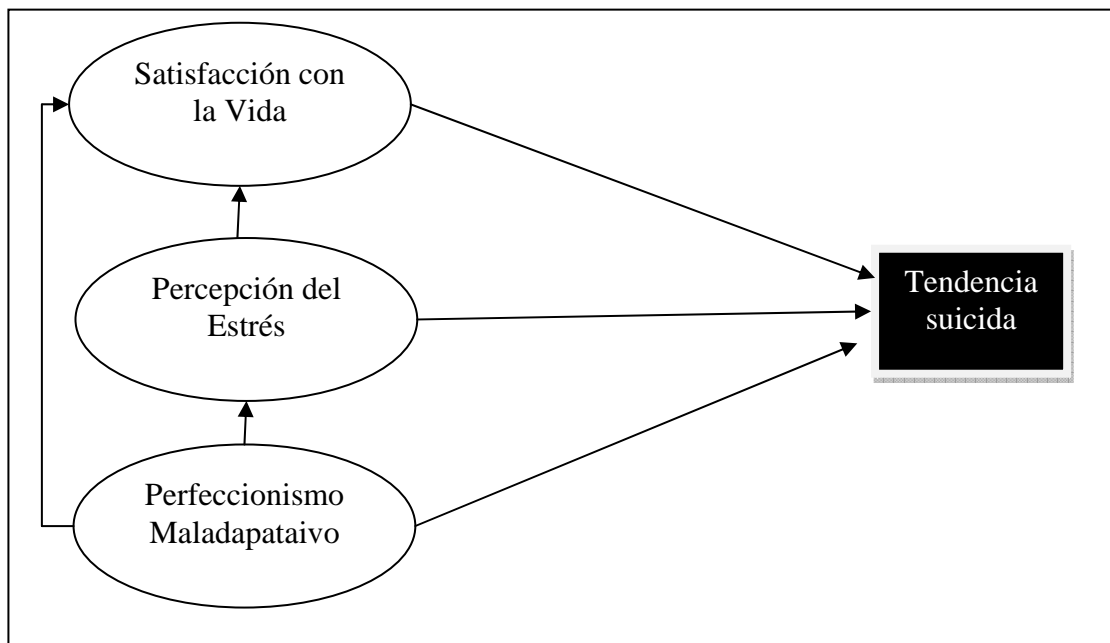


Gráfico 1.1. Modelo teórico sobre la influencia de la satisfacción con la vida, la percepción del estrés y el perfeccionismo maladaptativo sobre la tendencia suicida.

## **1.5. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **1.5.1. Población y Muestra**

La elección de una muestra no probabilística e intencional responde al criterio de elección recomendado por Barbancho (1973), útil para situaciones donde se intenta obtener información sobre temas muy personales y confidenciales de las personas. Por tal motivo, se optó por brindar una cuidadosa capacitación a los agentes encuestadores en asuntos tales como: discreción de los datos, ambiente o clima de evaluación y asertividad.

La población de estudios estuvo integrada por los médicos varones que actualmente laboran en los establecimientos salud públicos de Lima Metropolitana.

Entre los criterios de inclusión que serán tomados en cuenta se considerarán a los siguientes:

- ❖ Profesionales médicos del sexo masculino.
- ❖ Profesionales médicos licenciados que laboran en la actualidad en su modalidad de contratados o nombrados.
- ❖ Profesionales médicos que acepten de manera voluntaria cumplimentar los instrumentos de evaluación diseñados para el estudio.
- ❖ Profesionales médicos varones que hayan cumplimentado más del 70% de los instrumentos de evaluación.

Por otro lado, entre los criterios de exclusión que se consideran están:

- ❖ Que el profesional médico no acepte voluntariamente ingresar al estudio.
- ❖ Que el profesional médico no haya cumplimentado más del 70% de total de los ítems de los instrumentos de evaluación.
- ❖ Que el profesional médico haya participado en el estudio piloto de adecuación de los instrumentos de evaluación.

### **1.5.2. Tipo de Investigación**

Para el cumplimiento de los objetivos propuesto se siguió un tipo de investigación descriptivo-prospectivo, transversal y correlacional. Es decir, se evaluó las características de la población de estudio en cuanto a sus puntuaciones y patrones de respuesta en un período determinado de tiempo: de junio a agosto de 2008. Asimismo, se analizó la relación o covariación entre dos o más variables abordadas en el estudio.

### **1.5.3. Diseño de la Investigación**

La investigación tiene un diseño analítico y de encuestas (Arnaú y Cols., 1998) De corte no experimental y transversal.

### **1.5.4. Instrumentos y técnicas de Recolección de Datos**

La recolección de los datos se realizó a través de un cuestionario dirigido a los médicos varones de Lima Metropolitana. La encuesta contiene preguntas sobre información socio-demográfica y laboral, así como escalas relacionadas a la tendencia suicida, la satisfacción con la vida, la percepción del estrés y el perfeccionismo maladaptativo. El cuestionario fue aplicado en los ambientes de trabajo de los médicos varones evaluados.

Este cuestionario de investigación siguió un formato estructurado, de preguntas cerradas y exhaustivas (véase el anexo 2). A continuación se detalla los aspectos evaluados por el instrumento de investigación:

- a) **Información demográfica:** edad, estado civil, número de personas que dependen económicamente del profesional médico, religión.

- b) **Información laboral y profesional:** universidad donde realizó estudio de pregrado, años transcurridos desde que obtuvo su licencia de médico y situación laboral actual.
- c) **Escala de tendencia suicida:** mide el nivel de frecuencia en que los médicos han experimentado ideaciones o deseos de quitarse la vida así como de intentos suicidas a lo largo de su niñez, adolescencia, estudios de pregrado y en la actualidad.
- d) **Escala de satisfacción con la vida:** mide la satisfacción que tiene la persona con su actual vida y con todo lo que ha conseguido hasta la fecha.
- e) **Escala de percepción del estrés:** mide el nivel de percepción de exigencias externas que desbordan la tranquilidad y el bienestar personal.
- f) **Escala de perfeccionismo maladaptativo:** mide el nivel de preocupación que tiene las personas frente a la dificultad de cumplir sus metas, según sus expectativas; asimismo, también mide la exigencia experimentada para brindar una buena imagen de su desempeño hacia los demás.

La información recogida por la encuesta fue numérica (en términos ordinales) y de intervalo (en términos de escala).

Por otro lado, la evaluación de la tendencia suicida y de sus variables psicológicas y socio-demográficas o laborales asociadas requirió de un instrumento de recolección de datos válido y fiable. Para tal fin, se probaron dos alternativas de cuestionarios, antes de determinar la estructura del cuestionario final, la primera versión de cuestionario fue desarrollado a partir de personal de salud en general y de ambos sexos.

Por otro lado, la segunda versión del cuestionario fue aplicada a un grupo de 22 médicos varones que trabajan en Lima Metropolitana. Esta segunda evaluación nos permitió adecuar la redacción de los ítems y confirmar la validez de constructo de la prueba.

El desarrollo de las dos evaluaciones antes mencionadas nos han permitido obtener indicadores psicométricos apropiados para la versión final de cuestionario de investigación, los mismos que se exponen a continuación:

#### **1.5.4.1. Validez**

El término "validez" denota la utilidad científica de un instrumento de medida, en el que puede establecerse ampliamente qué tan bien mide lo que pretende medir. La validez, por lo general, es una cuestión de grado más que de una propiedad de todo o nada, se constituye en un proceso interminable. En sentido estricto, se valida el uso para el que se destina un instrumento de medición más que el instrumento en sí.

Como bien afirman Nunnally y Bernstein (1995), es muy recomendable que quien sea que desarrolle un instrumento de medición piense en la manera en que podría establecerse su validez al principio y diseñar al menos un estudio de validación preliminar para usarlo en la etapa de desarrollo.

Respecto a la **validez de contenido**, esto fue controlado a partir de la adopción de escalas de medición ampliamente difundidos por la literatura científica. Así, para el constructo de perfeccionismo maladaptativo se utilizaron los 12 ítems que miden dicha dimensión en la Escala de Perfeccionismo Maladaptativo de Frost (MPS-F, 1990).

En cuanto a la satisfacción con la vida, se seleccionó 2 de los 5 ítems de la Escala de Satisfacción de vida de Diener et al. (1985), los cuales en el primer estudio obtuvieron puntajes significativos de correlación. Asimismo, se eligieron 4 preguntas de la Escala de Calidad de Vida desarrollada por Inga y Vara (2006) con una muestra de adultos mayores de Lima Metropolitana, las mismas que presentan un alto nivel de correlación con la escala general.

Por otro lado, se seleccionaron 5 ítems de la versión corta de la Percieved Estress Scale, la misma que ha sido adaptada al español por Eduardo Remor (2006).

La valoración de la tendencia suicida se realizó a través de los dos ítems de prevalencia vida de ideación e intento suicida que utilizó el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi en su estudio sobre la salud mental en la población (1998 y 2003). Dichos ítems fueron modificados y ampliados a diferentes etapas del proceso vital así como se les planteó una alternativa tipo escala likert.

Para evaluar la **validez de constructo**<sup>1</sup>, se aplicó el Análisis por Componentes Principales con rotación Varimax a las cuatro escalas planteadas. (Ver tabla Anexo II). Se halló que, tal como lo predice la teoría, la Escala de Perfeccionismo Maladaptativo se compone de dos dimensiones, la preocupación por el desempeño o fracaso personal y la preocupación por la opinión que tengas los demás del desempeño de uno. Asimismo, se halló la adecuación y distribución de los ítems en dimensiones tales como: tendencia suicida, satisfacción con la vida y

---

<sup>1</sup> La validez de constructo requiere una teoría sustantiva para definir el constructo que va a ser medido así como una teoría de la medición para proporcionar la medida misma. Todas las medidas que presumiblemente miden un constructo dado deben interrelacionarse altamente (correlaciones mayores a  $r=0.7$ ), es decir, ser convergentes (Campbell y Fiske, 1959).

percepción del estrés. No obstante, también se encuentra una alta correlación de los ítems de una escala respecto a otra. Esto se explicaría por la estrecha relación que existiría entre las dimensiones psicológicas que evalúan las escalas.

#### **1.5.4.2. Fiabilidad**

La fiabilidad de la medida se refiere a las variaciones en las puntuaciones que se producen en ausencia de razones teóricas y empíricas para el cambio, por lo que las diferencias encontradas pueden atribuirse a errores aleatorios asociados al proceso de medición. La fiabilidad de un instrumento de medida puede definirse como la relación lineal entre puntuaciones obtenidas con pruebas paralelas. Un cuestionario es confiable si las puntuaciones observadas están muy relacionadas con las puntuaciones verdaderas (teóricas). Los procedimientos empíricos para obtener el coeficiente de fiabilidad son múltiples<sup>2</sup>.

En el presente estudio se obtuvieron indicadores de fiabilidad por consistencia interna, tomando en consideración la homogeneidad y variación de los ítems. En este caso, al someterse a un análisis de confiabilidad por el método de consistencia interna (alfa de Cronbach), se obtuvo un coeficiente general de cada escala psicológica.

Así, respecto a la escala de Percepción del Estrés se halló un valor alfa significativamente aceptable ( $\alpha=0.825$ ), con correlaciones ítem-total entre  $r= 0.462$  a  $r= 0.722$ . (Ver Tabla 1.2.)

Por otro lado, la escala de Perfeccionismo Maladaptativo también obtuvo un valor alfa significativamente aceptable ( $\alpha=0.887$ ), con correlaciones

---

<sup>2</sup> En este caso se ha utilizado el método clásico de Cronbach, a través de su valor alfa. El valor alfa es un coeficiente que indica el nivel de homogeneidad de los ítems con respecto a la escala medida, considerando un valor que oscila entre 0 y 1.

ítem-total que oscilaron entre  $r = 0.348$  a  $r = 0.895$ . Por lo que cumple un nivel aceptable de confiabilidad. (Ver Tabla 1.3).

**Tabla 1. 2 Estadísticos total-elemento Escala de Percepción del Estrés**

ITEMS	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
Me siento tenso(a) y nervioso(a)	.722	.637	.763
Mis actividades diarias son muy estresantes	.462	.571	.830
Muchas dificultades afectan mi tranquilidad personal	.675	.663	.774
Al final del día, me encuentro completamente exhausto	.579	.627	.811
Mis problemas personales me agobian	.700	.753	.766

Escala Total:  $\alpha = 0.825$

**Tabla 1.3. Estadísticos total-elemento Escala de Perfeccionismo Maladaptativo**

ITEMS	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
Me molesto mucho cuando cometo errores	.653	.774	.875
Aun cuando realizo algo con sumo cuidado, me siento insatisfecho con los resultados obtenidos	.673	.742	.874
Siento que cuando menos me equivoco, más agrado a las personas	.348	.719	.902
Cuando me equivoco en el trabajo me siento un fracasado	.758	.868	.868
Me siento inseguro sobre mi desempeño en las cosas diarias y sencillas que realizo	.377	.620	.890
Si alguien en el trabajo realiza una tarea mejor que yo, siento que fracasado en toda la tarea.	.615	.933	.878
Me siento un fracasado cuando cumplo una tarea en menor medida de cómo lo planifiqué.	.719	.917	.871
Las personas no tienen buena opinión de mí cuando cometo errores	.535	.818	.881
Si mi desempeño es menor al resto de personas, me siento inferior.	.620	.819	.878
Las personas dejan de respetarme cuando me equivoco.	.530	.645	.882
Retraso mi trabajo debido a que examino o repito las cosas una y otra vez.	.634	.682	.877
Me toma mucho tiempo concluir algo que cumpla con mis exigencias.	.895	.902	.863

Escala Total:  $\alpha = 0.887$

En cuanto a la escala de Tendencia Suicida se halló un valor alfa de  $\alpha = 0.869$ ; asimismo, sus ítems presentan una correlación ítem total que van desde  $r = 0.471$  a  $r = 0.853$ . Por tanto, esta escala cumple con un nivel de confiabilidad aceptable. (Ver Tabla 1.4).

**Tabla 1. 4. Estadísticos total-elemento Escala de Tendencia Suicida**

ITEMS	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
Durante mi niñez pasó por mi mente el querer quitarme la vida	.752	.879	.843
Durante mi niñez intenté quitarme la vida.	.774	.900	.845
Últimamente tengo deseos de quitarme la vida.	.471	.936	.870
Durante mi adolescencia pasó por mi mente el querer quitarme la vida.	.719	.910	.847
Durante mi adolescencia intenté quitarme la vida	.729	.909	.855
Últimamente, tengo deseo de morirme.	.364	.177	.894
Actualmente, veo al suicidio como una alternativa para mis problemas.	.678	.722	.851
Durante mis estudios de pregrado pasó por mi mente el querer quitarme la vida.	.596	.982	.856
Durante mis estudios de pregrado intenté quitarme la vida.	.853	.989	.850
Últimamente, tengo buenas razones para suicidarme.	.599	.669	.863
Últimamente intenté quitarme la vida.	.764	.974	.863

Escala Total:  $\alpha = 0.869$ .

Finalmente, la escala de Satisfacción con la Vida obtuvo un valor alfa de  $\alpha = 0.713$ , al igual que la correlación entre sus ítems y el total de la escala osciló entre  $r = 0.186$  a  $r = 0.794$ . Por tanto, esta escala cumple con un aceptable nivel de confiabilidad. (Ver Tabla 1.5)

**Tabla 1.5. Estadísticos total-elemento Escala de Satisfacción con la Vida**

ITEMS	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
Siento que he conseguido en mi vida las cosas que considero más importantes	.461	.372	.672
Estoy satisfecho con mi vida	.308	.282	.764
Siento que he desperdiciado mi vida o que mi vida es un fracaso	.186	.393	.736
Siento que no merezco vivir la vida que llevo.	.575	.569	.658
Siento que mi vida no tiene sentido.	.664	.716	.621
Me siento pesimista y confundido con mi vida.	.794	.736	.584

Escala Total:  $\alpha=0.713$ .

#### 1.5.4.3. Correlación entre las escalas

El presente estudio piloto ha permitido una confirmación empírica de nuestra hipótesis de estudio que correlaciona de manera directa a la tendencia de suicida con la percepción del estrés y el perfeccionismo maladaptativo; así como de manera indirecta con la satisfacción con la vida. (Ver Tabla 1.6.)

**Tabla 1.6. Correlaciones entre Escalas**

		PE	PERF	SV	TS
Percepción del estrés (PE)	Correlación de Pearson	1			
	Sig. (bilateral)				
Perfeccionismo (PERF)	Correlación de Pearson	.805(**)	1		
	Sig. (bilateral)	.000	.21		
Satisfacción con la vida (SV)	Correlación de Pearson	-.343	-.490(*)	1	
	Sig. (bilateral)	.127	.024		
Tendencia suicida (TS)	Correlación de Pearson	.510(*)	.534(*)	-.429(*)	1
	Sig. (bilateral)	.018	.013	.046	

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

### **1.5.5. Procesamiento de los Datos**

La recopilación de datos se realizó a través de una matriz de tabulación, instalada en una PC Pentium IV de 3000 Mhz., y construida mediante el programa estadístico para Ciencias Sociales (SPSS 15). El análisis de los datos se realizó mediante la utilización de estadísticas descriptivas, de relación y predicción, utilizando el programa estadístico anteriormente mencionado.

### **1.5.6. Análisis e Interpretación de Datos**

Esta dado por el análisis univariado y descriptivo de los factores de estudio. Además, se realizó el análisis multivariado a través de técnicas estadísticas de predicción y correlación lineal de Pearson y regresión lineal múltiple. Se utilizaron también las técnicas de Análisis de Componentes Principales con Rotación Varimax y el análisis cluster a través del estadístico K medias.

A continuación se describirá brevemente las principales estadísticas multivariantes que se usan en la presente investigación.

#### **Análisis Factorial**

El análisis factorial, que incluye variaciones tales como el análisis de componentes y el análisis factorial común, es una aproximación estadística que puede usarse para analizar interrelaciones entre un gran número de variables y explicar estas variables en términos de sus dimensiones subyacentes comunes (factores). El objetivo es encontrar un modo de condensar la información contenida en un número de variables originales en un conjunto más pequeño de variables (factores), con una pérdida mínima de información. Si se proporciona una estimación empírica de la estructura de las variables consideradas, el análisis factorial se convierte en una base objetiva para crear escalas aditivas.

### **Regresión lineal múltiple**

La regresión múltiple es el método de análisis apropiado cuando el problema del investigador incluye una única variable métrica dependiente que se supone está relacionada con una o más variables métricas independientes. El objetivo del análisis de la regresión múltiple es predecir los cambios en la variable dependiente en respuesta a cambios en varias de las variables independientes. Este objetivo se consigue muy a menudo a través de la regla estadística de los mínimos cuadrados.

### **Análisis de conglomerados (Cluster)**

El análisis cluster es una técnica analítica para desarrollar subgrupos significativos de individuo u objetos. De forma específica, el objetivo es clasificar una muestra de entidades (personas u objetos) en un número pequeño de grupos mutuamente excluyentes basados en similitudes entre las entidades. En el análisis cluster, a diferencia del análisis discriminante, los grupos no están pre-definidos. Por consiguiente, se usa la técnica para identificar los grupos.

Habitualmente, el análisis cluster implica al menos dos etapas. La primera es la medida de alguna forma de similitud o asociación entre las entidades para determinar cuántos grupos existen en realidad en la muestra. La segunda etapa es describir las personas o variables para determinar su composición. Este paso puede llevarse a cabo aplicando el análisis discriminante a los grupos identificados por la técnica cluster.

# **CAPÍTULO II.**

## **MARCO TEÓRICO**

---

## 2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Antes de presentar algunas iniciativas de investigación referidas al tema es importante señalar la evaluación que hace la Organización Panamericana de la Salud (2002) respecto a la información e investigación sobre la salud mental en nuestro país: *“Los datos en el país sobre la prevalencia e incidencia de los trastornos de salud mental son incompletos y no estandarizados entre las diferentes instituciones que los atiende”*. (Pág. 13). Por tanto, no nos sorprendería la carencia de estudios que reflejen la problemática del suicidio de la población masculina, y menos todavía en relación al los médicos varones. No obstante, podemos citar algunos antecedentes de estudios sobre suicidio en la población en general así como aquellos estudios que analizan la salud mental de los profesionales médicos, que en su mayor medida hacen referencia a los estudiantes de medicina. Posteriormente, haremos mención de aquellos estudios internacionales que están más vinculados a nuestro problema de investigación, donde se aborda estudios respecto al suicidio masculino, suicidio del profesional médico y sobre las variables psicológicas relacionadas al suicidio.

### 2.1.1. Estudios sobre suicidio en el Perú

El **Ministerio de Salud (MINSA)** reportó un total de 228 suicidios consumados para el año 2002, de los cuales el 63% eran varones. Por otro lado, el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao en el año 2002, realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, informó que el pensamiento suicida tiene una prevalencia de 27,8%, con predominio del sexo femenino (citado por Guerra, Paz y Saavedra, 2003).

En el estudio Epidemiológico de salud Mental del la Sierra Peruana realizado por el IESM “H.D-HN” (2003), se encontró que la prevaecía

anual de deseos de morir esta en 34.2%, y la prevalencia de vida del intento suicida es del 2.9%.

Por su parte, **Mosquera (2003)** estudió el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Hermilio Valdizán, Lima, a lo largo de un año. Para ello se entrevistó a una muestra de 67 pacientes de ambos sexos. Entre los principales resultados hallados encontró que el 68.6% de los pacientes provenían de hogares de padres separados, 67% declaró su intención de morir al momento de realizar el intento suicida, 46,27% de los pacientes tuvo como motivación principal conflictos de pareja referidos a discusiones, desengaños amorosos, maltratos físico o psicológico y separaciones.

Otro estudio, también realizado en la ciudad de Lima, fue el desarrollado por **Muñoz, Vega y Muñoz (2005)**, quienes estudiaron las características de los individuos que intentaron o llegaron a suicidarse arrojándose desde un puente. Para esto recopilaron los datos de los intentos y suicidios ocurridos en el Puente Villena (Miraflores, Lima-Perú), acaecidos entre setiembre de 1988 y agosto de 2003. Así, señalan que las características de las personas que intentan suicidarse bajo esta modalidad es la de un varón soltero con edad promedio de 32,7 años.

### **2.1.2. Estudios sobre la salud mental en la población médica del Perú**

No hemos localizado un antecedente nacional que esté directamente relacionado con nuestra investigación; pero sí respecto a la salud mental la población médica, ya sea durante su formación de pregrado como en su práctica profesional.

**Galli, Feijóo, Roig y Romero (2002)**, teniendo como base la CIE 10, determinaron la prevalencia de punto fijo de los trastornos mentales más frecuentes en alumnos de medicina de cuarto, quinto y sexto año. Para ello, aplicaron el MINI (International Mini Neuropsychiatric Interview) a 250 estudiantes de medicina. Su resultados muestran una prevalencia alta de trastornos mentales (45.6%), sobresaliendo la depresión (31.60%) y la ansiedad (22.40%), siendo estos valores mayores que en la población general.

En un estudio comparativo sobre salud mental entre estudiantes de medicina de dos universidades peruanas estatales, **Perales, Sogi y Morales (2003)** encuestaron a 1115 estudiantes matriculados en la escuela de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (año 1997) y a 508 estudiantes de medicina matriculados en la de la Universidad Nacional de Trujillo (año 1998). Para esto, se utilizó la Encuesta de Salud Mental Abreviada; instrumento de auto-administración, que comprendió preguntas sobre consumo y abuso de alcohol y tabaco, conductas antisociales y violentas, escalas de ansiedad y depresión de Zung y hábitos de vida. La muestra de estudio estuvo integrada por varones y mujeres, entre los principales resultados se destaca la existencia de problemas de salud mental en los estudiantes de ambas universidades en relación con altos niveles de estrés, de prevalencia vida de uso/abuso de cigarrillos y alcohol; de conductas disociales y violentas. Por otro lado, en un estudio previo, donde participaron los mismos alumnos de la Universidad de Trujillo, estos mismos autores encontraron que el 19% de los estudiantes muestra síntomas depresivos y 15%, de angustia; el 2,6% señaló haber presentado ya un intento suicida; mientras que el 20% expresó “deseos de no seguir viviendo”.

Otro estudio referente a la salud mental de los estudiantes de medicina fue el desarrollado por **Barahona (2003)**, quien estudio una muestra de

106 estudiantes que cursaban el segundo año de pregrado en una universidad limeña. La evaluación de la salud mental se realizó por medio de la Escala de Salud Personal y el concepto de salud mental fue medido a través de la Escala del Concepto de Salud Mental. Los hallazgos muestran que el 52 por ciento de los alumnos gozaban de salud mental; mientras que el 48% restante fueron casos potencialmente psiquiátricos. Asimismo, se halló que el vivir con la madre y el tener una alta resistencia al estrés tuvo una asociación estadísticamente significativa con la salud mental de los estudiantes.

Por su parte, **Quiroz y Saco** (2003) llevaron a cabo un estudio sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus factores asociados en 64 médicos y 73 enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco, muestra que comprendió el 83.1% de los médicos y el 81% de las enfermeras que trabajan en dicho hospital. La recolección de la información se realizó a través de cuestionarios estructurados que fueron previamente validados para la muestra de estudio. Se halló que el 10,9% de los médicos y 1,4% de de las enfermeras presentan un grado medio de síndrome de burnout. Asimismo, se halló que el síndrome de bournout tiene una asociación estadísticamente significativa con variables tales como sexo masculino, profesional médico, tiempo de servicios mayor a 12 años, baja motivación laboral y alta insatisfacción laboral.

### **2.1.3. Estudios sobre suicidio en profesionales médicos en el mundo**

A diferencia con lo que ocurre en nuestro país, existe una mayor difusión de antecedentes de estudio sobre el suicidio en los profesionales médicos de países extranjeros, específicamente anglosajones. Así, **Bruce, Checkoway, Nagahama y Domino (2000)** compararon los riesgos de mortalidad de los anestesiólogos con los médicos de medicina interna entre los años 1979 y 1995. La tasa de mortalidad para todos los

médicos estuvo muy por debajo del 1.0, excepto respecto al suicidio. Se encontró también que los anesthesiólogos tienen un creciente riesgo para la muerte por suicidio ( $r= 1.45$ ,  $p= 0.05$ ).

**Aasland, Ekeberg y Schweder (2001)** compararon la tasa de suicidios de los médicos noruegos y otros ciudadanos noruegos con o sin educación universitaria, según los variables edad y sexo. Para esto se obtuvo los certificados de muerte de todos los noruegos que murieron entre 1960 y 1989. La muestra de estudio estuvo conformada por 82 casos de médicos registrados por suicidio, 265 personas con otra carrera universitaria y 1165 personas sin educación universitaria. Se encontró que la tasa de suicidios en los médicos es altamente superior respecto de otras personas con o sin educación universitaria, el riesgo estimado para que un médico soltero cometa el suicidio fue casi cinco veces más que sus colegas casados o convivientes.

**Serfaty, Ustraran, Andrade, D'Aquila, Boffi-Boggero, Masautis y Foglia (1992)** investigaron la frecuencia de ideas de suicidio, y su asociación con posibles factores de riesgo incluyendo depresión, en una muestra probabilística de 619 varones de 18 años, mediante una encuesta anónima auto-administrada. Los examinados fueron agrupados en: sin depresión, con depresión leve, moderada y grave. Del total de las encuestas 16,8 por ciento pensaron alguna vez en suicidarse y 3,1 por ciento lo habían planeado. La frecuencia de quienes habían planeado suicidarse fue más alta entre los que tenían depresión grave (25%), moderada (12,2%) y leve (3,5%) y que entre los que no tenían depresión (0,5%). Se usó el análisis multivariado, determinándose una asociación significativa entre ideas de suicidio y antecedentes de depresión anterior, consumo de marihuana y medicamentos no recetados, temperamento triste en la infancia y conflictos sentimentales. Aquéllos con antecedentes simultáneos de depresión anterior, consumo de marihuana y

temperamento triste en la infancia estaban más expuestos a tener ideas de suicidio (Odds Ratio= 27,4).

En general, el estudio científico sobre el suicidio en la población galena ha sido iniciado desde mediados del siglo pasado. A la fecha, se ha logrado establecer que la tasa de suicidios en profesionales médicos es superior al de la población en general. En la Tabla 2.1 se observa algunas de los artículos de investigación obtenidos por **Schernhammer y Colditz (2004)** en su estudio meta-analítico sobre el suicidio en médicos.

#### **2.1.4. El suicidio y su asociación con variables sociodemográficas y psicológicas.**

Cutright y Fernquist (2000) utilizaron un modelo de indicadores múltiples para la integración social y de proximidades hacia la cultura del suicidio con el fin de explicar las variaciones la tasa de suicidio de los varones en los países desarrollados. Se halló que los determinantes de las tasas de suicidio no han cambiando a lo largo de los años 1955 y 1989. Por otro lado, se halló que los determinantes de la tasa de suicidio varían según la edad, donde el tipo de cultura del suicidio juega un rol especialmente importante en el grupo de edad de 35 a 63 años de edad.

En cuanto a la variable psicológica de perfeccionismo, Hewitt, Flett y Weber (2006), en **Australia**, realizaron dos estudios para determinar la relación entre las dimensiones del **perfeccionismo y la ideación suicida**: se evaluó si el perfeccionismo es importante para la ideación suicida cuando es considerado en el contexto de otros predictores (por ejemplo, depresión, pesimismo), y si el perfeccionismo modera la asociación entre el estrés vital y la ideación suicida.

**Tabla 2.1. Suicide rates among physicians (Fuente: Schernhammer y Colditz, (2004))**

<b>Autor (año de publicación)</b>	<b>País y período de tiempo en observación</b>	<b>Fuentes de Información</b>
Linhardt et al., 1963	Dinamarca, 1935–1959	<i>National Health Service's Register</i>
Dean, 1969	Sudáfrica, sólo varones blancos, 1960–1966	<i>South African Bureau of Statistics, 1964 population census, South African Medical and Dental Council Register, death Certificates</i>
Rose y Rosow, 1973	Estados Unidos, California, 1959–1961	<i>Death certificates, 1960 population census</i>
Pitts, Schuller y Rich, 1979	Estados Unidos, 1967–1972	<i>JAMA obituary section, AMA records, death certificates from state authorities</i>
Rich y Pitts, 1979	Estados Unidos, 1967–1972	<i>JAMA obituary section, AMA records</i>
Revicki y May, 1985	Estados Unidos, 1978–1982	<i>Death certificates, 1980 population census</i>
General Register Office (GRO) y Office of Population Censuses and Surveys OPCS), 1986, 1996	Inglaterra y Gales, 1949–1953 Inglaterra y Gales, 1959–1963 Inglaterra y Gales, 1970–1972 Gran Bretaña, 1979–1980, 1982–1983	<i>GRO records for 1958 GRO records for 1971 and OPCS records for 1978 Register of Births and Deaths, 10% sample Register of Births and Deaths, 10% sample</i>
Baemayr y Feuerlein, 1986	Bavaria, 1963–1978	<i>Register of the Bavarian Physicians and Dentists Association</i>
Arnetz et al., 1987	Suecia, 1961–1970	<i>1960 national census, National Board of Health and Welfare files, Swedish Causes of Death Registry</i>
Rimpela et al., 1987	Finlandia, 1971–1980	<i>Central Statistical Office of Finland, 1970 population census</i>
Nordentoft, 1988, y Andersen, 1985	Dinamarca, 1970–1980	<i>Population Census and Death Register for 1970</i>
Schlicht et al., 1990	Australia, University of Melbourne graduates, 1950–1986	<i>Medical Board of Victoria, Health Insurance Commission, Interstate and British Medical Registers, Tasmanian Registrar of Births, Deaths, and Marriages, Australian Medical Association, Australian Bureau of Statistics</i>
Ullmann et al., 1991	California, Estados Unidos 1910–1981	<i>Alumni records, graduate lists,</i>

	Estudiantes de Loma Linda University medical school  Graduates of University of Southern California medical school	<i>AMA records, JAMA and  Western Journal of Medicine obituaries, death certificates.</i>
Stefansson y Wicks, 1991	Suecia, 1971–1985	<i>1960, 1970, 1975, and 1980 population censuses, Swedish Causes of Death Registry</i>
Herner, 1993	Suecia, 1989–1991	<i>Swedish Causes of Death Registry</i>
Lindeman et al., 1997	Finland, 1986–1993	<i>National Register of Medico-Legal Autopsies, Central Statistical Office of Finland 1994 data, Education Registry of Statistics Finland, Finnish Medical Association</i>
Carpenter et al., 1997	Inglaterra y Gales, 1962–1979	<i>Department of Health Records, National Health Service  Central Register of England and Wales</i>
Rafnsson y Gunnarsdottir, 1998	Islandia, 1955–1995	<i>Icelandic Central Bureau for Statistics, biographic dictionary of physicians</i>
Innos et al., 2002	Estonia, 1983–1998	<i>Population registry and mortality database of Estonia, Archive of death certificates of the Statistical Office of Estonia, 1982 survey of physicians</i>
Frank et al., 2000	Estados Unidos, 1984–1995	<i>National Occupational Mortality Surveillance database</i>
Hawton et al., 2001	England and Wales, 1991–1995	<i>OPCS, medical directories, General Medical Council Register</i>
Juel et al., 1999	Dinamarca, 1973–1992	<i>Danish Medical Association, Danish Central Population Register</i>

En el primer estudio se aplicó las escalas *Multidimensional Perfectionism Scale*, la *Hopelessness Scale*, el *Beck Depression Inventory* y la *Scale for Suicide Ideation* a una muestra de 91 pacientes psiquiátricos. En el segundo estudio, se evaluó el estrés vital en los pacientes antes mencionados. En general, los resultados confirmaron que el perfeccionismo auto-orientado y el socialmente prescrito están asociados con una mayor ideación suicida. Sin embargo, estas dos dimensiones del contribuyen únicamente a la discriminación de los grupos suicidas y ambas moderan la relación entre el estrés vital y la ideación suicida. Los hallazgos son discutidos en términos de sus implicaciones prácticas y teóricas.

Otro estudio donde se tomó en cuenta el perfeccionismo es el de Roxborough, Michelle (2008), en **Canadá**. Este autor se propuso obtener una confirmación empírica del modelo de desconexión social de Durkheim para determinar si los componentes interpersonales del perfeccionismo y los actos suicidas en los jóvenes están mediados por la experiencia de ser acosados (del inglés *bullying*), un marcador de desconexión social. Como muestra de estudio se utilizó a 152 pacientes externos de 8 a 20 años de edad (media = 12.87; DE= 2.97; 83 varones y 69 mujeres). Los hallazgos indican que existe sustento empírico para señalar que el modelo de la desconexión social a través de la faceta de auto-representación perfeccionista, el ocultamiento de la imperfección y los actos suicidas son influidos por las experiencias de ser acosados.

Otro estudio donde se toma en cuenta el factor personalidad como predicto del suicidio es el desarrollado por Calati et al. (2007), ellos hicieron una confirmación empírica del supuesto de que los **rasgos de personalidad temperamentales** están fuertemente asociados con el comportamiento suicida tanto en la población general como en las muestras clínicas. Para tal fin, evaluaron a cinco muestras de personas de

**Alemania:** una muestra control constituida por 1148 individuos con buena salud; 144 individuos que intentaron suicidarse y estaban afectados por trastornos del humor (n= 101), de un espectro de esquizofrenia (n= 20) y de personalidad borderline (n= 23); 46 italianos con intento de suicidio afectados por trastornos del humor; 76 pacientes alemanes con trastornos del humor pero sin intento de suicidio; 147 italianos con trastornos del humor pero que sin intento de suicidio. Los rasgos de personalidad fueron medidos a través del Inventario del Temperamento y el Carácter (TCI, siglas en inglés). Se halló que las personas con intento de suicidio, en comparación con el grupo control, obtuvieron mayores puntuaciones en Evitación del Daño y menores puntuaciones en Auto-Dirección y Cooperación. Sin embargo, al comparar los alemanes e italianos con intento de suicidio con el grupo de pacientes con trastornos del humor pero sin intento de suicidio, no se hallaron diferencias en cuanto a sus rasgos de personalidad. Esto se explicaría por el efecto de los trastornos del humor en la personalidad. Por tanto, el estudio sugiere que existe dificultad en distinguir entre el perfil de personalidad y la psicopatología de quienes intentan suicidarse.

Respecto a la variable satisfacción con la Vida, Valois et al. (2004) estudiaron la relación entre la satisfacción de vida percibida, la pobre salud mental, la ideación suicida y los comportamientos suicidas en una muestra nacional de 4758 estudiantes de 13 a 18 años de edad que cursan estudios en colegios públicos de nivel secundario al sur de Carolina, **Estados Unidos** . La recolección de los datos se desarrolló a través del CDC Youth Risk Behavior Survey. Los resultados indican que la salud mental pobre (en los últimos 30 días), la salud física pobre (en los últimos 30 días), las serias consideraciones del suicidio (en los últimos 12 meses), la planificación del suicidio (en los últimos 12 meses) y el intento de suicidio con requerimiento médico (últimos 12 meses) estuvieron

relacionados de manera significativa con una baja satisfacción con la vida. Asimismo, se hallaron diferencias según sexo y raza.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

La conducta o comportamiento suicida ha convivido con el ser humano desde los albores de la civilización. Sin embargo, no existen elementos suficientes para establecer perfiles y extrapolarlos con los patrones actuales, aunque pareciera que el comportamiento casuístico actual del fenómeno del suicidio se estaría inscribiendo dentro de una curva ascendente, ello debido a un indeterminado número de factores como la situación socioeconómica y psicosocial. Así, Levi (1988) y Vásquez (1997, a y b) consideran que la estructura social y los procesos sociales actúan como estímulos psicosociales sobre el ser humano, quien responde de acuerdo a su programa psicológico individual. Cuando tal ajuste fracasa el organismo tiene a reaccionar con diversos mecanismos desadaptativos, sea en el ámbito cognitivo, afectivo, conductual o fisiológico, los mismos que sumados a determinadas variables interactuantes, pueden provocar la aparición de intentos de suicidio o de suicidios consumados.

Asimismo, las distintas sociedades, a lo largo de la historia, han mantenido hacia el suicidio actitudes muy diversas y en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura (Bobes et al. 1997). La revisión teórica de la presente investigación está orientada a comprender la explicación del comportamiento suicida desde la perspectiva de la investigación epidemiológica así como desde las teorías sociales e individuales del suicidio.

## 2.2.1. Aspectos Generales

### 2.2.1.1. Definición de suicidio

La palabra “suicidio” es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas **sui** y **occidere**, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo (García de Jalón y Peralta, 2002).

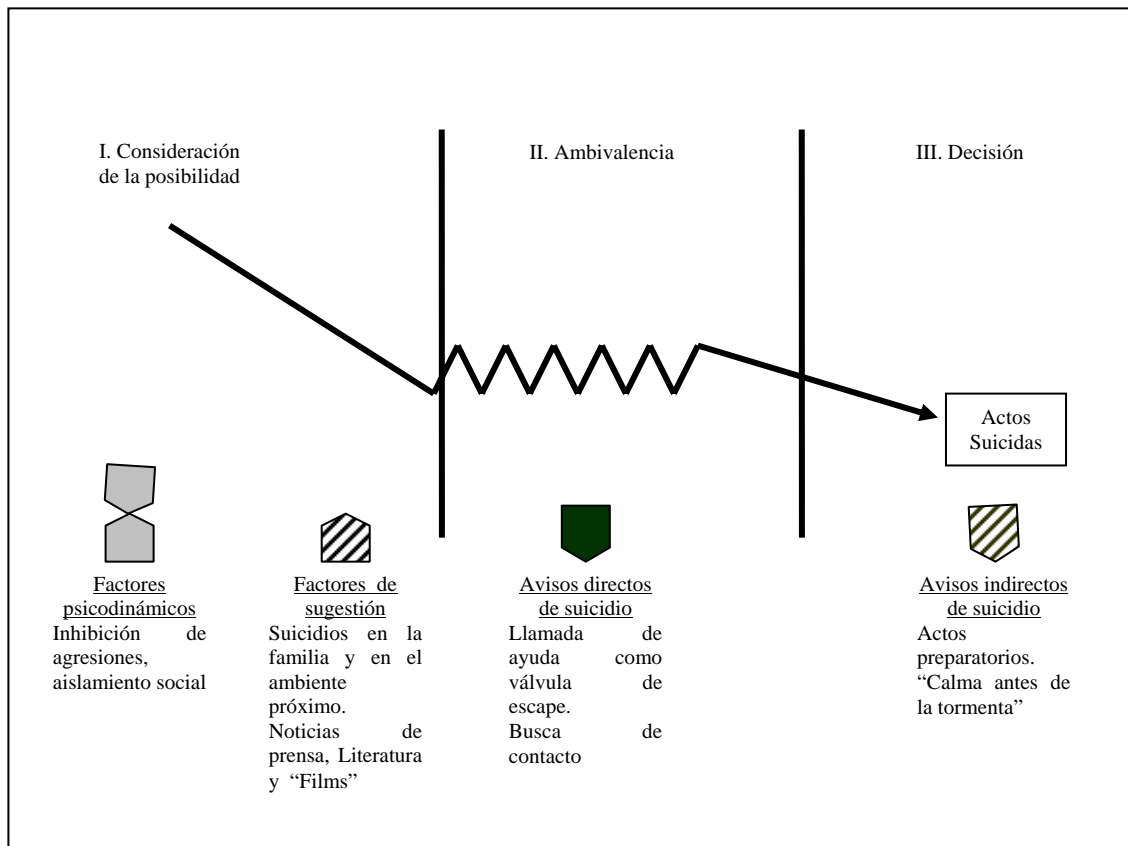
Asimismo, el término “suicidio” en sí evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad. Aparentemente, sir Thomas Browne fue quien acuñó la palabra “suicidio” en su obra *Religio medici* (1642). Médico y filósofo, Browne creó la palabra basándose en los términos del latín **sui** (uno mismo) y **caedere** u **occidere** (matar) (citado por García de Jalón y Peralta, 2002). Este término inicialmente creado reflejaba el deseo de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona (Minois, 1999).

A lo largo de los años, han surgido múltiples definiciones y descripciones de este fenómeno. Edwin Shneidman (1998) definió el suicidio como “...*el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución*”. Stengel, en 1964, diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio. En el intento, hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado. En la tentativa de suicida, o también conocida como conducta parasuicida, no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. No obstante, hay conductas parasuicidas que han acabado en suicidios consumados. A partir de esta diversidad de denominaciones Baquedano (2002) ha llegado a establecer los siguientes tipos de suicidio:

- a. **Suicidio consumado:** que se refiere al hecho de una persona que atenta contra su vida y muere.
- b. **Intento de suicidio:** hace referencia al hecho de vivir una conducta autodestructiva pero no morir.
- c. **Suicidio frustrado:** Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.
- d. **Gesto suicida:** este concepto nos habla de señales físicas o verbales que da una persona y que en conjunto establece una probabilidad de llegar a atentar contra su vida.

Por otro lado, Miró (2000) considera al suicidio como una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases: 1) **Idea suicida**, en la que el sujeto piensa en cometer suicidio. 2) **Duda o fase de ambivalencia**, donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir. 3) **Decisión**, en la que ya se pasa a la acción. En el Gráfico 2.1 presentamos el modelo del proceso suicida desarrollado Pöldinger (1969) que representa las fases antes mencionadas.

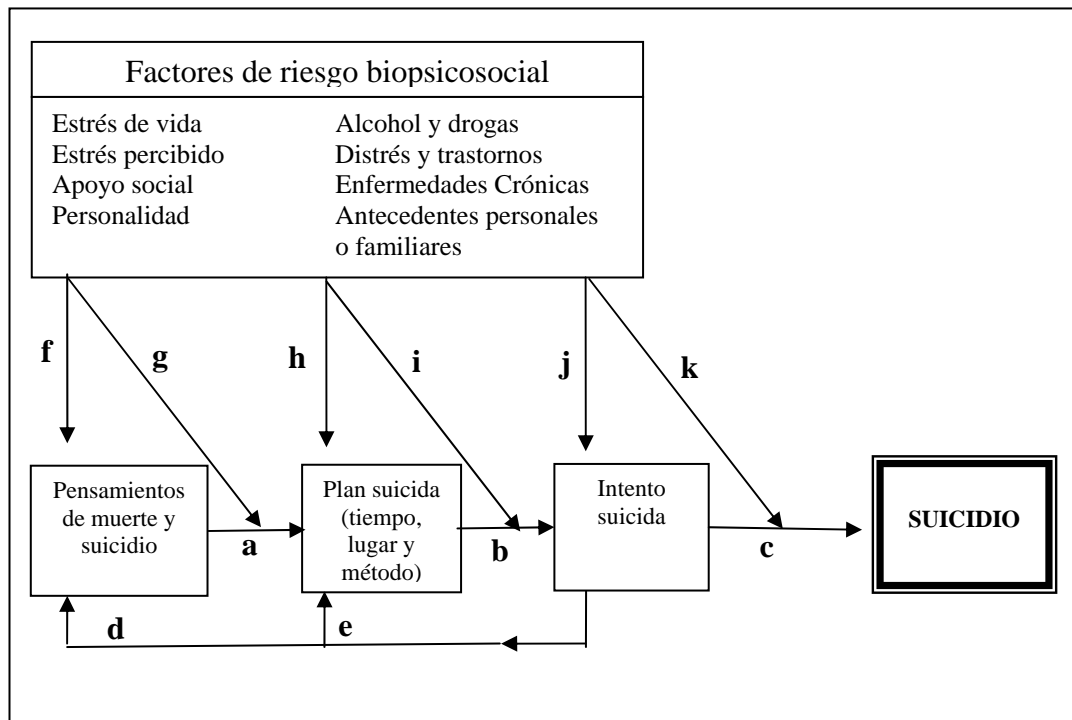
Otra explicación de las fases de la conducta suicida es la desarrollada por Säfsten (2004), quien denomina a la primera etapa del proceso suicida como la **fase de decisión de un suicidio**. En ésta, el individuo lucha contra las cuestiones de tipo moral y ético que implica el acto suicida, se pregunta si es pecado o no, y qué efectos tendrá en sus parientes y amigos. A menudo, se observa que este período se caracteriza por la ansiedad y agitación intensa. La fase sucesiva es la denominada **fase del inicio**, en la que el individuo formula planes concretos. En fin, sigue una **fase de postergación**, que a menudo es vista como un período en el que,



**Gráfico. 2.1. Estadios del proceso suicida. (Fuente: Pöldinger, 1969)**

paradójicamente, el individuo se relaja, en espera del momento oportuno para realizar el acto suicida.

Vilhjalmsson, Kristjansdottir y Sveinbjarnardottir (1998) nos proponen otro modelo para entender el proceso del suicidio, como una jerarquía secuencial de acciones con un grado subyacente de severidad. Así, la ideación suicida precede al planeamiento suicida, el cual podría terminar en un intento que conduzca hacia la muerte. Si el intento no es fatal, podría incrementar la probabilidad de la posterior ideación, planificación e intento suicida (Ver Gráfico 2.2). Por tanto, es de valor tanto teórico como clínico el tomar en cuenta los factores de riesgo asociados tanto a la ideación como a la planificación suicida.



**Gráfico 2.2 Modelo del proceso del suicidio de Vilhjalmsson et al (1998)**  
(Traducción propia)

### 2.2.1.2. La tendencia suicida

En opinión de Norlev et al (2005), la ideación suicida y el intento suicida difieren en términos de severidad. Así, mientras el primero está relacionado a la cognición, el segundo se relaciona al comportamiento. La combinación de estos dos aspectos comprende lo que Norlev et al (2005) denomina **Tendencia Suicida**. Este último constructo estaría respaldado por los reportes de investigación que señalan evidencias de la correlación entre la tendencia suicida no fatal y el suicidio consumado. Lo cual a su vez demuestra el potencial preventivo que generaría el estudio y comprensión de los pensamientos como intentos suicidas.

Otra denominación que estaría muy ligado a la tendencia suicida es el de "Suicidalidad" (Beck, 1971) englobando a "ideadores", "intentadores" y "consumadores" de suicidio como grupos superpuestos; señalándose el alto riesgo de los *intentadores* que lo elevan hasta cien veces el de su

población de referencia el año siguiente al intento (Barraclough, 1974; citado por Vásquez, 1999). No obstante, la distinción entre suicidio e intento aún sigue siendo compleja.

Por su parte, Kielholz (citado por Pöldinger, 1969) también utiliza el término *tendencia suicida*, al mismo tiempo que la considera como uno de los comportamientos más difíciles y que más sentido de responsabilidad exigen al profesional médico. Estas dificultades y responsabilidad han sufrido hoy un aumento a causa de que, gracias a la moderna psicofarmacoterapia, es posible tratar ambulatoriamente, en medida superior a la de hace unos años, a pacientes depresivos que constituyen una gran parte de los candidatos al suicidio. Esto ha llevado a que Pöldinger (1969) advierta que decidir acerca de si la terapéutica debe realizarse ambulatoriamente o mediante ingreso en clínica no depende de la clasificación nosológica o fenomenológica del cuadro depresivo, sino única y exclusivamente de la apreciación de la tendencia del suicidio.

De lo expuesto, queda claro que se entiende por *tendencia suicida* aquellas manifestaciones cognitivas, emocionales o conductuales que están orientadas hacia la consumación de la autoeliminación por parte de una persona. Al hacer mención a las manifestaciones cognitivas y emocionales, tomamos como concepto de referencia a la *ideación suicida*; mientras que cuando nos referimos a la conducta estamos haciendo mención específicamente al intento suicida.

#### **2.2.1.2.1. La ideación suicida**

En términos de definición del constructo *ideación suicida*, cabe mencionar que se refiere al pensamiento o idea suicida. Engloba deseos, actitudes o planes que la persona tiene para matarse (Roxo y Guevara, 2006). Por su parte, O'Carroll y col. (1996) definen a la *ideación suicida* como los deseos, pensamientos o anhelos de quitarse la vida.

La investigación del suicidio se ha centrado principalmente en el suicidio consumado (e.g. Durkheim [1897] 1951) o el intento de suicidio (e.g. Diekstra 1982; Maris 1981; Smith y Crawford 1986; Stack y Wasserman 1995). Relativamente pocos estudios se han enfocado en los pensamientos de muerte o suicidio (González-Forteza, et al. 1998).

Sin embargo, existe una creciente aceptación de que la ideación y la planificación son pasos importantes en un proceso de suicidio, caracterizado por una jerarquía de acciones con un subyacente grado de severidad (Beck 1986; Bonner y Rich 1987; Diekstra 1993; Smith y Crawford 1986). La ideación precede al planeamiento, el cual podría resultar en un intento orientado a la muerte. Si el intento de suicidio no es fatal, se generará un incremento en la probabilidad de la consecuente ideación, planeamiento e intento suicida. (Barrios, Everett, Simon, & Brenner, 2000; Flechner, 2000; Turecki, 1999). Para otros autores la ideación suicida es considerada como un factor de riesgo importante tanto del intento de suicidio como del suicidio consumado (Lynch et al. 1999; Lyon et al., 2000; Nugent y Williams, 2001)

La ideación suicida, como parte del proceso suicida, se considera así como un subproceso heterogéneo (González-Forteza, 1998). Las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva (Perales y Sogi, 2000; y Gradillas, 1998).

La ideación suicida está representada por la presencia de planes y deseos actuales para cometer el suicidio en personas quienes no han realizado algún intento reciente de suicidio y cuya severidad ha sido

propuesto por Beck et al. (1972) como un indicador de riesgo suicida. Para medir este constructo, Beck, Kovacs y Weisman (1979) desarrollaron la *Scale for Suicide Ideation* (SSI), la cual ha sido utilizada en diversos estudios para medir la intensidad, duración y especificidad de los planes y deseos de los pacientes psiquiátricos para consumir el suicidio (Beck, Steer, Kovacs, y Garrison, 1985; Wetzel, Margulies, Davies, y Karma, 1980).

Se considera que la ideación suicida es prevalente (Crosby, Cheltenham & Sacks, 1999; Mckeown et al., 1998) y genera riesgo de suicidio en los jóvenes en países tales como los Estados Unidos. Por otro lado, en el caso del Perú, en un reciente estudio epidemiológico Metropolitano en Salud Mental realizado por investigadores del Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, donde se investiga el pensamiento y el intento de suicidio como indicadores más sensibles a cambios, antes del suicidio consumado, se encontró que un 30.3% de la población adulta alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, un 8.5% lo ha considerado en el último año y un 3.5% en el último mes.

Carlson y Cantwell (1982) sostiene que la frecuencia y la intensidad de la ideación suicida aumentan con la edad cronológica, principalmente después de la pubertad.

Respecto a los estudios de ideación suicida y género, Mann et al (1999) demostraron que, en el período de la adolescencia, las mujeres presentan mayores tasas de ideación suicida en comparación de los hombres. (Cuatro veces más para la ideación suicida y tres veces más para el intento de suicidio).

#### **2.2.1.2.2. El intento de suicidio**

El intento de suicidio es el predictor más importante del futuro suicidio consumado, particularmente en la presencia de trastornos del ánimo no tratados (Nordström, 1995). Es el concepto general que sirve para designar a todo acto que busque la muerte propia, llamar la atención o manipular y obtener ganancias secundarias, y al cual se sobrevive.

Un intento puede fallar por múltiples causas: por que no existió una firme decisión de hacerlo, por la levedad del intento, por los medios blandos empleados, por el desconocimiento de la ineficacia de los medios o por la rápida actuación de otras personas para evitarlo. Siempre que se determine una manipulación consciente del acto no debe registrarse como intento suicida.

Los intentos de suicidio a su vez, incluyen tres tipos distintos de fenómenos establecidos en función de la gravedad o seriedad del intento, a saber:

- ***Suicidios Frustrados:*** Es el tipo de tentativa suicida en el cual, dado la seriedad de la intención y la eficacia de los métodos utilizados, quien lo intenta no logra la muerte, por fallas en su ejecución. Sin embargo, de no haber existido esos factores había alta posibilidad de que se consumara. Es decir, que se designa así al más serio intento suicida, sinónimo de suicidio fracasado y de suicidio no consumado.
  
- ***Gesto o ademán suicida:*** Es un intento suicida que se realiza sin la seria determinación de producir la autodestrucción. Busca más bien llamar la atención, muchas veces inconscientemente. En estos casos el intento es más un medio que un fin.

- **Los chantajes, simulación suicida:** Son también denominados pseudosuicidios: se trata de una conducta parasuicida, en la que se busca aparentar un suicidio, pero que en realidad no lo es por su intención manipulativa. Aunque en sentido estricto los pseudosuicidios no son suicidios ni intentos serios, es un acierto nosológico el que se le haya incluido para su estudio, bajo la categoría de acto suicida, porque los chantajes suicidas adoptan la forma clínica y se presentan como actos suicidas por lo cual constituyen un tipo de fenómenos con el cual precisamente necesita realizarse el diagnóstico diferencial, tanto del gesto suicida como del suicidio frustrado.

Para fines de este estudio se considera un intento suicida como aquel proceso comportamental que realiza una persona en consciencia de su albedrío y que tiene como finalidad el quitarse la vida.

Respecto a la relevancia del estudio del intento suicidio se fundamenta en el estudio epidemiológico Metropolitano en Salud Mental realizado por investigadores del Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. En este se halló que el 5.2% de la población ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 1% lo habría intentado en un último año. Un 11.6% de las personas que intentó hacerse daño considera todavía como una posibilidad de solución dicha conducta. Es importante mencionar que el sexo femenino es el más afectado (por Mosquera 2003)

### **2.2.2. Epidemiología del Suicidio**

Según Guibert (2002), nuestro análisis de la epidemiología del suicidio tiene que partir de una concepción amplia y profunda de la Salud Pública, para que pueda ser útil para la acción en los modelos de atención

primaria de salud y en la concepción que tiene la población de la salud y la enfermedad.

El determinismo social es efectivo para todas las esferas de actuación humana, no siendo la salud una excepción. La sociedad actúa sobre la individualidad en dos niveles diferentes relacionados con la salud: un primer nivel, que se caracteriza por el apoyo estatal a medidas generales de higiene, prevención y servicios gratuitos o pagados, que garantizan la reducción brusca de todas las enfermedades contagiosas de origen externo, así como de otros indicadores, lo que se manifiesta en la mayoría de los sectores poblacionales de los países; en un segundo nivel, la sociedad afecta la salud humana en la medida en que las características de su funcionamiento y organización constituyen una mayor o menor fuente de estrés para el individuo. En él, todas las organizaciones, instituciones, reglas, tradiciones y regularidades del funcionamiento social, se convierten en elementos que pueden beneficiar o perjudicar la salud.

Este segundo nivel es menos intencional que el primero, pues sus regularidades escapan a la proyección voluntaria de quienes orientan los procesos políticos y sociales, y aparecen sus resultados por la interrelación de múltiples y complejos elementos del funcionamiento integral en cada sociedad particular. Sin embargo, su importancia para la salud humana es vital, pues a partir de la acción de la sociedad se desarrollan muchas de las enfermedades que más afectan al mundo de hoy, entre ellas el suicidio.

Partiendo de que la salud y la enfermedad son resultantes de múltiples factores, y de que debido a estos, los esfuerzos para mejorar la salud deben ser multidimensionales, la utilidad de los datos epidemiológicos tradicionales es incuestionable, y aún más si estos provienen de una epidemiología comportamental que caracterice mejor a una población en

variables de corte psicosocial. Estas variables son indispensables para intervenir en problemas de salud como el suicidio, donde es esencial el prisma personal con el que se analiza el entorno ecológico y los estilos de vida de los grupos humanos donde vive el individuo.

#### **2.2.2.1. El suicidio como problema de salud pública**

Las conductas suicidas constituyen uno de los problemas atávicos más importantes de la salud pública mundial; la magnitud del mismo queda bien ilustrada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en una revisión de 201 países publicada en 1900, donde pudo apreciarse como aproximadamente 808,000 personas se suicidaban al año en el mundo, lo cual supone un número similar al de personas fallecidas en accidentes de tráfico (856, 000) y superior al número de defunciones causadas por conflictos bélicos (322 000) durante idéntico período. A esto se suma el alto sub-registro que tendrían las cifras de suicidio (Holinger et al. 1987, citado por Barros, 1991).

Por otro lado, las cifras de los casos de suicidio sólo representan la punta de un iceberg; según datos de la OMS, aproximadamente 10.2 millones de personas en todo el mundo cometen algún tipo de conducta suicida que requiere la atención médica y cerca de 30 millones estarían en peligro de cometer este tipo de comportamiento aunque no reclamen atención. A esto habría que añadir que aproximadamente 4,25 millones de personas se ven afectadas directamente por la muerte debida al suicidio (Bonger, 1992; Beck, Brown y Berchick, 1985).

El suicidio ocupa el segundo o tercer lugar como causante de muerte en jóvenes de 15 a 19 años de edad y su incidencia se ha triplicado en los países occidentales en los últimos 30 años, especialmente en los adolescentes y adultos jóvenes. Con mucha frecuencia, entre los suicidas se encuentra alteraciones de la personalidad, estado de ánimos inestable,

agresividad, impulsividad y alienación social. Cuando éstas se combinan con el abuso de alcohol y drogas aumenta el riesgo de suicidio.

La Organización Mundial de la Salud (1996) clasifica el nivel de suicidio de acuerdo con la tasa de suicidio. Se consideran tasas bajas por debajo de 5/100.000 habitantes, medias entre 5 - 14, altas entre 15 a 30 y por encima de treinta se denominan muy altas.

#### **2.2.2.2. Situación actual del suicidio en el mundo**

En general, en el mundo la importancia de los suicidios ha aumentado entre las causas externas de mortalidad. Así en 1990 en el mundo murieron por suicidio aproximadamente 818 000 personas, la mayoría de ellas (267 000) comprendidas entre las edades de 15-29 años, es decir, adolescentes y adultos jóvenes. En los países desarrollados, el mayor porcentaje de muertes por suicidio sucede entre los 30 a 44 años de edad, mientras que en el tercer mundo ocurre entre los 15 a 29 años (Christopher, Murray y López, 1995).

Los estimados mundiales de causas de muerte pronostican que el suicidio ocupó el décimo primer lugar como causa de muerte en el mundo en el año 1997, y pasará a ocupar el lugar décimo como causa de muerte mundial para el año 2020. (Murray, Christopher & López, 1997). Está comprobado que la mayoría de las personas que se suicidan en el mundo son hombres, y este hecho sucede en todas las culturas del Oriente y Occidente; la única excepción es la República Popular China, donde en los últimos años las tasas de suicidio de las mujeres es mayor que la de los hombres, tanto en las zonas rurales como en las urbanas,(OMS, 1996) aunque no sabemos con exactitud las razones, pues son escasas las publicaciones que se difunden en el mundo sobre este tema en dicho país.

Según las tasas de suicidio por 100 000 habitantes, los diferentes países se pueden dividir en 4 grupos. En el año 1993 el cuadro a nivel mundial era el siguiente:

- ❖ Primer grupo: Comprende aquellos países que tienen una tasa de suicidio por encima de 25. Figuran aquí Lituania (47.6), Rusia (43.7), Estonia (42.9); Hungría (36.1), China (33.8) y Finlandia (27.7).
  
- ❖ Segundo grupo: Incluye a aquellos países cuyas tasas son de 19 a 25. Ellos son Ucrania (23.7), Croacia (23.1). Dinamarca y Austria (22.4), Suiza y Francia, con 21.5.
  
- ❖ Tercer grupo: Son aquellos en los que las tasas están entre 12 y 18. Son Bulgaria (17.5), Japón (17), Suecia (16.2), Alemania, (15.7), Polonia (14.6), Noruega (13.8), Canadá, (13.2) y Estados Unidos (12.1).
  
- ❖ Cuarto grupo: Con tasas menores de 11. En este grupo tenemos a Australia (11.6), Puerto Rico (9), Italia (8.1), Corea del Sur (8), España (7.2). Israel (7), Chile (4.9), Colombia (3.1), Albania (2,3), Azerbaizhan (1.6) y Malta que tiene 0,5.

El país con mayor índice de suicidio en 1994 era Lituania, y el de menor, Malta, mientras que el grupo de países más afectados por el suicidio en los últimos años es el de Europa del Este, el llamado "*cinturón suicida*".

Las variaciones en las estadísticas parecen indicar que la comparación internacional de las tasas de suicidio sería más provechosa cuando los expertos de los países de que se trate pudieran reunirse para explicar los factores responsables de esas variaciones, la manera en que se llega al

dictamen de suicidio en los diferentes países, y la forma en que una defunción por suicidio se registra en las estadísticas nacionales.

La evolución de las tendencias suicidas han resultado en un saldo desfavorable para las personas de la tercera edad. A mediados del siglo, el volumen mayor de suicidios se desplazó para los 40-50 años, mientras que actualmente la mayor prevalencia se encuentra a los 60 años en casi todos los países (Mesa, 1994). Analizando las estadísticas mundiales de suicidio de acuerdo con la edad, apreciamos que las tasas entre los jóvenes van en aumento en todos los países, y que en los adolescentes la relación entre suicidios frustrados y consumados se ha estimado en 40:1 en la mayoría de los países industrializados, mientras que en los mayores de 55 años es de 2:1 (Hendin, 1997). Además, el suicidio consumado es mucho más común en los jóvenes varones que en las muchachas, aunque estas, en cambio, cometen intentos de suicidio con mucha más frecuencia. A medida que avanza la edad es menor la proporción intento de suicidio/suicidio, y aumenta la letalidad del intento.

Estas realidades muestran la necesidad del uso de la epidemiología en el monitoreo, evaluación y pronóstico del progreso hacia la salud por parte de todos los países y comunidades. Desgraciadamente, la experiencia ha demostrado que son precisamente los países y comunidades que más necesidades tienen los que están dirigidos por gobernantes que carecen de las actitudes favorables para llevar a cabo un análisis epidemiológico eficaz del suicidio.

### **2.2.2.3. Situación del suicidio en las Américas**

La importancia del suicidio como indicador de mortalidad por causas externas en todos los países de América fue estudiada por Yunes, J. & Zubarew (1999), quienes encontraron que, tomando como referencia al grupo de hombres de 15 a 24 años de edad, los países con mortalidad

por suicidio alta (tasas mayores a 12 por 100.000) son, en orden decreciente: Canadá, EEUU, El Salvador, Trinidad & Tobago, Cuba y Uruguay. Los países con tasas moderadas (entre 8 y 12 por 100.000): Costa Rica, Chile, Ecuador, Venezuela, Puerto Rico, Panamá y Argentina. Colombia, México y Brasil son los países con las tasas más bajas (menores de 8 por 100.000).

La tendencia de la mortalidad por suicidio en la mayor parte de los países es estacionaria excepto en: Panamá, México y Trinidad & Tobago, en que hay aumento de las tasas en población total y adulto joven. En Canadá, Ecuador y Argentina la mortalidad por suicidio está aumentando principalmente entre los jóvenes. En Brasil las tasas están aumentando en el grupo de hombres de 15 a 24 años, especialmente a partir de 1989. En Cuba el suicidio es el primer factor de la mortalidad por causas externas en la población total y en las mujeres del mismo grupo de edad.

Por otro lado, en el conjunto de los países de la región los suicidios representaron en 1984 el 12.2 % de todas las causas externas de muerte, proporción que aumentó ligeramente a 12.4% para el año de 1994, principalmente con un aumento de los suicidios en los hombres y una disminución en las mujeres; en cuanto a las tasas específicas de mortalidad por suicidio, las diferencias entre lo observado en 1984 y en 1994 son pequeñas, pero disminuyeron (OPS, 1998) también debido a una disminución de la tasa de suicidios en las mujeres, como vemos en la tabla 2.2.

Como en la mayoría de los casos, estas cifras globales ocultan grandes diferencias, tanto en relación con las tasas, y sus tendencias entre países y áreas geográficas de las Américas. Las tasas de suicidio más altas por región son América del Norte (12,2), Caribe Inglés (10,3) y Cono Sur (6,8); no obstante en América del Norte las tasas disminuyeron.

**Tabla 2.2. Comportamiento del suicidio en las Américas**

<i>Sexo</i>	<i>Suicidios</i>	
	% de las causas de muerte externas (1984)	Tasas × 100 000 Habitantes (1984)
Hombres	13,5	12,8
Mujeres	3,9	10,9
<b>Total</b>	8,7	12,4

De los 24 países que informaron a la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1994), 5 tienen tasas de suicidio iguales o mayores al 20 % de sus defunciones por causas externas: Suriname con 31%, Trinidad y Tobago con 29%, Cuba con 27%, Canadá con 26% y Estados Unidos con 20%. Otros 7 países (Argentina, Barbados, Costa Rica, Chile, El Salvador, Puerto Rico y Uruguay) presentan valores entre el 10 y el 20 %.

Al considerar la situación de cada país, las tasas elevadas de mortalidad se encuentran en países como Guyana, Trinidad y Tobago, Uruguay, Cuba y Canadá. Este aspecto precisa análisis y estudios psicosociales profundos, pues estos países son de los que presentan en general los mejores indicadores de salud de todo el continente.

En toda la región, el 59 % de los suicidios ocurren entre los 15 y los 44 años, y alrededor del 17 % después de los 65 años. América del Norte es la subregión que presenta la tasa más alta de suicidio entre los hombres con 19,8 × 100 000 habitantes en 1994, en segundo lugar se encuentra el Caribe Inglés con 15,6 y en tercero el Cono Sur con una tasa de 13,9 entre los hombres. Las 2 primeras subregiones son también las que presentan las tasas más altas entre las mujeres, pero el Caribe Inglés supera a América del Norte (tabla 2.3).

**Tabla 2.3. Tasas de muertes por suicidio × 100 000 habitantes, según sexo y por subregiones, alrededor de 1994.**

SUICIDIOS	AMÉRICA DEL NORTE. A (%)	CARIBE INGLÉS .B (%)	AMÉRICA CENTRAL, MÉXICO Y CARIBE LATINO. C (%)		ÁREA ANDINA .D (%)	CONO SUR E (%)
Masculino	19.8	15.6	6.1	9.5	7.2	13.9
Femenino	4.7	5.1	1.1	2.8	2.2	3.3
Total	12.2	10.3	3.6	6.1	4.7	7.9

a. América del Norte: Canadá y Estados Unidos.

b. Caribe Inglés: Anguila, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Guyana, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tobago.

c. América Central y Caribe Latino: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, República Dominicana y Cuba.

d. Área Andina: Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

e. Cono Sur: Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay

La situación por edades y sexo presenta diferencias apreciables entre países, aunque siempre es mayor el número de suicidios en los hombres. En Canadá, Estados Unidos y Cuba, más del 60 % de los suicidios en ambos sexos ocurre entre los 15 y los 44 años, y declina a partir de los 45, más aún en las mujeres, aunque aumenta el número de suicidios en este grupo de año en año, a pesar de que en estos países se adoptan estrategias para la protección económica y social de los ancianos. En Argentina y Uruguay la frecuencia de suicidio ha aumentado en ambos sexos, con una tendencia creciente; en el caso de Costa Rica, menos del 10 % de los suicidios ocurre a partir de los 65 años.

Actualmente el suicidio tiene también mayor frecuencia en el grupo de 15 a 24 años, con la mayor tasa global de las Américas en Cuba (22.6) y la menor en Jamaica, y tiende a presentarse a edades más bajas y ubicarse

entre las 5 primeras causas de muerte entre los 5 y 14 años en Canadá, Estados Unidos y Puerto Rico (OPS, 1994)

Los patrones demográficos de suicidio también difieren según el estado civil, con un mayor riesgo en las personas viudas, divorciadas y que viven solas. En los Estados Unidos las tasas ajustadas de suicidio de los negros han sido siempre del orden de la mitad que de los blancos (6.4 contra  $11.6 \times 100\ 000$  en 1992), pero esa diferencia se reduce claramente en los jóvenes de 25 a 34 años, pues los jóvenes negros casi igualan a los blancos en dicho grupo de edad en ambos sexos: 19,2 en los hombres y 4,8 en las mujeres de la raza negra frente a 24.7 en los hombres y 5.0 en las mujeres de la raza blanca, en 1992. Pudiera estar influyendo en este fenómeno la homogeneización de las características de los cambios en la educación y en las dinámicas familiares de las familias americanas, con independencia del grupo racial al que pertenezcan.

#### **2.2.2.4. Prevalencia del suicidio en el Perú**

En cuanto a la problemática que nos interesa, el suicidio, asociado a diferentes cuadros de mortalidad, ocupa el cuarto lugar como causa de muerte violenta en Lima, constituyendo el 8% de las mismas (Instituto de Medicina Legal). Se observa, además, que por cada mujer que se suicida se suicidan dos varones. En un estudio anterior realizado por el INSM Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (1998) se mencionan los motivos más frecuentes asociados al suicidio: conflictos conyugales (29.6%), conflictos familiares (27.6%), conflictos sentimentales (22.1%), etc. Los diagnósticos clínicos más frecuentes asociados al suicidio fueron: trastorno depresivo mayor (39.4%) y trastorno reactivo con síntomas depresivos (35.5%); un 23% está asociado también con el abuso de alcohol y sustancias.

Otra institución pública muy importante que nos brinda importantes información sobre el suicidio en nuestra realidad es el Instituto de

Medicina Legal, el mismo que informa que para el año 2004, las muertes por suicidio constituyen 6.4% de muertes violentas.

En el estudio Epidemiológico de salud Mental realizado en la Sierra peruana en el año 2003 por el INSM "H.D-HN", encontramos que la prevalencia anual de deseos de morir esta en 34.2%, y la prevalencia de vida del intento suicida esta en 2.9%. Pasan del pensamiento a la concreción suicida en un 34% y de la planificación al intento en 72%.

#### **2.2.2.5. Objetividad de los estudios epidemiológicos del suicidio**

Las estadísticas sobre el suicidio consumado, según Cassorla (1987), son fallidas y subestimadas. Uno de los motivos que el autor considera para esto, es el hecho de que los actos auto-destructivos son negados o incluso ocultados por las familias debido a los sentimientos de culpa y/o vergüenza por el hecho. Así por ejemplo, en muchos países, por prejuicios religiosos, cuestiones políticas o hábitos culturales, existe la tendencia a clasificar estas defunciones entre las de causas externas no intencionadas, o en las de causas indeterminadas; o se clasifican como muertes del corazón para evitar así los inconvenientes de la realización de necropsias u otro tipo de investigación para conocer la causa.

Algunos investigadores opinan que probablemente las tasas efectivas son considerablemente superiores a las que resultan de los casos notificados (Dublin, 1963). El hecho de que no se notifiquen muchos casos se debe a una combinación de factores tales como la resistencia a calificar de suicidio una defunción por las repercusiones de carácter judicial y social que tal calificación pudiera tener para la familia del fallecido; en algunas ocasiones, el silencio se debe a las dudas en cuanto a las circunstancias en que se produjo la muerte, y en otras, por otros factores personales y culturales (Shneidman, 1998)

Por otro lado, Cervera (2004) señala que las estadísticas mundiales sobre los casos de suicidios consumados son difíciles de comparar y ante la particularidad del tema, podrían ser inexactas. Así, en algunos países, el suicidio es un tabú absoluto. A esto se agrega el hecho de que gran número de informes se refieren a clasificaciones equivocadas de causas de muerte, accidentes debidos a causas desconocidas, y a los llamados suicidios crónicos u ocultos (como abuso de sustancias, escaso respeto por los regímenes médicos, etc.). También es una paradoja que mientras las depresiones son condiciones médicas bien definidas, y mientras las diagnósticos oficiales se pueden evaluar más fácilmente desde un punto de vista estadístico, los suicidios son considerados como una entidad médica separada y por tanto es mucho más difícil comparar las respectivas estadísticas.

No obstante esto, no hay que creer que de suyo las estadísticas oficiales sean representaciones equivocadas (Cervera, 2004), siempre los datos epidemiológicos nos aproximan a la realidad del comportamiento social del problema de salud (frecuencia, distribución y probabilidad de ocurrencia) y nos permiten inferir sobre causalidad así como sobre los puntos clave que empeoran o podrían empeorar la situación de salud de los países, las poblaciones o una comunidad.

Por otro lado, la mayor parte del esfuerzo en esta área la han desarrollado psicólogos y médicos psiquiatras, por lo que resultaría interesante contar con estudios multidisciplinarios que permitan tener acceso a una visión más global del fenómeno y de las diversas problemáticas que lo rodean. Asimismo, otro aspecto que se debe desarrollar es el planteamiento de proyectos colaborativos con investigadores de otros estados, los cuales permitirían tener una descripción nacional más detallada.

Las investigaciones realizadas hasta ahora, tanto epidemiológicas como psicosociales, han puesto cierto énfasis en las comparaciones por sexo. El reto es llevar el análisis más allá e incluir en los nuevos diseños la perspectiva de género como un elemento importante que permita una explicación y comprensión más completas de las semejanzas y diferencias entre hombres y mujeres.

Finalmente, dado que el suicidio no se puede explicar sólo en términos patológicos, sino como un hecho que forma parte de un proceso psicológico, social y cultural, es imperioso dar el salto de la investigación descriptiva a la evaluativa, que nos permita pasar al campo de la prevención primaria (con la identificación de factores protectores) a la secundaria (a través de la identificación de factores de riesgo).

### **2.2.3. Planteamientos Teóricos del Suicidio**

A principios del siglo veinte surgen dos teorías del suicidio, una la de Emilio Durkheim desde el punto de vista sociológico y la otra de Sigmund Freud quien estudió los aspectos psicológicos. Durkheim contempla dos teorías, la primera indica que el suicidio no es frecuente en una sociedad integrada, la segunda indica que el suicidio está asociado al cambio de valores de la sociedad en particular.

Freud, por su parte, desarrolló una teoría psicológica que basa la conducta en el inconsciente del hombre; su hipótesis plantea que el individuo suicida vuelca sobre sí su ira inconsciente, no expresada hacia una persona amada. El suicidio desde una perspectiva psicodinámica es considerado como asesinato, las razones son: un dolor psíquico considerable del cual se desea escapar, necesidades psicológicas frustradas tales como seguridad, confianza y logros, un impulso súbito de odio a sí mismo en un marco de autoevaluación negativa, con auto-

rechazo, desvaloración, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo (Schneiderman, et al. 1976).

Mannierger, uno de los principales estudiosos del suicidio desde un enfoque psicoanalítico, sugirió que existen tres fuerzas destructoras; el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir.

Por otro lado, entre algunas de las teorías contemporáneas más representativas sobre el suicidio se halla la *Teoría Biosocial de Linehan* (1981, 1993a), donde se establece que el comportamiento suicida es un método aprendido para enfrentarse con el sufrimiento emocional intenso. Así, el comportamiento suicida es visto como un déficit de habilidades; por ejemplo, las personas buscan la muerte como solución para su intenso sufrimiento porque no pueden pensar en otras alternativas de solución que sean óptimas. Esta teoría tiene sus raíces en el conductismo social (Staats, 1975) y el conductismo radical (Skinner, 1957) y ha sido moldeada de acuerdo a las investigaciones actuales.

La teoría del suicidio de Linehan se basa en el supuesto de que existen diversos caminos que conducen al comportamiento disfuncional. Por tanto, es necesario un análisis del comportamiento para descubrir las variables específicas que estarían determinando el acto suicida de algunas personas específicas.

Este análisis requiere tomar en cuenta variables tales como: factores ambientales, la cognición, las emociones y el comportamiento manifiesto. Esto nos conducirá a saber cuál de las variables estudiadas desempeñan un rol fundamental como causantes del comportamiento suicida. No obstante la teoría de Linehan acepta un enfoque multicausal de la conducta suicida, se centra en diversos procesos causales comunes, específicamente el desequilibrio emocional.

Los factores situacionales son vistos, dentro de la teoría de Linehan, como de gran rol protagónico en la mayoría de casos de suicidio, aún cuando las cogniciones y emociones son consideradas importantes. Por tanto, no sería suficiente explicar el comportamiento disfuncional tan sólo en términos de experiencias internas, porque el origen de estas experiencias también deben ser explicadas (Baum & Heath, 1992). Es decir, es importante entender el contexto en el cual el pensamiento conduce a emociones y comportamientos problemáticos (Wilson, Hayes & Gifford, 1996).

Frente a este panorama, donde se observa que el suicidio ha sido puesto en relación con un sin número de variables, Estruch y Cardus (1982) consideran que una investigación empírica global del suicidio se ha convertido en poco menos que imposible, pues es de hecho inviable el poder llegar a tomar en consideración cuantos factores han sido propuestos como variables significativas.

#### **2.2.4. Factores del suicidio**

Existe un consenso entre los suicidólogos, según Dutra (2001) y Galban et al. (2002), en que el suicidio es un fenómeno multifacético que implica factores biológicos, sociales, sociales y emocionales. Para Dutra (2001), el suicidio es una realidad mundial, ocurre en todos los grupos etarios, etnias y niveles socio económicos.

##### **2.3.4.1. Factores asociados al proceso suicida**

La explicación del proceso suicida a partir de los factores que lo determinan varía según la etapa o fase en que se encuentre la persona. Así, existen factores tanto comunes y diferentes que determinan el suicidio consumado, el intento de suicidio y la ideación suicida.

**a. Factores asociados al suicidio consumado**

Las investigaciones señalan que el suicidio consumado se asocia con la vejez, el sexo masculino, estado civil de no casado, desempleo (Durkheim, 1897; Maris, 1985; Pritchard, 1992; Smith et al, 1988), pérdida y conflicto del rol social principal (Breault, 1986; Maris, 1981), desórdenes mentales serios, depresión específicamente clínica y esquizofrenia (Lester 1983; Pokorny y Kaplan 1976), abuso de alcohol y drogas, comportamiento criminal (Beskow 1979; Maris 1981; Rossow 1994) y la elección del método de suicidio (Andrus et al. 1991; Maris 1981).

**b. Factores asociados al intento de suicidio**

El intento de suicidio frustrado ha sido asociado a una edad joven, el género femenino, al estado civil soltero y el desempleo (Alderson 1974; Andrus et al. 1991; Palsson et al. 1991; Platt y Kreitman 1985; Sorenson y Rutter 1991; Stack y Wasserman 1995), eventos de vida negativos o dificultades (Grossman et al. 1991; Maris 1981; Smith y Crawford 1986; Stanley and Barter 1970; Stein et al. 1974; Topol y Reznikoff 1982) y lazos débiles o bajo apoyo social de los familiares y amigos (Smith y Crawford 1986; Stanley and Barter 1970; Topol y Reznikoff, 1982). Los intentos de suicidio también son más probables entre las personas que tienen una baja autoestima y un locus de control externo; por ejemplo, un bajo sentido de dominio (Topol y Reznikoff 1982; Wenz 1976) y están deprimidos, desesperanzados o tienen problemas en su consumo de alcohol o drogas (Maris 1981; Minkoff et al. 1973; Palsson et al. 1991; Smith y Crawford 1986; Sorenson y Rutter 1991; Topol y Reznikoff 1982). Finalmente, existen evidencias de que las personas que sufren de dolores persistentes tales como dolor de cabeza o estómago (Breslau 1992; Ingersoll et al. 1993) y enfermedades físicas crónicas (Lester, 1983) están en mayor probabilidad de intentar suicidarse.

Los estudios señalados comprenden a los factores sociodemográficos, situacionales y personales como determinantes del intento suicida y el suicidio consumado. Sin embargo, algunos factores (en mayor medida la edad, el sexo y los desórdenes mentales serios) se relacionan a las dos consecuencias en diferentes maneras, la diferencia de los factores de riesgo es principalmente un asunto de grado (ver Diekstra 1993)

### **c. Factores asociados a la ideación suicida**

Wilhjalmsson et al (1998) señalan que existe un menor conocimiento en cuanto a los factores de riesgo para la ideación suicida, en comparación con el intento de suicidio y el suicidio consumado; sin embargo, los estudios de ideación suicida disponibles señalan una variedad de factores de riesgo, la mayoría de ellos ya identificados en los estudios previos sobre comportamiento suicida.

Los pensamientos suicidas parecen no estar relacionados al género (Friedman et al. 1987; Murray 1973; Sorenson y Rutter 1991) y al logro educativo (Kinkel et al. 1988; Paykel et al. 1974; Sorenson y Rutter 1991) pero podría ser más frecuente en las personas solteras y jóvenes (Sorenson y Rutter 1991; Zimmerman et al. 1995). Las personas con baja autoestima (De Man et al. 1992) y limitadas habilidades en la solución de problemas (Dixon et al. 1994; Priester y Clum 1993) son más probables de experimentar ideaciones suicidas, no obstante su relación sería indirecta.

Asimismo, aquellos que están deprimidos, insatisfechos, pesimistas (Breslau 1992; Kandel et al. 1991; Kinkel et al. 1988; Paykel et al. 1974; Smith y Crawford 1986; Sorenson y Rutter 1991), experimentan frecuentes dolores de estómago y de cabeza o migrañas (Breslau 1992; Ingersoll et al. 1993; Paykel et al. 1974), o abusan en su consumo de

alcohol o drogas, o están involucrados en actividades ilegales (Kandel et al. 1991; Kinkel et al. 1988), son también más probables de pensar en el suicidio.

Además, el estrés vital en general, y el estrés familiar en particular (en la forma de situaciones negativas y dificultades persistentes), están asociados con la ideación suicida (de Man et al. 1992; Kandel et al. 1991; Paykel et al. 1974; Smith and Crawford 1986). Finalmente, la carencia de interrelación y de apoyo social de los familiares y los amigos también está relacionado con la ideación suicida (de Man et al. 1992; Kandel et al. 1991; Kinkel et al. 1988; Paykel et al. 1974; Smith y Crawford 1986).

La comparación de los hallazgos sugiere que la ideación suicida comparte números factores de riesgo con otras etapas del proceso suicidio, principalmente con el intento de suicidio. Entre estos factores de riesgo comunes se halla el estrés vital, el apoyo social, la autoestima, el consumo de alcohol, la depresión, la desesperanza/pesimismo y el dolor frecuente. Sin embargo, las diferencias demográficas tienden a ser débiles o no existen en el caso de la ideación suicida, a excepción de la edad y el estado civil.

#### **2.3.4.2. Factores protectores del suicido**

Los factores de riesgo son aquellas circunstancias que influyen para que una persona se involucre en un comportamiento de autodaño; mientras que los factores protectores se refieren a aquellas circunstancias de apoyo (amortiguadores) que previenen que la persona se involucre en comportamientos de autodaño intencional.

En realidad, aunque la investigación ha señalado que muchos de estos factores de riesgo están asociados positivamente con comportamientos relacionados al suicidio (Earle, Forquer, Volo y McDonnell, 1994; Eyman y

Eyman, 1992; Gibbs, 1997; Tatman, Greene y Karr, 1993). Estudios tales como los desarrollados por Linehan y sus colaboradores de la Universidad de Washington, han brindado atención a la importancia de los factores protectores en el estudio del suicidio. Dentro del mismo enfoque, Malone et al. (2000) han planteado un modelo de vulnerabilidad al estrés para referirse tanto los intentos de suicidio como al suicidio consumado. Este modelo es derivado de la observación de que no obstante una proporción significativa de la población experimenta episodios de estrés y de depresión mayor, sólo una minoría de aquellas personas actúan en función de ideas suicidas.

Por tanto, existiría un impulso dominante que está relacionado a los estresores, constituyéndose en un estado dependiente, y un área de vulnerabilidad o umbral, el cuál dependería más de los rasgos de personalidad. Ningún dominio, por sí mismo, determinará la suicidabilidad. Sin embargo, cuando los factores de riesgo a través de los dominios son combinados, la probabilidad de los actos suicidas es mayor, ya sea debido la limitación interna para la disminución de los actos suicidas o debido al exceso de estrés del impulso o idea suicida (Malone et al. 1995).

Las diferencias en el riesgo del comportamiento suicida entre las diversas comunidades, generaciones y grupos religiosos siguieren que además de las determinantes biológicas, sociales y ambientales de los actos suicidas, podría existir una importante influencia de variables religiosas y culturales (Diekstra y Garnefski, 1995). Así, tener un trabajo, una familia y una red social estable, son factores que protegen contra el suicidio.

Respecto a la religión como factor protector, aunque también puede ser lo contrario, se observa que históricamente, los porcentuales de suicidio entre la población católica han sido siempre más bajas con respecto a las

registradas entre los protestantes y los hebreos. Quizá cierto nivel religioso de ortodoxia e integración es simple afiliación religiosa institucional. Por ejemplo, es conocido por todos que los católicos que han emigrado a otro país tienen un riesgo mayor de conducta suicida con respecto a quienes han permanecido en el país de origen.

#### **2.4.5. Variables psicológicas asociadas al suicido**

Hasta muy reciente, la asociación entre variables de personalidad y el comportamiento suicida no ha sido bien documentada. Muchos estudios han reconocido ahora la importancia de los desórdenes de la personalidad como un factor importante de riesgo de suicidio (Brent et al, 1994; Cheng et al, 1997 y Lineham et al, 2000). No obstante el aparente incremento del riesgo, los mecanismos subyacentes de los efectos de los desórdenes de la personalidad todavía no son claros. Además de la probable influencia de un desorden de la personalidad como algo persistente, rasgos de personalidad subyacente, existe también la posibilidad de un rol de acción en la co-morbilidad con desórdenes psiquiátricos. Sin embargo, a continuación describimos tres variables psicológicas cuya influencia sobre la tendencia suicida ha sido respaldada por la investigación actual.

##### **2.2.5.1. La satisfacción con la vida**

Según algunos teóricos (Deiner, 2000 y Raphael, 1996) la piedra angular de la promoción de la salud es el incremento de la calidad de vida. Ésta ha sido conceptualizada desde dos perspectivas: la objetiva y la subjetiva. La perspectiva objetiva se centra en las condiciones externas que contribuyen a la calidad de vida, tales como el nivel de ingreso económico, la calidad de vivienda, las redes sociales y el acceso a los servicios de salud. En contraste, la calidad de vida subjetiva hace referencia a los juicios internos de las personas sobre su calidad de vida.

La calidad de vida subjetiva involucra a todas o a algunas dimensiones de la de vida de las personas, pues no está limitada a los juicios de satisfacción de una sola dimensión (por ejemplo, satisfacción con los amigos, con la familia y con la experiencia escolar). (Deiner et al., 1999; Huebner, 1997). En el desarrollo de su modelo de la calidad de vida, Day y Jankey (1996) concluyeron que las circunstancias objetivas de la vida son importantes cuando las personas evalúan la calidad de sus vidas; es decir, realiza interpretaciones y evaluaciones subjetivas de sus experiencias.

La satisfacción con la vida ha sido definida como una evaluación cognitiva de la calidad de la vida completa de una persona o sobre aspectos específicos de su vida, tales como la familia, los amigos y la comunidad (Pavot et al., 1991). En consecuencia, los reportes de satisfacción con la vida general de las personas se basan en comparaciones personales entre los criterios autodeterminados y las circunstancias de la vida percibidos. Asimismo, la satisfacción con la vida se refiere a la *“...evaluación subjetiva del grado en que las necesidades, metas o deseos más importantes han sido cumplidos...”* (Frisch, 1998: p. 24). Se considera que la satisfacción con la vida en general influye en la probabilidad de posteriores respuestas emocionales y comportamentales en relación a particulares eventos de la vida (Deiner, 1994; Lazarus, 1991). De esta manera, aunque se demuestre un grado de corta o larga estabilidad, los cambios en la satisfacción de vida global podrían generar cambios en las estrategias de enfrentamiento las tensiones vitales (Valois et al. 2004). Por ejemplo, algunas personas podrían responder hacia la disminución de la satisfacción de vida y a las emociones asociadas con su involucramiento en varios comportamientos de riesgo para su salud, entre ellos la ideación suicida y los intentos de suicidio.

Se ha encontrado que las medidas de satisfacción de vida están relacionadas, aunque de manera independiente, con las medidas tradicionales de la salud mental (Deiner et al., 1999; Huebner et al., 2000). Los esfuerzos por medir la satisfacción con la vida han sido consistentes con la orientación de la salud mental positiva que define el bienestar psicológico como más que la ausencia de síntomas psicopatológicos (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Esto es, una persona puede estar insatisfecha con su vida como resultado de experimentar circunstancias indeseables, aunque no muestre síntomas de psicopatología. Asimismo, una persona podría estar relativamente satisfecha con su vida, sin embargo experimentar paralelamente síntomas.

Según Valois (2004), son poco numerosas las investigaciones que han estudiado la relación entre la satisfacción de vida y la ideación suicida o comportamiento suicida. Entre estos, Koivumaa-Honkanen et al. (2001) desarrollaron el análisis de una muestra de adultos de 18 a 24 años de Finlandia y utilizando una técnica de seguimiento de 20 años, encontrando que la satisfacción de vida tuvo un efecto de largo plazo sobre el riesgo suicida, sin embargo, este efecto pareció estar parcialmente logrado a través de un pobre comportamiento de salud. Dicho estudio sugiere también que la satisfacción de vida brindó un efectivo indicador de la salud. En otro estudio con adultos, Lester (1988) examinó las asociaciones entre la tasa de suicidio y la satisfacción de vida de estudiantes universitarios de 18 países. De las diez correlaciones entre el suicidio y las dimensiones de la satisfacción de vida (por ejemplo: satisfacción con los amigos, familia, uno mismo, la vida, etc.), sólo una correlación fue significativa (la tasa de suicidio femenino y la satisfacción con la familia).

En un estudio analítico de trayectoria en adolescentes, Thatcher et al. (2002) encontró que las variables de satisfacción de vida favorecen la

relación entre el suicidio y algunos comportamientos de riesgo en los varones (por ejemplo, el consumo de drogas). Sin embargo, el procedimiento de análisis de datos para este estudio fue limitado.

#### **2.2.5.2. La percepción del estrés**

Existen muchos enfoques y formulaciones del término estrés. Puede ser entendido como un fenómeno del ambiente externo- estimulación dolorosa, ruido, discusiones, entre otros- en este caso, el estrés es considerado una variable independiente. Puede ser considerado, también, como una respuesta del individuo – activación simpática, liberación de catecolminas o cortisol, ansiedad, enojo, entre otros, en este caso, el estrés actúa como una variable dependiente. Asimismo, puede ser considerado como una interacción (transacción) entre la persona y su ambiente – un proceso- (Sandín, 1999).

Con respecto a estos tres enfoques, Lazarus (1999) sostuvo que es inapropiado definir el estrés psicológico ya sea como un estímulo o evento desencadenador (el estresor) o como una respuesta (reacción orgánica generada por el estresor). En estos casos, es más apropiado hacer referencia al estrés psicológico o fisiológico. Sadín (1999) señaló que el estrés psicológico hace referencia a eventos de vida (estresor) y estrés fisiológico como una perturbación de la homeostasis. El presente estudio se centra exclusivamente en el estrés psicológico o percepción del estrés.

Lazarus y Folkman (1984) propuso que el estrés (psicológico) debería ser considerado como una relación particular entre el individuo y su ambiente, el cual es evaluado por la persona como amenazante o abrumador de sus recursos, y el cual pone en peligro su bienestar. Esta definición del estrés dada por estos autores es conocida como la perspectiva transaccional del estrés, según la cual tanto las condiciones internas como externas deben existir para que una respuesta de estrés ocurra y es precisamente la

relación entre dichas condiciones las que genera la ocurrencia del estrés y sus características individuales. Esto explica por qué los individuos pueden responder de manera diferente hacia los mismos estímulos y, dependiendo de su historia, experiencias y características personales, intentarán manifestar interpretaciones diferentes y estilos de afrontamiento en cada situación (Taboada, 1998).

Los hombres responden al estrés de manera menos saludable que las mujeres (Stanton & Courtenay, in press). Ellos tienen más probabilidad que las mujeres de utilizar estrategias de afrontamiento de rechazo – tal como negación, distracción e incremento del consumo de alcohol- y son menos probables de emplear estrategias de afrontamiento saludables de prevención y de reconocer su necesidad de ayuda (Friedman, 1991; Kopp, Skrabski y Szedmak, 1998; Weidner y Collins, 1993). Así, los hombres podrían negar su estrés físico o emocional, o intentar ocultar sus enfermedades o incapacidad (Courtenay, 2001a). Entre las personas con depresión, por ejemplo, los varones son más probables que las mujeres de confiar sólo en ellos mismos, retraerse socialmente e intentar de resolver por sí mismo los sentimientos suicidas (Courtenay, 2000b).

Se han señalado que los eventos de vida negativos contribuyen al desarrollo de sintomatología depresiva (Kwon & Oei, 1992). Según Kirk (1993), aunque casi ningún evento puede ser concebible como la causa del suicidio, ciertos sucesos crean en la persona vulnerabilidad a estados extremos de desesperanza y desaliento, predisponiendo a una conducta suicida. Algunas de estas categorías incluyen los cambios físicos, las relaciones con los pares, los conflictos filosóficos, los conflictos espirituales y la influencia familiar. De Wilde, Keinhorst, Diekstra, y Wolters (1992) realizaron un estudio comparando adolescentes depresivos/as que habían intentado suicidarse y adolescentes no depresivos/as sin ningún intento suicida y encontraron que los/as que

habían intentado suicidarse reportaron más eventos negativos que los adolescentes no depresivos/as y sin ningún intento suicida.

Los estudios de autopsia psicológica ha encontrado, también, que los eventos de vida son importantes precipitantes del suicidio. Al respecto, Houston et al. (2001) señaló que la mayoría de los eventos de la vida fueron la ruptura en la relación con una pareja y/o la pérdida de una relación importante. Los fracasos en la educación y los problemas de comunicación con algún miembro de familia parecen también haber contribuido al riesgo suicida.

La fuerte asociación entre los eventos de vida en el suicidio también parece ser relevante en vista de los desórdenes de adaptación comúnmente diagnosticados. Así, las dificultades para enfrentar los eventos estresantes y/o otros factores psicosociales son importantes características en el curso del proceso suicida. (Portzky, et al. 2005)

Philippi y Rosselló (1995) realizaron un estudio con 71 adolescentes puertorriqueños/as de una muestra clínica, encontrando una relación significativa entre bajo auto-concepto e ideación suicida en las jóvenes mientras que entre los varones la relación significativa fue entre las variables de eventos estresantes e ideación suicida. La autoestima parece servir como un amortiguador de la ansiedad diaria. Las investigaciones indican que aquéllos/as con una alta autoestima hacen frente significativamente mejor a situaciones estresantes en comparación con aquéllos/as con una baja autoestima (Greenberg et al., 1992).

### **2.2.5.3. El Perfeccionismo maladaptativo**

Durante los últimos 20 años, la investigación psicológica ha estado muy interesada en estudiar el constructo de Perfeccionismo. Numerosas investigaciones empíricas han sido publicadas para examinar la

naturaleza, relaciones y consecuencias de este tipo de personalidad. Gran parte de esta investigación ha enfatizado los efectos perniciosos del perfeccionismo y han destacado las nocivas consecuencias que experimenta el perfeccionista, incluyendo sentimientos crónicos de fracaso e insatisfacción, montos de depresión y ansiedad, problemas interpersonales e inclusive el suicidio (Blatt, 1995; Burns, 1980). En contraposición, la percepción popular del perfeccionismo es bastante diferente. El perfeccionismo es frecuentemente equiparado con la excelencia. Los atletas competitivos se esfuerzan para lograr aquella puntuación perfecta. Los músicos se esfuerzan para desempeñarse a perfección. Las personas exitosas en los negocios, ciencias y las artes creativas son descritas con frecuencia como perfeccionistas – meticulosas, motivadas, siempre alcanzando la meta.

Según los planteamientos teóricos, el perfeccionismo ha sido definido como la tendencia al establecimiento de estándares exageradamente altos, de una adherencia rígida a estos estándares y de inmiscuirse en evaluaciones excesivamente autocríticas (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990; Shafran & Mansell, 2001). Según Shafran, Cooper, y Fairburn (2002, p. 778), el perfeccionismo está presente *“cuando los estándares personalmente exigentes son buscados a pesar de las significativas consecuencias adversas”* (Traducción propia).

Los perfeccionistas tienden a definir su propia valía en términos de logro de los estándares auto-impuestos (Burns, 1980). Definido de este modo, el perfeccionismo es un rasgo disfuncional, que origina vulnerabilidad hacia la inadaptación. Sin embargo, Hamachek (1978) ha considerado que el perfeccionismo puede ser normal, y que el esfuerzo al que está asociado podría conducir hacia la adaptación positiva.

Con el fin de destacar el aspecto positivo del perfeccionismo, algunos autores, como Kottman (2000) y Blatt (1995), aseguran que el perfeccionismo tiene dos caras, pues consiste en una compleja manifestación que puede vincularse tanto a la disfunción psicológica como al funcionamiento adaptativo y normal. Para estos autores, ciertos componentes del perfeccionismo, tales como la fijación de metas elevadas en el ámbito académico, deportivo o interpersonal, el tesón para alcanzarlas, el interés productivo, el deseo de crecimiento y superación, y la necesidad de orden y organización, pueden promover la expansión de conocimientos, buenos hábitos de trabajo, esfuerzo y buen desempeño.

Oros (2005), por su parte, nos plantea una diferenciación entre los que denomina perfeccionistas “*sanos*” de los “*insanos*”. Así, describe a los primeros como personas que se caracterizan por establecerse metas elevadas pero razonables y alcanzables, tienen altas expectativas de sí mismos y los demás y, aunque esto los vuelve exigentes, no los hace hostiles ni extremadamente críticos.

Asimismo, los perfeccionista *sanos* tratan de explotar todo su potencial pero, ante el fracaso de sus objetivos, no se paralizan sino que utilizan su “derrota” como motivación para proseguir y esforzarse nuevamente (Kottman, 2000). Además, como reconocen sus limitaciones, no se imponen una perfección generalizada, ésta más bien acotada a determinadas tareas o actividades (Ashby y Kottman, 1996). Son organizados, pulcros y puntuales, pero esta preferencia por el orden no interfiere con su funcionamiento normal. Por su parte, los perfeccionistas “*insanos*”, muestran ante los mínimos fracasos, reacciones exageradas, intensa tristeza, frustración, culpa, vergüenza y enojo (Lombardi, Florentino y Lombardi, 1998). Quizá por esta razón, este tipo de perfeccionismo es denominado por Blatt (1995) como neurótico.

En esta misma línea del perfeccionismo como característica de la personalidad positiva o negativa, Hamachek (1978) señaló una distinción entre los *perfeccionistas normales*, quienes establecen altos estándares para sí mismos, “*se siente libre para ser menos precisos cuando la situación lo requiera*” y el perfeccionista “neurótico”, quien también se establece altos estándares pero se permite muy poco espacio para los errores. Ellos nunca sienten que algo está hecho completamente o lo suficientemente bien.

A favor a esta teoría de la característica positiva y negativa del perfeccionismo, los estudios confirmaron la idea de que el perfeccionismo es un constructo multidimensional con aspectos tanto adaptativos como desadaptativos. (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1990, 1991). Frost et al. (1990) identificaron cinco dimensiones del perfeccionismo, dos de las cuáles son interpersonales (ejem. Percepciones de Altas Expectativas Paternales, y Crítica paterna) y tres de las cuáles son intrapersonales (ejem. Altos Estándares Personales, Preocupación por los Errores y Duda Acerca de las Acciones).

Basado en su estudio, Frost et al. (1990) desarrollaron un cuestionario de autoreporte conformado por 35 ítems, la Escala Multidimensional del Perfeccionismo (MPS-Frost) que evaluó seis dimensiones del perfeccionismo: 1) Preocupación por los Errores (*Concern Over Mistakes* = CM): una exagerada preocupación por los errores en el desempeño; 2) Organización (*Organization* = O): un exagerado énfasis en la precisión, orden y organización; 3) Crítica de los Padres (*Parental Criticism* = PC): la medida en que los padres son percibidos como muy críticos. 4) Expectativas de los Padres (*Parental Expectations* = PE): la medida en que los padres son percibidos como con grandes expectativas; 5) Estándares Personales (*Personal Standards* = PS): tener estándares personales demasiado altos; y 6) Duda Sobre las Acciones (*Doubts About Actions* =

DA): una tendencia a dudar de la calidad del desempeño propio. De esta manera, este enfoque multidimensional trazó los aspectos definidos del perfeccionismo, así como enfatiza los factores de desarrollo potencial (ejemplo, la influencia del rol de los padres).

La investigación empírica del modelo desarrollado por Frost et al. (1990) ha permitido encontrar que las dimensiones Preocupación por los Errores y Duda sobre las Acciones reflejan preocupaciones maladaptativas, se las ha encontrado relacionadas con la baja autoestima y la depresión (Dunkley, Blankstein, Halsall, Williams, & Winkworth, 2000; Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer, 1993). La dimensión de Estándares Personales, por otra parte, ha sido encontrado que es un indicador de lo positivo, esfuerzos adaptativos que puede ser relacionados con el perfeccionismo. Los análisis factoriales recientes han demostrado que la escala de Estándares Personales conservar un factor denominado Esfuerzo Positivo o Perfeccionismo Adaptativo (Cox, Enns, & Clara, 2002; Enns, Cox, & Clara, 2002), el cual se halló estar relacionado de manera positiva al ajuste personal.

En su estudio inicial de la escala MPS-Frost con una muestra de estudiantes universitarios, Frost y colaboradores (1990) informaron consistencias internas ( $\alpha$ ) para las subescalas que iban de 0.77 a 0.93. También se hallaron correlaciones significativas entre las dimensiones de la PMS-Frost y diversas medidas de psicopatología y personalidad. El perfeccionismo, particularmente las dimensiones *preocupación por los errores* y *duda sobre las acciones*, estuvo relacionado a una diversidad de sintomatología (ejem. depresión, ansiedad, hostilidad) que fue evaluado por el Brief Symptom Inventory (Derogatis & Melisaratos, 1983). Consistente con las predicciones, el perfeccionismo mostró una mayor asociación con la autocrítica que con la dependencia, tal como se evaluó con el Depressive Experiences Questionnaire (Blatt, D'Afflitti, & Quinlan,

1976). A partir del primer informe de la MPS-Frosts, muchos otros estudios han evaluado las propiedades psicométricas de la escala y los resultados brindan confirmación de la estructura factorial originalmente sugerida.

Basados en la investigación actual sobre la ideación y el comportamiento suicida, podría conjeturarse que una variable del suicidio es el perfeccionismo en sus dimensiones desadaptativas (Blatt, 1995). La investigación contemporánea se ha centrado sobre el perfeccionismo como un rasgo con consecuencias potencialmente negativas. Así, la evidencia indica que las personas perfeccionistas experimentan elevados afectos negativos antes, durante y después de las tareas de evaluación, evalúan su trabajo como de menor calidad en comparación con quienes no son perfeccionistas e indican que la calidad de sus trabajos deberían haber sido mejor (Frost et al. 1990). Asimismo, las personas con alto perfeccionismo experimentan supuestamente una frecuencia creciente y mayor gama de síntomas psicopatológicos que aquellos con bajos niveles de perfeccionismo y son más seriamente afectados por la falta de decisión (Hewitt y Flett, 1991)

Las personas con alto perfeccionismo y altos niveles de autocrítica también son aparentemente vulnerables a las experiencias de fracaso, reaccionando con altos niveles de depresión (Blatt, 1995; Baumeister, 1990 y Frost et al, 1990). Específicamente, las actitudes perfeccionistas han sido relacionadas con la depresión actual y como predictor de la severidad depresiva más allá de la depresión previa (Hewitt y Dyck, 1986)

Según Burns (1980) y Hollender (1965), el suicidio es uno de los resultados potenciales para el individuo perfeccionista. Burns (1980) considera que los patrones de pensamiento perfeccionista podrían explicar de manera parcial las elevadas tasas de suicidio entre algunos

grupos profesionales, mientras que Hollender (1965) señala al fracaso del perfeccionista para obtener metas inalcanzables como un factor en la depresión que, si persiste, podría conducir hacia el suicidio.

El respaldo para la asociación entre el perfeccionismo y la amenaza suicida fue recientemente demostrado en una serie de estudios tanto de pacientes psiquiátricos como de estudiantes universitarios (Hewitt et al, 1992). Mientras que en un inicio se informó que sólo el *Perfeccionismo Socialmente Prescrito* (expectativas que los otros tienen sobre el desempeño de uno) estuvo relacionado con la ideación y tentativa suicida en los pacientes psiquiátricos, los estudios posteriores muestran que la ideación suicida se correlaciona tanto con el *Perfeccionismo Orientado a Uno Mismo* (Altos estándares personales) y el *Perfeccionismo socialmente prescrito*. (Hewitt, 1994)

Según Beevers y Miller (2004), el perfeccionismo continua siendo un predictor significativo de la ideación suicida, aún luego de controlar otros predictores tales como la desesperanza, entre muestras diversas de pacientes psiquiátricos internos y externos, las muestras de adolescentes psiquiátricos y las muestras de universitarios. Así, en comparación con las actitudes disfuncionales, los niveles más altos de actitudes perfeccionismo fue lo único que predijo la ideación suicida. Esta relación no estuvo condicionada por la desesperanza; es más, un mayor perfeccionismo condujo directamente a la ideación suicida más alta.

### **2.3.6. Suicidio en Médicos Varones**

En el presente apartado intentamos desarrollar el análisis del suicidio de los médicos varones relacionándolo a dos aspectos de sumo interés, la realidad de la salud mental masculina, por un lado, y las características de la carrera profesional de medicina humana.

### **2.3.6.1. La fragilidad de la salud mental masculina**

Aunque la medicina y el cuidado de la salud fundamentada en el género están recibiendo creciente atención entre los profesionales de la salud, la mayoría de esta atención ha sido centralizada en la preocupación por la salud de las mujeres. El cuidado de la salud específico hacia las necesidades de los varones adultos y niños sólo hasta hace poco ha comenzado a ser examinado (Courtenay, 2000a; Courtenay y Keeling, 2000a; Lee y Owens, 2002; Sandman, Simantov y An, 2000). Así, se ha llegado a reconocer que los varones y mujeres, además de tener diferentes necesidades de salud reproductiva, tienen diferentes riesgos para enfermedades y discapacidades específicas. Asimismo, difieren en sus percepciones de la salud (Courtenay 2000b, 2000c, 2002).

Existen claras diferencias entre los sexos en el sentido de que los hombres tienen menor esperanza de vida y mayor mortalidad en prácticamente todas las edades y por casi todas las causas. Sin embargo, los indicadores de morbilidad —medidos por la demanda de servicios y por los estudios de población sobre la mayor incidencia de episodios agudos de enfermedades, número de internaciones hospitalarias y duración de la convalecencia— indican una mayor frecuencia en las mujeres.

Si bien no hay duda de que algunas de las diferencias de mortalidad se deben a factores biológicos, hay ciertos comportamientos específicos de cada sexo regido por factores culturales y sociales que perjudican su salud. De ello se desprende que ciertos factores del comportamiento afectan la frecuencia de algunos trastornos, así como su mayor letalidad, según el sexo de que se trate. El cuidado de la salud basado en el género reconoce estas diferencias, así como otros factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y comportamentales que influyen en la salud de los varones y mujeres.

Según Alan White, la escasa investigación sobre la salud de los hombres ha ocasionado debilidad en prácticas de atención basadas en la evidencia. No obstante, el número de nuevos proyectos e iniciativas que están siendo desarrollados se está incrementado rápidamente como una respuesta de los profesionales hacia la relativamente frágil salud de los hombres.

En cuanto a los trastornos mentales, como conjunto, no se han hallado diferencias según el sexo de las personas, pero sí cuando se comparan las tasas específicas la prevalencia de cada trastorno mental (Wittchen et al. 1998). Este hecho orienta nuestra atención a estudiar la distribución diferencia de los trastornos mentales por género considerando por separado cada tipo de trastorno. En este sentido, Caraveo (1997) encontró que las mujeres presentan con mayor frecuencia comorbilidad y que el trastorno más frecuente en ellas es la depresión. Por su parte, Medina-Mora (1994) reportó que las alteraciones afectivas bipolares fueron similares en ambos sexos, en tanto que los trastornos depresivos mayores y las neurosis predominaron en las mujeres. En una sub-muestra aleatoria de la población urbana adulta en México, se encontró que los trastornos depresivos mayores y la depresión neurótica, así como el trastorno obsesivo-compulsivo, fueron más frecuentes entre las mujeres (19.5 vs. 14.3% en hombres) (Rascon, et al. 1996).

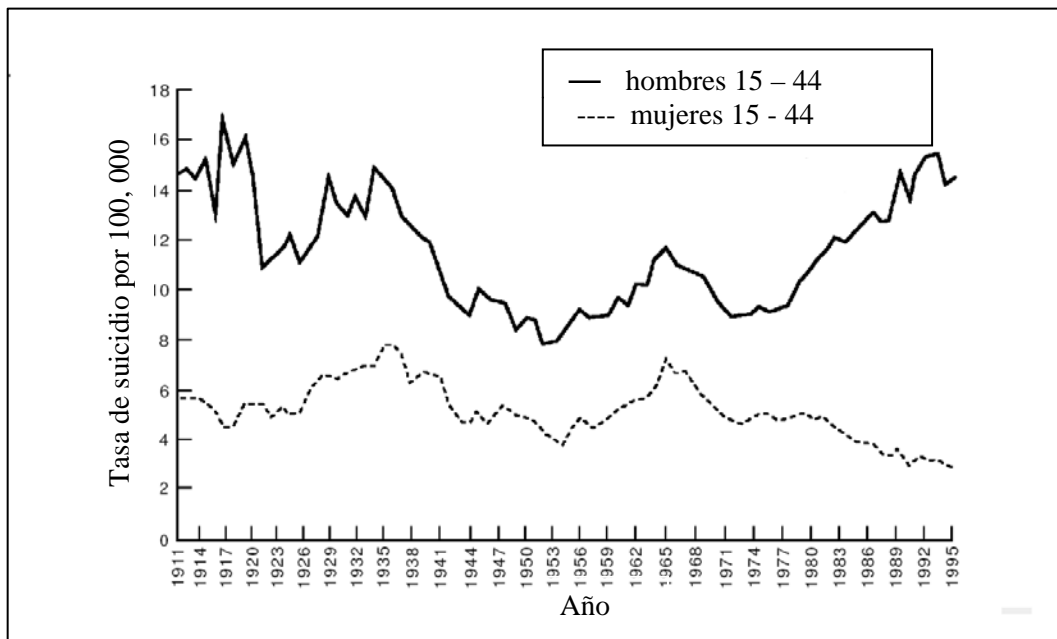
Existen algunos informes que revelan que los trastornos mentales más graves son más frecuentes en los varones. En un estudio sobre el uso de los servicios de salud mental en Estados Unidos, se observó que los daños más graves se presentan con mayor frecuencia en varones (Medina-Mora, 1994). Asimismo, en el estudio de una cohorte de suecos (de 1953 a 1983) se encontró que las tasas de esquizofrenia y de abuso de sustancias eran más altas entre los varones, mientras que las tasas de neurosis lo eran entre las mujeres.

Así, en la actualidad los estudios de salud mental que aportan evidencias sobre la conformación de patrones de enfermedad mental específicos para varones y mujeres en nuestro país son poco numerosos. De ahí que se indispensables profundizar en la influencia que ejerce el género en esta distribución diferencial.

#### **2.3.6.2. Suicidio en la población masculina**

Antes abordar el análisis de salud mental y tendencia suicida de los médicos varones se requiere dar una mirada a la expresión del suicidio en la población masculina en general. La relevancia teórica y social del estudio del suicidio en los varones la podemos sustentar conforme a la tasa de suicidios en países tales como Inglaterra o Gales. Aunque los datos no corresponden a nuestra realidad nacional, es importante observar el incremento que ha venido experimentando la tasa de suicidios de los varones en comparación con las mujeres (Ver Gráfico 2.3).

Por su parte, Schapira (2001), en un estudio acerca del efecto de los cambios sociales y demográficos sobre las tasas de suicidio en el Reino Unido (1961-1965 y 1985-1994), observó una disminución de este padecimiento tanto en varones como en mujeres; sin embargo, tal descenso fue mínimo en el caso de los varones, en tanto que en las mujeres fue mucho más notorio. Asimismo, dicho estudio halló como factor asociado a esta disminución general de las tasas de suicidio, la reducción en la disponibilidad de métodos letales, pero la diferencia por género de esta magnitud se relacionó con el uso preferente de métodos menos violentos en las mujeres.



**Gráfico 2.3. Tasa de suicidio, 1991-1995 de los 15 a 44 años de edad en Inglaterra y Gales.**

En el contexto mundial, se observa también que la tasa de suicidio es mayor en hombres que en mujeres (Bertolote, 1999 y Krug, 1999). Asimismo, García de Jalón y Peralta (2002), señala que la razón entre la tasa de suicidio de los hombres y de las mujeres varía de 1.0:1 a 10.4:1. En esta razón parece expresar fundamentalmente el contexto cultural. La razón es relativamente baja en zonas de Asia (por ejemplo, 1.0:1 en China, 1.6:1 en Filipinas, 1.5:1 en Singapur), alta en varios países de la antigua Unión Soviética (6.7:1 en Belarús, 6.2:1 en Lituania) y muy alta en Chile (8.1: 1) y Puerto Rico (10.4:1). En promedio, parece que hay cerca de tres suicidios masculinos por cada suicidio femenino y estos es más o menos constante en diferentes grupos de edad, con la excepción de la vejez avanzada, cuando los hombres tienden a presentar tasas aun más altas. Por tanto, el patrón de mortalidad por suicidio difiere de un continente a otro, siendo observadas las menores diferencias en Asia (1.2-2.2 con mediana de 1.3); los países europeos presentan una posición intermedia (1.7-5.4. con mediana de 3.0) y en los países americanos se

observa la mayor desigualdad entre los sexos (3.4 - 9.2 con mediana 4.1) (Diekstra, 1993).

Algunos estudios indican que los grupos de edad más jóvenes son influenciados por los factores contextuales de manera más intensa que los grupos de mayor edad. (Cantor et al.; 1995).

Una posible explicación acerca del mayor número de hombres suicidas nos la plantea Bonino Méndez (1998), quien sugiere que la depresión tiene criterios diagnósticos propios en su modo de expresión en el sexo femenino (llanto, inhibición, relatos y emocionalidad depresiva), mientras que los varones expresan su depresión como reacciones defensivas frente al sufrimiento que las produce. Así la depresión se enmascara en características propias del modelo masculino hegemónico, como lo es el incremento en la tarea laboral, ocultamiento emocional, ira, negación de la debilidad, aislamiento silencioso. Al no poder ser diagnosticadas a tiempo, la depresión culmina manifestándose en intoxicación por drogas y alcohol, accidentes de circulación, suicidio, entre otros. Es decir, la imposibilidad de un diagnóstico a tiempo y las pocas posibilidades de expresión de las emociones negativas conduciría a que los hombres presenten un mayor riesgo de cometer suicidio.

Kesketh y Guimaraes de Castro (1978) señalan que existe una mayor incidencia de problemática afectiva en las mujeres suicidas, mientras que en el caso de los varones hay mayor incidencia de problemática socio-económica; asimismo, los intentos de suicidio en los hombres presentan una mayor intencionalidad. Por tanto, los estudios parecerían confirmar la tesis de que el suicidio es un acto de carácter más final para el hombre que para la mujer. Es decir, cuando el hombre busca en el acto extremo del suicidio la solución drástica para su fracaso personal, esencialmente

sobre el prisma socio-económico; la mujer intenta a través del suicidio remediar condiciones adversas, principalmente de naturaleza afectiva.

Por otro lado, en un estudio longitudinal con población masculina, Lewis y Slogget (1998) destacaron el desempeño como variable asociada de manera más significativa al suicidio. La dolencia crónica, la presencia de incapacidad y el estar aposentado también estarían asociados de manera significativa. Los autores alertan sobre la posibilidad de que la dolencia psiquiátrica sea un factor de confusión para estas asociaciones.

Etzerdorfer et al (1996), por su parte, consideran que los cambios en la vida diaria, en los papeles y en la condición socioeconómica habrían aumentado el riesgo del suicidio entre los jóvenes del sexo masculino, en cuanto a la mujer no se observó este fenómeno, ya sea por que los cambios han sido más favorables para este sexo, o por que las mujeres tienen mejores estrategias de adaptación.

En Australia, Morrell et al (1993) observaron que, entre 1907 y 1990, las curvas de desempleo se correlacionaron con las curvas de suicidio masculino; en la depresión de los años 30 esta correlación fue más evidente en la faja de los 40 a 64 años. A partir de los años 70, la faja de los 20 a 24 años mostró mayor correlación con la curva de desempleo. Charlton et al (1993) citado por Lewis y Sloggett (1998), ya mencionaban este tipo de distribución en U con coeficientes más elevados en los niveles socioeconómicos extremos.

Por otro lado, Cutcliffe y colaboradores (2004) mencionan que mientras los estudios indican la existencia de un mayor riesgo suicida en los varones, son escasos aquellos que han investigado acerca de las particulares experiencias suicidas vividas por los varones. Así, no mencionan el vínculo entre los factores causales y lo motivadores que

conducen al suicidio; asimismo, se brinda poca atención a la interacción de los factores de riesgo y protectores en el suicidio masculino.

### **2.3.6.3. Características de la tarea del profesional médico**

Previo análisis a los aspectos específicos sobre las características de la profesión médica, observemos la descripción sociológica que desarrolla Bordin y Rosa (1998) del profesional de salud del Brasil durante las décadas de 1980 y 1990:

- ❖ El crecimiento acelerado de la fuerza de trabajo, concentración geográfica de los profesionales y servicios de salud en las áreas metropolitanas.
- ❖ Aumento de la participación femenina en el empleo de la salud.
- ❖ Rejuvenecimiento de la fuerza de trabajo en salud, siendo más pronunciada en los profesionales de nivel superior.
- ❖ Aumento de la absorción de empleos en el sector privado, ahora de carácter selectivo al personal de nivel superior en las actividades médico-hospitalarias.
- ❖ Extensión de las jornadas de trabajo y múltiples ocupaciones del personal de nivel superior como mecanismo de compensación por las pérdidas salariales y por sustitución de la ocupación autónoma.

Esta descripción social de profesión médica de Brasil es muy semejante a la realizada por Webb y Valencia (2005) sobre el personal médico de nuestro país.

En cuanto a las peculiaridades del profesional médico, Nogueira (2003) nos brinda una interesante descripción del médico brasileño, haciendo especificación en ciertas características de su tarea y rol:

**a. Característica psicológica de la tarea médica**

Existen innumerables gratificaciones psicológicas inherentes a la profesión médica: aliviar el dolor y el sufrimiento, curar las dolencias, salvar vidas, diagnosticar correctamente, sentirse competente, enseñar, aconsejar, educar, prevenir dolencias, recibir reconocimiento y gratificación. Éstas son algunas de las características psicológicas de la tarea médica que hacen de esta profesión una carrera muy atrayente y gratificante.

La medicina continua siendo, a pesar de la crisis que atraviesa en nuestro medio, una profesión que ofrece varias posibilidades de realización material, intelectual y emocional. Es un área fascinante, de importancia capital para la sociedad y, como tal, una carrera deseada e idealizada por los jóvenes. Este grado de idealización podría generar altas expectativas que, al no ser correspondidas, tienden a producir decepciones y frustraciones significativas, con repercusiones importantes en la salud de los estudiantes y médicos.

Un importante aspecto merece ser destacado al estudiar la tarea médica: el carácter altamente ansiogénico del ejercicio profesional. Existe, como regla general, en pequeñas variaciones intrínsecas al trabajo clínico, la exposición a poderosas “*radiaciones psicológicas*” emanadas del contacto íntimo con el dolor. Es preciso enfatizar este aspecto ya que ocurren situaciones tan dramáticas como tal vez ningún otro campo de la actividad humana en tiempos de paz, sobre todo en aquellos servicios de atención de emergencia.

Este carácter estresante inherente a la tarea médica ha sido amplificado significativamente debido al volumen de pacientes y a las precarias condiciones de trabajo vigentes en la mayoría de servicios de atención de establecimientos de salud pública; que han generado, además,

situaciones de franca hostilidad por parte de los pacientes y familiares hacia el profesional médico.

Algunas de las características inherentes a la tarea médica definen, aisladamente o en su conjunto, un ambiente profesional cuyo colorido básico está formado por los intensos estímulos emocionales que acompañan al dolor. Nogueira-Martins, (1991) menciona a las siguientes:

- ❖ El contacto íntimo y frecuente con el dolor y el sufrimiento;
- ❖ Lidar con la intimidad corporal y emocional;
- ❖ La atención de pacientes terminales;
- ❖ Lidar con pacientes difíciles: quejosos, rebeldes y no adeptos al tratamiento, hostiles, reivindicativos, auto-destructivos, crónicamente deprimidos;
- ❖ Lidar con las incertidumbres y limitaciones del conocimiento médico y del sistema asistencial que se contraponen a las demandas y expectativas de los pacientes y familiares que desean certezas y garantías.

**b. La adaptación al estrés de la tarea médica**

El complejo proceso adaptativo frente a los factores estresantes inherentes en la práctica médica puede tomar diferentes caminos. El resultado final de la exposición hacia la “*radiación psicológica*” estresante depende del individuo y de los mecanismos y recursos defensivos por él utilizados, sean conscientes o inconscientes. Asimismo, según los mecanismos utilizados, se da una adecuada adaptación dentro de los límites posibles o, por lo contrario, una inadecuada adaptación cuyos efectos serán percibidos de distintas maneras.

Los médicos emocionalmente desajustados revelan adaptaciones de resignación que se expresan a través de algunas características

comportamentales, de las cuales se destacan las siguientes (Nogueira-Martins, 1991):

- ❖ **La construcción de una coraza impermeable a las emociones y sentimientos**, que se expresan por un embotamiento emocional traducido por una aparente “frialdad” en el contacto con los pacientes y con las personas en general. Este embotamiento se manifiesta también a través de un progresivo alejamiento emocional de la vida familiar, que equivale a un verdadero divorcio afectivo. La convivencia familiar es interrumpida o postergada en función de los llamados y de la agenda profesional; plantones frecuentes y visitas hospitalarias los fines de semana y feriaros alejan al profesional de esta convivencia.
- ❖ **El aislamiento social** es otra característica de una inadecuada adaptación profesional. Este aislamiento, que comienza en la graduación y se cristaliza durante los estudios de especialización o residencia, hace que el profesional se aleje del mundo no-médico. La fuerte expectativa social de que el médico coloque las necesidades y la vida de los pacientes en primer lugar, acrecienta el deseo y la necesidad del médico de sentirse necesario e insustituible. Esta simbiosis entre el médico y los clientes o el hospital –donde no se diferencia quien necesita de quien- impide al profesional disfrutar otros aspectos de su vida no médica.
- ❖ **La negación o minimización de los problemas inherentes a la profesión**, o sea, de las dificultades, incertidumbres, limitaciones y complejidades de la tarea médica es otro mecanismo que se destaca. La evitación de aproximarse y reconocer las limitaciones del ejercicio profesional, lleva al médico a alimentar expectativas irrealistas que complementan las ansias de los pacientes y de la sociedad, en una verdadera conspiración contra los hechos de la vida. El

comportamiento de negación de las limitaciones se torna cada vez más rígido y estereotipado, con el desarrollo de actitudes arrogantes y aparentemente insensibles.

- ❖ **La ironía y el humor negro que los médicos desarrollan**, en especial durante los años de estudio, es otra expresión de una inadecuada adaptación a los rigores de la profesión. El desarrollo creciente de un humor negro a través de un lenguaje irónico, amargo y del uso de una jerga donde predominan rótulos despreciativos revela, en realidad, una incapacidad de lidiar con las frustraciones, tristezas y vicisitudes de la tarea profesional. Traduce, básicamente, la ausencia de un repertorio de recursos más maduros para lidiar con los sentimientos de vulnerabilidad e impotencia ante la vida.
  
- ❖ Otra característica que revela la desadaptación puede ser observada en la actitud del profesional ante los cuidados de su propia salud. Esto se expresa por la **tendencia del médico a auto-diagnosticarse** y auto-meducarse. La búsqueda de ayuda de otro colega, en la condición de paciente, representa un camino muy difícil; el médico resiste en recorrerlo.
  
- ❖ Una variante del mismo tema se puede encontrar en el profesional que, además de médico de sí mismo, se transforma en **médico de su propia familia, de los amigos y los conocidos**. Tras el lado de este personaje bondadoso y solícito, se encuentra también otra cara: la de un médico arrogante y competitivo, que parece vivir una especie de estado mesiánico. Los médicos que expresan este comportamiento, según Nogueira-Martin (2003), al contrario de lo que pueda parecer, están profundamente incómodos y necesitan de ayuda para escapar de una verdadera red en la que están aprisionados.

**c. La vulnerabilidad psicológica del médico**

Una alta prevalencia de suicidio, depresión, uso de drogas, disturbios conyugales y disfunciones profesionales en médicos así como altos índices de estrés y depresión en residentes han sido señalados en la literatura.

Muchas de las características psicodinámicas que conducen a las personas hacia la carrera médica también las predisponen hacia los trastornos emocionales, el alcoholismo, el abuso de drogas y la enfermedad mental. Estas características comprenden la compulsividad, la rigidez, la falta de control de las emociones, retraso de las gratificaciones y la formación de fantasías irrealistas sobre el futuro.

Johnson (1991), en una revisión sobre la predisposición de los estudiantes y médicos para los disturbios emocionales y psiquiátricos, destaca el importante papel de las experiencias de vida en la determinación de la vulnerabilidad al estrés ocupacional. Un aspecto relevante en este tema es la cuestión de la elección profesional. Estudios respecto a las motivaciones de los estudiantes para la carrera médica sugieren que, para una parte de los estudiantes, uno de los componentes de su opción profesional es el intento de reparación de experiencias emocionales infantiles vinculadas a situaciones de impotencia y/o abandono emocional. Según Johnson, los dos mecanismos básicos para escoger la carrera médica serían:

- ❖ Dar a los otros aquello que les gustaría haber dado (reparación de la impotencia).
- ❖ Dar a los otros aquello que les gustaría haber recibido (reparación del abandono emocional)

La selección de la medicina en esos casos sería una respuesta adaptativa a una vivencia de fragilidad y de baja auto-estima, que puede llevar al desarrollo de alteraciones profesionales, tales como:

- ❖ Relación simbiótica con los pacientes;
- ❖ Aparente frialdad o alejamiento emocional de los pacientes;
- ❖ Negación de las vulnerabilidades personales.

Se plantea que una de las razones de la elección profesional del médico es la vivencia de angustia e impotencia frente a la muerte; asimismo, una serie de comportamientos médicos serían expresión de mecanismos de defensa ligados a angustias muy primitivas, inherentes al ser humano, como *“el miedo de la propia destructibilidad, fragilidad y desamparo”* (Millan et al, 1999)

Vaillant et al, (1972) estudió una muestra de 47 médicos (hombres) en comparación con 79 profesionales no-médicos (hombres), sus hallazgos indican que entre los mecanismos utilizados por los médicos, en una proporción dos veces mayor al grupo control, para lidiar con las crisis y conflictos de la vida adulta, figuran las reacciones hipocondriacas, la auto-agresión y la formación reactiva; asimismo, se halló que algunos médicos parecían tener fobia hacia la búsqueda de ayuda; el altruismo como un tipo de formación reactiva también apareció en una proporción dos veces mayor a los del control. Así, los autores llegan a ciertas conclusiones respecto al perfil psicológico de los médicos:

- ❖ Los médicos presentan características de personalidad que son habitualmente relacionadas con aquellas encontradas en dependientes de drogas: dependencia, pesimismo, pasividad, inseguridad y sentimientos de inferioridad;
- ❖ La sobreprotección materna y/o paterna es un dato estadísticamente significativa entre los médicos;

- ❖ Las características de pasividad y auto-agresión pueden hasta ser benéfica para los clientes, sin embargo, conducen a una pobre calidad de vida del médico.
- ❖ La insatisfacción conyugal no era debida a la carga del trabajo del médico sino, al contrario, algunos médicos trabajaban mucho en respuesta a matrimonios infelices.

En resumen, existen evidencias teóricas que sugieren que parte de la población médica – del 8 al 10% - sea un grupo de riesgo en relación a disturbios emocionales. Este grupo presenta, por tanto, una mayor vulnerabilidad psicológica. Esta vulnerabilidad psicológica interviene en la elección de la carrera profesional y requiere ser considerada en el ámbito del planeamiento de las actividades médicas en los estudios de pregrado, post grado y en la vida profesional.

#### **2.3.6.4. La salud mental de los médicos**

Según Gouveia et al. (2005) las condiciones de vida y de trabajo de los médicos son una realidad precaria que preocupa a los investigadores de los diversos países (Bruce, 2004; Smrdel, 2003; Von Vultée, 2004). A propósito, la Asociación Médica Canadiense estudió la percepción que tuvieron 3520 médicos sobre su trabajo, obteniéndose un perfil nada satisfactorio: 62% opinó que poseían una carga laboral muy pesada; 55% señaló que su familia y vida personal sufren por la profesión elegida; y el 65%, a pesar de estar insatisfechos, consideraron pocas oportunidades de cambiar de profesión (Sullivan y Buske, 1998).

Efectivamente, en la mayoría de países los médicos han pagado muy caro por el ejercicio de su oficio hipocrático en circunstancias adversas (Galambos et al., 2004). Por ejemplo, es significativo el número de aquellos que presentan problemas en sus relaciones interpersonales y

matrimoniales (Maxwell, 2001) y, especialmente, los que señalan problemas emocionales y síntomas psiquiátricos (Burbeck et al., 2002; Sullivan, Buske, 1998). Por otro lado, se señala que la tasa de divorcio de los médicos es de 10% o 20% superior a la registrada por la población en general (Miller y McGowen, 2000).

Respecto al estrés en el médico, Muchos estudios han mostrado los altos niveles de estrés en los médicos, con morbilidad psicológica aproximada de 19% a 47% (Hsu y Marshall, 1987; Kapur, Borrill y Stride, 1998; Firth-Cozens, 1987; Firth-Cozens, 2000.) en comparación con la morbilidad de una tasa cercana al 18% propia de la población en general. Asimismo, el estrés, burnout y la depresión debe ser un asunto de interés en profesiones donde la humanidad, la compasión y las competencias son atributos esenciales (Rutter, Herzberg y Paice, 2002).

Refuerza esta visión pesimista la revisión de la literatura presentada por Miller y McGowen (2000), quienes indican que la tasa de médicos que cometieron suicidio se sitúa entre los 28 y 40 por 100 mil habitantes, siendo dos veces mayor que el de la población general de algunos países (12,3 por 100 mil habitantes). Este cuadro podría ser mucho peor en el ámbito de la emergencia hospitalaria, en donde aproximadamente 18% de una muestra de médicos británicos sufren de depresión y 10% relatan ideación suicida (Burbeck et al., 2002).

Por lo expuesto, se observa que la mayoría de estudios sobre la presencia de morbilidad psiquiátrica ha sido desarrollados en los países desarrollados de Europa y América del Norte; sin embargo, existen interesantes y actuales estudios desarrollados en algunos países en vías de desarrollo (por ejemplo, Erdur et al, 2006 y Baig et al. 2006)

### **2.3.6.5. Características del suicidio en el profesional médico**

La atención hacia la depresión y el suicidio en los médicos se inició hace mucho. Así, en 1858, los médicos de Inglaterra observaron que la alta tasa de suicidio entre los médicos es superior al de la población en general (Bucknill, JC. y Tuke, 1858). Desde los años sesenta, las investigaciones confirmaron la alta tasa de suicidio médico e identificaron a la depresión como uno de los factores de riesgo más importantes (Holmes y Rich, 1990; Silverman, 2000). Sorprendentemente, el suicidio es una causa desproporcionadamente alta de la mortalidad en los médicos (Frank, Biola y Burnett, 2000). Esta alta tasa de suicidio de los médicos sería una característica de la mayoría de ocupaciones de mayor prestigio y con elevados sueldos. (Säfsten, 2004).

En el estudio de Lindeman et al. (1997) se observó que la depresión es la causa más frecuente en las muertes por suicidio en médicos. Esta situación se agrava en el supuesto que sólo una minoría de los sujetos con depresión son admitidos al hospital, es posible que la depresión en los médicos, especialmente en los varones, es poco atendida en los hospitales psiquiátricos.

Pocos autores han investigado los factores de riesgo relacionados al ambiente de trabajo, factores de estrés o los rasgos de personalidad específicos en los doctores. Existe alguna evidencia de que la depresión, el abuso de drogas y el alcoholismo están frecuentemente asociados con el suicidio de los médicos (Roy, 1985). Simon (1986), por ejemplo, reportó una incidencia de alcoholismo y adicción a drogas mayor al 50% entre los médicos admitidos en los hospitales psiquiátricos.

La literatura también sugiere que los médicos que se suicidan son más críticos con los otros y consigo mismos y tienen mayor probabilidad de insultarse por sus propias penas (*Council on Scientific Affairs*, 1987)

Asimismo, existe alguna evidencia que los médicos se sienten incómodos al pedir ayuda a sus colegas (Vaillant, Sobowale y McArthur C, 1972) y optan por refugiarse en el alcohol, las drogas o el aislamiento. Una vez que buscan ayuda, pareciera probable que ellos no son tomados en serio por sus colegas: en un estudio se encontró que entre los médicos suicidas que buscaron ayuda, más del 50% de los mismos habían sido diagnosticados con condiciones psiquiátricas pero no fueron hospitalizados antes de morir. Sin embargo, mayor investigación se necesita para explorar estos factores de riesgo.

No obstante la carencia de estudios nacionales sobre la salud mental del profesional médico en nuestro país, es importante tomar en cuenta aquellos desarrollados con la población de estudiantes de medicina. Así, estos estudios indican que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en estudiantes de medicina es superior a la de la población en general (Celis et al, 2001; Galli et al, 2002; Borja, 2002),

Se presume que la depresión y el suicidio en los médicos más decididamente podría tener un efecto multiplicador sobre los estudiantes de medicina, los residentes y los pacientes (Center et al, 2003). Los tratamientos de los trastornos del ánimo podrían conducir hacia una mejor salud mental del médico y de su productividad (Simon et al, 2001), pocos suicidios y una mejor salud física. Debido a que los propios hábitos de salud de los médicos afectan su salud y consejería preventiva, la atención hacia su depresión y tendencia suicida podría promover su enseñanza y capacitación de los médicos jóvenes y podría, también, promover el cuidado de la salud mental de sus pacientes. Asimismo, cuando los médicos llegan a ser más hábiles en la atención de la depresión y tendencia suicida de sus pacientes, tienen mayor probabilidad de cuidar de sí mismos.

# CAPÍTULO III.

## MARCO CONCEPTUAL

---

### ***Suicidio***

Comportamiento que representa el proceso a través del cuál una persona abriga la idea de quitarse la vida, toma la decisión de ejecutar dicha idea y procede, a través de un método, a hacer posible el logro de una auto-aniquilación. Sus factores causales son variados, responde a tensiones percibidas del medio ambiente así como a una vulnerabilidad socio-demográfica y psicológica. Se considera que la explicación del fenómeno suicida en una persona difiere de las que nos permite comprender el suicidio en una población o comunidad.

### ***Tendencia Suicida***

Refleja el grado de riesgo suicida en una persona o población a través de dos indicadores del proceso suicida, la ideación suicida y el intento de suicidio. Respecto a la primera, es de naturaleza cognitiva; mientras que el segundo, conductual; así mismo, ambos indicadores comprenden aspectos de índole emocional. La importancia que tiene la tendencia suicida para la comprensión e intervención del proceso suicidio se basa en que constituye una variable que permite la predicción del suicidio consumado.

### ***Ideación suicida***

También denominado pensamiento suicida, comprende a los deseos, actitudes y planes que tiene una persona para llegar a eliminarse. Se considera que la ideación suicida constituye una etapa previa al intento

suicida, y entre mayor es su nivel de intensidad mucho mayor será su nivel de predicción del suicidio consumado.

### ***Intento suicida***

Comportamiento que realiza una persona en consciencia de su libre albedrío y que tiene como finalidad el quitarse la vida. Se considera como el comportamiento predictor por excelencia del suicidio consumado. Existe un intento de suicidio cuando pese a la seriedad de la intención de auto eliminación, el proceso de ejecución resultó frustrado.

### ***Variables socio-demográficas***

Representan aquellas características personales que brindan información sobre la pertenencia hacia un grupo social o demográfico. Responden al supuesto de influencia del ambiente externo en el comportamiento de las personas a través de la generación de hábitos, establecimiento de costumbres y difusión de normas.

### ***Variables laborales***

Representan aquellas características laborales que brindan información sobre las cualidades del ambiente y modo de trabajo de una persona. Al igual que las variables socio-demográficas permite suponer la influencia del ambiente externo en el comportamiento a través de la generación de hábitos, establecimiento de costumbres y difusión de normas.

### ***Variables psicológicas***

Representan aquellas cualidades personales que repercuten en el comportamiento de una persona, su formación responde a la expresión de un tipo de personalidad o a un estado anímico relativamente transitorio que las personas atraviesan con el fin de adaptarse a las exigencias de su madurez o ambiente externo.

### ***Satisfacción con la vida***

Representa a los juicios internos que realiza una persona sobre la calidad de su vida personal, dicha evaluación puede ser sobre un aspecto específico de su vida o sobre su vida en general. Permite la evaluación de la salud mental a través del enfoque del bienestar personal.

### ***Percepción del estrés***

Cogniciones que reflejan una excesiva exigencia del medio ambiente, ante el cual la persona se ve obligada de responder con el fin de evitar la pérdida de la estabilidad y bienestar personal. Por otro lado, dichas cogniciones tan sólo es una dimensión del estrés, pues éste se manifiesta también inexorablemente a través de cambios fisiológicos y sociales.

### ***Perfeccionismo maladaptativo***

Tendencia a definir la propia valía según el logro de objetivos que fueron establecidos según estándares exageradamente altos, de una adherencia rígida a estos estándares y de inmiscuirse en evaluaciones excesivamente autocríticas. Es un rasgo disfuncional que origina vulnerabilidad hacia la inadaptación.

# **CAPÍTULO IV.**

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

---

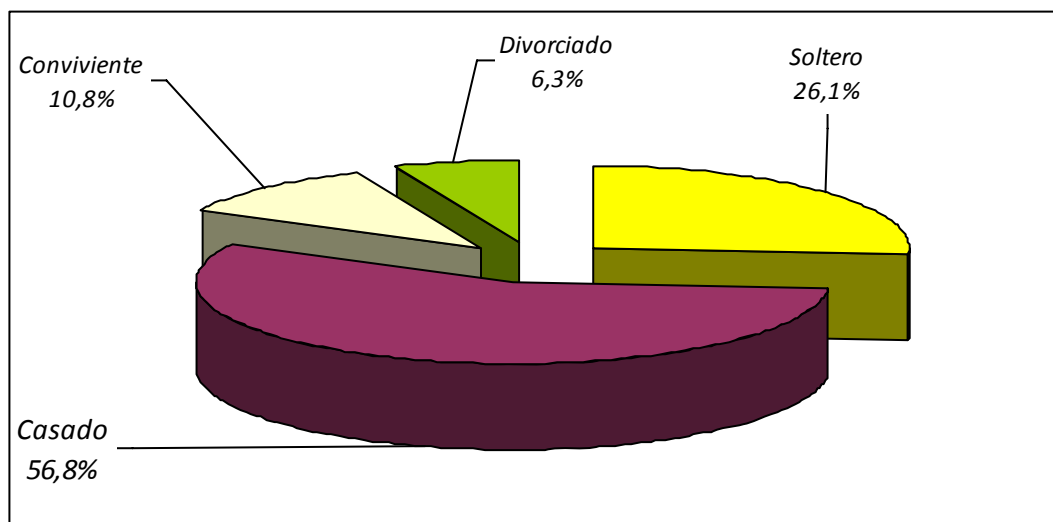
## 4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

### 4.1.1. Descripción de la muestra de estudio

#### 4.1.1.1. Descripción demográfica

La descripción demográfica constituye el análisis de aquellos aspectos que nos permitirán ubicar a la muestra de estudio en un grupo poblacional específico. Sobre la base de la encuesta aplicada a 111 médicos de los diferentes establecimientos públicos de la provincia de lima, hemos encontrado los resultados siguientes:

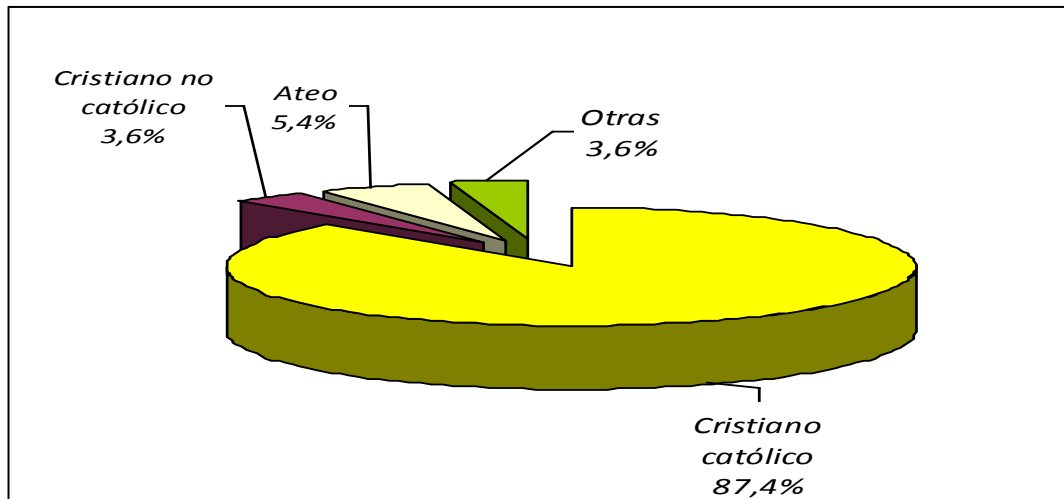
Según su estados civil, la mayoría de los médicos encuestados son casados (56.8%), seguido por quienes señalaron ser solteros (26.1%), por quienes son convivientes (10.8%) y un 6.3% que manifestó ser divorciado. En cuando su edad, el rango de edad de los médicos encuestados oscila entre los 24 a 66 años, siendo el promedio de 40.72 años (D.E.= 10.63) (Ver Gráfico 4.1).



**Gráfico. 4.1. Distribución porcentual según estado civil.**

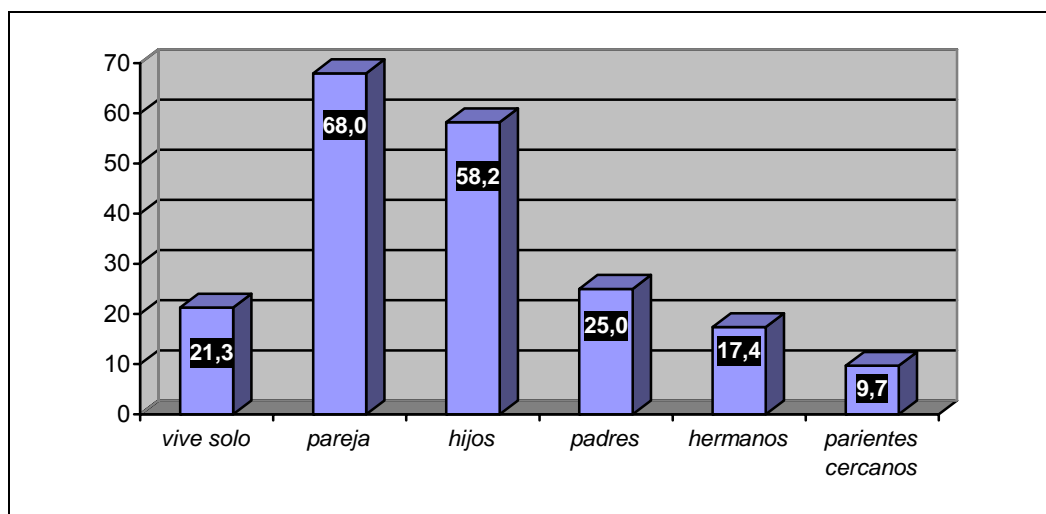
La gran mayoría de los médicos (87.4%) profesan la religión católica; asimismo, existe un porcentaje importante de médicos que señalaron ser ateos (5.4%). El porcentaje de médicos que profesan el cristianismo no

católico asciende a 2.6% y quienes profesan otras religiones constituyen el 3.6%. (Ver Gráfico 4.2)



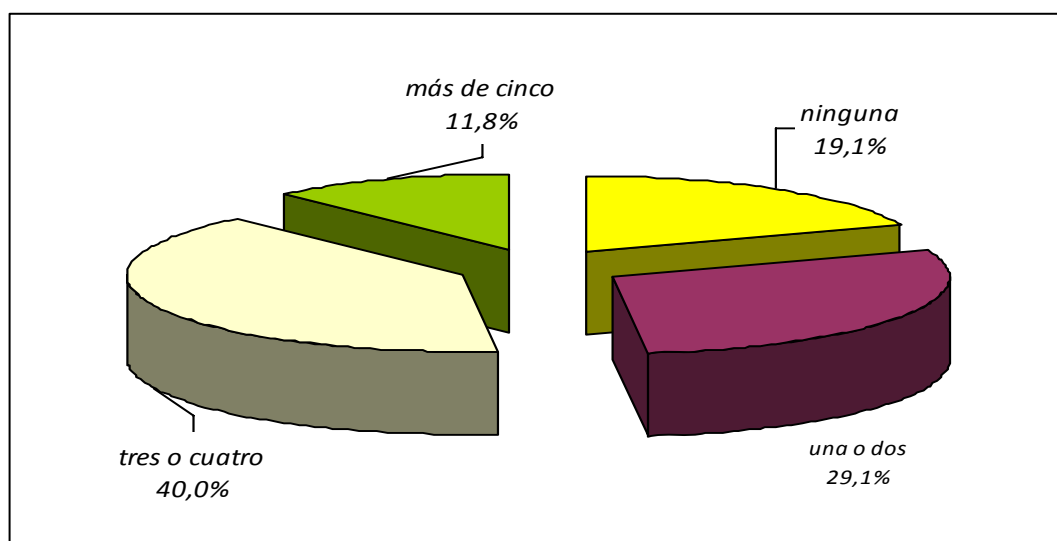
**Gráfico. 4.2. Distribución porcentual según religión que profesa.**

En el gráfico 4,3, se muestra la tendencia respecto a las personas con quienes viven los médicos; así, la mayoría de ellos manifestó que viven con su pareja (68%) o hijos (58.2%) y un cuarto de los médicos señaló vivir con sus padres. El porcentaje de médicos que señaló vivir solos asciende a 21.3%, lo cual constituye un quinto del total.



**Gráfico. 4.4. Distribución porcentual de las personas con quienes viven.**

Respecto al número de personas que dependen económicamente de los médicos encuestados se halló que la mayoría sustenta económicamente entre tres o cuatro personas (40%), seguido por quienes sustentan a una o dos personas (29.1%). Por otro lado, el porcentaje de quienes señala no sustentar económicamente a ninguna personas asciende a 19.1%, cifra bastante cercana al porcentaje de médicos que señaló ser solteros y con el porcentaje que señaló vivir solo. En consecuencia, más del 80% de los médicos entrevistados sostienen económicamente a otras personas. (Ver Gráfico 4.4).



**Gráfico. 4.4. Distribución porcentual según personas que dependen económicamente del médico.**

#### **4.1.1.2. Descripción académica y laboral**

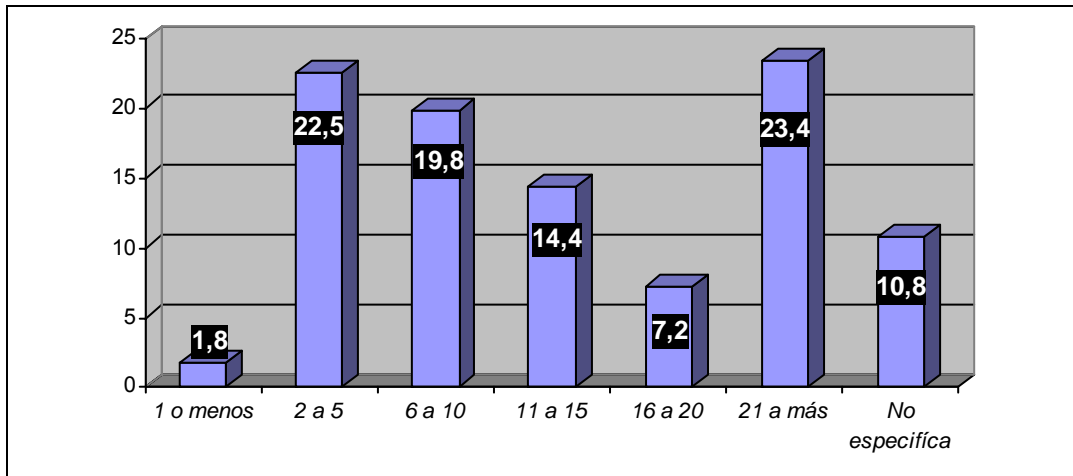
La mayoría de los médicos encuestados realizaron estudios de pregrado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (43.2%), seguido por quienes realizaron estudios en la Universidad Nacional Federico Villarreal (12.6%), otras universidad de la ciudad de Lima con altos porcentajes de representatividad son la Universidad San Martín de Porres (8.1%) y la Universidad Privada Cayetano Heredia (5.4%). En cuanto a los médicos que realizaron estudios de pregrado en universidades de provincia, se destaca en primer lugar la Universidad Nacional San Luis Gonzaga (Ica,

5.4%), seguido por las universidades Nacional de Cajamarca, Nacional de Piura y San Agustín de Arequipa (todas con un 2.7% de representatividad).

**Tabla 4.1. Distribución porcentual según universidad donde realizó estudios de pregrado.**

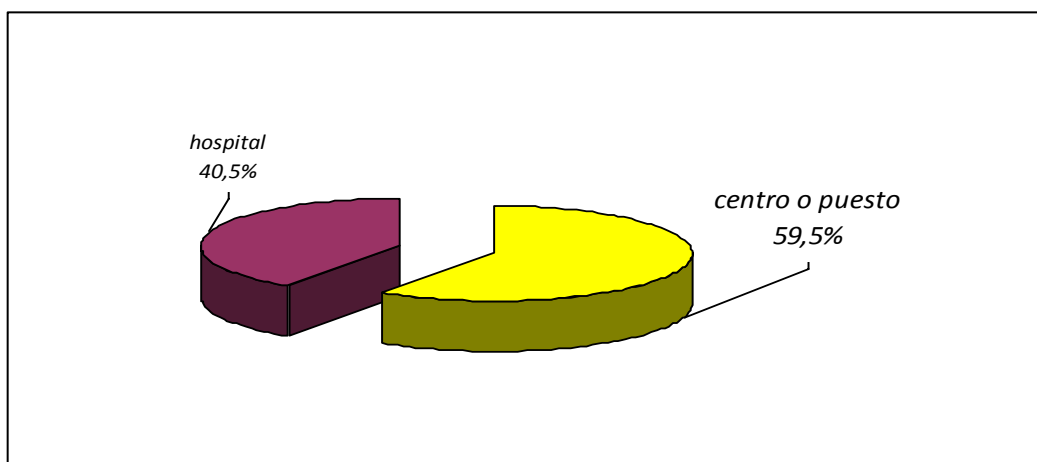
<i>Universidad</i>	<i>N° de casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	48	43.2
Universidad Nacional Federico Villarreal	14	12.6
Universidad San Martín de Porres	9	8.1
Universidad Peruana Cayetano Heredia	6	5.4
Universidad Nacional San Luis Gonzaga	6	5.4
Universidad Nacional de Cajamarca	3	2.7
Universidad San Agustín Arequipa	3	2.7
Universidad Nacional de Piura	3	2.7
Universidad José Faustino Sánchez Carrión	2	1.8
Universidad Privada de Tacna	1	.9
Universidad Inca Garcilazo de la Vega	1	.9
Universidad Nacional de Trujillo	1	.9
Universidad Ricardo Palma	1	.9
Universidad San Antonio Abad de Cuzco	1	.9
Universidad Jorge Basadre de Tacna	1	.9
Universidad Privada San Pedro - Chimbote	1	.9
Universidad Católica Santa María	1	.9
Extranjero	3	2.7
No específica	6	5.4
<b>Total</b>	111	100.0

La mayoría de médicos señalaron tres rangos de años en referencia a los años transcurridos desde que obtuvieron su título de médico. El porcentaje de aquellos con 21 a más años de haber obtenido su dicho título asciende al 23.4%, seguido por aquellos con 2 a 5 años transcurridos (22.5%) y de 6 a 10 años (19.8%). No obstante, si se suman los porcentajes de aquellos con 11 a 15 años y de 16 a 10 años, se podría considerar que existe una relativa homogeneidad de la muestra según los años transcurridos desde que obtuvieron su título profesional. Esto último nos permitiría inferir acerca de su experiencia laboral. (Ver Gráfico 4.5)



**Gráfico. 4.5. Distribución porcentual años transcurridos desde que obtuvo su título como médico.**

Según se observa en el gráfico 4.6, el 59.5% de los médicos trabaja en la actualidad en un centro o puesto de salud, mientras que el 40.5% trabaja en algún hospital de la ciudad de Lima. No se revelan el nombre tanto de los establecimientos de atención primaria así como tampoco de las instituciones hospitalarias debido al compromiso asumido con sus respectivas direcciones como requisito para acceder a evaluar a su personal médico; no obstante, señalar que la mayoría de médicos laboran en el Ministerio de Salud, seguido por los establecimientos de ESSALUD y de las Fuerza Armadas, los mismos que se ubican en Cercado del Lima, Miraflores, Chorrillos, San Juan de Miraflores.



**Gráfico. 4.6. Distribución porcentual según tipo de establecimiento donde labora.**

Por otro lado, más de la mitad de los médicos encuestados se encuentran en una situación laboral de nombrados (54,1%), mientras que el porcentaje de médico en situación de contrato asciende al 45,9%.

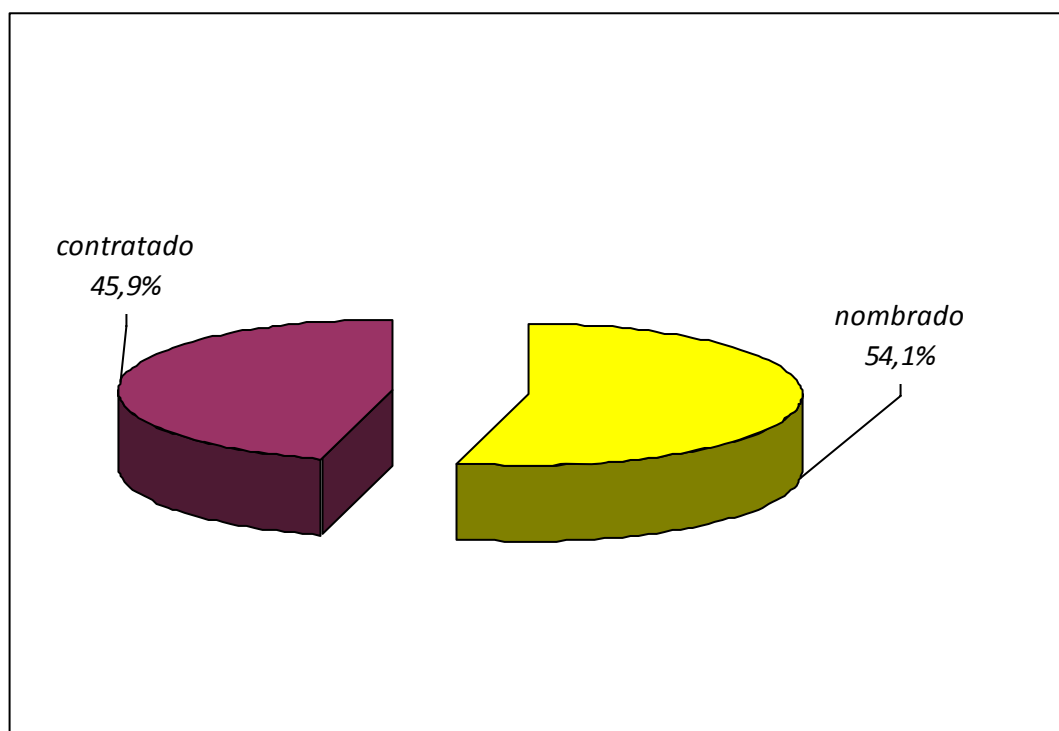


Gráfico. 4.7. Distribución porcentual según situación laboral

## 4.1.2. Descripción de la tendencia suicida

### 4.1.2.1. Ideación suicida

Respecto a la ideación suicida, se halló una prevalencia vida de 28,8%. Asimismo, la niñez fue el etapa de vida donde la ideación suicida estuvo presente con mayor frecuencia (21.6%), seguido por la adolescencia (18.9%), el porcentaje de ideación suicida durante los estudios de pregrado fueron menores en comparación con el resto de etapas de vida, asimismo, 21.8% de los médicos señaló que últimamente han experimentado ideaciones suicidas. (Ver Gráfico 4.8)

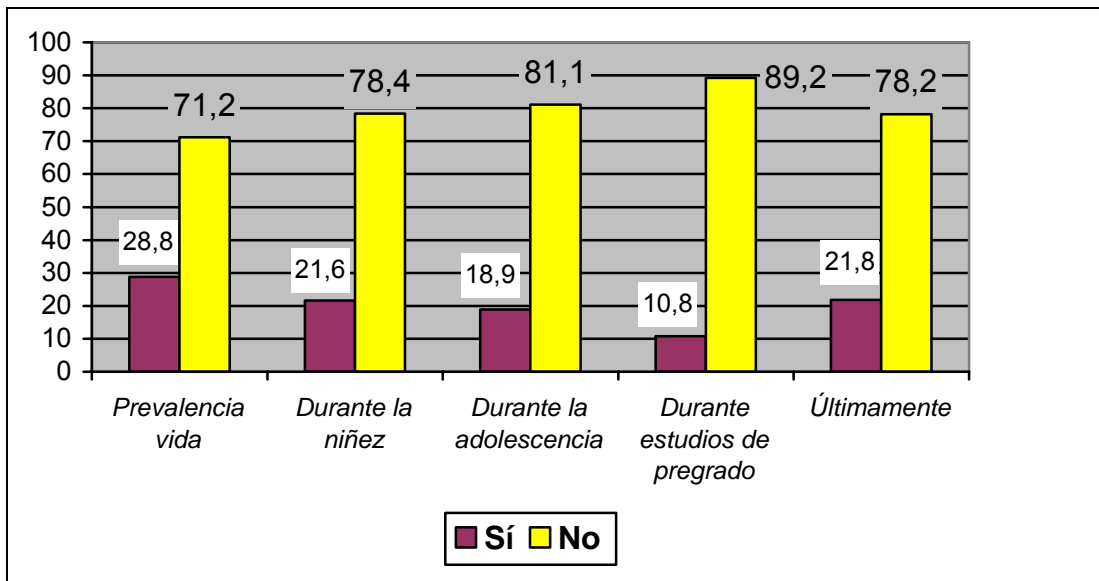


Gráfico. 4.8. Porcentaje de médicos con ideación suicida a lo largo de sus vidas.

#### 4.1.2.2. Intento de suicidio

La prevalencia vida del intento suicida de los médicos encuestados fue de 14.4%. La niñez, al igual que en la ideación suicida, constituye la etapa de vida donde ocurrió el mayor porcentajes de actos de intento suicida (10.8%), seguido por la adolescencia (9%) y los estudios de pregrado (4.5%). Por otro lado, el porcentaje de la ocurrencia del intento suicida últimamente (3.6%) es sumamente inferior al de ideación suicida. (Ver Gráfico 4.9).

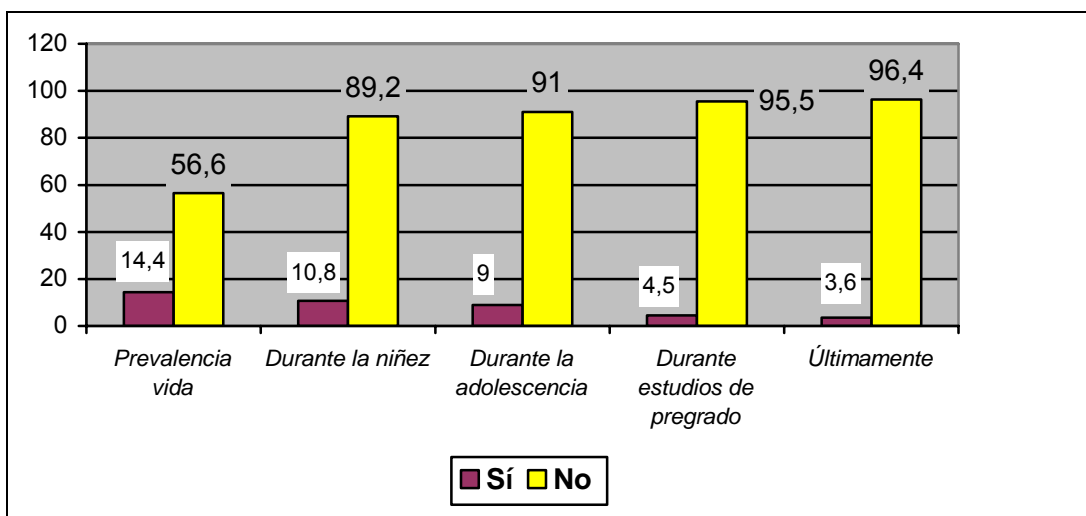
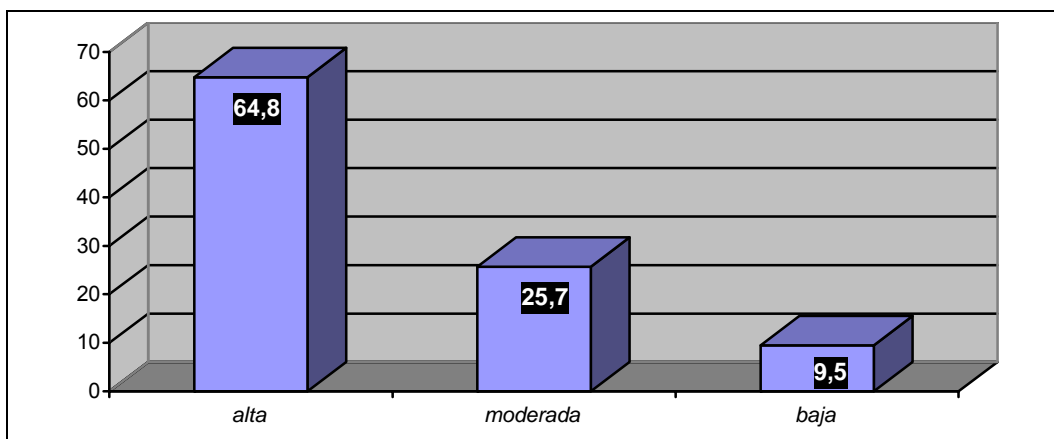


Gráfico. 4.9. Porcentaje de médicos con intento suicida a lo largo de sus vidas.

### 4.1.3. La satisfacción con la vida

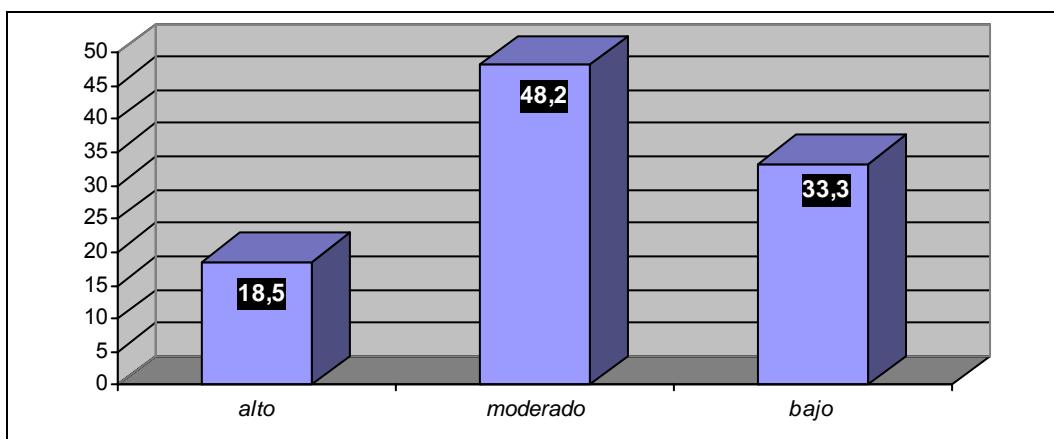
Según se muestra en el gráfico 4.10, los médicos que presentan una alta satisfacción con sus vidas constituyen el 64.8%, los que están moderadamente satisfechos representan el 25.7% y los que tienen una baja satisfacción de vida alcanzó el 9.5%. (Ver Tabla 4.10)



**Gráfico. 4.10. Porcentaje de médicos según su nivel general de satisfacción con la vida.** (Análisis de K Medias, centros de conglomerados finales = 47, 41 y 32)

### 4.1.4. El estrés percibido

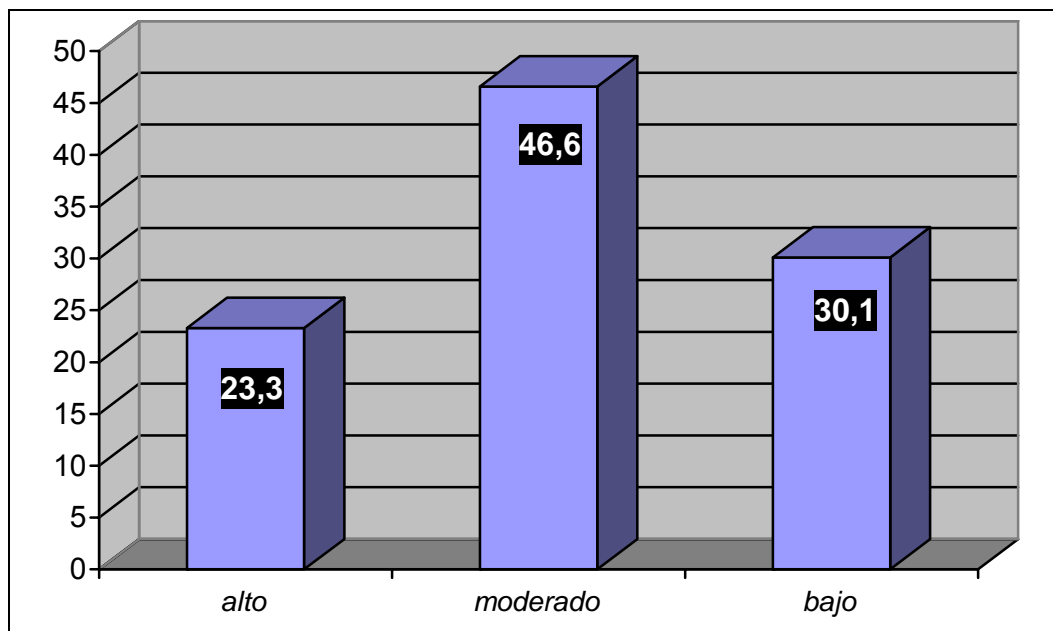
Los médicos con un alto nivel de estrés percibido constituyen el 18.5%, quienes presentan un moderado nivel de estrés percibido ascienden al 48.2%; mientras que los médicos con una baja percepción del estrés representan el 33.3%. (Ver Gráfico 4.11)



**Gráfico. 4.11. Porcentaje de médicos según su nivel general de estrés percibido.** ((Análisis de K Medias, centros de conglomerados finales = 25, 18 y 11)

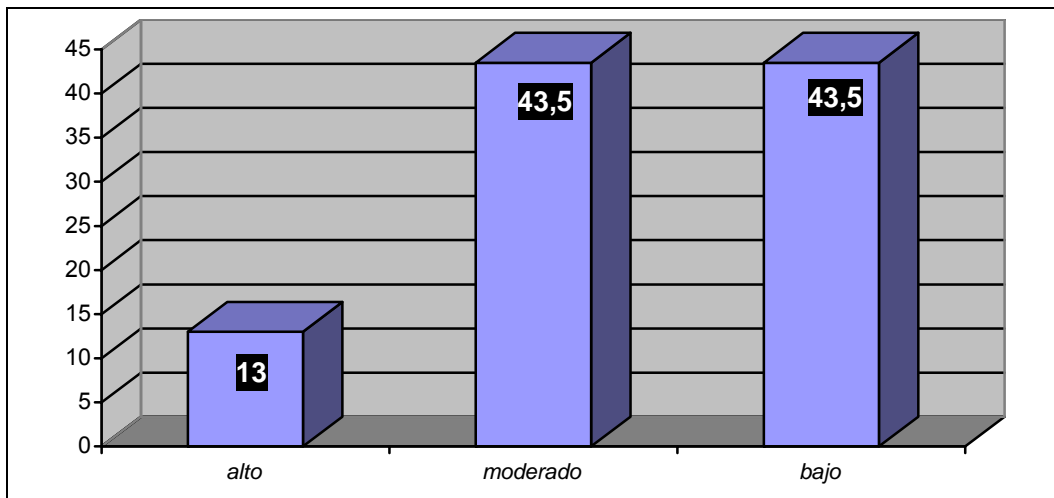
#### 4.1.5. Perfeccionismo

Es importante recalcar en este punto que el concepto de perfeccionismo que se ha evaluado en la muestra de médicos es el correspondiente al perfeccionismo de las preocupaciones maladaptativas (Frost et al, 1990). Así, según se observa en el Gráfico 4.12, los médicos con un alto nivel general de perfeccionismo constituyen el 23.3%, los que tienen un nivel de perfeccionismo moderado ascienden al 46.6%, mientras que el porcentaje de médicos con un bajo nivel de perfeccionismo asciende al 30.1%. (Ver Gráfico 4.11)



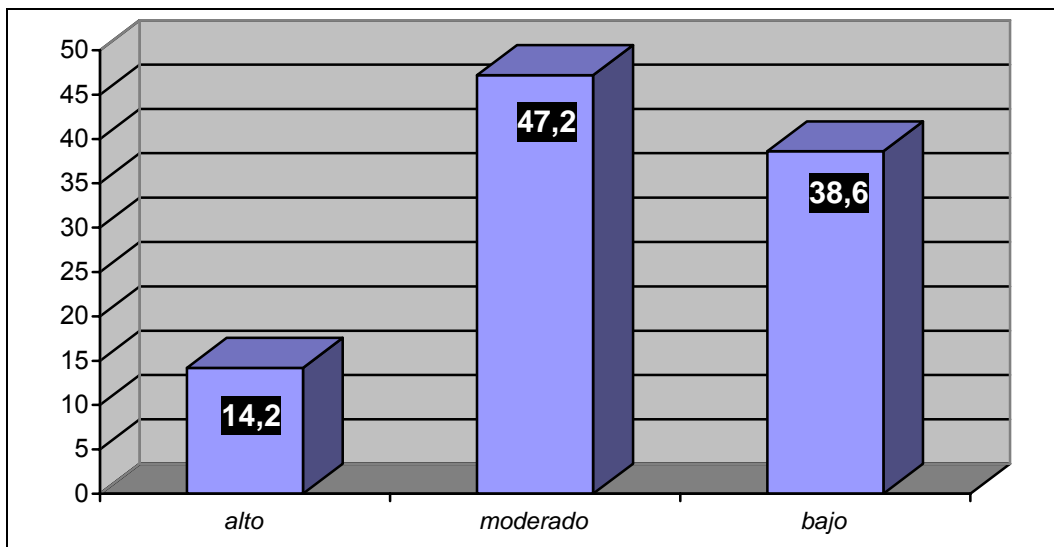
**Gráfico. 4.12. Porcentaje de médicos según su nivel general de perfeccionismo.**  
(Análisis de K Medias, centros de conglomerados finales = 47, 31 y 20)

El porcentaje de médicos con un alto nivel de perfeccionismo hacia las tareas que realiza representa el 13%, seguido por el 43.5% que obtuvo un nivel moderado. Por otro lado, se halló que los médicos que tienen un bajo nivel de perfeccionismo hacia las tareas constituyen el 43.5%. (Ver Gráfico 4.13)



**Gráfico. 4.13. Porcentaje de médicos según su nivel de perfeccionismo con referencia a las tareas.** (Análisis de K Medias, centros de conglomerados finales = 36.5; 23.7 y 13.9)

En cuanto al perfeccionismo orientado hacia las personas, se halló que el 14.2% de los médicos presenta un alto nivel de perfeccionismo, seguido por el 47.2% con nivel de perfeccionismo moderado; mientras que los médicos con bajo nivel de perfeccionismo hacia las personas representan el 38.6% (Ver Gráfico 4.13)



**Gráfico. 4.14. Porcentaje de médicos según su nivel de perfeccionismo con referencia a la personas.** (Análisis de K Medias, centros de conglomerados finales = 17.27; 11.48 y 6.63)

## 4.2. ANÁLISIS MULTIVARIADO

En este subcapítulo se analiza las relaciones y variaciones conjuntas entre las principales variables de estudio. Se incluye, además, el análisis de las dimensiones estructurales de las escalas contenidas en el instrumento de recolección de datos,

### 4.2.1. Análisis comparativo y relacional de la tendencia suicida

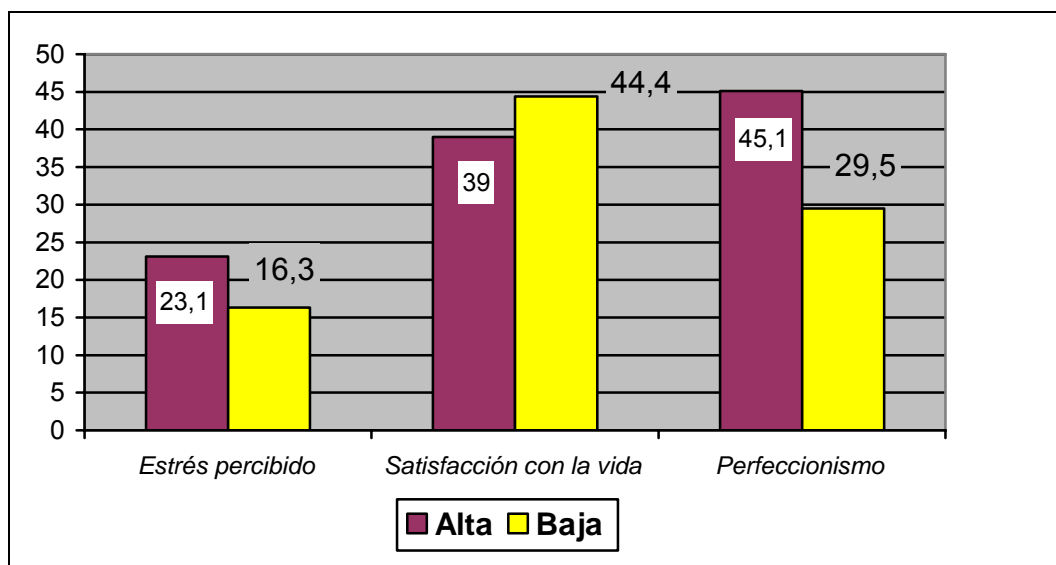
#### 4.2.2.1. La tendencia suicida según variables psicológicas determinantes

La Tabla 4.2 y el Gráfico 4.15 nos permiten reconocer que los médicos con una alta tendencia suicida difieren de aquellos con bajo nivel de tendencia suicida por sus mayores puntuaciones de estrés percibido y perfeccionismo; asimismo, las puntuaciones de satisfacción con la vida es menor en los médicos con una alta tendencia suicida. Según el análisis no paramétrico, dichas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas.

Tabla 4.2. Comparación de promedios entre las variables psicológicas según los niveles de tendencia suicida.

Variables psicológicas	NIVEL DE TENDENCIA SUICIDA	
	BAJA	ALTA
Estrés percibido	16.33 (DE = 4.8)	23.11 (DE = 4.8)
Satisfacción con la vida	44.40 (DE = 4.9)	39.00 (DE = 3.5)
Perfeccionismo	29.54 (DE = 10.3)	45.10 (DE = 6.6)

Prueba de Kruskal-Wallis, sig = 0.001.



**Gráfico 4.15.** Tabla Comparación de promedios entre las variables psicológicas según los niveles de tendencia suicida.

#### 4.2.2.2. La tendencia suicida según principales variables demográficas

Según el estado civil, se halló que el grupo de médicos en situación de conviviente obtuvieron una mayor tendencia suicida; por otro lado, quienes son divorciados obtuvieron menores niveles de tendencia suicida. Sin embargo, el análisis estadístico revela que dichas diferencias no son significativas. (Ver Tabla 4.3)

**Tabla 4.3.** Comparación de promedios entre la variable estado civil y la tendencia suicida.

Estado civil	Frecuencia	Tendencia suicida
		Promedio
Soltero	29	11.6 (DE = 3.3)
Casado	61	11.8 (DE = 4.2)
Conviviente	12	13.3 (DE = 4.8)
Divorciado	7	10.7 (DE = 1.4)

Prueba de Kruskal-Wallis, sig = 0.518.

Para la comparación de la tendencia suicida según religión sólo se tomó en consideración el ser cristiano católico, cristiano no católico y ateo, otras opciones religiosas no fueron consideradas por el reducido tamaño de la

muestra. Así, se halló que los médicos que profesan la religión del cristianismo no católico presentan un mayor nivel de tendencia suicida; mientras quienes son ateos presentan un menor nivel de tendencia suicida; asimismo, se halló que dicha diferencia es significativa (Ver Tabla 4.4)

**Tabla 4.4. Comparación de promedios entre la variable religión y la tendencia suicida.**

Religión	Frecuencia	Tendencia suicida
		Promedio
Ateo	6	10.7 (DE = 0.5)
Cristiano católico	95	11.5 (DE = 3.3)
Cristiano no católico	4	16.5 (DE = 10.3)

Prueba de Kruskal-Wallis, sig = 0.031.

Respecto a la relación entre tendencia suicida y número de personas que sustentan económicamente se halló una relación directa baja, aunque estadísticamente significativa. Por otro lado, se encontró que los médicos que tienen a cargo más de 5 personas obtuvieron una mayor puntuación de tendencia suicida en comparación quienes sustentan menor número de personas o a ninguna persona. Esta última diferencia también resultó ser estadísticamente significativa. (Ver Tabla 4.5).

**Tabla 4.5. Comparación de promedios entre la variable personas bajo dependencia económica y la tendencia suicida.**

Personas bajo dependencia económica	Frecuencia	Tendencia suicida
		Promedio
Ninguna	21	11.1 (DE = 2.7)
1 o 2	31	11.4 (DE = 2.6)
3 o 4	43	11.5 (DE = 4.1)
De 5 a más	13	16.5 (DE = 3.9)

Relación Tendencia Suicida y Personas que sustenta económicamente;  $r = 0.283$  (sig = 0.01)  
Prueba de Kruskal-Wallis, sig = 0.010.

#### 4.2.2.3. La tendencia suicida según principales variables laborales

Se halló que los médicos de los centros o puestos de salud presentan una mayor puntuación de tendencia suicida; no obstante, dicha diferencia no es estadísticamente significativa. (Ver Tabla 4.6)

**Tabla 4.6. Comparación de promedios entre la variable tipo de establecimiento donde labora y la tendencia suicida.**

Establecimiento	Frecuencia	Tendencia suicida
		Promedio
Hospital	64	11.5 (DE = 3.3)
Centro o puesto de salud	45	12.3 (DE = 4.6)

Prueba U de Mann-Whitney (sig =0.434)

Asimismo, los médicos en situación de nombrados presentan una tendencia suicida relativamente mayor que los médicos en situación laboral de contrato. Sin embargo, al igual que con la variable establecimiento de trabajo, no se halló que dicha diferencia sea estadísticamente significativa. (Ver Tabla 4.7)

**Tabla 4.7. Comparación de promedios entre la variable condición laboral y la tendencia suicida.**

Condición	Frecuencia	Tendencia suicida
		Promedio
Nombrado	58	12.2 (DE = 4.8)
Contratado	45	11.4 (DE = 2.7)

Prueba U de Mann-Whitney (sig =0.87)

#### 4.2.2. Dimensiones estructurales de las escalas (Validez de constructo)

Todos los ítems que tienen una estructura responsiva escalar fueron sometidos a sendos Análisis de Componentes Principales con la finalidad de delimitar sus dimensiones estructurales.

Un total de 34 ítems escalares fueron sometidos al Análisis de Componentes Principales (ACP) con Rotación Varimax. Los coeficientes

de determinación matricial, adecuación muestral y esfericidad correlativa (determinante=5.76E-012; Kaiser\_Meyer\_Olkin=0.738;  $X^2$  de Bartlett's= 2143.711, g.l.=561; p.=0.0001) garantizan la aplicación del análisis por cumplir con los supuestos.

La extracción de componentes se detuvo cuando el valor del *eigenvalue* no alcanzó la unidad. Este criterio permitió obtener un total de cinco componentes, los cuales fueron rotados usando el método ortogonal Varimax con normalización de Kaiser. Los cinco componentes explicaron las variaciones de las variables en cantidades razonablemente altas (30.9%, 8.4%, 6.6%, 6% y 5.4%, respectivamente), es decir, el porcentaje de la varianza acumulada de los cinco componentes fue 57.3%. En la tabla siguiente se observa los componentes obtenidos por el ACP y sus respectivos pesos factoriales. No se han incluido los pesos factoriales menores a 0.10. (Ver Tabla 4.8)

De las cuatro variables psicológicas teóricas propuestas en el cuestionario, se obtuvo un total de cinco componentes o dimensiones empíricas, lo cual nos permite desarrollar el siguiente análisis dimensional.

El **primer componente** está integrado por los ítems: “*Me molesto mucho cuando cometo errores*”, “*Me siento tenso(a) y nervioso(a)*”, “*Mis actividades diarias son muy estresantes*”, “*Muchas dificultades afectan mi tranquilidad personal*”, “*Cuando me equivoco en el trabajo me siento un fracasado*”, “*Mis problemas personales me agobian*”, “*Me toma mucho tiempo concluir algo que cumpla con mis exigencias*”, “*Me siento inseguro sobre mi desempeño en las cosas diarias y sencillas que realizo*”, “*Aun cuando realizo algo con sumo cuidado, me siento insatisfecho con los resultados obtenidos*”, “*Al final del día, me encuentro completamente exhausto*”, “*Retraso mi trabajo debido a que examino o repito las cosas una y otra vez*” y “*Siento que he conseguido en mi vida las cosas que considero más importantes*”. Dado el significado de los

ítems, a este primer componente se le denominó **“estrés percibido asociado a las exigencias perfeccionistas con las tareas”**, pues indica la experiencia de tensión y abatimiento personal en un contexto de exigencias con las actividades que se realiza. La distribución empírica de los ítems de este componente es similar a la planteada para la dimensión teórica percepción del estrés, por lo tanto, existe garantía para la validez de constructo de esta dimensión.

El **segundo componente** está integrado por los ítems: *“Durante mis estudios de pregrado intenté quitarme la vida”, “Durante mi adolescencia intenté quitarme la vida”, “Durante mi adolescencia pasó por mi mente el querer quitarme la vida”, “Durante mi niñez intenté quitarme la vida”, “Durante mis estudios de pregrado pasó por mi mente el querer quitarme la vida”, “Durante mi niñez pasó por mi mente el querer quitarme la vida”* *“Actualmente, veo al suicidio como una alternativa para mis problemas de la vida”* *“Si alguien en el trabajo realiza una tarea mejor que yo, siento que fracasado en toda la tarea”* y *“Me siento un fracasado cuando cumplo una tarea en menor medida de cómo lo planifiqué”*. Dado el significado de los ítems, a este segundo componente se le denominó **“tendencia suicida pasada”**, pues indica la presencia de ideaciones suicidas o situaciones de intento suicida a lo largo de la vida de los evaluados. Por otro lado, la integración de dos ítems referidos al perfeccionismo, nos permite reconocer la relación de la tendencia suicida con las exigencias perfeccionistas. En conclusión, la distribución empírica de los ítems de este componente es similar a la planteada para la dimensión teórica tendencia suicida, por lo tanto, existe garantía para la validez de constructo de esta dimensión.

El **tercer componente** está integrado por los ítems: *“Últimamente intenté quitarme la vida”, “Últimamente, tengo buenas razones para suicidarme”, “Las personas dejan de respetarme cuando me equivoco”, “Me siento inferior cuando mi desempeño es menor al resto de personas”* y *“Las personas no tienen una buena opinión de mí cuando cometo errores”*. Dado el significado de los

**Tabla 4.8. Matriz de Componentes Principales con Rotación Ortogonal (Varimax-Kaizer)**

<i>Autovalores (eigenvalues)</i>	<b>COMPONENTES</b>				
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Me molesto mucho cuando cometo errores	<b>.719</b>	.163		.136	
Me siento tenso(a) y nervioso(a)	<b>.682</b>	.246	.123		-.109
Mis actividades diarias son muy estresantes	<b>.677</b>		.180		.144
Muchas dificultades afectan mi tranquilidad personal	<b>.667</b>		.171		.149
Cuando me equivoco en el trabajo me siento un fracasado	<b>.661</b>	.145	.190	.329	
Mis problemas personales me agobian	<b>.606</b>	.256	.297	.203	.257
Me toma mucho tiempo concluir algo que cumpla con mis exigencias.	<b>.582</b>	.241		.298	.185
Me siento inseguro sobre mi desempeño en las cosas diarias y sencillas que realizo	<b>.566</b>	.157		.215	.390
Aun cuando realizo algo con sumo cuidado, me siento insatisfecho con los resultados obtenidos	<b>.544</b>	.144		.239	
Al final del día, me encuentro completamente exhausto	<b>.506</b>	.272	.137		.111
Retraso mi trabajo debido a que examino o repito las cosas una y otra vez.	<b>.409</b>	.267		.366	.138
Siento que he conseguido en mi vida las cosas que considero más importantes	<b>-.241</b>	.178		-.199	-.133
Durante mis estudios de pregrado intenté quitarme la vida.	.179	<b>.848</b>	-.134		.121
Durante mi adolescencia intenté quitarme la vida	.214	<b>.812</b>	.186	.103	
Durante mi adolescencia pasó por mi mente el querer quitarme la vida	.191	<b>.761</b>	.260	.134	.133
Durante mi niñez intenté quitarme la vida.	.120	<b>.742</b>	.157	.299	
Durante mis estudios de pregrado pasó por mi mente el querer quitarme la vida.	.170	<b>.716</b>	-.134		.321
Durante mi niñez pasó por mi mente el querer quitarme la vida	.153	<b>.693</b>	.380	.192	
Actualmente, veo al suicidio como una alternativa para mis problemas de la vida		<b>.540</b>	.280		.132
Si alguien en el trabajo realiza una tarea mejor que yo, siento que fracasado en toda la tarea.	.393	<b>.485</b>		.476	
Me siento un fracasado cuando cumplo una tarea en menor medida de cómo lo planifiqué.	.465	<b>.475</b>		.464	
Últimamente intenté quitarme la vida.		.223	<b>.821</b>		
Últimamente, tengo buenas razones para suicidarme.		.245	<b>.788</b>	.130	.168
Las personas dejan de respetarme cuando me equivoco.	.407	.046	<b>.603</b>	.102	.143
Me siento inferior cuando mi desempeño es menor al resto de personas	.520	.106	<b>.567</b>	.279	
Las personas no tienen una buena opinión de mí cuando cometo errores	.440		<b>.514</b>	.176	
Siento que no merezco vivir la vida que llevo.		-.247		<b>-.801</b>	
Siento que mi vida no tiene sentido.			-.236	<b>-.790</b>	-.125
Me siento pesimista y confundido con mi vida.	-.223		-.104	<b>-.732</b>	-.158
Siento que he desperdiciado mi vida	-.236				<b>-.726</b>
Siento que mi vida es un fracaso	-.184	-.127			<b>-.688</b>
Últimamente tengo deseos de quitarme la vida.		.288	.319		<b>.610</b>
Siento que cuando menos me equivoco más agrado a las demás personas	.427				<b>-.482</b>
Me siento satisfecho con mi vida		.113	-.337	-.192	<b>-.465</b>

ítems, a este segundo componente se le denominó **“perfeccionismo con referencia a las demás personas”**, pues indica la exigencia personal que tienen las personas en función de cumplir con las expectativas de otras personas. Por otro lado, la integración de dos ítems referidos la tendencia suicida actual nos permite deducir la posible relación entre este tipo de perfeccionismo y la tendencia suicida actual. En conclusión, la distribución empírica de los ítems de este componente responde a un tipo de perfeccionismo que se ha planteado de manera teórica para la dimensión perfeccionismo asociado a la exigencia de los otros, por lo tanto, existe garantía para la validez de constructo de esta dimensión.

El **cuarto componente**, integrado por los ítems: *“Siento que no merezco vivir la vida que llevo”*, *“Siento que mi vida no tiene sentido”* y *“Me siento pesimista y confundido con mi vida”* y el **quinto componente**, integrado por los ítems : *“Siento que he desperdiciado mi vida”* *“Siento que mi vida es un fracaso”* *“Últimamente tengo deseos de quitarme la vida”* *“Siento que cuando menos me equivoco más agrado a las demás personas”* y *“Me siento satisfecho con mi vida”*; nos permiten inferir la existencia de una sola dimensión psicológica a la que se denominó **satisfacción con la vida**. No obstante, los ítems de ambas componentes hacen referencia a dos aspectos diferentes de la satisfacción con la vida. Así, dada las características de sus ítems, el cuarto componente estaría haciendo referencia a la satisfacción con la vida actual; mientras que el quinto componente, a la satisfacción con la historia de vida. También es importante señalar la asociación de la satisfacción con la historia de vida y el perfeccionismo en relación con otras personas. Así, solamente utilizando los ítems con estructura responsiva escalar, se verifica la existencia de cuatro variables psicológicas:

1. **“Estrés percibido asociado a las exigencias perfeccionistas con las tareas”**, variable psicológica que indica la experiencia de tensión y abatimiento personal en un contexto de exigencias con las actividades que se realiza.

2. **“Tendencia suicida pasada”**, variable psicológica que indica la presencia de ideaciones suicidas o situaciones de intento suicida a lo largo de la vida de las personas.
3. **“Perfeccionismo con referencia a las demás personas”**, variable psicológica que indica la exigencia personal que tienen las personas en función de cumplir con las expectativas de otras personas.
4. **“Satisfacción con la vida”**, variable psicológica que indica la satisfacción tanto con la vida actual y la que ha venido llevando hasta la fecha.

Estas escalas, de naturaleza empírica, fueron correlacionadas con las puntuaciones de las escalas diseñadas teóricamente para determinar su relación de correspondencia o congruencia y, así, determinar su validez de constructo. En la siguiente tabla se muestra la correlación entre las variables teóricas (filas) y las variables empíricas obtenidas mediante análisis factorial (columnas).

**Tabla 4.9. Matriz de correlaciones entre las variables teóricas y las variables empíricas**

	<i>Estrés percibido asociado a las exigencias en la tarea</i>	<i>Tendencia suicida</i>	<i>Perfeccionismo maladaptativo</i>	<i>Satisfacción con la vida</i>
Tendencia suicida		<b>.893</b>		
Estrés Percibido				
Satisfacción con la vida	<b>.917</b>			<b>.891</b>
Perfeccionismo			<b>.763</b>	

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tal como se muestra en la tabla 4.9, las correlaciones de correspondencia son superiores a 0.76, indicando una significativa congruencia entre las dimensiones empíricas y las dimensiones teóricas de las principales variables de estudio. Se demuestra, así, la validez de constructo de las variables psicológicas de investigación.

Por otro lado, como se observa en los análisis previos, varios de 12 los ítems que fueron propuestos en la escala para medir el perfeccionismo se distribuyeron en las otras dimensiones psicológicas; por tanto, fue necesario su análisis individual a través del Análisis por Componentes Principales (ACP) con Rotación Varimax. Así, se halló que los coeficientes de determinación matricial, adecuación muestral y esfericidad correlativa (determinante=5.76E-012; Kaiser\_Meyer\_Olkin=0.873;  $\chi^2$  de Bartlett's= 609.996, g.l.=66; p.=0.0001) garantizan la aplicación del análisis por cumplir con los supuestos. La extracción de componentes se detuvo cuando el valor del *eigenvalue* no alcanzó la unidad. Los dos componentes obtenidos explicaron las variaciones de las variables en cantidades razonablemente altas (47.437% y 9.855%, respectivamente).

El **primer subcomponente del perfeccionismo maladaptativo** está integrado por los siguientes ítems: *“Si alguien en el trabajo realiza una tarea mejor que yo, siento que fracasado en toda la tarea”, “Me siento un fracasado cuando cumplo una tarea en menor medida de cómo lo planifiqué”, “Me toma mucho tiempo concluir algo que cumpla con mis exigencias”, “Cuando me equivoco en el trabajo me siento un fracasado”, “Me siento inseguro sobre mi desempeño en las cosas diarias y sencillas que realizo”, “Retraso mi trabajo debido a que examino o repito las cosas una y otra vez”, “Me molesto mucho cuando cometo errores” y “Aun cuando realizo algo con sumo cuidado, me siento insatisfecho con los resultados obtenidos”*. Dada la naturaleza semántica de los ítems que integran este subcomponente, se le denominó **perfeccionismo hacia las tareas**.

El **segundo subcomponente del perfeccionismo maladaptativo** está integrado por los siguientes ítems: *“Las personas dejan de respetarme cuando me equivoco”, “Las personas no tienen una buena opinión de mí cuando cometo errores”, “Me siento inferior cuando mi desempeño es menor al resto de personas” y “Siento que cuando menos me equivoco más agrado a las demás personas”*. Dada la naturaleza semántica de los ítems que integran este subcomponente, se le denominó **perfeccionismo para cumplir con las expectativas de los demás**. (Ver Tabla 4.10)

**Tabla 4.10. Matriz de Componentes Principales con Rotación Ortogonal (Varimax-Kaizer)**

<i>Autovalores (eigenvalues)</i>	Sub componente	
	<b>1</b>	<b>2</b>
Si alguien en el trabajo realiza una tarea mejor que yo, siento que fracasado en toda la tarea.	.827	.159
Me siento un fracasado cuando cumpla una tarea en menor medida de cómo lo planifiqué.	.816	.195
Me toma mucho tiempo concluir algo que cumpla con mis exigencias.	.727	.249
Cuando me equivoco en el trabajo me siento un fracasado	.716	.355
Me siento inseguro sobre mi desempeño en las cosas diarias y sencillas que realizo	.646	.167
Retraso mi trabajo debido a que examino o repito las cosas una y otra vez.	.642	.380
Me molesto mucho cuando cometo errores	.612	.305
Aun cuando realizo algo con sumo cuidado, me siento insatisfecho con los resultados obtenidos	.576	.271
Las personas dejan de respetarme cuando me equivoco.	.202	.854
Las personas no tienen una buena opinión de mí cuando cometo errores.	.170	.840
Me siento inferior cuando mi desempeño es menor al resto de personas.	.440	.756
Siento que cuando menos me equivoco más agrado a las demás personas.	.196	.230

### 4.2.3. Contrastación de hipótesis

En este subcapítulo se realiza la contrastación de las hipótesis principales del estudio. Se incluyen las ecuaciones regresivas para precisar las relaciones individuales y la contribución de cada variable psicológica sobre la tendencia suicida.

En la siguiente tabla, se muestra que la tendencia suicida se correlaciona de modo significativo con todas las variables psicológicas propuestas. Asimismo, el perfeccionismo maladaptativo (PERF-MA) resultó ser la variable psicológica con mayor nivel de correlación con la tendencia suicida ( $r= 0.527$ ;  $p<0.001$ ), seguido por el estrés percibido ( $0.476$ ;  $p<0.001$ ), mientras que la satisfacción con la vida (SV) se halla relacionada indirectamente con la tendencia suicida

(TS). Por otro lado, se halló que el perfeccionismo maladaptativo presenta una alta correlación tanto con el estrés percibido ( $r = 0.729$ ;  $p < 0.001$ ) y la satisfacción con la vida ( $r = -0.523$ ;  $p < 0.001$ ).

Tabla. 4.11. Correlación de Pearson entre la Tendencia Suicida y las variables psicológicas

	EP	SV	PERF- MA	TS
Estrés Percibido (EP)	1	-.436*	.729*	.476*
Satisfacción con la Vida (SV)		1	-.523*	-.366*
Perfeccionismo Maladaptativo (PERF-MA)			1	.527*
Tendencia Suicida (TS)				1

\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

A partir de los datos mostrados en la Tabla 4.11 se observa que si se realiza un análisis de las correlaciones individuales entre la tendencia suicida y el resto de variables psicológicas se encontrará una relación fuerte y significativa. Sin embargo, la realidad no se explica sólo con la relación aislada de dos variables, se requiere, inevitablemente, la relación entre cada variable psicológica y la tendencia suicida tomando en cuenta la influencia del resto de variables psicológicas. En ese sentido, el análisis de regresión múltiple nos permitió evaluar las correlaciones parciales de cada variable psicológica con la tendencia suicida, tal como se muestra en la Tabla 4.12.

Tabla 4.12. Coeficientes de regresión y correlación parcial de las variables psicológicas sobre la tendencia suicida.

	Coeficientes estandarizado <i>beta</i>	Valore s t	Sig. (p)	Correlaciones	
				r	r parcial
(Constantes)		2.265	.026		
Estrés percibido	.204	1.690	.094	.487	.145
Satisfacción con la vida	-.138	-1.407	.163	-.376	-.121
Perfeccionismo maladaptativo	<b>.323</b>	2.583	<b>.011</b>	.532	.222

Variable dependiente = Tendencia suicida

El análisis de regresión múltiple hizo posible reconocer que la única variable psicológica que influyen en la tendencia suicida es el perfeccionismo

maladaptativo ( $\beta=0.323$ ,  $t=2.583$ ,  $p<0.011$ ). En tanto que el estrés percibido y la satisfacción con la vida no tienen efectos significativos sobre la tendencia suicida.

Para lograr un análisis más detallado de la influencia del perfeccionismo maladaptativo sobre la tendencia suicida se realizó un análisis de las relaciones parciales. Así se halló que la relación entre el perfeccionismo maladaptativo y la tendencia suicida es menor cuando se controla la influencia del estrés percibido, a diferencia que cuando se controla la satisfacción con la vida. (Ver Tabla 4.13)

**Tabla 4.13. Correlación parcial entre el perfeccionismo maladaptativo y la tendencia suicida**

Variables control	r de Pearson	Significación bilateral	Grado de libertad
Satisfacción con la Vida (SV)	.420	0.000	95
Estrés Percibido (EP)	.290	0.004	96
SV y EP	.260	0.011	92

## DISCUSIÓN

A continuación presentamos la valoración teórica de los hallazgos obtenidos sobre la tendencia suicida en una muestra de médicos que laboran en los establecimientos de salud de Lima Metropolitana; no obstante, señalar que los pocos estudios desarrollados y difundidos sobre dicha problemática en nuestra realidad nos permiten hacer una contrastación teórica limitada.

Previo análisis sobre el nivel de tendencia suicida de la muestra de médicos estudiada, es importante describir el perfil personal de los profesionales a quienes se atribuirá gran parte de nuestros hallazgos. Así, nuestro estudio hace referencia al profesional médico que vive con su pareja, ya sea en su condición de casado (56.8%) o soltero (10.8%), profesa la religión católica (87.4%), brinda sustento económico a una o más personas (80%), realizó sus estudios de pregrado en la ciudad de Lima (70%), brinda labores asistenciales en algún hospital (40.5%) o establecimiento de atención primaria (59.5%) de Lima Metropolitana y se encuentra laborando en dichos establecimientos según la modalidad de contratado (45.9%) o nombrado (54.1%).

### ANÁLISIS DE LA TENDENCIA SUICIDA

La tendencia suicida en nuestro estudio se abordó a través de dos indicadores: la **ideación suicida** y el *intento suicida* (Norlev, 2005 y Kielholz, 1969). Respecto al primero, se halló que la prevalencia vida de la ideación suicida en los profesionales médicos (28.8%) es cercana al de la población en general de en Lima Metropolitana (27.8%) (Guerra et al, 2003). Sin embargo, dicho porcentaje es superior a la prevalencia vida de ideación suicida de los varones adultos de Lima Metropolitana (18.8%) (Guerra et al, 2003). Por otro lado, La niñez resultó ser la etapa de vida que el mayor porcentaje de médicos señaló como momento en que les ocurrieron las de ideas de quitarse la vida (21.8%), seguido por la adolescencia (18,9%). Respecto a esta última etapa, se observa que la ideación suicida de los profesionales médicos es relativamente mayor a la reportada por Perales y otros (1996) en un estudio

con adolescentes de un distrito céntrico de la provincia de Lima (16%); pero inferior en comparación con los estudiantes varones de una reconocida preuniversitaria de la ciudad de Lima, cuya prevalencia vida de ideación suicida ascendió al 33.9% (Muñoz et al, 2006)

En cuanto a los estudios de pregrado, se halló que 10.8% de los médicos evaluados informaron haber tenido deseos de quitarse la vida durante esa etapa de sus vidas. En comparación con el estudio de Perales et al (2003), quienes evaluaron a estudiantes de medicina de Lima y Trujillo y encontraron que el 20% de los estudiantes de medicina señaló haber tenido “deseos de estar muerto”, consideramos que podría haber cierta correspondencia con nuestros datos. Mientras que Perales evaluó los deseos pasivos de morir, nosotros nos enfocamos en las ideas sobre la intención de quitarse la vida. Por tanto, estas cifras nos sugieren una necesidad de seguir evaluando la tendencia suicida en los estudiantes de medicina así como su predisposición hacia diferentes trastornos de su salud mental, tal como lo sugiere Johnson (1991).

En cuanto a la ideación suicida actual se halló un porcentaje de 3,6%, cifra inferior a la reportada por Burbeck et al (2002) en un estudio con médicos de servicios de emergencia del Reino Unido (10%), pero superior a la que presenta una muestra nacional de médicos de cuidados intensivos estudiados por Coomber y otros (2002) en el mismo país, donde el 3.2% de los médicos manifestaron ideas de terminar con sus vidas durante el último mes.

Lamentablemente, la información sobre los indicadores de ideación suicida es reducida en nuestro medio, y en todo caso existe una gran diferencia en los modos de medir el constructo. No obstante, podemos concluir que la muestra de médicos varones estudiados presenta una mayor prevalencia de ideación suicida en comparación con la población general.

Respecto al **intento de suicidio**, se halló una prevalencia vida de 14,4%, cifra casi dos veces superior al de la población general 5.2% (según INSM, 2002 citado en Mosquera, 2003). Se halló que la niñez fue la etapa con mayores

porcentajes de intento suicida (10.8%), seguido por la adolescencia (9%). Por otro lado, el porcentaje de suicidios durante los estudios de pregrado ascendió a 4.5%.

## **ANÁLISIS DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS**

Respecto a la satisfacción por la vida se halló que los médicos evaluados presentan una alta satisfacción con sus vidas (64.8%) o una moderada satisfacción con sus vidas (25.7%). Si tomamos en cuenta la importancia de la satisfacción como un importante predictor del suicidio y de la salud mental (Valois et al. (2004), podemos sostener que la satisfacción por vida en los médicos evaluados se constituye en un importante factor protector hacia la tendencia suicida.

Los médicos con un alto nivel de estrés percibido representan el 18.5% de la muestra evaluada. Esta cifra es muy cercana a la encontrada en la literatura internacional, donde se considera que los niveles de estrés en la población médica oscila entre el 19% al 47%. Es decir, se encontraría entre las más bajas en comparación con los médicos de otras latitudes (Calnan, et al, 2001). Por otro lado, estos datos coinciden con el obtenido por Gouveia et al. (2005) respecto a los médicos de Brasil, quienes señalan que pese a las dificultades que encuentran los médicos en su trabajo, la mayoría expresa una adecuada satisfacción por la vida.

Por otro lado, aunque no son constructos similares, es importante relacionar los hallazgos obtenidos con aquellos que miden el síndrome de burnout en los profesionales médicos; así, Quiroz y Saco (2003) hallaron que el 10.9% de los médicos de un hospital de Cuzco obtuvo un grado medio de síndrome de burnout, mencionando además que el síndrome de burnout tiene una asociación estadísticamente significativa con variables tales como sexo masculino y la profesión de médico. La importancia del nivel de estrés percibido para evaluar la salud o bienestar mental de los médicos se fundamenta en rol como predictor de las enfermedades graves (Rabin, 1989) y su influencia en el tiempo de servicios laborales y el desarrollo del estrés clínico (Burbeck, et al. 2002.)

En cuanto a los niveles de perfeccionismo maladaptativo, los médicos que alcanzaron un alto nivel ascendió al 23.3%. No obstante, se halló una ligera diferencia respecto al tipo de perfeccionismo; así, el porcentaje de médicos con altas puntuaciones de perfeccionismo hacia la tarea ascendió al 13%; mientras que el porcentaje con un alto nivel de perfeccionismo hacia las personas alcanzó el 14.2%.

## **FACTORES DE LA TENDENCIA SUICIDA**

### ***Variables socio-laborales***

El supuesto teórico respecto a la asociación entre el estado civil y una mayor ideación o intento suicida no se confirmó en nuestra muestra de médicos evaluados, a diferencias de lo que indica la literatura internacional (Alderson, 1974; Palsson et al. 1991; Platt y Kreitman, 1985; Sorenson y Rutter 1991; Stack y Wasserman 1995; Sorenson y Rutter 1991; y Zimmerman et al. 1995). A esto se suma nuestro hallazgo en que los médicos que sustentan económicamente a cinco o más personas presentan una mayor tendencia suicida. Esto último nos da a entender que la tendencia suicida de los médicos estaría más relacionada a la percepción de exigencias externas que hacia una necesidad de efectividad personal; de igual modo, podría creerse que el mayor número de personas a quienes los médicos sustentan económicamente no implica necesariamente que dichas personas conformen una red social estable que sirva como uno de los factores protector hacia al suicidio propuestos por Diekstra y Garnefski (1995); más bien, podría constituirse en un factor exigencia económica que facilitaría el riesgo suicida en los varones.

Se confirmó la hipótesis teórica en cuanto religión, donde se halló que los médicos cristianos no católicos obtuvieron una mayor tendencia suicida, hecho muy relacionado con algunos estudios clásicos sobre suicidio y religión (Por ejemplo, Durkheim, 1897 y Morphew, 1968). No obstante, es importante reconocer que estudios más contemporáneos no señala una diferencia significativa entre la religión cristiana católica y la cristiana no católica (por

ejemplo, Malone, Oquendo, Hass y Mann, 2000). Debido al reducido tamaño del grupo de médicos cristianos no católicos, no se podrá sostener una información categórica sin un diseño de investigación de mayor poder explicativo e inferencial.

Respecto a la tendencia suicida según tipo de establecimiento y situación laboral, tampoco se halló diferencias significativas. No obstante, fueron los médicos que trabajan en las instituciones de atención primaria y en situación de nombrados los que alcanzaron una relativamente mayor puntuación en tendencia suicida.

### ***Variables psicológicas***

Se halló que existen diferencias significativas entre los médicos que tienen una alta tendencia suicida con quienes presentan una baja tendencia suicida respecto a las tres variables psicológicas propuestas. Así, los médicos con mayor tendencia suicida son aquellos que tienen un alto nivel de perfeccionismo maladaptativo, un alto nivel de percepción del estrés y un bajo nivel de satisfacción por la vida. Por tanto, nuestro estudio confirma la explicación teórica de la asociación de la ideación suicida y el intento suicida con estas tres variables psicológicas. Asimismo, se halló que el perfeccionismo maladaptativo presenta altas correlaciones directas y significativas con la tendencia suicida y el estrés percibido. Esta relación también ha sido hallada en una muestra de profesionales médicos británicos de los servicios de emergencias (83.4% = varones y 16.6% = mujeres) (Burbeck, 2002). Por otro lado, la relación con la satisfacción con la vida es también alta pero indirecta.

El análisis de regresión lineal múltiple, nos ha permitido reconocer que de las tres variables psicológicas propuestas, sólo el perfeccionismo maladaptivo actúa como una variable psicológica que permite predecir de manera estadísticamente significativa la tendencia suicida de los médicos varones evaluados. Asimismo, luego del análisis de regresión parcial entre el perfeccionismo maladaptativo y la tendencia suicida, controlando la influencia de las otras dos variables psicológica, la relación entre el perfeccionismo y la

tendencia suicida es afectada en mayor medida por el estrés percibido. Por tanto, podemos considerar que los médicos varones con altos niveles de tendencia suicida presentan un alto nivel de perfeccionismo maladaptativo que es afectado en gran medida por una mayor percepción del estrés y, en menor medida, por su satisfacción con la vida. Es decir, el perfeccionismo maladaptativo, como variable de personalidad, es afectado por la percepción del estrés, variable que hace referencia hacia la interrelación con las exigencias de medio externo; así mismo, ambas variables se expresan a través de la satisfacción con la vida.

Por otro lado, el presente estudio confirma el supuesto teórico de que los médicos con mayor tendencia suicida son más críticos con los otros y consigo mismos y tienen mayor probabilidad de insultarse por sus propias penas (Council on Scientific Affaire, 1987)

Los hallazgos obtenidos en el presente estudio están condicionados a las limitaciones metodológicas que caracteriza a todo proceso de investigación científica. En nuestro caso, dichas limitaciones se expresan a través de tres aspectos. El primero concierne a nuestro tema de estudio, el suicidio; por lo general existe poca disponibilidad en las personas para brindar información fehaciente sobre asuntos tan íntimos sobre sí mismas, más todavía si se trata del suicidio (Cervera, 2004), esto nos exigió brindar una explicación clara de los objetivos de investigación y la generación de una relación de confianza en el proceso de recolección de datos, asimismo tuvimos la necesidad por desarrollar un selección intencional de la muestra de estudió tal como nos recomiendan algunos entendidos en la investigación por encuesta (Barbancho, 1973). El segundo aspecto, por otro lado, concierne a la población masculina, cuya participación en los estudios de encuesta está limitada por sus altos grados de deseabilidad social que muestran en todo proceso de evaluación de la personalidad. Finalmente, como tercer aspecto, tenemos a los profesionales médicos, cuya exigencia de tiempo para su trabajo diario pudo afectar la confiabilidad de sus respuestas durante el proceso de evaluación, a esto se agrega el contexto político y social que han experimentado los médicos en nuestro país en su lucha por mejoras en sus

ingresos económicos y contexto laboral. No obstante estas importantes limitaciones, en nuestro esfuerzo por seguir una metodología de investigación clara y objetiva, muchos de nuestros hallazgos responden a una realidad que se ve confirmada por el conocimiento teórico que se tiene sobre la salud mental del profesional médico.

Nuestro país presenta una de las tasas de suicidio más bajas del mundo y Latinoamérica; sin embargo, el estudio de la tendencia suicida, dado su nivel predictivo, se sitúa como una estrategia preventiva del suicidio consumado. Asimismo, el énfasis en el estudio del suicidio en el varón responde a una característica epidemiológica propia de nuestros países latinoamericanos, donde las diferencias entre la tasa de suicidios entre varones y mujeres es mucho mayor que en el resto de países del mundo. Finalmente, queda sustentada de manera empírica que la tendencia suicida en el profesional médico varón es mayor al de la población en general, tal como lo indica la literatura internacional.

## CONCLUSIONES

- ❖ La prevalencia vida 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.
- ❖ La niñez fue señalada por los médicos varones evaluados como la etapa de vida en que se experimentaron con mayor frecuencia ideaciones suicida.
- ❖ Se halló que la prevalencia vida del intento de suicidio en los médicos varones evaluados es superior en dos veces al de la población general. Destacando la niñez, seguido por la adolescencia, como etapas de mayor ocurrencia del intento suicida.
- ❖ 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 maladaptativo.
- ❖ En cuanto a las variables socio-demográficas se halló que los médicos varones que sustentan económicamente a más de cinco personas presentan un mayor nivel de tendencia suicida.
- ❖ Entre las variables psicológicas asociadas a la tendencia suicida, se halló que sólo el perfeccionismo maladaptativo predice de manera estadísticamente significativa a la tendencia suicida de los médicos varones evaluados. Por tanto queda respaldada empíricamente sólo una de nuestras hipótesis de investigación.
- ❖ Asimismo, la relación entre el perfeccionismo maladaptativo y la tendencia suicida se halla afectada en mayor medida por la percepción del estrés antes que por la satisfacción con la vida.

## RECOMENDACIONES

En este apartado se pretende ofrecer algunas guías dirigidas a propiciar un mejor conocimiento de la salud mental del profesional médico y la prevención altos niveles de tendencia suicida.

1. Se recomienda la ampliación del estudio sobre tendencia suicida a una muestra de médicos varones de mayor magnitud , de modo tal que se puedan plantear deducciones de mayor nivel inferencial hacia la población de médicos en general; asimismo, la comparación de la tendencia suicida a través de un mayor número de variables sociodemográficas y laborales. Del mismo modo, se recomienda seguir valorando las propiedades psicométricas de las escalas de valoración de la tendencia suicida y de las variables psicológicas asociadas.
2. El estudio de la tendencia suicida del médico varón, como tema de investigación, surgió en el proceso de investigación del suicidio en general. Sin embargo, este mismo proceso ha generado otras preguntas de investigación que no fueron abordadas en el plan de investigación, una ellas, quizá la más importante, es la concerniente a la tendencia suicida de las médicos mujeres. Se considera de relevancia teórica y social el conocimiento de esta población, cuyo número están creciendo dentro de la carrera médica; su comparación con la tendencia suicida del médico varón nos brindará importantes alcances sobre el suicidio masculino y femenino.
3. Hasta la fecha, se ha venido desarrollando diferentes estudios en referencia a la depresión y o otros trastornos de salud mental en estudiantes de medicina; por tanto, se sugiere el estudio de la tendencia suicida en esta población. Pues el conocimiento la potencial tendencia suicida nos permitirá la adopción de las apropiadas medidas preventivas y correctivas en los futuros profesionales médicos.

4. El estudio y promoción de la salud mental del varón es algo que está comenzando a brindarse cada vez mayor atención en los países desarrollados. Esto no respondería a una mayor disponibilidad de recursos sino simplemente a la toma de medidas preventivas, en un contexto donde los varones van perdiendo el rol tradicional de protector y sostén familiar. Dicho escenario también está surgiendo en diversas ciudades de nuestra nación, por tanto, su estudio respondería a una política de salud preventiva.
5. Entre los mayores obstáculos que se presentó para el desarrollo del presente estudio se destacó la ausencia o poca accesibilidad hacia un sistema de información que nos permita reconocer la situación de la salud mental del profesional médico. Esta posible carencia o reserva de información respondería al rechazo social que todavía se guarda hacia la enfermedad mental, en general, y hacia el suicidio, en particular, en el contexto de los profesionales de salud. Asimismo, todavía existe una tendencia hacia la protección de una imagen de salubridad mental y física en el profesional médico, aun cuando los estudios que existen al respecto nos señalan lo contrario.
6. Finalmente, el análisis de la salud mental no sólo debe restringirse a la población médica, es importante promover el análisis y atención de la salud mental en el resto de ocupaciones consideradas en nuestro medio social como altamente exigentes o estresantes. Esto nos permitirá asegurar un mayor bienestar personal no sólo para los trabajadores evaluados y atendidos si no para sus respectivas familias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasland, OG; Ekeberg, O. y Schweder, T. (2001). Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Soc Sci Med.* 2001 Jan;52(2):259-65.
- Adkins KK y Parker WD. (1996). Perfectionism and suicidal preoccupation. *Journal of Personality*; 64:529–543.
- Alderson M (1974) Self-poisoning. What is the future? *Lancet* ,1: 1040-1043.
- Andersen O (1985). Dodelighed og erhverv 1970–1980. Copenhagen, Statistics Denmark.
- Andrus, JK; Fleming, DW; Heumann, MA; Wassell, JT; Hopkins, DD y Gordon, J. (1991) Surveillance of attempted suicide among adolescents in Oregon, 1988. *Am J Public Health*, 81: 1067-1069
- Arnetz BB, Horte LG, Hedberg A, Theorell T, Allander E y Malke H (1987) Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. *Acta Psychiatr Scand*; 75:139–143
- Arnaú, Jaime y Cols. (1998). Métodos de Investigación en Ciencias Sociales. Editorial Síntesis, Madrid.
- Ashby, J.S. y Kottman, T. (1996). Inferiority As a Distinction Between Normal and Neurotic Perfectionism. *Individual Psychology*, 52 (3), 237-245.
- Baemayr A y Feuerlein W (1986). Suizidhaefugigkeit bei Aerzten und Zahnaerzten in Oberbayern. *Soc Psychiatry*; 21:39–48
- Baig A, Siddiqui I, Naqvi H, Sabir S, Jabbar J y Shahid M. (2006). Correlation of serum cortisol levels and stress among medical doctors working in emergency departments. *J Coll Physicians Surg Pak*; 16:576-80.
- Baquedano, G. (2002) Programa universitario para el estudio del suicidio. Facultad de Ciencias Antropológicas, Universidad Autónoma de Yucatán. Disponible en: <http://members.tripod.com/-baquedano/index-9.html>.
- Barbancho, A.G. (1973). Estadística elemental moderna. Barcelona: Ariel.
- Barahona, L. (2003). Estimación de la Salud Mental y su Relación con una Selección de Variables Psicosociales y Demográficas en Estudiantes del Segundo Año de Medicina de una Universidad Privada de Lima, Año 2001. Tesis para optar el grado de maestro en medicina. Escuela de Postgrado Víctor Alzamora Castro. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Barrios, L. C., Everett, S. A., Simon, T. R., y Brener, N. D. (2000). Suicide ideation among US college students: associations with other injury risk behaviors. *Journal of American College Health*, 48, 229-233.
- Barros (1991). Las muertes por suicidio en el Brasil. En: Cassorla RMS, coordinador. *Del suicidio*. Campinas: Papiros, p. 41-59.
- Baum, W.M. y Heath, J.L. (1992). Behavioral Explanations and Intentional Explanations in Psychology. *American Psychologist*, 47, 1312-1317.
- Baumeister RF. (1990) Suicide as escape from self. *Psychological Bulletin*; 97:90–113.
- Beck, AT (1986) Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Ann NY Acad Sci* 48: 90-96.
- Beck, AT, Brown G y Berchick RJ. (1985) Hopelessness and eventual suicide; a year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation: *Am J Psychiat*; 5:142- 7.
- Beck, A.T (1971). Suicidio. Comité de Nomenclatura y Clasificación. Filadelfia. USA.
- Beck, A. T., Kovacs, M., y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352.

- Beevers, C. y Miller, I. (2004).. Perfectionism, cognitive bias, and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation. *Suicide & Life - Threatening Behavior*; 34 (2): 126-137.
- Bertolote, J. M. (1999). Facts and figures about suicide. Geneva: WHO, Dept. of Mental Health.
- Beskow, J (1979) Suicide in mental disorder in Swedish men. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 277: 1-138.
- Blatt SJ. (1995) The destructiveness of perfectionism. *American Psychologist*; 50:1003–1020.
- Bobes, García J, González J y Sáiz PA. (1997) Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. *Psiquiatría Médica*. Editorial Masson.
- Bonger, B. (1992) Suicide guidelines for assessment, management and treatment. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Bonino, L. (1998). “Desconstruyendo la normalidad masculina”. Asociación española de clínica y psicoterapia psicoanalítica. Madrid. Versión Web.
- Bonner, RL y Rich, AR (1987) Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: some preliminary data in college students. *Suicide Life Threat Behav* 17: 50-63.
- Borja, M. (2002). Prevalencia de Depresión en Estudiantes de Medicina de la UPCH. Tesis para Optar el Título de Médico Cirujano. UPCH. Lima.
- Breault, KD (1986) Suicide in America: a test of Durkheim's theory of religious and family integration 1933-1980. *Am J Sociol* 92: 628-656.
- Brent, DA, Johnson BA, Perper J, Connolly J, Bridge J, Bartle S. y Rather C (1994) Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:1080–1086.
- Breslau, N. (1992) Migraine, suicidal ideation, and suicide attempts. *Neurology*, 42: 392-395.
- Browne, T. (S/F) *Religio Medice*. Copyright Christian Classics Ethereal Library. Disponible en URL: <http://www.ccel.org/b/browne/religio/cache/religio.pdf>
- Bruce, S. (2004) Physician burnout: a pilot study. *New Zealand Medical Student Journal*, 1: 14-9, 2004. Lima, Recurso Perú Project.
- Bruce, A; Checkoway, H; Nagahama, SI. y Domino, KB. (2000). Cause-specific Mortality Risks of Anesthesiologists. *Anesthesiology*; 93:922–30
- Bucknill, JC. y Tuke, D.H. (1858). *A manual of psychological medicine*. London, England: John Churchill.
- Burbeck R, Coomber S, Robinson SM, Todd C. (2002). Occupational stress in consultants in accident and emergency medicine: a national survey of levels of stress at work. *Emergency Medicine Journal*, 19: 234-8.
- Burns, DD. (1980).The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*; November: 34–52.
- Calati, R; Giegling, I; Rujescu, D; Hartman, AM; Möller, HJ; De Ronchi, D; Serretti, A. (2007) Temperament and character of suicide attempters. *J Psychiatr Res*. 2007 Dec 3.
- Calnan, Michael; Wainwright, David; Forsythe, Malcolm; Wall, Barbara y Almond, Stephen (2001). Mental health and stress in the workplace: the case of general practice in the UK. *Social Science & Medicine*; 52, (4): 499-507.
- Caraveo, J. (1997). Estudio de la morbilidad psiquiátrica en México. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Documento no publicado, México.
- Carlson, G.A. y Cantwell, D.P. (1982). Suicidal behavior and depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 361-368.

- Carpenter LM, Swerdlow AJ. y Fear NT (1997). Mortality of doctors in different specialities: findings from a cohort of 20,000 NHS hospital consultants. *Occup Environ Med*; 54:388–395.
- Cassorla, R.M.S. (1987). Comportamentos suicidas na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36, 3, 137-144.
- Celis J, et al (2001). Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina humana del primer y sexto Año. *Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM* 62 (1) 25-30. Lima.
- Center, Claudia et al, (2003). Confronting depression and suicide in physician. *JAMA*; 289 (23): 3161-3166.
- Cervera, S. (2004). La situación actual de la depresión en el mundo contemporáneo *Dolentium Hominum* N. 55.
- Cheng ATA, Mann AH, Chan KA (1997) Personality disorder and suicide—a case-control study. *Br J Psychiatry* 170:441–446.
- Christopher J, Murray L, López A. (1995) Patrones de distribución mundial y regional de las causas de defunción en 1990. *Bol Of Sanit Panam*; 118:323-44.
- Coomber et al (2002) Stress in UK intensive care unit doctors. *British Journal of Anaesthesia* 89 (6): 873-81.
- Council on Scientific Affairs (1987) Results and implications of the AMA-APA Physician Mortality Project, Stage II. *JAMA*; 257:2949-2953.
- Courtenay, W.H. (2000a). Teaming up for the new men’s health movement. *Journal of Men’s Studies*, 8(3), 387-392.
- Courtenay, W.H. (2000b). Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385-1401
- Courtenay, W.H. (2000c). Engendering health: A social constructionist examination of men’s health beliefs and behaviors. *Psychology of Men and Masculinity*, 1, 4-15.
- Courtenay, W.H. (2001a). Counseling men in medical settings. In G.R. Brooks & G.E. Good (Eds.). *The new handbook of psychotherapy and counseling with men: A comprehensive guide to settings, problems, and treatment approaches* (Vol. 1, pp. 59-91). San Francisco: Jossey-Bass.
- Courtenay, W.H., & Keeling, R.P. (2000a). Men, gender, and health: Toward an interdisciplinary approach. *Journal of American College Health*, 48(6), 1-4.
- Courtenay, W.H. (2002). A global perspective on the field of men’s health. *International Journal of Men’s Health*, 1, 1-13.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment*, 14, 365–373.
- Crosby AE, Cheltenham MP, Sacks, JJ. (1994) Incidence of suicidal ideation and behavior in United States. *Suicide Life Threat Behav*, 1999; 29 (2): 131-139.
- Cutright, P y Fernquist, RM. (2000). Effects of societal intergration, period, region, and culture of suicide on male age-specific suicide rates: 20 developed countries, 1955-1989. *Soc Sci Res*. 2000 Mar; 29(1):148-72.
- Day, H., & Jankey, S.G. (1996). Lessons from the literature: Toward a holistic model of quality of life. In R. Revwick, I. Brown, M. Nagler (Eds.). *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches Issues and Applications* (pp. 39-50). Thousand Oaks, CA: Sage.
- De Man AF; Leduc CP. y Labreche-Gauthier L (1992) Correlates of suicide ideation in French-Canadian adults and adolescents: a comparison. *J Clin Psychol* , 48: 811-816.
- De Wilde, E. J., Kienhorst, I. C. W. M., Diekstra, R. F. W., y Wolters, W. H. G. (1992). The relationship between adolescent’s suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 149, 45-51.

- Dean G (1969). The causes of death of South African doctors and dentists. *S Afr Med J*; 43:495–500
- Deiner, E. (1994) ‘Assessing subjective well-being: Progress and opportunities’, *Social Indicators Research*, 31: 103–157.
- Deiner, E. (2000). ‘Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index’, *American Psychologist*, 55: 34–43.
- Deiner, E., E. Suh, S. Oishi, R.E. Lucas y H.L. Smith (1999). ‘Subjective wellbeing: Three decades of progress, *Psychological Bulletin*, 125: 276–302.
- Derogatis, L.R. y Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory : An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Diekstra RFW (1993) The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 371: 9-20.
- Diekstra RFW, y Garnefski N. (1995). On the nature, magnitude, and causalita of suicidal behaviors: an internacional perspective. *Suicide life Threating Behavior*; 5: 36- 57.
- Diekstra, RFW (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 371: 9-20.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Dixon WA; Heppner PP. y Rudd MD (1994) Problem-solving appraisal, hopelessness, and suicide ideation: evidence for a mediational model. *J Counsel Psychol* ,41: 91-98.
- Dublin L. (1963) *Suicide: a sociological and statistical study*. New York: Ronald Press; 9-22.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Halsall, J., Williams, M., & Winkworth, G. (2000). The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 437–453.
- Durkheim E [1897] (1951) *Suicide: a study in sociology*. Free Press, New York
- Durkheim, E. [1897] (1951) *Suicide: a study in sociology*. Free Press, New York.
- Dutra, E.M.S. (2001). Depressão e suicídio em crianças e adolescentes. *Mudanças*, 9, 15, 27-35.
- Earle K, Forquer S, Volo A. & McDonnell P. (1994). Characteristics of outpatient suicides. *Hospital and Community Psychiatry*; 148: 13-126.
- Enns, M. W., Cox, B. J., & Clara, I. (2002). Adaptive and maladaptive perfectionism: Developmental origins and association with depression proneness. *Personality and Individual Differences*, 33, 921–935.
- Erdur B, Ergin A, Turkcuer I, Parlak I, Ergin N, Boz B. (2006). A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli (Turkey). *Emerg Med J*; 23:759-63.
- Estruch y Cardus (1982) *Los suicidios*. Herder. Barcelona.
- Everson RB, Fraumeni JF. Mortality among medical students and young physicians. *J Med Educ* 1975; 50:809-811.
- Eyman J. & Eyman S. (1992). Psycholocial testing for potentially suicidal individuals. En: B. Bonger (Ed.). *Suicide: Guidelines for assessment, management and treatment* (pp. 127-143). New York: Oxford University Press.
- Firth-Cozens J.(1987). Emotional distress in junior house officers. *BMJ*; 295:533–6.
- Firth-Cozens J. New stressors, new remedies. *Occup Med* 2000;50:199–201.
- Flechner, S. (2000). Psicoanálisis y cultura: la clínica actual de pacientes adolescentes em riesgo. *Um nuevo desafío?* *Revista Latino-Americana de Psicanálise*, (4), 467-482
- Frank, E; Biola, H. y Burnett , CA. (2000). Mortality rates and causes US physician. *Am J Prev Med*; 19: 155-159.

- Friedman JMH; Asnis GM; Boeck M. y DiFiore J. (1987) Prevalence of specific suicidal behaviors in a high school sample. *Am J Psychiatry*, 144: 1203-1206.
- Friedman, H.S. (Ed.) (1991). *Hostility, coping, and health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Frisch, M.B. (1998). 'Quality of life therapy and assessment in health care', *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5:19-40.
- Frost RA, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. (1990) The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*; 14: 449-468.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. L., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. M., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Galambos GA, Pethebridge AM, Manicavasagar VK. y Johnson S.(2004) Doctors' mental health: a literature review of the pattern and causes of mental disorder in doctors. Disponible em: [http://members.optushome.com.au/drgg/gg/int/draft\\_lit\\_rv.htm](http://members.optushome.com.au/drgg/gg/int/draft_lit_rv.htm).
- Galban, L.Y.P.; Rodríguez, L.C.; Cruz, M.P.; Arencibia, T.G. & Álvarez, M.G. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana Med Milit*; 31, 3, 182-7.
- Galli E, Feijóo L, Roig I y Romero E. (2002) Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. *Rev Med Hered v.13 n.1 Lima ene. 2002*.
- García de Jalón, E y Peralta, V. (2002) Suidicio y riesgo de suicidio. *ANALES Sis San Navarra*; 25, (Supl. 3): 87-96.
- Gibbs J. (1997). African american suicidal: A cultural paradox. *Suicide and Life-Threatening Behavior*; 27: 68-79.
- González-Forteza, C; Berenzon-Gorn, S; Tello-Granados, AM; Facio-Flores, D; Medina-Mora Icaza, ME. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Publica Mex*; 40(5): 430-37.
- González-Forteza C, García G, Medina-Mora ME, Sánchez MA. (1998) Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes preuniversitarios. *Salud Ment*; 21(3): 1
- Gouveia, Valdiney; Alves, Genário; de Oliveira, Edson. y Brandão, Mauro. (2005) Medindo a satisfação com a vida dos médicos no Brasil. *J Bras Psiquiatr* 54(4): 298-305.
- Guibert, W. (2002). *El suicidio: Un tema complejo e íntimo*. La Habana: Científico Téc.
- Gradillas V. *Psicopatología descriptiva: signos, síntomas y rasgos*. Madrid: Ediciones Pirámide; 1998. p. 265-76.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Burling, J., Simon, L., Solomon, S., Rosenblatt, A., Lyon, D., y Pinel, E. (1992). Why do people need self-esteem? Covering evidence that self-esteem serves an anxiety buffering function. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 913- 922.
- Grossman, DC; Milligan, BC y Deyo, RA. (1991) Risk factors for suicide attempts among Navajo adolescents. *Am J Public Health*, 81: 870-874.
- Guerra, M., Paz, V. y Saavedra, J.(2003). Epidemiologic Mental Health Study in Lima, Perú, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi".
- Hamachek, DE. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*; 15, 27-33.
- Hawton K y Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ (2001) Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health*; 55:296-300

- Hendin, H. (1997, December 1). New Oregon vote is key to suicide rulings. American Foundation for Suicide Prevention [On-line]. Available: [www.afsp.org/assisted/oregon.html](http://www.afsp.org/assisted/oregon.html)
- Herner, B (1993). High frequency of suicide among younger physicians: unsatisfactory working situations should be dealt with. *Lakartidningen*; 90:3449–3452
- Hewitt PL, Dyck DG. (1986) Perfectionism, stress and vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*; 10:137–142.
- Hewitt PL, Flett GL. y Turnbull-Donovan W. (1992) Perfectionism and suicide potential. *British Journal of Clinical Psychology*; 31:181–190.
- Hewitt PL, Flett GL y Weber C. (1994) Dimensions of perfectionism and suicide ideation. *Cognitive Therapy and Research*; 18:439–460.
- Hewitt PL y Flett GL. (1991) Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*; 60:456–470.
- Hewitt, P.L. y Flett, G. L. (1990). Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 423–438.
- Hewitt, P.L., y Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456–470.
- Hewitt, Paul. L.; Flett, Gordon L.; y Weber, Cathy. (2006) Dimensions of perfectionism and suicide ideation. *Cognitive Therapy and Research*, 18 (5): 439-460.
- Hollender, MH. (1965) Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*; 6:94–103.
- Holmes, VF. y Rich, CL. (1990) Suicide among physicians. En: Blumenthal, S. y Kupfer, D. (eds). *Suicide Over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patient*. Washington, DC: American Psychiatric. Press Inc: 599-625.
- Houston K, Hawton K, Shepperd R (2001) Suicide in young people aged 15–24: a psychological autopsy study. *J Affect Disord* 63:159–170.
- Hsu K, Marshall V. (1987) Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns and fellows. *Am J Psychiatr*; 144:1561–6.
- Huebner, E.S.: 1997, 'Life satisfaction and happiness', in G. Bear, K. Minke and A. Thomas (eds.), *Children's Needs II* (National Association of School Psychologists, Silver Spring, MD), pp. 271–278.
- Huebner, E.S.; Funk, B.A. y Gilman, R. (2000). 'Crosssectional and longitudinal psychosocial correlates of adolescent life satisfaction reports', *Canadian Journal of School Psychology*, 16: 53–64.
- IESM .H.Delgado-H.Noguchi (2003) Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana., Ed. Especial de Anales de Salud Mental 2004, Lima Perú.
- Ihmer, Z; Rutz, W y Barsi, J. (1994). Suicide rate, prevalence of diagnosed depression and prevalence of working physician in Hungary. *Acta psychiatr. Scand*; 88: 391-394.
- Inga, J. y Vara, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas. Psychologica*. 5 (3): 475-485.
- Ingersoll GM; Grizzle K; Beiter M. y Orr DP (1993) Frequent somatic complaints and psychosocial risk in adolescents. *J Early Adolesc*, 13: 67-78.
- Innos K, Rahu K, Baburin A y Rahu M (2002) Cancer incidence and cause-specific mortality in male and female physicians: a cohort study in Estonia. *Scand J Public Health*; 30:133–140
- Juel K, Mosbech J. y Hansen ES. (1999) Mortality and causes of death among Danish medical doctors, 1973–1992. *Int J Epidemiol*; 28:456–460.

- Johnson, WDK. (1991) Predisposition to emotional distress and psychiatric illness amongst doctors: the role of unconscious and experiential factors. *Br. J Med Psychol*; 64:317-329.
- Kachur SP, Potter LB, Powell KE, Rosenberg ML. (1995) Suicide: Epidemiology, prevention, treatment. *Adolescent Med State Art Rev*; 6 (2): 171-182.
- Kandel DB, Raveis VH. y Davies M (1991) Suicidal ideation in adolescence: depression, substance use, and other risk factors. *J Youth Adolesc*, 20: 289-308.
- Kapur N, Borrill C, Stride C. (1998) Psychological morbidity and job satisfaction in hospital consultants and junior house officers: multicentre, cross sectional survey. *BMJ*; 317:511-2.
- Kesketh, JL. y Guimaraes de Castro, (1978) A. Factores correlacionados com a tentativa de suicidio. *Rev. Saúde públ., S. Paulo*, 12:138-46.
- Kinkel RJ; Bailey CW. y Josef NC. (1988) Suicide ideation in normal adolescents.. Department of Sociology/Anthropology/Social Work, University of Michigan, Flint.
- Kirk, W. G. (1993). *Adolescents suicide: A school-based approach to assessment intervention*. Champaign, III, USA: Research Press.
- Koivumaa-Honkanen,H., Honkanen,R; Viinamaki, H; Heikkila, K; Kaprio, J. y Koskenvuo, M (2001). 'Life satisfaction and suicide:A 20-year follow-up study', *American Journal of Psychiatry* ,158(3): 433-439.
- Kopp, M.S., Skrabski, A., & Szedmak, S. (1998). Why do women suffer more and live longer? *Psychosomatic Medicine*, 60, 92-135.
- Kottman, T. (2000). Perfectionistic Children and Adolescents: Implications for School Counselors. *Professional School Counseling*, 3 (3), 182-188.
- Krug, E. (1999). *Injury: A leading cause of the global burden of disease*. Geneva: WHO.
- Kwon, S. L., & Oei, T. P. S. (1992). Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 309-328.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. New York: Springer (Spanish translation: *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2000).
- Lazarus, R. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion, *American Psychologist*, 46: 819-834.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer.
- Lee, C., & Owens, R.G. (2002). Issues for a psychology of men's health. *Journal of Health Psychology* [special issue], 7(3), 209-217.
- Lester, D. (1983) *Why people kill themselves*. Thomas, Springfield, Illinois.
- Lester, D. (1988). *Suicide from a psychological perspective*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Levi, L. (1988). Definiciones y aspectos teóricos de la salud en relación con el trabajo. En: *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. R. Kalimo, M.A.-Batawi & G.L. Cooper (Eds.). OMS - Ginebra
- Lewis, G. Sloggett A. (1998). Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ*; 317: 1283-6.
- Lindeman, S. et al. (1997). Suicides among physicians, engineers and teachers: the prevalence of reported depression, admissions to hospital and contributory causes of death. *Acta Psychiatr Scand*; 96: 68-71.
- Linehan M, Rizvi S, Welch S. y Page B (2000) Psychiatric aspects of suicidal behavior: personality disorders. In: Hawton K, van Heeringen K (eds) *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Wiley, Chichester.
- Linehan, M.M. (1981). A social-behavioral analysis of suicide and parasuicide: Implications for clinical assessment and treatment. In: H.G. Glazer & J.F. Clarkin (Eds.),

- Depression: Behavioral and Directive Intervention Strategies. (pp. 229-294). New York: Garland press.
- Linehan, M.M. (1993a). Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
  - Linehan, M.M. y Shearin, E. (1988). Lethal stress: A social-behavioral model of suicidal behavior. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition, and health*. New York: John Wiley & Sons
  - Linhardt M, Frandsen E, Hamtoft H (1963). Causes of death among the medical profession in Denmark. *Dan Med Bull*; 10: 59-64
  - Lombardi, D.N., Florentino, M.C. y Lombardi, A.J. (1998). Perfectionism and Abnormal Behavior. *Journal of Individual Psychology*, 54 (1), 61-71.
  - Lynch, T.R; Johnson, C.S; Mendelson, T; Robins, C.J; Ranga, H; Krishnan, R. y Blazert, D.G. (1999). Correlates of suicide ideation among an elderly depressed simple. *Journal of Affective Disorders*, 56: 9-15.
  - Lyon, M.F; Benoit, M; O'Donnelli, R.M; Getson, P.R; Silber, T. y Walsh, T. (2000). Assessing African-American adolescents risk for suicide attempts. *Adolescence*, 35, 121-134.
  - Malone, K.M., Haas, G. L., Sweeney, J. A., et al (1995) Major depression and the risk of attempted suicide. *Journal of Affective Disorders*, 34, 173-185.
  - Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patient. *Am J Psychiatry*; 156: 181-189.
  - Maris, R (1985) The adolescent suicide problem. *Suicide Life Threat Behav*, 15: 91-109.
  - Maris, R. (1981) *Pathways to suicide*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore
  - Maxwell S-AM. (2001). Designing and developing an intervention to maximize the coping resources of doctors working with trauma patients at Johannesburg General Hospital. 2001. Dissertação. Faculdade de Artes, Departamento de Psicologia, Universidade Africana de Rand, África do Sul.
  - Mckeown JL, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, Jackson y Addy CL. (1998). Incidence and predictors of suicida behaviors in a longitudinla sample of young adolescents. *Journal of the American Academia of Child & Adolescente Psyquiatry*, 37: 612-619.
  - Medina-Mora, ME. (1994). Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultado de una encuesta nacional en hogares. En: Instituto Mexicano de Psiquiatría (Eds). *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 22-31. México.
  - Mesa JP. (1994) El suicidio en la vejez. En: Buendía J. ed. *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI; p. 299-311.
  - Millan LR; De Marco OLN; Rossi E; Millan MPB; Arruda PV (1999) Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. En: Millan LR; De Marco OLN; Rossi E; Millan MPB; Arruda PV. *O universo psicológico do futuro médico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
  - Miller MN, McGowen KR. (2000). The painful truth: physicians are not invencible. *Southern Medical Journal*, 93: 966-72.
  - Minayo, MCS; (1998) A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(2):421-428.
  - Minkoff, K, Bergman E, Beck AT, Beck R (1973) Hopelessness, depression, and attempted suicide. *Am J Psychiatry*, 130: 455-459.
  - Minois; G. (1999) *History of suicide: voluntary death in Western culture*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press.
  - Miró E. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. 2ª edición. J. Vallejo Ruiloba, C. Gastó Ferrer. Edit. Masson, 675-684.
  - Morphey JA. (1968): Religion and attempted suicide. *Int J Soc Psychiatry*; 14:188-192.

- Morrell S, Taylor R, Quine S. y Kerr, C. (1993) Suicide and unemployment in Australia 1907-1990. *Soc. Sci Med*; 36: 749-56.
- Mosarelli, E. (1879). *Il suicidio. Saggio di statistica morale comparativa*, Milano, Fratelli Dumolard.
- Mosquera, A. (2003) Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital “Hermilio Valizán” durante febrero 2000- enero 2001. Trabajo de investigación para optar el título profesional de: especialista en psiquiatría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Muñoz M., J; Pinto M, V; Napa D. N. y Perales C., A (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 25 y 24 años, Lima, 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 23(4).
- Muñoz, J; Vega, J. y Muñoz, H. (2005) Suicidio e intento de suicidio por salto desde la altura en el Puente Villena. *Revista de Neuro Psiquiatría*; 68 (3-4): 140- 152.
- Murray DC. (1973). Suicidal and depressive feelings among college students. *Psychol Rep*, 33: 175-181.
- Murray L, Christopher J. y López AD. (1997) Mortality by cause for eight regions of the world global burden of disease study. *Lancet*; 349:1025-37.
- Nogueira- Martins y Luiz A. (2003). Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *Rev. Bras. Med. Trab.*, Belo Horizonte; 1 (1): 56-68.
- Nogueira-Martins, L.A. (1991). Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. *Rev Bras Clín Terap*; 20: 355-364.
- Nordström P, Asberg M, Aberg-Wistedt A, Nordin C. Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 34-50.
- Nordentoft M (1988). Suicide among physicians. *Ugeskr Laeger*; 150:2440–2443 (Danish)
- Norlev J, Davidsen M, Sundaram V, Kjoeller M. (2005). Indicators associated with suicidal ideation and suicide attempts among 16-35-year-old Danes: A national representative population study. *Suicide Life Threat Behav*; 35:291-308.
- Nugent, W.R. y Williams, M. (2001). The relationship between the comorbidity of depression with problems in psychosocial functioning and the severity of suicidal ideation. *Social Service Review*, December, 582-604.
- Nunnally, J. y Bernstein, I. (1995). *Teoría Psicométrica*. McGrawHill. Tercera Edición. México. Páginas 93 y 94.
- O’Carroll PW., Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL. y Siverman MM. (1996). Beyond the Tower Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26: 237-252.
- Office of Population Censuses and Surveys (1986) Occupational Mortality 1979–80, 1982–83, Decennial Supplement, Part I: Commentary: Series DS, Number 6. London, Her Majesty’s Stationery Office.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Objetivos de la estrategia regional europea de la salud para todos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Análisis de la situación del Perú. Programa especial de análisis de la salud*. Lima. OPS/OMS Perú.
- Oros, L.B. (2005). Implicaciones del perfeccionismo infantil sobre el bienestar psicológico: Orientaciones para el diagnóstico y la práctica clínica. *Anales de Psicología*. Vol. 21 (2): 294-303.
- Palsson, SP; Jonsdottir, G. y Petursson H. (1991) Parasuicidal behavior in an emergency room population. *Nord Psykiatr Tidsskr*, 45: 351-356.

- Pavot, W., Diener, E; Colvin C.R. y Sandvik, E. (1991). 'Further validation of the satisfaction with Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well being measures', *Personality Assessment* 57, pp. 149–161.
- Paykel ES; Myers JK; Lindenthal JJ. y Tanner J (1974) Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry*, 124: 460-469.
- Perales A, Sogi C, Sanchez E, Salas RE (1995). Adaptación del cuestionario de Salud Mental (para población de 18 y más años) Lima, 1993. En: Salud mental de una población urbano marginal de Lima. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"; p. 101-111. Serie Monografías de Investigación N° 2.
- Perales A, Sogi C, Sanchez E, Salas RE. (1993) Adaptación del cuestionario de Salud Mental (para población de 12 – 17 años) Lima. En: Conductas violentas en adolescentes: identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"; 1995. p. 51- 60. Serie Monografías de Investigación N° 3.
- Perales A, Sogi C. (2000) Conducta suicida en estudiantes de medicina. *Rev Psiquiatr Perú*; 6(1): 8-13.
- Perales, A.; Sogi, C. y Salas, R.E. (1996). Salud mental en adolescentes del distrito de Magdalena. Serie: Monografías de Investigación No.4. INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Hospital Víctor Larco Herrera.
- Perales, Alberto; Sogi, Cecilia y Morales, Ricardo (2002) Salud mental de estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Trujillo. SITUA- Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana – UNSAAC, 11(21): 14-20.
- Perales, Alberto; Sogi, Cecilia y Morales, Ricardo (2003). *Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas*. Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM. Vol. 64; N° 4: 239-246.
- Pitts FN, Schuller AB y Rich CL (1979). Suicide among US women physicians, 1967–1972. *Am J Psychiatry*; 136:694–696.
- Platt, S. y Kreitman, N. (1985) Parasuicide and unemployment among men in Edinburgh 1968±82. *Psychol Med*, 15: 113-123.
- Pokorny A. y Kaplan H (1976) Suicide following psychiatric hospitalization. *J Nerv Ment Dis*, 162: 119-125.
- Pöldinger, (1969). La tendencia al suicidio. Estudio médico-psicológico. Madrid. Morata.
- Portzky, G; Audenaert, K & Van Heeringen, K. (2005). Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2005) 40: 922–930.
- Priester MJ. y Clum GA (1993) Perceived problem-solving ability as a predictor of depression, hopelessness, and suicide ideation in a college population. *J Counsel Psychol*, 40: 79-85.
- Pritchard, C. (1992) Is there a link between suicide in young men and unemployment? A comparison of the UK with other European Community countries. *Br J Psychiatry* 160: 750-756.
- Quiroz V, R. y Saco Méndez, S. (2003). Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del hospital Nacional de Essalud del Cusco. SITUA. Revista semestral de la Facultad de Medicina Humana. 12(23),11-22.
- Rabin, BS (1999). Stress, immune function and health: the connection. New York: Wiley.
- Rafnsson V. y Gunnarsdottir HK. (1998) Causes of death and incidence of cancer in physicians and lawyers in Iceland. *Nord Med*; 113:202–207
- Raphael, D. (1996). 'The determinants of adolescent health: Evolving definitions, recent findings, and proposed research agenda', *Journal of Adolescent Health*, 9: 6–16.

- Rascon, ML; Villatoro, J; Martinez-Velez. y Gómez, M. (1996). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana de México. *Salud Mental*; 19 (3): 14-21.
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology* Copyright. by The Spanish Journal of Psychology 2006, Vol. 9, No. 1, 86-93.
- Revicki DA. y May HJ (1985) Physician suicide in North Carolina. *South Med J*; 78:1205–1207.
- Rich CL y Pitts FN (1979) Suicide by male physicians during a five-year period. *Am J Psychiatry*; 136:1089–1090.
- Rimpela AH, Nurminen MM, Pulkkinen PO, Rimpela MK, Valkonen T (1987). Mortality of doctors: do doctors benefit from their medical knowledge? *Lancet*; 1:84–86
- Rose KD, Rosow I (1973) Physicians who kill themselves. *Arch Gen Psychiatry*; 29:800–805.
- Rossow, I. (1994) Suicide among drug addicts in Norway. *Addiction*, 89: 1667-1673
- Roxborough, M. (2008) The interpersonal components of perfectionism and suicide in a test of the social disconnection model. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts. University of New Brunswick
- Roxo, V. y Guevara, B.S. (2006). Estudio de ideación suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 345-351.
- Roy A. (1985) Suicide in doctors. *Psychiatr Clin North Am*; 8:377–387
- Rutter,H; Herzberg; J. y Paice,E. (2002). Stress in doctors and dentists who teach. *Medical Education*; 36: 543-549.
- Säfsten, B. (2004) La crisis del suicidio. *DOLENTIUM HOMINUM*. Nº 55: pág: 43-46.
- Samkoff JS, Hockenberry S, Simon LJ et al. (1995) Mortality of young physicians in the United States, 1980-1988. *Acad Med*; 70:242-244.
- Sandín, B. (1999). Estrés psicosocial. Madrid: Klinik.
- Sandman, D. Simantov, E. y An, C. (2000). Out of touch: American men and the health care system. New York: Commonwealth Fund.
- Santos, O; Sermeus, G; Anelli, M; Kupers, P. y Martin, E. (2003). Four-Country Survey Regarding Suicide: Consumer s Beliefs, Attitudes and Behaviors (Belgium, Italy, Portugal and Spain). CONSIUR.
- Schapira, K; Linsley, KR, Linsley, A; Kelly, TP. y Kay, DW. (2001). Relationship of suicide rates to social factors and availability of lethal methods: comparison of suicide in Newcastle upon Tyne 1961-1965 and 1985-1994. *British Journal of Psychiatry*; 178: 458-64.
- Schernhammer ES y Colditz G. (2004) Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*;161:2295–2302.
- Schneiderman, Kaplan, Sadock, Baltimore, Williams (1976) Suicide in comprehensive textbook of psychiatry. Ed. Freedman.
- Schlicht SM, Gordon IR, Ball RB, Christie DGS (1990). Suicide and related deaths in Victorian doctors. *Med J Aust*; 153:518– 521
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). ‘Positive psychology: An introduction, *American Psychologist*, 55: 5–14.
- Serfaty, Edith; Ustraran, Kelmendi; Andrade, Jorge; D’Aquila, Hugo; Boffi-Boggero, Hector; Masautis, Alicia y Foglia, Luis. (1992). Ideas de suicidio y factores de riesgo en varones con residencia en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Boletín Académico Nacional de Medicina*. Buenos Aires; 72(1): 233-245.
- Shafran, R. y Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879–906.

- Shafran, R., Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773–791.
- Shneidman E. (1998) *The suicidal mind*. Oxford:University Press; 26-63.
- Silverman, M. (2000). Physicians and suicide. En: Goldman, LS; Mayers, M. y Dickstein, LJ. (eds). *The Handbook of Phisician Health: Essentinal Guide to Understanding the Health Care Needs of Physicians*. Chicago, III: American Medical Association.
- Simon W. (1986) Suicide among physicians: prevention and postvention. *Crisis* 1986; 7:1–13.
- Simon, GE; Barber; C; Birnbaum, HG. Et al (2001). Depression and work productivity: the comparative costs of treatment versus nontreatment. *J Occup Environ Med*; 43: 2-9.
- Skinner, B.F. (1957 [1992]). *Verbal behavior*. Acton, MA: Copley Publishing
- Smith JC, Mercy JA. y Conn JM (1988) Marital status and the risk of suicide. *Am J Public Health* 78: 78-80.
- Smith, K. y Crawford, S. (1986) Suicidal behavior among ``normal" high school students. *Suicide Life Threat Behav*, 16: 313-325.
- Smrdel, ACS. (2003) Experiencing professional strains of nurses, radiation engineers and physicians working at the Institute of Oncology in Ljubljana. *Radiology and Oncology*, 37: 249-55.
- Sorenson, SB. y Rutter, CM. (1991) Transgenerational patterns of suicide attempt. *J Consult Clin Psychol*, 59: 861-866
- Souery, D; Oswald, P; Linkowski, P y Mendlewicz, J. (2003). Molecular genetics in the analysis of suicide. *Annals of Medicine*, 35, 3: 191 – 196.
- Staats, A.W. (1975). *Social behaviorism*. New York: Dorsey.
- Stack, S. y Wasserman, IM. (1995) Marital status, alcohol abuse and attempted suicide: a logit model. *J Addict Dis*, 14: 43-51.
- Stanley, EJ. y Barter, JT. (1970) Adolescent suicidal behavior. *Am J Orthopsychiatry*, 40: 87-96.
- Stefansson CG y Wicks S (1991). Health care occupations and suicide in Sweden 1961–1985. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 26:259–264
- Stein M; Levy, M, y Glasberg, M (1974) Separations in black and white suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry*, 31: 815-821.
- Stengel, E (1964) *Suicide and Attempted Suicide*. Harmondsworth, Penguin Books.
- Sullivan P. y Buske L. (1998) Results from CMA's huge 1998 physician survey point to a dispirited profession. *Canadian Medical Association Journal*, 159, 54-8.
- Taboada, M.L. (1998). Eventos traumáticos y reacciones de estrés: identificación y manejo en una situación de desastre natural. *Psiquiatría.com*. Revista Electrónica, 2 (4). Retrieved March 31, 2000. Available at: [http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num4/art\\_7.htm](http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num4/art_7.htm).
- Tatman S, Greene A. y Karr L. (1993). Use of suicide probability scale with adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*; 23:188-203.
- Tejedor MC, Diaz A, Castillo'n JJ, Pericay JM. Attempted suicide: Replication and survival-findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 205-11.
- Topol P. y Reznikoff M. (1982) Perceived peer and family relation- ships, hopelessness and locus of control as factors in adolescent suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*, 12: 141-150.
- Turecki, G. (1999). O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivoagressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(2), 18-22.
- Ullmann D, Phillips RL, Beeson WL, Dewey HG, Brin BN, Kuzma JW, Mathews CP. y Hirst AE (1991). Cause-specific mortality among physicians with differing life-styles. *JAMA*; 265:2352–2359

- Vaillant GE, Sobowale NC. y McArthur C (1972) Some psychologic vulnerabilities of physicians. *N Engl J Med* 1972; 287:372-375.
- Valois, RF; Zulling, KJ; Huebner, S. y Wanzer. (2004) Life satisfaction and suicide among high school adolescents. *Social Indicators Research*, 66: 81-105.
- Vásquez, F. (1997-a). Estudio del intento de suicidio en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” 1994-1996. En: *Anales de Salud Mental*, XIII, Nos. 1-2, págs. 59-85.
- Vásquez, F. (1997-b). Valoración del intento de suicidio, una aproximación para el manejo y tratamiento. En: *Anales de Salud Mental*, XIII, No. 1-2, págs. 37-57.
- Vilhjalmsón, R; Kristjansdóttir, G. y Sveinbjarnardóttir, E. (1998). Factors associated with suicide ideation in adults. *Soc. Psychiatry Epidemiol*, 33: 97-103.
- Von Vultée PJ. (2004) Physicians’ work environment and health: a prospective controlled intervention study of management development programs targeting female physicians. Tese. Faculdade de Medicina, Universidade Uppsala, Suécia.
- Webb, Richard y Valencia, Sofía (2005). *Human Resources in Public Health and Education in Perú*.
- Weidner, G, & Collins, R.L. (1993). Gender, coping, and health. In H.W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance* (pp. 241-265). Seattle, WA: Hogrefe and Huber. Weinstock, M.A., Rossi, J.S., Redding, C.A., Maddock, J.E., & Cottrill.
- Wenz F. (1976) Self-evaluation and suicidal potential. *Psychol Rep*, 39: 289-290.
- Wetzell, R.D., Margulies, T. Davies, R. y Karma (1980). Hopelessness suicidal behavior. *International Journal of the addiction*, 14, 451-462.
- Wilson, K.G., Hayes, S.C. y Gifford, E. (1996). Cognition in behavior therapy: Agreements and differences. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 53-63.
- Wittchen, HU; Nelson, CB. y Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psicol. Med*; 28(1): 109-126.
- Yunes, J. y Zubarew, T. (1999) Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafío para la Región de las Américas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. vol.2 no.3.
- Zimmerman M; Lish JD; Lush DT; Farber NJ; Plescia G. y Kuzma MA (1995) Suicidal ideation among urban medical outpatients. *J Gen Intern Med*, 10: 573-576.

# ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

## CUESTIONARIO DE OPINIÓN

Los siguientes enunciados están diseñados para medir la percepción que tiene usted de sí mismo(a). No existen respuestas correctas o falsas. Por favor, al responder los ítems exprese su primera impresión. Su veracidad nos permitirá llegar a conclusiones reales y de gran utilidad en el ámbito de la investigación psicosocial de nuestro país.

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**Sexo:**  Hombre  Mujer **Edad:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil :**  soltero  casado  conviviente  divorciado  viudo

**Personas con quienes vive (marcar todas las necesarias):**

Vive solo  Hijos  Hermanos  Otros \_\_\_\_\_  
 Pareja  Padres  Parientes cercanos

### **Religión**

Cristiano Católico  Judío  Otro: \_\_\_\_\_  
 Cristiano no Católico  Budista

**Número de personas que dependen económicamente de usted:** \_\_\_\_\_  Ninguna

**Carrera profesional:** \_\_\_\_\_

**Universidad donde realizó estudios de pregrado:** \_\_\_\_\_

**Año en que obtuvo su licenciatura:** \_\_\_\_\_

**Situación laboral actual:**  nombrado  contratado  otro: \_\_\_\_\_

### PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO

Responda a cada uno de los siguientes enunciados determinando el nivel de frecuencia que cada situación se presenta en su vida cotidiana. Trate de utilizar todas las opciones de respuesta marcando en el recuadro con un aspa (X):

- *Siempre*                      - *Varias veces*                      - *Raras veces*                      *Nunca*  
 - *Muchas veces*                      - *Pocas veces*                      - *Casi nunca-*

1. Me siento tenso(a) y nervioso(a)	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
2. Mis actividades diarias son muy estresantes.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
3. Me molesto mucho cuando cometo errores	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
4. Aun cuando realizo algo con sumo cuidado, me siento insatisfecho con los resultados obtenidos.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
5. Siento que he conseguido en mi vida las cosas que considero más importantes.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
6. Durante mi niñez pasó por mi mente el querer quitarme la vida.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
7. Durante mi niñez intenté quitarme la vida.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
8. Muchas dificultades afectan mi tranquilidad personal.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
9. Últimamente tengo deseos de quitarme la vida	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
10. Me siento satisfecho con mi vida.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca

		veces	veces	veces	veces	nunca	
11. Siento que cuando menos me equivoco más agrado a las demás personas.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
12. Cuando me equivoco en el trabajo me siento un fracasado.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
13. Durante mi adolescencia pasó por mi mente el querer quitarme la vida.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
14. Durante mi adolescencia intenté quitarme la vida.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
15. Al final del día, me encuentro completamente exhausto.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
16. Siento que mi vida es un fracaso	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
17. Me siento inseguro sobre mi desempeño en las cosas diarias y sencillas que realizo.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
18. Mis problemas personales me agobian.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
19. Actualmente, veo al suicidio como una alternativa para mis problemas de la vida.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
20. Siento que he desperdiciado mi vida.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
21. Durante mis estudios de pregrado pasó por mi mente el querer quitarme la vida.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
22. Durante mis estudios de pregrado intenté quitarme la vida.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
23. Si alguien en el trabajo realiza una tarea mejor que yo, siento que he fracasado en toda la tarea.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
24. Me siento un fracasado cuando cumplo una tarea en menor medida de cómo lo planifiqué.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
25. Siento que no merezco vivir la vida que llevo.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
26. Siento que mi vida no tiene sentido.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
27. Me siento pesimista y confundido con mi vida.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
28. Últimamente, tengo buenas razones para suicidarme.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
29. Las personas no tienen una buena opinión de mí cuando cometo errores.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
30. Me siento inferior cuando mi desempeño es menor al resto de personas	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
31. Las personas dejan de respetarme cuando me equivoco.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
32. Retraso mi trabajo debido a que examino o repito las cosas una y otra vez.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
33. Me toma mucho tiempo concluir algo que cumpla con mis exigencias.	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca
34. Últimamente intenté quitarme la vida	Siempre	Muchas veces	Varias veces	Pocas veces	Raras veces	Casi nunca	Nunca

*Muchas gracias por su gentil colaboración*

## ANEXO 2: INDICADORES DE VALIDEZ DE CONSTRUCTO SEGÚN ESTUDIO PILOTO

TABLA 1.1. MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS(A)

	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Últimamente intenté quitarme la vida.	<b>,938</b>	,134	,128	-,132	,052	-,219	,005	-,021
Actualmente, veo al suicidio como una alternativa para mis problemas	<b>,909</b>	,115	,173	,159	-,008	,163	,016	,024
Durante mi niñez pasó por mi mente el querer quitarme la vida	<b>,883</b>	,152	,086	,218	-,007	-,130	,097	,161
Durante mi adolescencia intenté quitarme la vida	<b>,866</b>	,026	,107	-,166	,153	-,156	,115	,193
Durante mi niñez intenté quitarme la vida.	<b>,847</b>	-,070	,218	,077	,181	,113	-,085	-,242
Si alguien en el trabajo realiza una tarea mejor que yo, siento que fracasado en toda la tarea.	<b>,826</b>	,349	,047	,322	,015	-,016	,079	-,144
Durante mis estudios de pregrado intenté quitarme la vida.	<b>,753</b>	,131	,531	-,153	,081	-,281	,002	-,011
Me siento un fracasado cuando cumplo una tarea en menor medida de cómo lo planifiqué.	<b>,669</b>	,371	,096	,312	,223	,032	,023	-,252
Durante mi adolescencia pasó por mi mente el querer quitarme la vida	<b>,626</b>	,210	,583	-,060	-,063	,017	,041	,292
Aun cuando realizo algo con sumo cuidado, me siento insatisfecho con los resultados obtenidos	<b>,481</b>	,436	-,031	,189	,394	,266	,217	,205
Muchas dificultades afectan mi tranquilidad personal	,249	<b>,915</b>	,066	-,057	,101	,083	-,037	,043
Últimamente, tengo deseso de morirme	,219	<b>,797</b>	,117	,142	,222	,039	-,016	,107
Si mi desempeño es menor al resto de personas, me siento inferior.	-,227	<b>,763</b>	,306	,422	,052	,145	,036	,040
Cuando me equivoco en el trabajo me siento un fracasado	,160	<b>,737</b>	-,031	,213	,339	,172	-,323	-,243
Me toma mucho tiempo concluir algo que cumpla con mis exigencias.	,360	<b>,715</b>	,145	,170	,380	,078	,067	-,265
Me siento tenso(a) y nervioso(a)	,261	<b>,631</b>	,310	-,328	,353	,139	-,148	,200
Mis problemas personales me agobian	,539	<b>,596</b>	,051	,073	,326	,176	-,144	,295
Durante mis estudios de pregrado pasó por mi mente el querer quitarme la vida.	,250	,093	<b>,934</b>	,097	,060	-,039	-,055	,040
Me siento inseguro sobre mi desempeño en las cosas diarias y sencillas que realizo	,019	,343	<b>,824</b>	-,055	,240	,219	,079	,171

Siento que he desperdiciado mi vida o que mi vida es un fracaso	-,483	-,141	<b>-,746</b>	-,232	-,087	,113	,018	,196
Siento que no merezco vivir la vida que llevo.	-,427	-,039	<b>-,583</b>	-,448	,048	-,103	,094	,211
Siento que mi vida no tiene sentido.	-,076	-,112	-,056	<b>-,903</b>	,123	-,157	,097	-,036
Retraso mi trabajo debido a que examino o repito las cosas una y otra vez.	,259	,475	,161	<b>,620</b>	,141	-,185	,162	-,133
Últimamente, tengo buenas razones para suicidarme.	,570	,099	,017	<b>,585</b>	-,240	-,364	,011	,224
Últimamente tengo deseos de quitarme la vida.	,175	-,108	,536	<b>,563</b>	,245	,305	-,308	-,214
Me siento pesimista y confundido con mi vida.	,126	-,454	-,255	<b>-,513</b>	-,224	-,221	,480	-,253
Mis actividades diarias son muy estresantes	-,128	,309	,136	-,077	<b>,778</b>	,022	,051	-,043
Me molesto mucho cuando cometo errores	,299	,411	,144	-,079	<b>,761</b>	-,118	,062	-,049
Al final del día, me encuentro completamente exhausto	,377	,126	,306	,185	<b>,610</b>	,042	-,083	,407
Siento que cuando menos me equivoco, más agrado a las personas	,074	,237	-,406	-,120	<b>,500</b>	,433	-,018	-,112
Siento que he conseguido en mi vida las cosas que considero más importantes	,203	-,221	-,165	-,069	7,32E-005	<b>-,804</b>	,212	-,091
Las personas dejan de respetarme cuando me equivoco.	-,090	,434	-,092	,331	,025	<b>,528</b>	,321	-,323
Estoy satisfecho con mi vida	,143	-,231	,079	-,145	-,012	-,189	<b>,779</b>	-,066
Las personas no tienen buena opinión de mí cuando cometo errores	,012	,333	-,223	,182	,407	,253	<b>,635</b>	,196

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 18 iteraciones