



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
FEDERICO GOMEZ

11237
68
2eje.

ENFOQUE DEL MEDICO PEDIATRA EN
ENTRENAMIENTO ANTE EL INTENTO DE SUICIDIO
EN PEDIATRIA

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA
P R E S E N T A

LAURA INES DEL SOCORRO HERNANDEZ ESPINOSA

ASESOR

DR. RAFAEL GUILHERA MAROUL

MEXICO, D.F.



1994

SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi familia.

Mi Papá, mi mamá

mis lindos hermanitos

Porque no importo la distancia el tiempo

y la tragedia

siempre estuvieron conmigo.

**A los pacientes con intento
de suicidio que son el motivo
de mi trabajo**

Y a ti, que fuiste mi inspiración

Y para mis amigos:

Todos mis amigos:

Los Buenos médicos

**que tratan no solo la enfermedad
sino al niño que tiene la enfermedad.**

Para esto

escriben una historia

de sentimientos y de eventos

examinan las emociones

lo mismo que los signos físicos

y prescriben para conducir al paciente

a la paz espiritual

al igual que la corporal.

Su arma terapéutica más importante

es su propia personalidad

y la emplean conciente sabia y benévola

con pleno conocimiento

de sus propias debilidades y flaquezas.

INDICE

INTRODUCCION	4
GENERALIDADES	5
JUSTIFICACION	8
OBJETIVOS	9
HIPOTESIS	10
EPIDEMIOLOGIA	10
DESCRIPCION CLINICA	12
ETIOLOGIA Y PATOGENESIS	13
PROCESOS PSICOLOGICOS	14
FACTORES PREDICTORES DE LAS CARACTERISTICAS SUICIDAS	15
LA FAMILIA Y LA DINAMICA INTERPERSONAL	20
INFLUENCIAS AMBIENTALES Y SOCIALES	25
ESTUDIOS DE LABORATORIO	24
VALORACION BIOLOGICA	24
VALORACION PSICOLOGICA	25
DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES	29
TRATAMIENTO	30
<u>CON RESPECTO AL SUICIDIO</u>	
<u>COMO TAL</u>	32
MATERIAL Y METODOS	35
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	39
BIBLIOGRAFIA	42
TABLAS	

INTRODUCCION

En el Siglo XIX el libro de Goethe " Las penas del joven Werther" fueron el estímulo eficaz para desencadenar una epidemia de suicidios en los jóvenes; se consideró como una imitación , al héroe del libro, quien se disparó porque su novia no lo quería. Debido a estas circunstancias el libro fue prohibido en el mercado { 14}.

En 1910, la "Academia de Viena" conviene en evaluar los factores de riesgo para el comportamiento suicida en la juventud . El ímpetu de éste evento histórico fue el estímulo suficiente para la evaluación y por ende el incremento en las estadísticas de tazas de suicidio en los adolescentes. { 14}

El Dr. Sigmund Freud sugiere que el más alto índice de suicidio se dará por conflictos que se presentan con la persona amada. Y hoy por hoy, se puede catalogar como uno de los factores de riesgo para conductas suicidas en el adolescente.

En éste trabajo se reseñara lo poco escrito sobre suicidio en el adolescente y en el niño, se estudiará el concepto y enfoque del médico pediatra en entrenamiento hacia la posibilidad de que su paciente sea suicida y finalmente se estudiará el diagnóstico y manejo de esta patología.

GENERALIDADES

El concepto de **CARACTERÍSTICAS SUICIDAS** en el preadolescente y adolescente incluye el pensamiento acerca de causarse autoagresión o muerte intencional, o sea ideas suicidas y actos que causan autolesión o muerte intencional: El Suicidio {14}.

La definición de característica suicida es la preocupación o el acto intencional, que quiere infringir lesión o muerte a uno mismo {23}.

La característica suicida, es episódica, el episodio de la idea suicida puede ser agudo y breve o pudiera tener duración de varias horas o días {23}.

Las ideas suicidas pueden ocurrir en el preescolar o en preadolescente o en el adolescente, sin embargo, un intento que cause lesión a uno mismo o la muerte es básico para la definición {14}.

No es necesario, que el joven tenga un concepto "coloquial" de la finalidad de la muerte.

El objeto del intento del suicidio es la muerte sin importar el concepto que tenga el adolescente sobre éste {24}.

Algunos investigadores piensan que la conducta suicida lleva un orden que incluye: comportamiento no suicida, ideas suicidas, intentos suicidas y finalmente el suicidio {24}.

CONTINUIDAD DE LAS CARACTERISTICAS SUICIDAS.

Es un debate si la ideación suicida, el intento suicida y el suicidio son un fenómeno discontinuo y distinto.

Se ha publicado por Carison en 1982 que las ideas suicidas y los que cometen suicidio son actos completamente diferentes y decidieron que los que tienen ideas suicidas son más deprimidos que aquellos que intentan suicidarse. {20}

Brent en 1986, sugiere que el acto suicida es una continuación de las ideas suicidas. En el Instituto Nacional de Enfermedades Mentales evaluaron el grado de suicidabilidad, síntomas psiquiátricos; y los resultados sugieren que hay una continuidad jerárquica así : Características suicidas no específicas, Ideas suicidas no específicas, Ideas suicidas específicas y Acto suicida. {21}

El reporte de Brent y Cols. 1988, investiga la relación entre intento de suicidio y suicidio. Los resultados sugieren que hay una continuación entre las características de los adolescentes que cometieron el suicidio y los que exhibieron una forma no fatal de comportamiento suicida. Entre los dos grupos de adolescentes hay variedad de desordenes afectivos y familias con desordenes afectivos antisociales. {22}

Otro aspecto de las características suicidas es la letalidad del método suicida, pues determinó, que la letalidad del intento es más grave, si el suicida no es impulsivo sino premeditado {1}.

SUICIDABILIDAD

Es el término que se describe desde mediados de los años 70 en donde los clínicos consideran que los intentos de suicidio y los actos suicidas no se pueden presentar en los adolescentes, porque hay inmadurez tanto psíquica como del desarrollo.

JUSTIFICACION

Es importante el papel que desempeña el Pediatra cuando se encuentra frente a un paciente con Intento de Suicidio, ya que él es el primer contacto médico con el paciente de estas características y quién debe hacer el diagnóstico e iniciar el manejo.

En nuestro medio, un hospital pediátrico, en donde se atienden un volumen importante de pacientes, con patología tan variadas, que van desde una infección de vías aéreas superiores hasta síndromes complejos de difícil diagnóstico, llama la atención que el diagnóstico de suicidio no se encuentre, probablemente porque se diagnostica únicamente la patología que originó la atención del paciente, como por ejemplo, intoxicación por medicamentos entre otros.

La Justificación de éste estudio, es tratar de establecer las causas de la ausencia del diagnóstico de ésta patología, considerando que en los servicios de ingresos de pacientes como son urgencias y consulta externa, no se encuentran registrados, y sin embargo en el servicio de Psiquiatría si hay afluencia de pacientes de éste tipo.

OBJETIVOS

En éste estudio se realiza una minuciosa revisión bibliográfica respecto al tema del Suicidio, dirigida al paciente pediátrico. En base a esto y consiente de la importancia de esta patología se toman como objetivos fundamentales:

1. Valorar el conocimiento Psiquiátrico sobre el tema de intento de suicidio en los médicos residentes de Pediatría del Hospital Infantil de México.
2. Establecer las causas de negación en el diagnóstico de suicidio e Intento de Suicidio en los servicios de ingreso de pacientes del Hospital Infantil de México.

HIPOTESIS

En nuestro medio las posibilidades de desarrollar una amplia estadística sobre suicidio, son escasas, puesto que el diagnóstico como tal no se ha desarrollado.

No conocemos hasta éste momento el origen de la ausencia de éste diagnóstico. En la elaboración de este trabajo, realizaremos una encuesta a los médicos para corroborar sus conocimientos sobre éste punto ya que es muy importante conocer los aciertos diagnósticos sobre el tema del intento de suicidio en el paciente pediátrico en particular.

El interés del papel que desempeña el Pediatra en el manejo del paciente con intento suicida tiene que ser muy importante, ya que éste como especialista en niños es el primer médico que ha de realizar el diagnóstico y manejo del paciente con tales características.

En nuestro medio, donde se atienden pacientes con patologías que varían desde una infección de vías aéreas superiores hasta síndromes complejos de difícil diagnóstico, llama la atención que el diagnóstico de intento de suicidio, o suicidio no se encuentre, probablemente porque se diagnostica únicamente la patología que originó la atención de urgencia, como por ejemplo: intoxicación por medicamentos o herida por proyectil de arma de fuego, etc.

EPIDEMIOLOGIA

En 1986 el año más reciente para completar la estadística en los E.E.U.U. (Centro Nacional de Estadística 1988), la tasa de suicidio era de 15 a 24 años 13.1×100.000 una tasa mayor que el 12.8×100.000 para todas las edades. Aproximadamente el 16% de todas las muertes de 15 a 24 años, fueron suicidios en aquel año.

En contraste marcado en el suicidio, es un incremento de 0.8×100.000 entre los 5 y los 14

años, esta tasa se ha incrementado en las últimas décadas. Este incremento a sido más bajo entre los 15 y 24 años.

Las tasas de suicidio entre los 15 y 24 años empezaron a elevarse hacia los años 1960 y esta tasa era 5.2×100.000 en contraste con más de 2.5 de incremento en 1986.

Más específicamente el Dr Brent menciona que la tasa de suicidio de las personas entre 10 y 19 años se elevaban aproximadamente 2.1 veces de 2.3×100.000 de 1960 a 1962 hasta de 4.8×100.000 de 1978 a 1983 las tasas de suicidio para todos los grupos de edad, son más altas en los hombres blancos siguen los hombres no blancos, las mujeres blancas y las mujeres no blancas. {22}

Otros reportes identifican que hubo un incremento marcado en el suicidio en los jóvenes de 15 a 24 años nacidos después de la segunda guerra mundial. Se conoce como el estampido de los bebés. Otros efectos como la violencia, el abuso de sustancias y la depresión grave se identifican más en este tipo de pacientes.

La tasa de datos sobre suicidio estadística, que entre la comunidad en general el 9% de los jóvenes intentaron suicidarse una vez en su vida. Entre el común de los adolescentes el suicidio se presenta en aproximadamente el 1% estas tasas son significativamente menores, que en aquellas encontradas entre los pacientes psiquiátricos.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Las ideas suicidas y los actos suicidas son eventos episódicos que tienen un establecimiento y duración súbita.

Cada evento suicida puede ser claramente definido y caracterizado. Los eventos suicidas repetidos pueden ocurrir de manera que no se puede diferenciar un paciente que crónicamente es suicida del que exhibe múltiples actos suicidas.

Para definir las características suicidas un clínico puede enfocar sus intervenciones para disminuir este evento durante la vida de un paciente.

La intención de causarse daño a uno mismo es un ingrediente esencial para definir el comportamiento suicida.

La característica puede ser fuertemente definida o puede ser ambigua y no bien definida. Evaluar la intencionalidad es muy difícil en los individuos adolescentes.

Los individuos adolescentes que hacen intento premeditado tienen intención suicida mayor y están más desesperanzados que los que lo intentan impulsivamente (1). El enojo hacia sí mismo la desesperanza, se presentan en el grupo premeditado solamente sugiriendo que los pacientes que premeditan tienen una alta relación con el "autoenojo".

El comportamiento suicida involucra un deseo de causarse muerte, sin embargo el

entendimiento de un joven que la muerte es el final, no es el ingrediente esencial para considerar que un niño o adolescente se catalogué como SUICIDA.

El desarrollo del concepto de muerte es un proceso lento y largo la apreciación de la finalidad de la muerte pudiera no ocurrir hasta la adolescencia. La muerte es el final del comportamiento suicida sin necesidad de saber como se conceptualiza esta, de manera que los pacientes preescolares que no entienden que la muerte es IRREVERSIBLE se pueden considerar como suicidas si tienen un concepto de causarse así mismo agresión o la muerte.

Los niños y adolescentes planean los actos suicidas con una variedad importante de métodos letales. Estos incluyen dispararse, ahorcarse, ingerir medicamentos, sofocarse, correr en el tráfico, ahogarse, no administrarse medicamentos autorizados por el médico y quemarse. Dentro de las últimas décadas las ARMAS DE FUEGO son el método más común para las prácticas suicidas en el hombre; y en la mujer, la ingestión de sustancias letales es más frecuente.

ETIOLOGIA Y PATOGENESIS

En 1986 Van Pragg (2) reportó niveles bajos de Ac Homovanílico, en los estudios realizados en líquido cefalorraquídeo, pero los estudios son pocos y su metodología inconsistente.

Algunos estudios han sugerido hipersecreción de cortisol en pacientes deprimidos que intentan suicidarse. Algunos estudios han reportado niveles altos de hidrocortisol en adolescentes suicidas.

Resumen: hay falta de estudios y de correlativos biológicos en el comportamiento suicida de la juventud. En los adultos se sugiere que puede haber una base biológica, para el comportamiento suicida. Se requiere una investigación, extensa, para tipificar si los hallazgos encontrados en los adultos son aplicados a los pacientes en edad pediátrica.

PROCESOS PSICOLOGICOS

Se ha estudiado el suicidio por medio de la autopsia psicológica, además del estudio de los individuos que conocían al paciente.

El estudio de Shaffi y Cols 1985, comparó 17 adolescentes, quienes tenían comportamiento suicida, con 20 adolescentes no suicidas. Los adolescentes suicidas exhibían mayores características antisociales, que los no suicidas, previos al tratamiento con psiquiatría. {3}

El estudio comparativo de 133 víctimas menores de 30 años con 150 pacientes mayores de 30 años detectó que en el grupo más joven prevalecía el uso de MEDICAMENTOS, el abuso de sustancias era crónico, y se presentaba por lo menos desde 9 años antes del intento, los medicamentos más frecuentemente usados eran: Alcohol, Marihuana, Cocaína. A diferencia de los pacientes mayores, los jóvenes tuvieron menor número de alteraciones afectivas, y orgánicas. Estos estudios subrayan que la importancia de establecer, las alteraciones psiquiátricas de los pacientes suicidas es fundamental para la consideración de su tratamiento anterior a la práctica suicida.

En el estudio de Dr Shaffer y Cols, incluyó 173 adolescentes entre mujeres y hombres, que fueron estudiados por separado, llegando a los siguientes factores de riesgo para cada sexo.

EN EL HOMBRE: Intento de suicidio previo 22.5%; Depresión mayor 8.6%; Abuso de sustancias 7%. Características antisociales 4.4%; Historia familiar de suicidio 5%.

EN LA MUJER: Depresión mayor 49%; Intento de suicidio anterior 8.6%; Historia de suicidio en la familia. 2.7%; Características antisociales 3.2%; Abuso de sustancias 0.8%.

Así la probabilidad de que una paciente joven suicida lo realice existe ante el antecedente de depresión mayor.

Esto indica que si los factores de riesgo son similares en hombres y mujeres el porcentaje del factor no es similar entre ellos.

FACTORES PREDICTORES DE LAS CARACTERISTICAS SUICIDAS

FACTORES PSICOPATOLÓGICOS:

Son tres tipos: Desordenes de comportamiento, desordenes de conducta, y desordenes de personalidad límite.

En la autopsia psicológica se encontraron desordenes antisociales y síntomas afectivos como el rango más común. El estudio del Dr Shaffer 1974, de 31 jóvenes el 55% de adolescentes tuvieron síntomas antisociales y afectivos, el 17%, solo síntomas antisociales; el 13% síntomas afectivos y el 15% no tuvieron síntomas. Se descubrieron en este estudio cuatro tipos de personalidades:

1 - Impulsiva.

2 - Paranoide.

3 - Retiro sin comunicación.

4 - Perfeccionista

El 46% tuvieron historia de ideación o de intento suicida. {10}

Los reportes del estudio del Dr Rich 1986, este estudio y otros importantes reportan la asociación afectiva y los problemas antisociales en los adolescentes suicidas. {9}

Según Robbins 1985, describen que los síntomas de depresión es lo más frecuente en pacientes adolescentes psiquiátricos hospitalizados para el alto riesgo de suicidio. {5}

Un alto rango de suicidios se presenta en respuesta directa con síntomas depresivos como son:

Humor deprimido, minusvalía (Autoevaluación negativa de si mismo), desesperanza, insomnio, concentración pobre, anhedonia, culpa, preocupación, baja energía, hiporexia, indecisión, retiro social, abuso de alcohol.

De todo lo anteriormente mencionado el mejor predictor de las ideas suicidas es la

característica depresiva del "Edo de Grimo" la anhedonia y el abuso del alcohol en segundo lugar.

PREVALENCIA DE LAS CARACTERISTICAS SUICIDAS CON RESPECTO A
LA EDAD

Se observa un pico de prevalencia en la proporción de incremento suicida visto con la edad en un estudio longitudinal de Pfeffer 1986 (25)

TABLA # 1. PROPORCIÓN DE SUICIDIO SEGÚN LA EDAD

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	PROPORCIÓN SUICIDIO
1 - 14	0.6
15 - 24	12.8
25 - 34	15.5
35 - 44	14.3
45 - 54	14.8
55 - 64	15.7
65 - 74	16.8
75 - 84	28.9
85 y mayores	19.7

Nota 100.000 personas en 1988.

Se observan cambios según un período de tiempo particular en la historia. Entre 1 y 14 años se bajo el número de suicidio, entre los 15 y 24 años se observó un discreto aumento que entre los 45 y 540 disminuyeron para incrementarse entre los 75 y 85.

Una de las explicaciones es que recientemente se han incrementado algunos factores de riesgo como depresión abuso de sustancias y el divorcio.

Según Holinger 1982 se observó un aumento en el número de suicidio de acuerdo al incremento en la población que se relaciona con la presencia de stres, de ansiedad por el ingreso a la casa y al trabajo. {4}

Se observó que la correlación directa del incremento del suicidio como el abuso de armas de fuego, método más letal de suicidio. {26}

También se describió que la probabilidad de uso de armas de fuego se incrementa en la población que estuviera ingiriendo alcohol, según el centro de estadísticas 1989 reflejan que el rango suicida entre los 5 y los 14 años son bajos pero que se incrementa en una segunda edad y que entre los jóvenes de 15 a 24 años es la tercera causa de muerte en los E.E.U.U. luego de los accidentes y los homicidios. {24}

El Dr Robbins y Cols 1985 estudiaron 64 adolescentes internos psiquiátricos fueron catalogados por rangos y escalas de la cédula de desorden afectivo y esquizofrenia, esto contiene una escala que indica las tendencias suicidas, el intento de morirse, el número de episodios previo de suicidio y la letalidad de la mayor parte de los intentos suicidas se relacionan entre estos que da como resultado:

Tendencias suicidas: están significativamente asociadas con depresión, autoevaluación negativa de sí mismo, insomnio, pobre concentración, anhedonia y desesperanza. El número de intentos suicidas se correlacionan con depresión, abuso de alcohol, autoevaluación negativa y abuso de drogas. La gravedad del intento suicida se asoció con depresión y

autoevaluación negativa. La letalidad del intento suicida se asoció con depresión, autoevaluación negativa, anhedonia, agitación psicomotora, abuso de alcohol y abuso de drogas

Estos resultados dan una información detallada de los factores que se involucran en el suicidio de adolescentes: depresión y abuso de sustancias. {5}.

Con respecto a los desordenes de personalidad límite, el Dr Frideman 1983 consideró a 53 adolescentes psiquiátricos, que se presentaban con desordenes de personalidad límite, tenían los intentos de suicidios más frecuentes y más graves. {6}

El Dr Apter 1988 consideró que la impulsividad y la agresión estaban asociados con los pacientes de alto riesgo suicida, se encontró registrado en el KIDDIE (cédula para desordenes afectivos y esquizofrénicos) que es mayor en pacientes hospitalizados adolescentes el riesgo de suicidio en los desordenes de la conducta, que en los desordenes de depresión. {7}

El Dr Pfeffer y Cols 1988 evaluaron hombres y mujeres adolescentes por separado, basados en la revisión de 200 casos de un hospital psiquiátrico. Ellos relatan que el intento suicida fue más frecuente en las mujeres y el método más frecuente fue ingestión de medicamentos.

El comportamiento suicida entre las mujeres y los hombres fue mayor por depresión y abuso de alcohol.

Se agrega la personalidad límite entre las mujeres pero no entre los hombres.

Las variables asociadas con comportamiento suicida en los hombres son: el abuso de alcohol y características del pasado; y entre las mujeres están el abuso de alcohol, la depresión y el comportamiento agresivo reciente.

Este estudio sugiere que hay algunas características diferentes entre hombres y mujeres. Para los preadolescentes fueron similares que para los adolescentes, y se cree que hay una asociación positiva entre desordenes de conducta, y el abuso de sustancias sin embargo no

está correlacionado entre las características de los preadolescentes suicidas, por que el uso de estas no es frecuente entre ellos. {8}

LA FAMILIA Y LA DINÁMICA INTERPERSONAL

No se ha establecido sistemáticamente el estudio de la familia de un paciente con conductas suicidas ya sea este un adolescente o un infante.

Los reportes de factores asociados con la familia en general no son claros. Los estudios de autopsia psicológicas en adolescentes suicidas, se encuentra que hay disturbio generalizado entre los miembros de esta familia.

En el estudio de SHAFFER 1974, describe 31 niños del estudio que tuvieron un pariente o hermano que exhiban un comportamiento suicida. Este estudio está limitado por la falta de comparación con jóvenes no suicidas. {10}

El Dr Shafii 1985, en un estudio comparativo de autopsias psicológicas entre adolescentes suicidas y adolescentes no suicidas quienes estuvieron expuestos a amigos con cierto grado de conducta suicida, por ejemplo, el 60% de las víctimas de suicidio comparados con el 12% de los pacientes no suicidas tuvieron padres o amigos con tendencia suicidas, a diferencia de los padres de los pacientes no suicidas que tuvieron más problemas emocionales, más ausencia del hogar y más evidencias de abuso de los niños. {3}

Estudios de niños y adolescentes con características suicidas no fatales describieron

asociaciones entre factores familiares y el comportamiento suicida del niño y adolescente. El Dr Garfinkel y asociados revisaron los pacientes que ingresaron a la sala de urgencias, 50% de pacientes con intento de suicidio y 50% sin intento de suicidio. Los familiares de los niños con intento de suicidio tuvieron alta prevalencia de desordenes mentales y médicos, historias de suicidio e intentos de suicidio como el alcohol y el abuso de drogas. (12)

El Dr. Pfeffer y colaboradores relaciono hombres adolescentes hospitalizados psiquiátricos con el comportamiento agresivo familiar reciente y características suicidas entre hermanos. Entre las mujeres adolescentes psiquiátricas hospitalizadas se caracterizan : el reciente abuso sexual, y físico, reciente riña entre familiares, abuso de sustancias entre los hermanos y familia con muerte reciente.

La violencia, especialmente el abuso físico se ha descrito como un alto factor de riesgo entre la conducta suicida.

El estudio de Deykin y Cols 1985 (12) , estudiaron 159 adolescentes con intento de suicidio que ingresan a una sala de urgencias, fueron comparados por género y edad, con grupos de adolescentes no suicidas. El resultado indica que se presentó más en pacientes con antecedentes de abuso físico hasta el 12% de ellos. El abuso físico es un factor de riesgo en jóvenes con características suicidas.

Otra faceta de estudio fue documentada por Salk 1985 (13), quien reportó un estudio longitudinal considerando la relación entre factores pre y perinatales en los pacientes suicidas jóvenes, se revisó el registro prenatal, neonatal y el nacimiento de 52 adolescentes que cometieron suicidio y 52 que no lo presentaron.

Se estudiaron 46 factores siendo tres los más frecuentes:

1. Distress respiratorio por más de una hora luego del nacimiento.
2. Ausencia de atención prenatal antes de 20 semanas de gestación.
3. Enfermedad crónica física de la madre.

No se evidenciaron importantes diferencias entre los pacientes suicidas y los no suicidas. Existe alguna relación no estandarizada entre el stress temprano y pacientes de historia de stress continuo durante la adolescencia.

Poco se ha estudiado sistemáticamente sobre la dinámica interpersonal en la familia de niños y adolescentes suicidas.

El Dr. Sabbath y Cols 1986 describe el término del NIÑO GASTABLE concepto que implica al paciente que se le adjudican todas las culpas y problemas familiares.

Este tipo de familia que abusa del niño o la niña piensan que deben morir para solucionar los problemas familiares. Tal dinámica es factor primordial e influye directamente en niños con dicho problema familiar.

Otros estudios identificados con autopsia psicológica confirmaron que estresores ambientales como crisis disciplinarias, enfermedades mentales, abuso físico o emocional tienen historia familiar de suicidio Shaffer 1974 (10).

Shaffer 1988 comprueba que en la mayoría de los casos de sexo masculino blanco suicida tiene historia familiar de suicidio lo mismo que el sexo femenino blanco también presenta

historia familiar de suicidio.

Asociaciones entre familias psicopatológicas y el suicidio se documentaron con Pfeffer 1987 obteniéndose que conflictos interpersonales familiares, falta de cohesión y bajos niveles del control de impulso fueron encontradas en familias jóvenes. (15)

La asociación entre familias violentas o con abuso físico y las ideas de suicidio (14 - 15) se puede encontrar en una relación de 1 a 4 en aquellas familias en donde se encontró abuso físico.

Se encontró que el más común de los estresores en las víctimas de suicidio son los factores conflictivos interpersonales, problemas económicos, y enfermedad como causa mayor en pacientes suicidas mayores de 30 años. Se presenta más stress en todos los tipos en aquellos pacientes que tuvieron abuso de sustancias a diferencia de los que no tuvieron sino desordenes afectivos.

INFLUENCIAS AMBIENTALES Y SOCIALES

Los factores socio-culturales, son importantes entre los pacientes con riesgo suicida, el Dr Rubistein (1983) descubrió en Micronesia un incremento de suicidio en hombres jóvenes de 15 a 24 años que fueron la primera generación que nació luego de la segunda guerra mundial fue relacionado con la degeneración de la organización de la villa comunal pues, se intensificó la vivencia en la organización familiar. {16}

Esto intensificó el "Stress" sobre 19 padres y los adolescentes y condujo a una epidemia de suicidio entre hombres de 15 a 24 años aparentemente con conducta imitativa.

Los estudios que se han reportado con relación a las publicaciones de suicidio en los periódicos, estimulan a los jóvenes, especialmente profesionales a valorar esta fácil salida, por tal motivo se ha considerado el no dramatizar ni sensacionalizar los suicidios en los jóvenes en los periódicos locales aunque ha sido un impacto y un fenómeno sociocultural el cambio en los medios de comunicación.

ESTUDIOS DE LABORATORIO

VALORACIÓN BIOLÓGICA

No existe una mediación biológica del riesgo del suicida en los adolescentes.

Lo más adelantado esta en relación con la alteración de los metabolitos de la serotonina y la función neuroendocrina para valorar las características suicidas.(14).

Pero esto no ha sido bien determinado.

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Incluye una entrevista psicológica del adolescente suicida y sus padres, además de obtener información de otros individuos que conocen al joven, por ejemplo amigos y compañeros.

Las entrevistas deben conducirse en el tiempo de máximo riesgo para la conducta suicida, y se deben repetir subsecuentemente hasta que está se disminuya.

La Dra. Pfeffer y Cols (17) en el artículo de los niños suicidas, consideran que el más alto riesgo para que se presente nuevamente el intento de suicidio se hace en el año siguiente al primer intento, y los desordenes psiquiátricos más prevalentes en el primer año luego del primer intento son: Desordenes del humor, abuso de substancias y ansiedad.

En la valoración lo más importante es determinar el riesgo alto o bajo de peligro; ya que si es alto, se considerará como importante y urgente, lo mismo que si es impredecible la hospitalización del paciente.

Los ingredientes básicos serán determinados para constatar la circunstancias que envuelven el acto suicida o la idea suicida. La intención de morir o causarse lesión, la impulsibilidad y planeación de intentos suicidas, (1) la accesibilidad a métodos suicidas debe evaluarse. Es

esencial la evaluación, el estado psicopatológico y el grado de calidad del mismo.

Según Trautman 1.991 en un estudio en que se reporto mujeres adolescentes suicidas de 12 a 17 años en número de 31 de las cuales el 46% tuvieron desorden de conducta, únicamente el 38%, tuvieron múltiple diagnósticos diferenciales y que el 16% no tuvieron diagnóstico.

El comportamiento suicida es un criterio diagnóstico de solamente dos cláusulas del DSM 111 - R. El desorden mayor depresivo y el desorden de personalidad límite.

Lo adecuado de su juicio, la contemporalización y el grado de control de impulso (1). La intensidad de su desesperanza (19), la habilidad para comunicarse un joven tendrá quizá un bajo riesgo de suicidio (ver tabla 2 sig. página).

**TABLA # 2: PARÁMETROS DE RIESGO PARA CONDUCTA
SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

PARÁMETROS	ALTO RIESGO	BAJO RIESGO
Predictibilidad del joven	Bajo	Alto
Circunstancia de característica suicida	Solitario Planado Métodos Letales severos	Sociable No Planeado Baja Letalidad de los métodos
Intento de Muerte	Alta	Baja
Psicopatología	Alta	Baja
Coping	Pobre Juicio Pobre Control de impulso Alta desesperanza Alta incapacidad	Buen juicio Buen control de impulso Baja desesperanza Baja incapacidad
Comunicación	Pobre o ambivalente	Rica y Clara
Soporte Familiar	Inconsistente	Consistente
Stress Ambiental	Alto	Bajo
Dra Pfeffer 1991		

Si se tiene buen juicio, un control de impulso adecuado, niveles bajos de desesperanza, y de impotencia, y una Si habilidad de comunicarse abierta y honestamente acerca de las preocupaciones del suicidio, debe tener un nivel bajo del riesgo del suicidio. Sin embargo, se debe considerar que estas apreciaciones, se pueden cambiar fácilmente durante la evolución psicoanalítica del paciente. Por esto la evaluación psicológica del paciente debe ser frecuente y necesaria además de lo establecido por la Dra Pfeffer 1991, en donde el riesgo suicida es mayor en el primer año siguiente al primer intento suicida. {17}

Las condiciones de la familia y su desarrollo psicosocial son determinantes porque la familia puede dar consistencia o lo contrario ser un índice alto de stress , violencia o psicopatologías.

Apoyos sociales positivos son importantes para disminuir el riesgo suicida entre niños y adolescentes, si un ambiente no da apoyo social suficiente, el niño o adolescente potencialmente suicida necesitara que se le ubique en un hospital psiquiátrico para tratamiento psicológico y determinar si continúa o no con tendencias suicidas

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Es imperativo conocer si el acto fue de agresión hacia el individuo mismo o fue un accidente, y es imperativo determinar el tipo de riesgo que padecerá el paciente.

Es mejor considerar a un joven suicida de alto riesgo a minimizar la condición.

Mediante el uso de este abordaje el tratamiento debe ser planeado antes y quizás sea definido y aplicado rápidamente.

TRATAMIENTO

No hay estudios de tratamiento en niños y adolescentes suicidas. Se han reportado basados en la experiencia clínica individual.

Sin embargo hay puntos que se pueden aclarar ampliamente:

Lo más importante es disminuir la probabilidad de que la lesión autoinfligida o la muerte se presenten. la hospitalización es recomendada para la observación y si existe terapia intervencionista, esta deberá ser utilizada. Si el hospital ofrece una estructura, el personal disponible, para las 24 hs del día, y se puede intervenir inmediatamente además de la hospitalización es la vía adecuada para quitar al joven de un ambiente estresante y desorganizado.

Las intervenciones psicoterapéuticas crean un ambiente de confianza para que el diálogo se puede llevar a cabo. Es esencial, que el terapeuta mantenga una empatía objetiva con el joven, el intervenir con percepciones de desesperación miseria y hostilidad, puede crear fallas en el tratamiento.

El enfocarse con las motivaciones del joven suicida es importante para el tratamiento: Los motivos de caracteres suicidas son la separación de una persona amada, el novio, la novia, o los padres. esto desarrollara un gran sentimiento de culpa cuando el joven siente que el ha sido la causa de la perdida. Otras motivaciones incluyen la venganza, las frustraciones, y deprivaciones. Otros están motivados por las funciones psicóticas, y se sienten tan desmoralizados, que quieren cometer suicidio, para aliviarse a si mismos, aquí el suicidio puede ocurrir impulsivamente y sin advertencias.

El tratamiento es complejo, y requiere de intervenciones simultaneas, y múltiples, en asociación co psicofarmacos, y psicoterapias. Actualmente no tenemos medicamentos para los intentos de suicidio, cuando se identifique la base biológica del intento de suicidio, la base farmacologica se podrá establecer. Se puede manejar farmacologicamente desordenes psicóticos especificos, con antidepresivos y litio, tranquilizantes mayores para desordenes psicologicos, y psicoestimulantes para desordenes de atención.

Si se disminuyen los desordenes psiquiátricos, los síntomas suicidas, también pueden disminuir.

El tratamiento de los padres y parientes del paciente esta indicado especialmente si tales personas tienen influencia sobre el adolescente. Consejo matrimonial, psicoterapia individual, psicofarmacos pueden ser requeridos en ciertos accientes. Disminuir los síntomas psiquiátricos y desordenes psiquiátricos en la familia es imperativo especialmente para promover y estabilizar la atmósfera para el joven.

La colaboración entre los diferentes profesionales es importante, inclusive es necesario comunicarse con el psicólogo de la escuela.

CON RESPECTO AL SUICIDIO COMO TAL:

Con respecto al papel que desempeña el médico en un paciente que ha cometido suicidio, se ha de considerar los siguientes puntos de importancia. "Primero" no es un evento infrecuente, y los más afectados especialmente si el paciente se encuentra en un servicio y es perteneciente a un grupo de trabajo en el hospital son: el médico, la familia y el personal hospitalario.

Con el transcurrir de los años y el advenimiento de técnicas de diagnóstico, y modalidades terapéuticas, modernas se describen los aspectos principales durante el tratamiento médico, lo cual trae como consecuencia el poco conocimiento acerca del papel del mismo en la atención, de estos pacientes.

El médico es el líder, para emprender la función de comunicador, a la familia, al personal hospitalario, y a otros pacientes que conocían al paciente suicida.

PARA SI MISMO: El médico debe asegurarse el apoyo de un colega, y además considerar el aprendizaje, para que en el futuro la atención de otros pacientes, no se comprometa. " El médico puede sentir, puede llorar, o lamentarse".

El suicidio exitoso ocasiona miedo a pesar de los años de estudio, entrenamiento, e investigación. El estudio del Dr Chemtob; reporta que en un estudio aplicado a médicos psiquiatras en entrenamiento, que el 33% de los residentes de psiquiatría han tenido pacientes que cometieron suicidio. De estos el 66% consideraron que el efecto es grande, grave y devastador. {27}

Es importante enfatizar que un paciente suicida es un evento muy personal, es crítico el hecho de que un paciente de uno se suicide, "Por que necesariamente es un fracaso personal, además de ser un fracaso médico".

El punto más importante no es pensar que el médico se equivocó sino que puede y debe aprender de cada caso.

PARA LA FAMILIA: El contacto con el médico debe ser inmediato, en un ambiente tranquilo, y aislado. Se debe dedicar el tiempo necesario para respuestas y , transmitir la sensación de amistad a partir de una situación de dolor y angustia.

Cada miembro de la familia reacciona de una manera muy especial, única y diferente con el médico, que como líder tendrán "La posibilidad de tener tristeza, angustia , dolor y enojo" (28) Se puede dejar intervenir al clero, ya que ellos pueden dar explicaciones que la medicina y la ciencia no pueden dar.

Los sobrevivientes de un suicidio, son un complejo múltiple de emociones, miedo, pánico, angustia, perplejidad.

PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL: Es el médico, el encargado de hacer afrontar al personal con su realidad. La técnica es la misma que la ofrecida a la familia, en algunas ocasiones el personal se siente responsable de las acciones del paciente, y esto requiere del apoyo del grupo, y necesitara de muchas sesiones, para poder aceptar la muerte del paciente especialmente si esto sucede estando hospitalizado y al cuidado del grupo de enfermería. El proceso de cierre y curación se presenta habitualmente luego de un año de la muerte del

paciente. Se puede tratar de que el manejo se realice por un psiquiatra completamente ajeno al proceso.

Así se realiza dos operaciones: limpieza y establecimiento de enseñanza (29).

PARA LOS OTROS PACIENTES: El manejo debe ser enfático rápido y seguro. Los otros pacientes se sienten inseguros porque piensan que el equipo de médicos es inadecuado. Ya que ha permitido el suicidio de un paciente.

En este momento las ideas suicidas están amenazando con hacerse intentos o actos suicidas, por tal razón se debe estar atento.

EL GRUPO EN GENERAL: tratara de marcar al grupo médico como incapaz. Hodgkinson (30) refiere que se incrementan las susceptibilidades en otros pacientes.

Los pacientes que cometen suicidio nos indican lo impotentes que somos, y que poco importantes son nuestros deseos de ayudar. Sin embargo si ocurre un suicidio, el médico tratante tiene un número de responsabilidades importantes, y las preguntas habitualmente no se acaban.

EL o ELLA tienen un papel de líder, ante la familia, el personal del hospital y para los otros pacientes.

Material y Métodos

Para este estudio del papel del médico residente de pediatría, ante el intento de suicidio en el servicio de urgencias en el Hospital Infantil de México, Se tomó una muestra de 18 residentes en entrenamiento de pediatría médica.

Se registraron con edad sexo año de residencia y procedencia. No se incluyen en el estudio, residentes de subespecialidades

Se obtiene cuestionario estandarizado de 20 preguntas de 3 orígenes:

INTERVENCIÓNISTAS: Para determinar la calidad de procedimientos médicos activos respecto al paciente quien intenta suicidarse.

ACADÉMICAS: Se valora el conocimiento sobre este punto en particular.

CONCLUSIVAS: Para considerar que el planteamiento realizado sea el incentivo para la corrección del problema motivo del estudio.

El cuestionario se limita a preguntas de respuesta afirmativa o negativa, sin variantes agregadas.

Se constatará la intervención al suicidio y la capacidad de medir la urgencia del suicidio.

El presente es un estudio descriptivo, transversal, exploratorio en el que se recolecta información de los médicos mas no de los pacientes no hubo probabilidad de estudio previo.

El estudio se realizo en el Hospital Infantil de México en un lapso de 10 meses.

A continuación se agrega el cuestionario administrado al residente sin modificación en la nomenclatura, y posteriormente de acuerdo a las conclusiones.

Cuestionario administrado del Residente

EL PAPEL DEL MÉDICO PEDIATRA EN ENTRENAMIENTO ANTE EL INTENTO
SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

EDAD SEXO

RESIDENTE PROCEDENTE: D.F PROVINCIA.

1. Los pacientes que tratamos en nuestro hospital pueden ser potencialmente suicidas:

SI _____ NO _____

2. Le practicas examen psiquiátrico a tus pacientes:

SI _____ NO _____

3. Consideras mas importante el saber manejar pacientes con insuficiencia cardiaca que con intento de suicidio

SI _____ NO _____

4. Sabes la definición de SUICIDIO.

SI _____ NO _____

5. Dentro de las posibilidades que tiene un paciente con comportamiento suicida es que el médico que lo atienda sienta:

LASTIMA SI _____ NO _____

MIEDO SI _____ NO _____

ANGUSTIA SI _____ NO _____

INDIFERENCIA SI _____ NO _____

IGNORANCIA SI _____ NO _____

6. Sabes que los pacientes crónicos hematológicos, nefrológicos, oncológicos, tienen un comportamiento suicida en alto porcentaje. ¿Le haces historia psiquiátrica a estos pacientes:

SI _____ NO _____.

7. Sabes el rol que desempeña el médico pediatras ante la familia y el personal que labora en un hospital ante el suicidio:

SI _____ NO _____.

8. Sabes la definición de comportamiento suicida:

SI _____ NO _____.

9. El echo de ser pediatra a creado en ti, indiferencia ante las posibilidades psiquiátricas de los pacientes infantes:

SI _____ NO _____.

10. Sabes el manejo psiquiátrico de un paciente que ingresa por intento de suicidio a una unidad de urgencias:

SI _____ NO _____.

11. Si llegan a urgencias dos pacientes: uno con enterocolitis, y otro con intento de suicidio, prefieres tratar al de ENTEROCOLITIS:

SI _____ NO _____.

12. La mayoría de los pacientes quienes intentan suicidarse en la edad pediátrica es de los 5 a los 14 años:

SI _____ NO _____.

13. La técnica que emplean con mayor frecuencia los adolescentes suicidas es el uso de narcóticos independiente mente de la edad:

SI _____ NO _____.

14. Preguntas alguna vez los planes que tiene un paciente con enfermedades graves o mortales para el futuro.

SI _____ NO _____.

15. Te gustaría que ampliaran la cátedra de psiquiatría:

SI _____ NO _____.

16. Te interesa saber manejar un paciente adolescente o infante quien ha intentado suicidarse.

SI _____ NO _____.

RESULTADOS

Con respecto a la intervención ante los pacientes con Intento de Suicidio

- No hay diferencias significativas; en cuanto al año escolar, los porcentajes son similares en cuanto a las intervenciones.
- Solamente hay diferencia significativa en cuanto al miedo que representa el tratar pacientes con I.S.: El 60% de los residentes de 2do año tienen miedo de manejar un paciente con I.S. a diferencia de los residentes de 1er año que no sienten miedo de tratarlo.
- Todos los residentes evaluados no se inmiscuyen con el paciente en cuanto a su psique. NINGUNO hace HC psiquiátrica.
- Conociendo las características de probabilidad suicida en los pacientes crónicos del hospital el 90% de los médicos no preguntan sobre este hecho a sus pacientes.
- El 83.7% de los médicos no conocen el papel que desempeña un médico ante el suicidio, no saben el comportamiento que debe seguir ante la familia ante el personal que labora en el hospital, o ante el médico mismo.
- El 83.7% de los médicos prefieren no sentir indiferencia es decir el 16.3% de los médicos si la tienen. Esto implica que tener indiferencia no es un estímulo útil para actuar en consecuencia.
- El 72.5% de los médicos evita el manejo con los pacientes psiquiátricos de urgencia.
- El 67.5% de los médicos tienen angustia al ver llegar, tratar un paciente con Intento de suicidio.
- El 60% de los médicos tienen lástima, compasión por los pacientes con intento de suicidio.
- Finalmente el 55% de los médicos "Reconoce" no conocer el tema del suicidio.

Con respecto a los conocimientos adquiridos en la escuela de medicina y en el HIM sobre el suicidio no son muy satisfactorios.

- La definición de suicidio es manejado solamente por el 60% de los RII y por el 85% de los RI.

¿ Significa que el Residente de menor Jerarquía domina este hecho y el residente superior lo desconoce aunque no por completo ?

- La condición de comportamiento suicida es definida ampliamente en el texto. pero es desconocida por el 77.5% del total de residentes explorados.

- El 87.5% de los Residentes de pediatría del Hospital Infantil de México no saben manejar o abordar un paciente con intento de suicidio.

- El 55% de los Residentes no conoce la etiología ni la patogenesis del intento de suicidio.

- Los pacientes crónicos son llevados al HIM en múltiples ocasiones por padecimientos graves y que no se descarta la posibilidad de tener comportamientos o conductas suicidas y el 70% de los médicos de urgencia son conocedores de este hecho en particular .

- El 60% de los médicos considera que es más importante manejar el paciente en su condición física que en su psiquismo.

No le da la atención adecuada a los pacientes en cuanto a este punto.

Con respecto a las preguntas conclusivas todos los Residentes quieren o manifiestan interés con respecto al conocimiento del manejo del paciente con comportamiento suicida.

Solamente el 67% consideraron que una forma para conseguirlo es ampliar la cátedra de psiquiatría.

- El 23% restante considera que es mejor la colocación de talleres o de trabajos grupales para conseguirlo.

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

1. En cuanto a los conocimientos; los medicos del H.I.M. de 1ro. y de 2do año, no existen diferencias significativas.
2. Los medicos no conocen los terminos basicos, para la intervencion efectiva ante el I.S.
3. Existe el miedo pero tambien hay indiferencia ante este hecho.
4. Los medicos prefieren ignorar la existencia de esta patologia, y consideran que el intento de suicidio cuya finalidad es la muerte, es de menor relevancia, de menor importancia clinica, de menor interes estadistico y simplemente no lo toman en cuenta.
5. La mitad de los medicos encuestados reconoce no tener conocimientos basicos sobre I.S. Pero no han realizado ningun aporte corrector a este hecho.
6. Luego de la encuesta los medicos quieren tener un abordaje hacia este punto en particular, pero no desean tener cathedra como tal, sino talleres practicos, didacticos, y rapidos.
7. Los pacientes cronicos son reconocidos como potencialmente suicidas, pero no esta fundamentado ni en la literatura, ni en la practica; este es un punto que quedara por resolverse, ya que no es el objeto de discusion en esta tesis.

BIBLIOGRAFÍA

1. ANTHONY SPIRITO, Ph. D. JAMES OVERHOLSER. Ph, D. and KATHLEEN HART, Ph.d. Cognitive Characteristics of Adolescent Suicide Attempters. J. Am Acad. Child Adolesc.psychiatry, 30:4, July 1991.
2. APTER A. BLEICH A. PLUTCHIK R. et Al: Suicidal Behavior, Depressio, and Conduct Disorder in hospitalized adolescents. J AM ACAD. Shild Adolescents Psychiatry 27:696-699, L988.
3. BRENT DA. KALAS R, EDELL BRACK C et Al, PSYCHOPATHOLOGY and its relationshyp to Suicidal Ideation in Childhood adolescence Journal of the American Acad. Child. psychiatry, 25: 666 -673, 1986.
4. Brent DA, Perper Ja, Goldstein CE, et al: Risk Factors For Adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. Arch Gen Psychiatri 45: 581 - 588, 1.988.
5. Boyd JH, Moscicki EK, firearms and youth suicide: AM. J. Public Health 76: 1.240 - 1242, 1.986.
6. Carlson GA, Cantwell DP Suicidal behavior and depression in children and adolescents. Journal of the American Academi of child psychiatry 21 : 361 - 368, 1.982.

7. Chemtab CM, Hamadc RS, Bauer G et al Patient's Suicides: frequency and impact on psychiatrists. AM. J. psychiatry 1.988; 145: 224 - 228.
8. Deykin Ey, Alpert JJ, McNamarra JJ: A Pilot Study, of, the effect of exposure to child abuse or neglect on adolescent suicidal behaavior. Am. J. Psychiatry 142:1299 1303 1985.
9. Friedman RC. Aronoff MS. Clarkin JF. et al: History of suicidal behavior in depressed borderline impatients. Am J Psychiatry 140: 1023- 1026, 1983.
10. Garfinkel Bd Frose A. Hood J: Suicide attempts in children and adolescents. Am J Psychiatry 139: 1257- 1261, 1982.
11. Hodgkinson PE: Responding to inpatient suicide Br J Med Psychol 1987, 60: 387-382.
12. Holinger PC, Offer D: Prediction of adolescent suicide: a population model. Am J Psychiatry 139: 302- 307, 1982.
13. Larry K. Brown M. D. James Overhosler, Ph.D. Anthony Spirito, Ph. D. and Gregory K. Fritz, M.D. The Correlates of Planning in Adolescent Suicide Attempts. J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 30: 1, January 1991.
14. Litman R. Farberow N. Shneidman E, et al: Investigation of equivocal suicides. J AMA 1963; 184 924-929.
15. Ness D E, Pfeffer CR Sequelae of bereavement resulting from suicide. Am J Psychiatry 1990; 147: 279-285.

16. Pfeffer CR: Suicidal behavior among children and adolescents Risk identification and intervention. In: Frances AJ, Hales RE (ed): Review of Psychiatry: Washington DC . American Psychiatric Press, 7:386-402. 1986.

17. Pfeffer CR, The suicidal Child, New York Guilford 1986.

18. Pfeffer CR; Newcorn J, Kaplan G, et al: Suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. J Am Acad Child Adolesc. psychiatry. 27 : 357 361 . 1988.

19. Pfeffer CR Newcorn J Kaplan G, et al: Suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 27: 357-361 1988b.

20. Pfeffer CR Family characteristics and support systems as risk factors for youth suicidal behavior in Alcohol, Drug, Abuse, and Mental Health Administration , Report of the Secretary's task force on Youth Suicide, Vol 2, Washington, DC Alcohol; Drug Abuse, and Mental Health Administration 1989 a p,p, 71-80.

21. Pfeffer Cr Family characteristics and support systems as risk factors for youth suicidal behavior in Alcohol, Drug, Abuse, and Mental Health Administration, Report of the Secretary's task force on Youth Suicide, Vol 2 Washington, DC Alcohol; Drug Abuse, and Mental Health Administration 1989 p.p 81-87.

22. Pfeffer CR MD: Gerald L. Klerman M.D. Stephen W. Hurt Ph , D. Martin Lesser. Ph. D., Joan R. Peskin , M.A. and Carol a. Siefker M.a. Suicidal Children Grow Up:

Demographic and Clinical Risk Factors for Adolescents Suicide Attempters. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 30:4 July 1991.

23. Pauld Trautman M.D. Mary J, Rotheram- Borus, Ph.D. Steven Dopkins Ph, D. and Nereida Lewin. M.A. Psychiatric Diagnoses in Minority Female Adolescent Suicide Attempters. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 30: 4, July. 1991.

24. Rich CL. Young D. Fowler RC: San Diego Suicide Study: Young Versus old Subjects. Arch Gen Psychiatry 43: 577-582. 1986.

25. Robbins Dr. Alessi NE: Depressive symptoms and suicidal behavior in adolescents Am J. Psychiatry 142: 588- 592. 1985

26. Rubinstein DH: Epidemic suicide among Micronesian adolescents. Social Sci 17:657-665. 1983.

27. Salk L, Lipstitt LP, Sturner WQ, et al: Relationship of maternal and perinatal conditions to eventual adolescent suicide Lancet March 16, 1985.

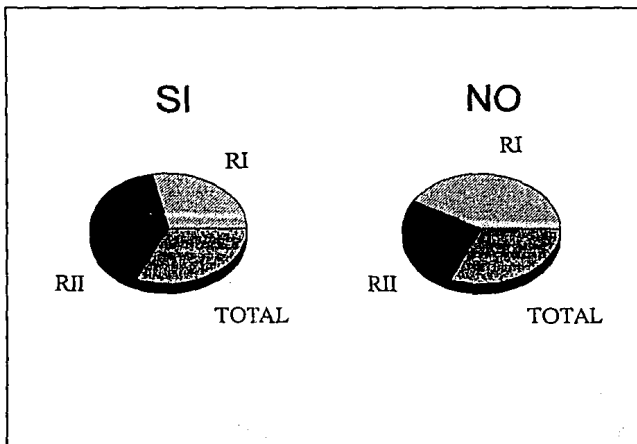
28. Shaffi M, Carrigan S, Whittinghill JR, et al Psychological autopsy of completes suicide in children and adolescents. Am J, Psychiatry 142:1061-1064, 1985.

29. Shaffer D: Suicide in childhood and early adolescence. J Child Psychol Psychiatry 15: 275-291, 1974.

30. Van Praag HM: Biological suicide research: Outcome and limitations. *Biol Psychiatry* 21:1305-1323, 1986.

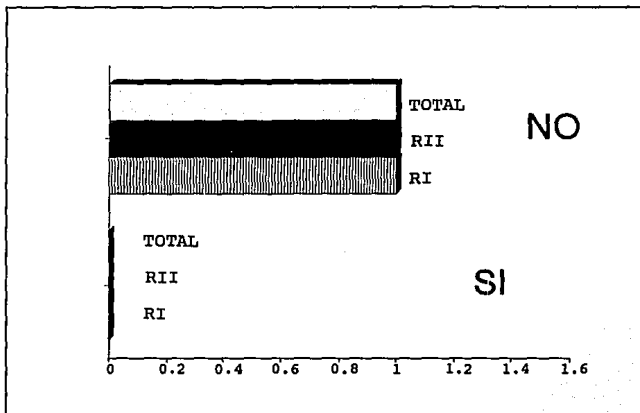
El residente supone que pueden existir pacientes potencialmente suicidas en nuestro hospital.

	SI		NO	
RI	5/8	62 %	3/8	38 %
RJI	8/10	80 %	2/10	20 %
TOTAL		71 %		29 %



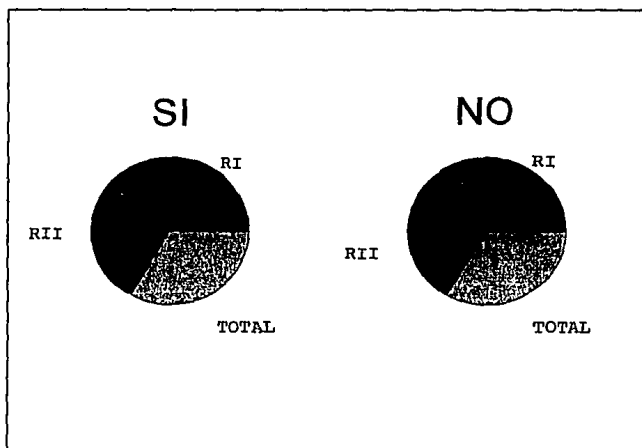
Los residentes de pediatría **no** practican examen psiquiátrico a los pacientes.

	SI		NO	
RI	0/8	0 %	8/8	100 %
RII	0/10	0 %	10/10	100 %
TOTAL		0 %		100 %



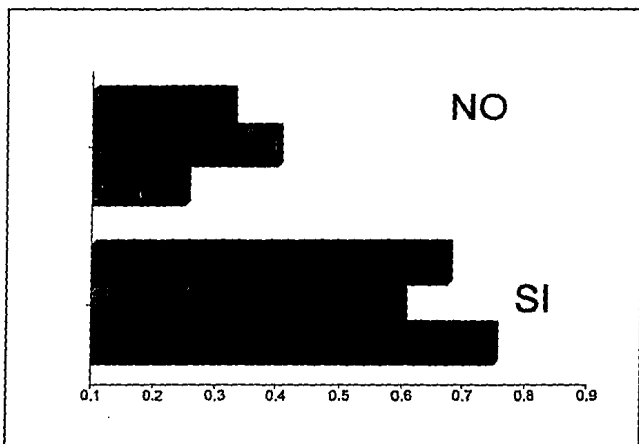
La valoración del pediatra con respecto al intento de suicidio, sobre patologías sistémicas es diferente en forma significativa.

	SI		NO	
RI	3/8	38 %	5/8	62 %
RII	4/10	40 %	6/10	60 %
TOTAL		39 %		61 %



El paciente con IS suscita en el médico sentimiento de Angustia.

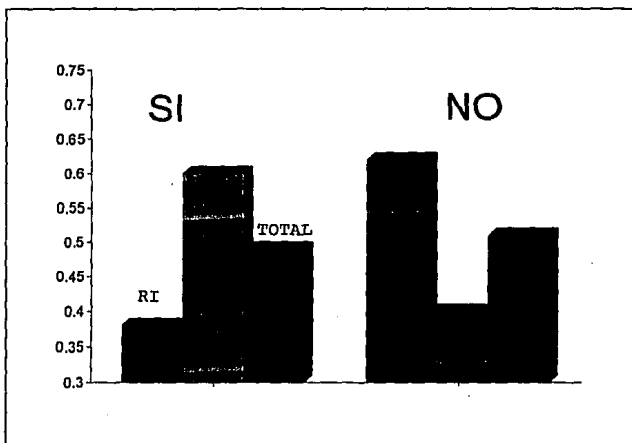
	SI		NO	
RI	6/8	75 %	2/8	25 %
RII	6/10	60 %	4/10	40 %
TOTAL		67.5%		32.5 %



El paciente con IS crea en el médico indiferencia.

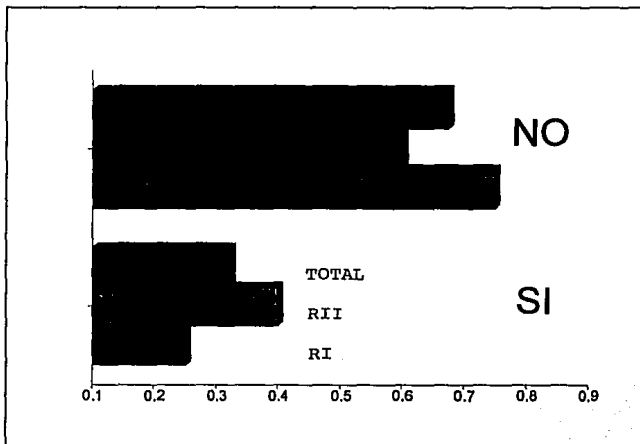
El paciente con IS suscita en el médico miedo.

	SI		NO	
RI	3/8	38 %	5/8	62 %
RII	6/10	60 %	4/10	40 %
TOTAL		49 %		51 %



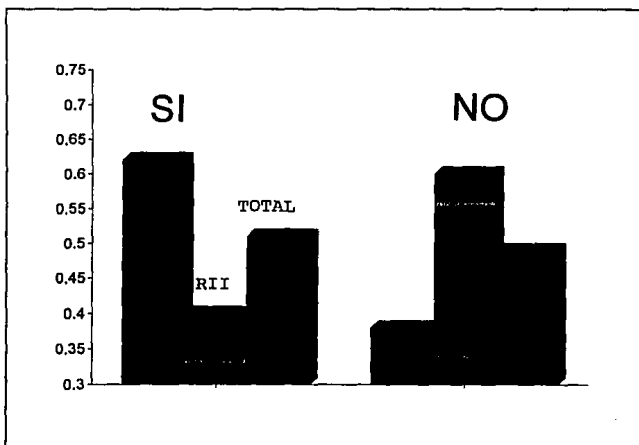
El paciente con IS crea en el médico indiferencia.

	SI		NO	
RI	2/8	25 %	6/8	75 %
RII	4/10	40 %	6/10	60 %
TOTAL		32.5 %		67.5 %



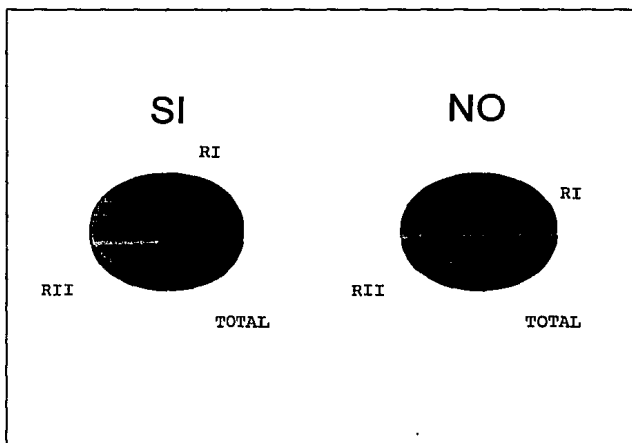
El paciente con IS suscita en el médico lástima.

	SI		NO	
RI	5/8	62 %	3/8	38 %
RII	4/10	40 %	6/10	60 %
TOTAL		51 %		49 %



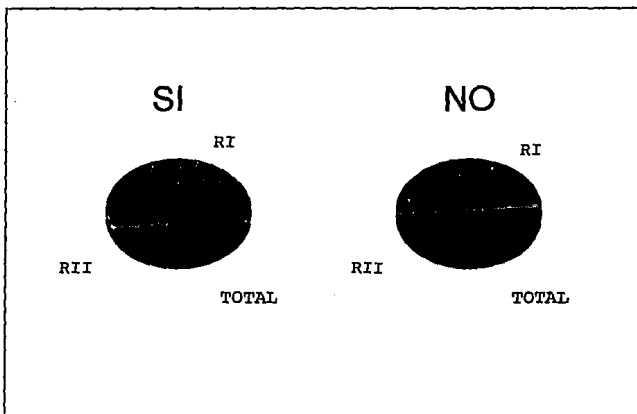
Conocimiento de la definición de suicidio de los médicos residentes.

	SI		NO	
RI	7/8	87,5%	1/8	12,5%
RII	6/10	60 %	4/10	40 %
TOTAL		73.7%		26.3 %



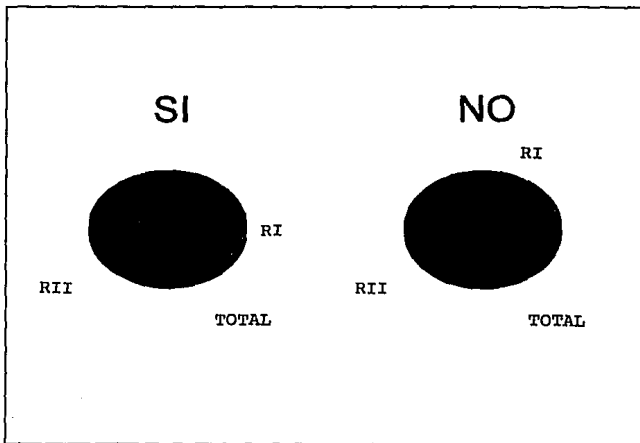
El paciente con IS crea en el médico ignorancia.

	SI		NO	
RI	4/8	50 %	4/8	50 %
RII	4/10	40 %	6/10	60 %
TOTAL		45 %		55 %



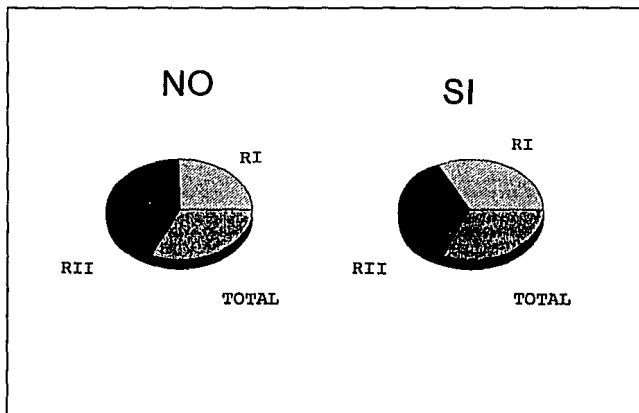
La historia clínica psiquiátrica es realizada por los médicos residentes.

	SI		NO	
RI	0/8	0 %	8/8	100 %
RII	2/10	20 %	8/10	80 %
TOTAL		10 %		90 %



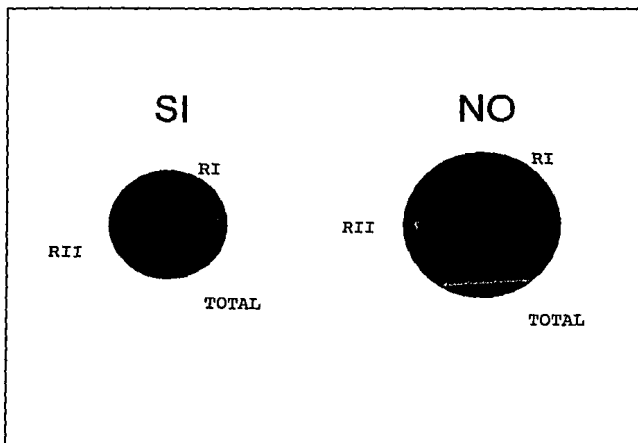
El papel del residente de pediatría con respecto a la familia y al personal que labora en un hospital cuando se presenta un intento de suicidio, lo aplican solo el 29 % de los médicos.

	SI		NO	
RI	3/8	38 %	5/8	62 %
RII	2/10	20 %	8/10	80 %
TOTAL		29 %		71 %



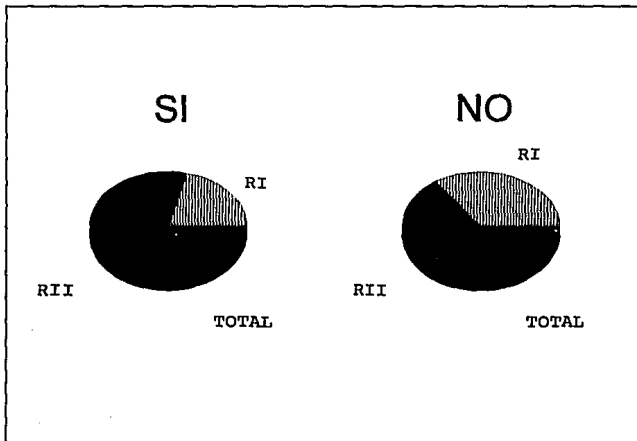
La definición de comportamiento suicida es conocida por el residente de pediatría sólo en el 22.5 % de los médicos.

	SI		NO	
RI	2/8	25 %	6/8	75 %
RII	2/10	20 %	8/10	80 %
TOTAL		22.5%		77.5%



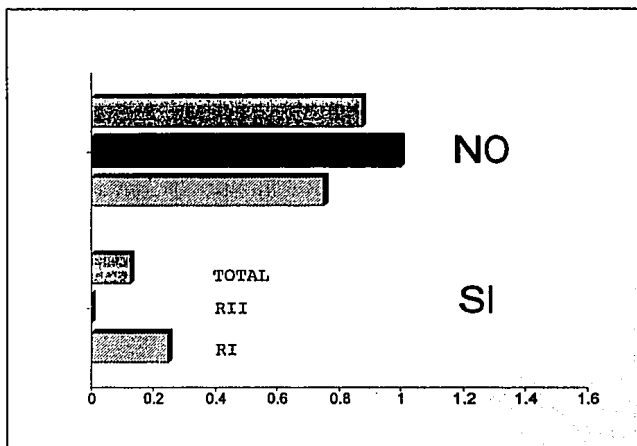
La posibilidad de indiferencia ante la patología psiquiátrica del infante es cuestionada.

	SI		NO	
RI	1/8	12.2%	7/8	87.5 %
RII	3/10	30 %	7/10	70 %
TOTAL		21.2%		78.8%



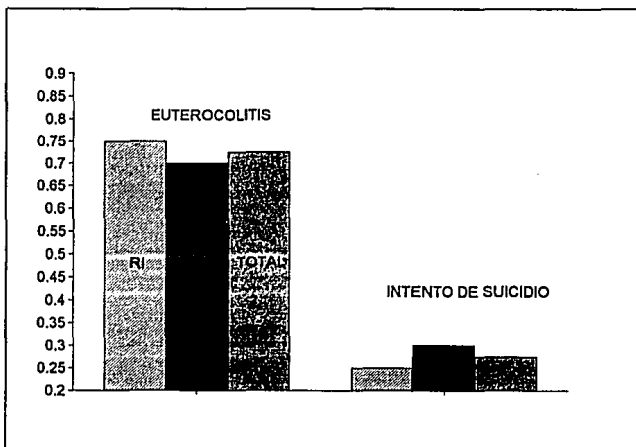
El conocimiento acerca del tratamiento del intento de el suicidio sólo es conocido en un pequeño porcentaje de médicos residentes.

	SI		NO	
RI	2/8	25 %	6/8	75 %
RII	0/10	0 %	10/10	100 %
TOTAL		12.5%		87.5%



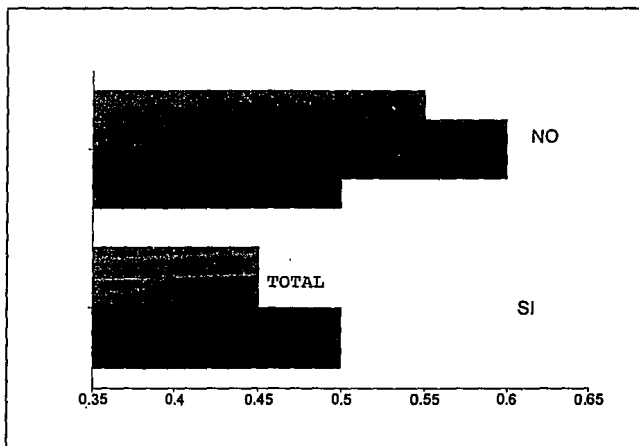
El médico residente prefiere patologías que del psiquismo para tratamiento de urgencia.

	ENTEROCOLITIS		INTENTO DE SUICIDIO	
RI	6/8	75 %	2/8	25 %
RII	7/10	70 %	3/10	30 %
TOTAL		72.5%		27.5%



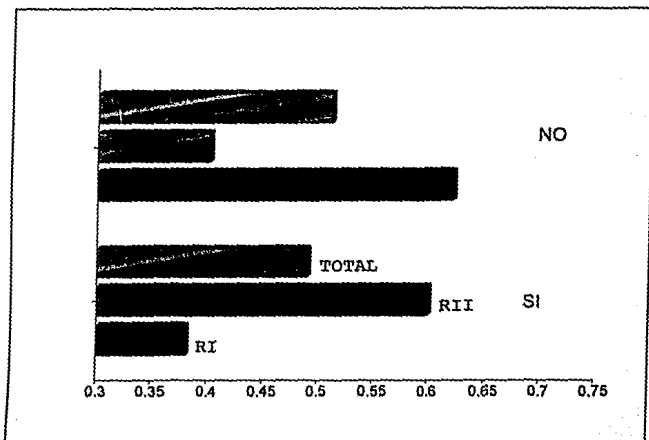
La edad que con mayor frecuencia se presenta el paciente pediátrico con intento de suicidio es la de los 5 - 14 años. El residente desconoce los datos anteriores.

	SI		NO	
RI	4/8	50 %	4/8	50 %
RII	4/10	40 %	6/10	60 %
TOTAL		45 %		55 %



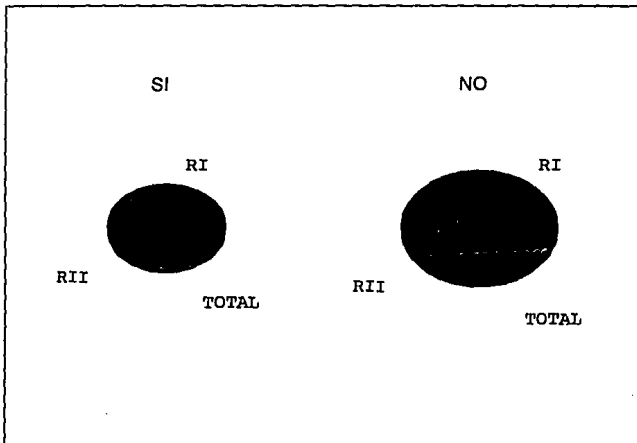
El residente de pediatría conoce parcialmente las técnicas más frecuentes usadas por los adolescentes suicidas.

	SI		NO	
RI	3/8	38 %	5/8	62 %
RII	6/10	60 %	4/10	40 %
TOTAL		49 %		51 %



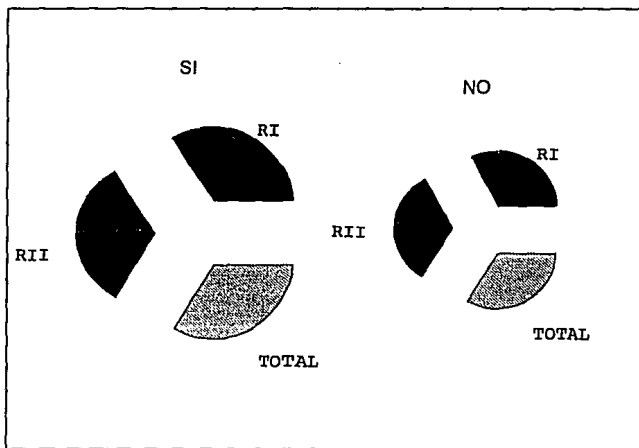
El médico residente se interesa en los pacientes con enfermedades graves o mortales acerca de su futuro.

	SI		NO	
RI	4/8	50 %	4/8	50 %
RII	3/10	30 %	7/10	70 %
TOTAL		40 %		60 %



Conclusión del residente de pediatría acerca de la ampliación de la cátedra de psiquiatría.

	SI		NO	
RI	5/8	62 %	3/8	38 %
RII	6/10	60 %	4/10	40 %
TOTAL		61 %		39 %



Interés del médico residente acerca del manejo del paciente pediátrico suicida.

	SI		NO	
RI	8/8	100%	0/8	0%
RII	10/10	100%	0/10	0%
TOTAL		100%		0%

