



11237
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
203



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

***“DEPRESION ASOCIADA CON INTENTO DE
SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA”***

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA

PRESENTA:

Dra. MARIA LOURDES PEREZ HERNANDEZ.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hermosillo, Sonora a septiembre 2003.

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado e Investigación

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**“RELACIÓN DE LA DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS
CON EL INTENTO DE SUICIDO EN LA ADOLESCENCIA”**

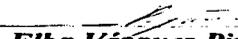
Tesis

Que presenta, para obtener
el título en Pediatría

Dra. María Lourdes Pérez Hernández


Dr. Ramiro García Alvarez
Director de Enseñanza e
Investigación, y Profesor
Curso de Pediatría


Dr. Norberto Sotelo Cruz
Director General del
Hospital Infantil del Estado Titular del
de Sonora.


Dra. Elba Vázquez Pizaña
Jefe del Servicio de Medicina de la Adolescencia
y Asesor de tesis

Hermosillo, Sonora Octubre del 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B

AGRADECIMIENTOS

A Dios;

*por haberme dado la vida
y la oportunidad de prepararme,
superarme y servir a los demás.*

A mi madre;

*por todo su amor y apoyo
constante, que son un punto
de guía para continuar con
mis estudios.*

A mi esposo;

*por su amor incondicional,
ternura, paciencia y compartir
conmigo todas las dichas y amarguras.*

A mi hijo Adrián Eduardo;

*por ser la luz que ilumina mi vida
y darme la fuerza y el coraje
necesarios para salir adelante.*

A mis hermanos;

*por su confianza y creer
en mí siempre;
ser un ejemplo de entereza
para salir avante pese a las adversidades.*

A mi asesora: Dra. Elba Vasquez Pizaña;

*que por su empeño y dedicación hizo
posible la realización de este estudio.*

0

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

	No. Pag.
Introducción.....	1
Objetivos	23
Material y métodos	24
Resultados	26
Discusión	56
Conclusiones.....	64
Sugerencias	68
Bibliografía	69
Anexos	

RESUMEN.

TITULO: Relación de la depresión y factores asociados con el intento de suicidio en la adolescencia

INTRODUCCIÓN: El suicidio rebasa las fronteras y el tiempo; pues aparece en todas las civilizaciones y épocas históricas. Las investigaciones coinciden en que el intento de suicidio se ha incrementado en adolescentes y adultos jóvenes.

OBJETIVOS: Determinar los factores asociados al intento de suicidio de los adolescentes que acuden para su atención al Hospital Infantil del Estado de Sonora.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio prospectivo, transversal y descriptivo de los adolescentes que acudieron para su atención por intento de suicidio en el periodo del 1 octubre del 2001 al 31 de julio del 2002. Las variables fueron: antecedentes familiares, antecedentes personales, factores asociados al intento, características del intento de suicidio y evolución. Se utilizó un instrumento auto-aplicable y validado para adolescentes.

RESULTADOS: Fueron 20 adolescentes. La edad promedio de presentación fueron 15 años con predominio del sexo femenino: relación 1.5:1; originarios de Hermosillo 15 casos 75%; presentando antecedentes de suicidios y/o suicidio en la familia en cinco casos 25% y en el paciente intento de suicidio en 10 casos 50%. El factor desencadenante fue familiar en 10 casos 50%; el lugar dónde se realizó el acto fue el baño en siete casos 35%; de 12:00-18:000 hrs. en ocho casos 40%; el día lunes en seis casos 30%; los meses fueron abril y mayo en ocho casos 40% y la estación: primavera en nueve casos 45%; el método utilizado fue intoxicación en 12 casos 60%. La reacción inicial: arrepentimiento en 11 casos 55%. Tenían equivalentes depresivas 19 casos 95%; antecedentes de depresión 17 casos 85%. Calificaron para depresión por Birlson 14 casos 70%. Se confirmó el diagnostico de depresión por psicología y/o psiquiatría en 10 casos 50%. Recibieron manejo hospitalario en 15 casos 75%, el promedio de estancia fue: un día. Egresaron por mejoría 14 casos 93.3%. La evolución posterior al evento fue buena en 19 casos 95%.

CONCLUSIONES: Un intento de suicidio no debe ser considerado como un evento aislado y sin trascendencia; exige una atención integral interdisciplinaria y multidisciplinaria.

F

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

DEFINICION.- La palabra suicidio, proviene del latín *sui* (sí mismo) y *cidium* (muerte; del verbo *coedere*: matar); es decir, darse muerte así mismo.

La *Organización Mundial de la Salud*, define el **suicidio** en la edad pediátrica, como "*la muerte provocada que ocurre antes de los 15 años de edad*".

El intento de suicidio consiste en cualquier acto de autoperjuicio infringido con intención autodestructiva, aunque ésta sea vaga o ambigua.

Ideación suicida se llama a "*los pensamientos relacionados con quitarse la vida o hacerse daño voluntariamente*". Las ideas de muerte consisten en el deseo de morir sin relacionarlo necesariamente con quitarse la vida. (1)

Farberow y Shneiman, señalan que hay cuatro clases de muerte: la natural accidental, el homicidio y el suicidio. Este, es cuando el individuo comete actos dirigidos contra su propia vida. Aquí se incluyen también los intentos de suicidio y las actividades extremadamente peligrosas que ponen en riesgo la vida de una persona. *Stengel*, postula que hay dos concepciones personales, bajo las cuales intentar quitarse la vida parece ser la mejor alternativa; primera: cuando el curso de los acontecimientos es tan obvio, que no tiene caso esperar el desenlace. En estas circunstancias la realidad de la persona es llevada hasta el fatalismo. Aquí el suicidio generalmente tiene éxito. La segunda; cuando todo parece totalmente impredecible; de tal manera que la única cosa definida que puede hacer una

1

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

persona es abandonar su realidad. En ésta, generalmente la decisión de la persona suele quedar a nivel del intento. (2).

HISTORIA.- El suicidio se ha encontrado en la historia de la humanidad desde siempre; los documentos históricos y literarios más antiguos hablan del suicidio entre diversos pueblos de la tierra. El suicidio rebasa las fronteras y el tiempo, pues aparece en prácticamente todas las civilizaciones y épocas históricas, aunque genere con frecuencia sentimientos de rechazo y crítica. Algunas religiones lo prohíben en forma explícita y su ejecución trae consigo en varios países, acciones legales importantes. (3).

La Biblia los menciona como los casos de Sansón, Aristófilo y Eleazar; en el libro de *Génesis* existe un párrafo que dice "*si una persona se mata a sí misma, es lo mismo que si matara a otra*". (Lazard y Sulkes, 1978).

Muchos pueblos se defienden de la persecución del espíritu del suicida siguiendo distintos procedimientos. En Pomerania y en Rusia Oriental, los suicidas eran enterrados en el mismo lugar de su muerte y no en el cementerio local; cuando alguien se veía obligado a pasar por tal sitio, tenía que arrojar una piedra o un palo para que el suicida lo dejase tranquilo. (Marquez y Amezcua, 1993).

En Africa se usa en la tribu Batus como revancha; es decir, si un individuo tiene una deuda y no puede pagar, se puede suicidar y la culpa y revancha recaerá sobre el deudor.

Un país conocido por practicar el suicidio, es Japón con el llamado *Hara-kiri*, que fué el resultado del militarismo medieval, auspiciado por el deseo de los nobles de escapar a la humillación de caer en manos de sus enemigos.

En algunas de nuestras culturas prehispánicas como la Maya, se ha encontrado la existencia del suicidio. No así para el mundo Náhuatl, para el que no existe referencia específica de la práctica del suicidio. Para los Mayas se creía que después de la muerte había otra vida mejor de la cual gozaba el alma al apartarse del cuerpo, y ésta se dividía en buena, mala, penosa y descanso; los viciosos iban a la mala y penosa y los que llevaran una forma buena de vida iban a la buena y deleitosa.

En la historia de México, se pueden mencionar dos casos trascendentales de suicidio: 1) El tercer *Emperador Mexica Chimalpopoca*; quién se ahorca dentro de una jaula antes de aceptar ser vasallo de los Tecpanecas. 2) El Cadete del Colegio Militar, que se tiró al vacío envuelto en su bandera para no entregarla al enemigo. Se podría decir que estos dos actos de suicidio son similares: fueron actos de heroísmo y dignidad, según *Durkheim* (1987). (2)

EPIDEMIOLOGIA.- El suicidio es un problema creciente en México que principalmente afecta a los hombres de edad avanzada; sin embargo desde 1976 es un fenómeno que afecta también a la población infantil y escolar; es decir sujetos de 0 a 14 años. (2)

Existen evidencias de que en las últimas décadas tanto en México como en otros países, los actos suicidas en los adolescentes se han incrementado considerablemente. En México; la tasa de suicidios en la población de 15 a 19 años pasó de 1.49 a 2.83; entre 1970 y 1990 se observó aumento del 90%.

En 1990 el suicidio fué la cuarta causa de muerte para el grupo de 15 a 24 años de edad, sólo superada por los homicidios, accidentes en vehículos automotores y por ahogamiento. En los Estados Unidos de Norteamérica, el suicidio es la segunda causa de muerte entre 15 y 24 años de edad. La conducta suicida no es letal, es aún más prevalente, pues aproximadamente 9% de estudiantes de educación media superior afirman haber intentado matarse en alguna ocasión (4).

Las tasas de suicidio son para latinoamérica más frecuente para el varón que la mujer; en todos los países, oscilando en seis a 10 por 100,000 habitantes para el sexo masculino y dos a cuatro por 100,000 habitantes para el sexo femenino. (5).

En cuanto a intentos de suicidio, las investigaciones tanto nacionales como internacionales, coinciden en que ha incrementado en la población de adolescentes y jóvenes adultos, en que es el mejor predictor del suicidio y en que se presenta en mayor proporción en personas del sexo femenino. (6).

En el Hospital Infantil del Estado de Sonora, en el período de 1993 a 1997 ingresaron 30 adolescentes con intento de suicidio: 22 mujeres y ocho hombres; con una media de edad de 15.2 años. (7).

FACTORES DE RIESGO PARA INTENTOS DE SUICIDIO.- Hay dos clases de causas extra-sociales a las que se puede atribuir, a priori, una influencia sobre una cifra de los suicidios: son las disposiciones orgánico-psicológicas y la naturaleza del medio físico. Pudiera ocurrir que en la constitución individual, o por lo menos en la constitución de una clase importante de individuos existiera una tendencia de intensidad variable, según las razas que arrastre al hombre al suicidio. Por otra parte el clima, la temperatura, etc. Pueden por la manera con que obran sobre el organismo, tener los mismos efectos.

La causa más frecuente de conducta suicida es la depresión. La adolescencia es el período posiblemente más vulnerable para la instalación de sintomatología depresiva. Hay dificultad para substituir los objetos internos por otros más definidos incrementando la sintomatología depresiva de renuncia. Es una etapa marcada de lutos naturales. Es un período de lucha de fuerzas contrastadas, de acción y agonía, de convulsiones y subversiones, de caos y esclarecimiento, de alegría y desespero. Caminan juntos así, tristeza y frustración; en una realidad no siempre agradable. Es un período de reorganización interior, un momento de búsqueda dónde el joven puede no encontrarse así mismo; esta lucha que la joven vivencia puede dar camino a la depresión. (7)

El trastorno depresivo mayor en la infancia y en la adolescencia se ha convertido en una de las líneas de investigación más importantes a nivel internacional. Esta entidad clínica comparte junto con el trastorno depresivo mayor de los adultos

muchas características clínicas; sin embargo pueden diferenciarse por la duración de los síntomas, por la recurrencia de los episodios, por las manifestaciones clínicas propias del desarrollo afectivo y del desarrollo en otras áreas y por la baja respuesta al tratamiento. (8).

Shafiq y Cols. encontraron que 95% de los adolescentes que consuman el suicidio sufren de un trastorno psiquiátrico; las más de las veces, una depresión mayor. La depresión también se ha identificado en muchos menores que intentan el suicidio sin llegar a consumarlo. Otros estudios han mostrado que en un porcentaje significativo de adolescentes suicidas no estaban deprimidos, sino manifestaban trastornos de conducta o conductas antisociales donde el factor fundamental es la impulsividad agresiva. (4).

Los factores precipitantes de intento de suicidio son aquéllos que se refieren a circunstancias críticas inmediatamente anteriores al intento de suicidio y que impulsan a la autodestrucción. Los factores que precipitan a la acción varían mucho en sus características y pueden ser muy comunes en la vida diaria del niño, como una llamada de atención de los padres o un pleito con los compañeros. También pueden ser de tipo severo, como presenciar una fuerte discusión entre sus padres o un acontecimiento doloroso, como la separación de los padres, el divorcio o el abandono inevitable; hechos que afectan seriamente al niño y que dan como resultado sentimientos de pérdida, culpa o soledad. El origen de estos factores está también determinado en forma múltiple por las

experiencias personales, las identificaciones, el nivel de desarrollo y los componentes inconscientes del niño. (7)

FACTORES QUE SE ASOCIAN AL INTENTO DE SUICIDIO.-

Religión: Sin tabúes para el suicidio, poca o ninguna religiosidad, religión evangélica, prácticas religiosas.

Residencia: Cambios de residencia, más frecuente en zona urbana que en rural.

Economía: Desempleo alto, dificultades financieras.

Disponibilidad de método: Acceso a automóvil, armas de fuego, drogas, medicamentos potencialmente letales.

Edad: Su incidencia es baja en la niñez; este fenómeno se ha explicado argumentando que en esta etapa existen mecanismos protectores contra el suicidio que ya no operan con la misma frecuencia en la adolescencia. El suicidio es más común en adultos jóvenes presentándose en edad de 15 a 24 años. (8)

Sexo: Los hombres lo completan más frecuentemente que las mujeres; pero éstas lo intentan más.

Raza: En orden de frecuencia: hombres blancos, negros y de otras razas, mujeres blancas, negras y de otras razas.

Relaciones familiares: Hogar con un solo padre, madre menor de 20 años al nacer su hijo, hijo adoptivo, pobres relaciones familiares, falta de comunicación con los padres, riñas familiares constantes, familia destruida, sentimientos de rechazo familiar, falta de hermanos o parientes, pobre salud mental parental.

suicidios en la familia o en el ambiente social próximo (amigos, compañeros de escuela).

Perfil psiquiátrico: Depresión; equivalentes depresivas, patrones neuróticos de comportamiento, comportamiento externo, incapacidad para afrontar el estrés cotidiano, tendencia a la alineación y aislamiento, trastornos de ansiedad y conducta, baja autoestima, conducta agresiva o antisocial, historia de abuso sexual y físico, tentativas anteriores de suicidio (mas del 40% de los adolescentes que completaron el suicidio, realizaron un intento previo), maltrato físico o sexual, preferencias sexuales por el mismo sexo (homosexualidad, lesbianismo), sueños de auto-aniquilación, de precipitación desde alturas o catástrofe, insomnio persistente, síntomas somáticos, no estar satisfechos con el peso, no aceptación de la imagen corporal.

Alcoholismo y Toxicomanías: (Marihuana, cocaína, inhalantes y narcóticos, etc.) en padres, familiares y amigos; en estos trastornos, la conducta suicida puede presentarse como parte de los cuadros depresivos agudos y severos que son frecuentes durante la intoxicación o en el síndrome de abstinencia. (10).

Circunstancias patológicas: Epocas biológicas críticas (pubertad, gravidez, puerperio, climaterio), enfermedad incurable o delirio de enfermedad, salud general pobremente percibida.

Problemas escolares: Malas relaciones con compañeros y maestros, cambios de escuela (cambios de residencia), bajo rendimiento escolar (repetir o reprobar

grado), no tener servicios de consejeros en la escuela, ya que se menciona que es un factor protector para niñas), falta de conexión entre maestros y alumnos que los hagan sentir felices y cercanos a las personas de la escuela y seguros en la misma. (11)

Otros factores asociados a muerte violenta y/o suicidio son:

- Madre soltera.
- Tener hijo durante la adolescencia.
- El ser adolescente con baja escolaridad (no haber terminado secundaria).
- Pertenencia a banda juvenil, actos delictivos, antecedente de encarcelamiento.
- Exposición a programas de televisión violentos.
- Portar armas: La incidencia relacionada con las armas de fuego es particularmente elevada en los grandes centros urbanos, la incidencia más alta se ha notificado en la correspondiente a varones de 15 a 19 años.
- Conducta sexual de alto riesgo durante la adolescencia: homosexualidad, lesbianismo.
- Agua corriente en la vivienda: La falta de la misma, habla de un bajo nivel económico y de escolaridad (sí hay abastecimiento de agua, mejores condiciones de vida, es un factor protector). (12)

DIAGNOSTICO.- Para establecer el diagnóstico de *intento de suicidio*, el medico de primer contacto debe ser capaz en primer lugar de identificar y reconocer los factores de riesgo de la conducta suicida; a través de un interrogatorio dirigido al paciente si es posible o a sus familiares; en segundo lugar una vez dada la conducta suicida, es identificar los sistemas u órganos afectados para poder propiciar una atención y resolución oportuna. (13).

El diagnóstico del síndrome pre-suicida y de la conducta suicida de los trastornos y transformaciones de la personalidad, se realiza mediante la entrevista psiquiátrica, la entrevista psicodinámica y la entrevista estructural (Kerberg, 1984).

Es conveniente ajustar el diagnóstico a los criterios del DSM IV y la CIE 10.

En la entrevista, es necesario indagar además de los datos clínicos señalados, la presencia y severidad de las ideas suicidas, los planes suicidas y el acopio de material suicida. Aquí, es pertinente recordar que ocho de cada 10 personas avisan de sus intenciones y planes y que prácticamente todos los pacientes suicidas (excepto los antisociales), responden con honestidad cuando se les interroga al respecto con habilidad y tacto. (10).

Tomando en cuenta la asociación de depresión con intento de suicidio, es importante tener conocimiento de datos clínicos e instrumentos útiles que nos orienten a un diagnóstico.

En cuanto a los trastornos afectivos y en particular el de la depresión ha sido uno de los más prolijos en cuanto a la generación de diferentes instrumentos

clínimétricos; tanto para medir su severidad como para hacer el diagnóstico de esta frecuente entidad patológica.

En lo que respecta a la forma de obtener información, las escalas para la depresión pueden dividirse en las que un observador evalúa la sintomatología y aquéllas de autoadministración.

En cuanto a las escalas diseñadas para hacer el diagnóstico de depresión, probablemente las más conocidas son la de *Newcastle* diseñada por Carney y Cols. en 1965 y su versión más moderna por Bech y Cols. en 1981. También la *Evaluación Estandarizada para Desordenes Depresivos (EEDD)*. En inglés el SADD desarrollada por la OMS en 1983.

La primera escala validada en México para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia fué la *Escala de Birtleson*. La población clínica fué entrevistada utilizando una entrevista semiestructurada diseñada para la investigación que está relacionada con los criterios del DSM-IV. (14)

ESCALA DE BIRLESON PARA DEPRESIÓN EN ADOLESCENCIA.-

La *Escala de Birleson* (Depression Self Rating Scale, DSRS) fué diseñada para la cuantificación de la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes (Birleson, 1980).

La escala, es un instrumento autoaplicable tipo Lickert que consta de 18 reactivos; cada uno de los cuales puede obtener una puntuación de 0 a 2, siendo la máxima calificación 30 y seis. 10 de los 18 reactivos, se califican de 0 a 2 (reactivos 1, 2, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15) y los ocho restantes se califican de 2 a 0. El tiempo promedio de respuesta del instrumento es entre cinco y 10 minutos; lo cual varía dependiendo de cada sujeto.

La traducción y validación de la escala fué realizada en un estudio por De la Peña y Colaboradores (1996), en el que se aplicó la escala a 349 adolescentes de 13 a 19 años, agrupados en dos poblaciones: la primera, fué la población clínica constituida por 138 sujetos y la segunda fué la población abierta de 211 sujetos.

La consistencia interna del instrumento se evaluó por medio de la *Prueba Alfa* de Cronbach; obteniéndose en la población clínica máxima varianza con un valor alfa de 0.85 y para el grupo de población abierta con un valor alfa de 0.77.

Utilizando un punto de corte de 15 se obtuvo una sensibilidad del 75% y una especificidad del 81%. En el estudio realizado por Ivarsson y Cols. (1994), se obtuvo con el mismo punto de corte una sensibilidad del 69% y una especificidad del 57% con una alfa de Cronbach de 0.90. Estas diferencias indican que

tomando el punto de corte que convenga, se puede emplear la escala no solo en estudios clínicos, sino también en investigaciones epidemiológicas orientadas al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno como se ha hecho con otros instrumentos (Clarke y Cols. 1995). (14)

Para el diagnóstico también son importantes una batería completa de pruebas psicológicas, exámenes de laboratorio, electroencefalograma y estudios de imagen cerebral que sean pertinentes.

Por tanto, es importante identificar a un individuo con ideas suicidas, éste las comunica a sus allegados en prácticamente todos los casos; esta conducta se considera suicidológicamente como un "grito de auxilio"; es una experiencia antinatural, estas ideas producen mucha angustia que se agrega a la depresión que casi siempre subyace. Estas comunicaciones se hacen abiertamente, expresando sus deseos de matarse, o bien en clave, con frases como "*la vida es muy difícil*", "*me gustaría acabar con todo esto*", "*no merece la pena vivir*" y algunas otras, que de alguna manera contienen pesimismo, tristeza, frustración, rabia y desesperanza. Estas comunicaciones deben tomarse en serio, ya que múltiples estudios han demostrado que la gran mayoría de suicidas comunican sus ideas antes de realizarlas. (10)

TRATAMIENTO.- Aún cuando el intento de suicidio no ocasione la muerte, debe de reconocerse como una comunicación que hace el adolescente de angustia, de descorazonamiento, de tristeza, de necesidades emocionales no cumplidas, de frustración y enojo, y a veces de venganza; por lo que no se debe olvidar que esta conducta es una urgencia médica y psiquiátrica, y como tal se debe de atender. (15).

La conducta suicida en niños y adolescentes, es un fenómeno de interés tanto para pediatras y médicos de los Servicios de Urgencias como para los clínicos de la Salud Mental (Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores Sociales). Los menores que intentan el suicidio, habitualmente son llevados a los servicios de urgencias, en dónde de manera inicial se deben de aplicar los principios básicos y avanzados de apoyo vital mediante la metodología universal expresada en el *A, B, C, D*; cuyo objetivo es salvar la vida del paciente, corregir las complicaciones y estabilizarlo. (4,16).

El médico de primer contacto con el paciente debe de asumir una actitud completamente neutral y llevar a cabo una semiología como la de cualquier síntoma en medicina, considerará la letalidad del método, la cual puede ser un indicador del deseo o no de morir, aunado a valorar la reacción inicial del paciente una vez que recobra el conocimiento; si esta reacción es de enojo y malestar por haber sido salvado, se considera que este paciente aún está en riesgo de volver a intentarlo. Si la reacción mostrada por él o la adolescente es de

desesperación, culpa y arrepentimiento por lo que hizo, puede ser indicador de un mejor pronóstico en cuanto a la conducta suicida.

El pediatra de un Servicio de Urgencias, deberá de entrevistar a la familia acerca de este intento, si dejó algún mensaje escrito o no, si había dado señales de que quería morir o matarse, si había presentado cambios importantes en su estado de ánimo y conducta en el último tiempo, disminución del apetito, irritabilidad frecuente, pérdida de interés por las cosas, así como baja en el rendimiento escolar, ansiedad, insomnio o hipersomnio, etc. En la sala de urgencias, en tanto no sea valorado por el Servicio de Psiquiatría se deberá dar indicaciones generales, sobre todo tendientes al cuidado y a la protección del paciente, se mantendrán alejados materiales que puedan ser peligrosos como medicamentos, materiales de curación punzocortantes, se evitará hasta dónde sea posible dejar solo al paciente y a la brevedad posible deberá ser valorado por el Servicio de Psiquiatría. Cuando en la unidad hospitalaria no se cuente con un Servicio de Psiquiatría, podrá decidirse objetivamente si el paciente está o no en peligro de volver a intentarlo. En el primer caso la conducta a seguir será trasladarlo a un hospital psiquiátrico para que reciba la atención, y en el segundo caso podrá decidir su alta de la sala de urgencias con la indicación precisa de que acudan a tratamiento psiquiátrico; es decir en ningún caso un intento de suicidio deberá ser considerado como un intento aislado y sin trascendencia que exige una atención integral. (15)

PREVENCIÓN Y ACCIÓN.- Dado que lamentablemente una cuarta parte de los adolescentes que han realizado un intento de suicidio consultaron a un profesional, es un deber innegable realizar acciones de prevención e información sobre esta situación: fomentando la autoestima y la toma de decisiones por parte de los adolescentes, a través de técnicas de anticipación.

A nivel escolar, detectando y entrevistando aquéllos niños o adolescentes que bruscamente disminuyen su rendimiento o tengan problemas de conducta o faltan reiteradamente a clases. Después de la identificación del problema del alumno y el entendimiento de su situación presente, la escuela puede intervenir junto al alumno y a su familia para la búsqueda de un mejor pronóstico, aumentando la información de los padres y los profesores sobre la depresión y alertando para el hecho de que el suicidio es el resultado de un grupo complejo de variables, podrá tomarlos más observadores y más comprensivos sobre las alteraciones que pueden ocurrir en sus alumnos y/o hijos.

Una vez instalado el intento de suicidio, es necesaria una acción rápida, especializada e interdisciplinaria, de abordaje integral que convoque y comprometa a la familia y a la red de amigos.

Dada la estrecha relación encontrada, el diagnóstico y el tratamiento precoz de la depresión puede ser una forma de prevenir el suicidio. (7, 5)

Por último, cabe señalar que México es un país de niños y jóvenes. En los análisis preliminares del censo de población y vivienda 1995 que ha hecho Arámburo,

se señala que 38.6% de esa población son niños entre 0 y 14 años de edad, y 29.6% jóvenes de entre 15 y 29 años. Esta distribución demográfica pone de manifiesto la necesidad de orientar la investigación y las estrategias de prevención hacia los problemas propios de los niños y los adolescentes. No cabe duda que todas las etapas de la vida ameritan atención, pero es incuestionable el hecho de que mientras más oportunas, adecuadas y eficaces resulten las intervenciones y los programas de educación para la salud, mejores serán las consecuencias en el corto, mediano y largo plazo. (17)

Es responsabilidad de todos los adultos velar porque nuestros adolescentes y jóvenes no lleguen a decisiones destructivas y extremas y poder socorrerlos en el momento oportuno. (5)

Consideramos de importancia dar a conocer los datos más relevantes publicados por INEGI de Intento de Suicidio y Suicidios en el año de 1999; los cuales se muestran en los cuadros 1 a 5. (18)

Cuadro No. 1

Serie histórica

INTENTOS DE SUICIDIO Y SUICIDIOS SEGÚN AÑO.(1880-1999)		
AÑO DE REGISTRO	INTENTOS DE SUICIDIO	SUICIDIOS
1980	42	672
1981	52	951
1982	66	1042
1983	62	990
1984	70	1124
1985	108	1036
1986	170	1205
1987	166	1204
1988	202	1327
1989	96	1183
1990	144	1405
1991	108	1826
1992	79	1955
1993	93	2022
1994	153	2215
1995	232	2428
1996	232	2233
1997	340	2459
1998	433	2414
1999	417	2531

Fuente: INEGI, Dirección General de Estadísticas Demográficas y Sociales

Cuadro No. 2

Intento de suicidio y suicidios en la Republica Mexicana, Estado de Sonora adolescente, según sexo, 1999						
	Intento de suicidio			Suicidio		
	hombres	mujeres	total	hombres	mujeres	total
Nacional	158	259	417	2142	389	2531
Menores de 15 años	7	25	32	47	26	73
De 15 a 19 años	25	71	96	251	92	343
Sonora		2	2	121	7	128
De 15 a 19 años				14		14

Fuente: INEGI. Dirección General de Estadística, Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales.

Cuadro No. 3

	Intento de suicidio		Suicidio	
	Nacional	Sonora	Nacional	Sonora
Posee hijos	44	1	980	49
Menor 15 años	1			
De 15 a 19	4		23	1
No posee hijos	100	1	904	49
Menor 15 años	20		68	
De 15 a 19 años	41		261	11
Ignora	273		647	28
Menores de 15 años	11		5	
De 15 a 19 años	51		59	2
	No =15		No =324	No =19
Sabe leer y escribir	13		223	18
Menor de 15 años			4	
De 15 a 19 años	1		28	2
No sabe leer y escribir	2		101	
Menor de 15 años	1		1	
De 15 a 19 años			6	
Escolaridad:	No = 60		No = 1412	
Primaria	23		721	
Menores 15	5		33	
De 15 a 19 años	3		98	
Secundaria y equivalente	22		407	
menores 15 años	4		18	
De 15 a 19 años	12		82	
Preparatoria o equivalente	11		157	
Menor 15 años				
De 15 a 19 años	8		38	
Profesional	4		121	
De 15 a 19 años			14	
Otra			6	

Fuente: INEGI. Dirección General de Estadística; Dirección de Estadística y Sociales

Cuadro No.4

Factores asociados de intento de suicidio y suicidios a Nivel Nacional y en el Estado de Sonora. 1999

	Intento de suicidio		Suicidio	
	Nacional	Sonora	Nacional	Sonora
	No = 417	No = 2	No = 2531	No = 128
Móvil principal:				
Causa amorosa	44		195	9
Dificultad económica	7		67	5
Disgusto familiar	171		281	14
Enfermedad grave e incurable	11		143	3
Enfermedad mental	14		134	10
Remordimiento	3		48	8
Se ignora	126	2	1472	66
Era causa	41		191	13
es del año:				
Enero	19		189	10
Febrero	26		184	10
Marzo	36		208	16
Abril	41		230	16
Mayo	51		238	8
Junio	48	1	242	10
Julio	37		242	11
Agosto	51	1	224	11
Septiembre	27		220	7
Octubre	38		171	8
Noviembre	23		177	10
Diciembre	20		206	11
Medio empleado:				
Arma de fuego	21		580	31
Arma blanca	53		31	
Estrangulación	39		1594	90
Machacamiento			1	
Precipitación	2		13	
Veneno tomado	46		178	2
Gas venenoso	1		9	
Quemaduras			5	
Sumersión			15	
Entoxicación	227	1	65	1
Otro medio	28	1	40	4
Sitio:				
Casa habitación	361	1	1987	93
Hotel o casa de huéspedes	1		22	2
Vía pública	9		174	10
Edificio público	1		20	1
Cantina, cabaret, restaurante o café			3	1
Hospital, sanatorio o consultorio	1		18	1
Fabrica o taller			21	1
Campo	4		131	9
Carcel	6		48	4
Otro lugar	34	1	107	6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 5
Factores Asociados de intento de suicidio y suicidios a nivel
Nacional y en el Estado de Sonora, 1999

	Intento de suicidio		Suicidio	
	Nacional	Sonora	Nacional	Sonora
	No = 417	No = 2	N = 2531	No = 128
Ocurrencia:				
Rural	36	2	566	32
Urbana	353		1908	95
Se ignora	28		57	1
Estado civil:				
Soltero	167	2	1044	49
Casado	122		927	36
Viudo	2		84	4
divorciado	5		42	6
Union libre	14		301	20
Separado	3		26	2
Se ignora	104		107	9
Escolaridad:				
sin escolaridad	15		324	19
con escolaridad	60	1	1412	71
se ignora	342	1	795	36
Económicamente:				
Activa ocupada	71	1	1491	87
Inactiva y menores de 12 años	118		599	20
No especificado	228	1	441	19
Ocupación:				
Profesionales			19	
Técnicos	1		9	
trabajadoras de la educación			15	
trabajadores del arte	2	1	3	
Funcionarios y directivos			5	
trabajadores y agropecuarios	10		381	20
Inspectores y supervisores			3	
Artesanos y obreros	20		508	34
Operadores de maquinaria fija			3	1
Ayudantes y similares			10	
Operadores de transporte			38	2
Oficinistas	20		170	12
Comerciantes y dependientes	11		230	16
trabajadores ambulantes			6	
trabajadores de servicios públicos	2		31	
trabajadores domésticos	1		3	
Protección y vigilancia	4		57	2

Fuente: INEGI, Dirección General de Estadística; Dirección Demográfica y Sociales

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.-

- Determinar los factores asociados al intento de suicidio de los adolescentes que acude para su atención al Hospital Infantil del Estado de Sonora.

OBJETIVOS PARTICULARES.-

- ¿La depresión es un factor de riesgo en el intento de suicidio en adolescentes?
- ¿Cuales son los factores que con mayor frecuencia precipitan el intento de suicidio en adolescentes?
- ¿Cuales son los métodos mas utilizados en el intento de suicidio en adolescentes?

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio prospectivo de los adolescentes que acudieron para su atención por intento de suicidio al Hospital Infantil del Estado de Sonora; en el período comprendido del 1 de octubre del 2001 al 31 de julio del 2002, incluyendo a todos los adolescentes de 10 a 18 años.

A todo adolescente se le efectuó una entrevista con énfasis en factores sociodemográficos, obteniéndose los siguientes datos personales: edad, sexo, escolaridad, factores predisponentes del intento suicida (psicológicos, familiares, escolares, sociales y conflictivos con el novio y/o la novia), historia personal y familiar de trastornos psiquiátricos, disfunción familiar, historia de abuso, tratamientos previos y actuales.

Del intento se evaluó circunstancias, método utilizado, intento previo, pensamientos suicidas recientes, conocimiento de la fatalidad del acto y premeditación.

Estos datos se registraron en un cuestionario tipo machote (anexo 1).

Se utilizó la Escala de *Birleson* para la depresión en adolescencia (depresión Self Rating Scale, DSRs), diseñada para cuantificar la sintomatología depresiva (Birleson 1980).

Es un instrumento autoaplicable tipo *Ticket*, que consta de 18 reactivos; cada uno de los cuales puede obtener una puntuación de 0 a 2, siendo la máxima calificación

30 y seis. 10 de los 18 reactivos, se califican de 0 a 2 (reactivos 1,2,4,7,8,9,11,12,13,15) y los ocho restantes, se califican de 2 a 0.

El tiempo promedio de respuesta es entre 5 a 10 minutos. Utilizando un punto de corte de 15 (anexo 2).

El resultado se mostró en cuadros sencillos con porcentajes y frecuencias.

Las variables que se analizaron fueron las siguientes:

- Edad
- Sexo
- Religión
- Estado civil
- Medio socioeconómico
- Procedencia
- Escolaridad
- Ocupación
- Tipo de paciente (externo hospitalizado)
- Fecha de atención y/o ingreso
- Estructura familiar
- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales
- Factores de riesgo suicida
- Intento de suicidio previo
- Atención medica previa al intento
- Pensamiento-amenaza suicida
- Hora, día y mes del acto
- Lugar donde se cometió el acto
- Sitio donde se efectuó el acto
- Método empleado
- Ideación suicida
- Equivalentes depresivas y/o depresión
- Nota suicida
- Método empleado
- Disponibilidad de método
- Reacción inicial
- Uso de alcohol y/o drogas al momento del intento
- Cuadro clínico
- Diagnóstico psiquiátrico
- Tratamiento
- Estancia hospitalaria
- Condiciones de egreso
- Evolución

RESULTADOS.

En el período de estudio acudieron para su atención 20 adolescentes con intento de suicidio; el rango de edad fué de 11 a 17 años con un promedio de 15 años, No se presentaron casos en adolescentes de 10, 12 y 18 años, como se puede observar en el Cuadro 1.

Cuadro 1

EDAD Y SEXO EN 20 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

EDAD	SEXO		TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
11		1	1	5
12				
13		2	2	10
14	1	4	5	25
15		4	4	20
16	1	4	5	25
17	1	2	3	15
TOTAL	3	17	20	100

Promedio: **15 años**

De acuerdo a la *Organización Mundial la Salud*, correspondían al grupo de 10 a 14 años ocho casos 40% y al grupo de 15 a 19 años 12 casos 60%; con un predominio del sexo femenino y una relación 1.5:1, como se puede observar en el cuadro 2.

Cuadro 2

GRUPO DE EDAD Y SEXO EN 20 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

GRUPO EDAD	SEXO		%	TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO			
10-14	1	7	35	8	40
15-19	2	10	50	12	60
TOTAL	3	17	85	20	100

Encontramos que la escolaridad en 16 casos 80% era de secundaria y/o preparatoria incompleta; del nivel socioeconómico correspondían a nivel socioeconómico muy bajo y/o bajo en 18 casos 90%; medio en un caso 5% y alto en un caso 5%. Provenían de área urbana 17 casos 85% y de área rural tres casos 15 %, como se puede observar en el cuadro 3.

Cuadro 3

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS EN 20 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

CARACTERÍSTICA	No.	%
ESCOLARIDAD:		
Primaria completa	2	10
Primaria incompleta	1	5
Secundaria incompleta	12	60
Preparatoria incompleta	4	20
Otros (cultura de belleza)	1	5
NIVEL SOCIOECONOMICO:		
Muy bajo	12	60
Bajo	6	30
Medio	1	5
Alto	1	5
PROCEDENCIA:		
Urbano	17	85
Rural	3	15

Eran originarios de Sonora 19 casos 95%; de estos casos, tenían residencia en Hermosillo 15 pacientes 75%; Nogales un caso; Miguel Alemán un caso; Ures un caso; Bachantahui un caso y era originaria de Baja California Norte (Mexicali) un caso, como se puede observar en el cuadro 4.

Cuadro 4

PROCEDENCIA DE 20 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

PROCEDENCIA	No.	%
Hermosillo	15	75
Nogales	1	5
Ures	1	5
Poblado Miguel Alemán	1	5
Bachantahui	1	5
Baja California Norte *	1	5
TOTAL	20	100

* Mexicali

En cuanto al tipo de familia es uniparental en 12 casos 60%; los cuales viven con la madre; es de tipo nuclear en seis casos 30% y desintegrada en dos casos; de éstas, un caso vive con la abuela paterna y un caso con hermano. Cuadro 5.

Cuadro 5

TIPO DE FAMILIA EN 20 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

TIPO DE FAMILIA	No.	%
Uniparental	12	60
Nuclear	6	30
Desintegrada *	2	10
TOTAL	20	100

* vive abuela paterna (1); hermano (1).

De los factores familiares asociados, encontramos principalmente el alcoholismo en 11 casos; patología crónica en nueve casos; toxicomanías en ocho casos; intento de suicidio y/o suicidas en la familia en cinco casos (dos, fueron en la madre, dos en tíos maternos y uno en una prima) y los problemas psiquiátricos se presentaron en cuatro casos; en dos casos trastorno psicótico no especificado, en un caso madre ansiosa y en un caso, dos hermanos con trastornos de déficit de atención e hiperactividad. Cuadro 6.

Cuadro 6

FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS EN 20 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

FACTORES FAMILIARES	No.	%
Alcoholismo	11	55
Patología Crónica	9	45
Toxicomanías	8	40
Intento de suicidio y/o Suicidas en la familia *	5	25
Problemas psiquiátricos	4	20

* Dos madres; dos tíos maternos y una prima.

Respecto a la escolaridad de los padres: en la madre en 14 casos 70% era primaria completa, primaria incompleta y carrera técnica (comercio); en el padre: 11 casos 55% era primaria y secundaria incompleta; en un caso se refería sin escolaridad como se observa en el Cuadro 7.

Cuadro 7

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES EN 20 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

ESCOLARIDAD	MADRE	%	PADRE	%
Sin escolaridad	-	-	1	5
Primaria incompleta	4	20	7	35
Primaria Completa	6	30	2	10
Secundaria incompleta	2	10	2	10
Secundaria completa	2	10	4	20
Preparatoria	-	-	1	5
Profesional	1	5	1	5
Carrera Técnica *	4	20	-	-
Se ignora	1	5	2	10
TOTAL	20	100	20	100

* Comercio

En la ocupación del padre en 9 casos 45%, era jornalero, comerciante y empleado (uno en técnico de refrigeración y uno en fábrica), en 3 casos se ignora la ocupación como se puede observar en el cuadro 8

Cuadro 8

OCUPACION DE PADRES DE 20 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

OCUPACIÓN PADRE	No.	%
Jornalero	4	20
Comerciante	3	15
Empleado *	2	10
Carpintero	1	5
Mecánico	1	5
Albañil	1	5
Taxista	1	5
Chofer	1	5
Gestor	1	5
Ingeniero	1	5
Desempleado	1	5
Ignora	3	15
TOTAL	20	100

* Técnico de refrigeración y ocupación en fábrica.

En la ocupación de la madre en nueve casos 45% es el hogar y en cinco casos 25% comerciante y empleada doméstica; el 30% restante, presenta diferentes actividades, como se puede observar en el Cuadro 9.

Cuadro 9

OCUPACION DE PADRES DE 20 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

OCUPACIÓN MADRE	N	%
Hogar	9	45
Comerciante	3	15
Empleada doméstica	2	10
Secretaria	1	5
Empleada abarrotes	1	5
Campo	1	5
Vigilante	1	5
Mesera	1	5
Niñera	1	5
TOTAL	20	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De los antecedentes personales, los más sobresalientes son las equivalentes depresivas en 19 casos 95%, y la depresión en 12 casos 60%, como se observa en el cuadro 10.

Cuadro 10

**ANTECEDENTES PERSONALES EN 20 ADOLESCENTES
CON INTENTO DE SUICIDIO**

ANTECEDENTES	N	%
Equivalentes depresivos	19	95
Depresión	12	60
Alcoholismo	6	30
Toxicomanías	5	25
Problemas psiquiátricos *	4	20
Tabaquismo	3	15
Abuso sexual **	3	15
Patología crónica	—	—

* Dos casos trastornos de alimentación; un caso tic nervioso "Gilles de la Tourette" en tratamiento con clonidina y en otro caso antecedente de tres suicidios previos, en tratamiento con carbamazepina.

** Dos casos por conocidos y un caso por desconocido

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De las equivalentes depresivas encontramos que en el 70% se presentó llanto fácil; aislamiento y solitaria; tristeza en 10 casos 50%; un caso negó equivalente depresiva como se observa en el cuadro 11.

Cuadro 11

**EQUIVALENTES DEPRESIVAS EN 20 ADOLESCENTES
CON INTENTO DE SUICIDIO**

EQUIVALENTE DEPRESIVA	NO. CASOS	%
Llanto Fácil	14	70
Aislamiento	14	70
Solitaria	14	70
Tristeza	10	50
Ansiedad	6	30
Insomnio	5	25
Alteraciones de la alimentación	5	25
Labilidad emocional	4	20
Miedo	4	20
Baja autoestima	3	15

* En un caso no se refería.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Encontramos que la mitad de nuestros pacientes tenían intentos previos de suicidio, de éstos, en siete casos 70% tenían un intento; un caso 10% presentaron dos intentos y dos casos 20% tres intentos previos, como se puede observar en el cuadro 12.

Cuadro 12

INTENTOS PREVIOS DE SUICIDIO EN 10/20 ADOLESCENTES

NÚMERO INTENTOS PREVIOS	NO. CASOS	%
1	7	70
2	1	10
3	2	20
TOTAL	10	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De los factores de riesgo personales en orden de frecuencia, se presentaron, equivalentes depresivas, impulsividad, sentirse solitario y abandonado, depresión, incapacidad de afrontar el estrés cotidiano y otros. Dentro de los factores de riesgo familiar en orden de frecuencia se presentó la falta de comunicación con los padres, desorganización familiar, ausencia de figura parental significativa, riñas familiares constantes y otros, como se observa en el cuadro 13.

Cuadro No.13

FACTORES DE RIESGO EN 20 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

FACTOR DE RIESGO	No.	%
Equivalentes depresivas	19	95
Impulsividad	18	90
Solitario-Abandonado	17	85
Falta de comunicación con los padres	16	80
Desorganización familiar	15	75
Sentimientos de rechazo familiar	15	75
Depresión	15	75
Incapacidad para afrontar el stress cotidiano	15	75
Ausencia de figura paterna significativa	14	70
Riñas familiares constantes	13	65
Perdida temprana de objeto amoroso (divorcio, muerte, separación)	13	65
Dificultades escolares	13	65
Aislado	13	65

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otros factores de riesgo fueron: pensamiento y amenaza suicida, dificultades financieras, ansiedad, poca religiosidad, intentos anteriores de suicidio y otros.

En cinco casos 25%, se presentó el antecedente de suicidas en la familia o medio ambiente (dos madres, dos tíos y una prima) como se observa en el cuadro 14.

Cuadro 14

**FACTORES DE RIESGO EN 20 ADOLESCENTES
CON INTENTO DE SUICIDIO.**

FACTORES DE RIESGO	N	%
Familia destruida	12	60
Pensamientos y amenaza suicida	12	60
Dificultades financieras	11	55
Ansiedad intensa	11	55
Poca o ninguna religiosidad	10	50
Intentos anteriores	10	50
Perdida reciente de objeto amoroso	9	45
Agresión reprimida-inhibida	8	40
Patrones neuróticos de comportamiento	8	40
Fracaso escolar	7	35
Alcoholismo(ocasional)	7	35
Suicidas en la familia o medioambiente	5	25

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En 18 casos se refería católica, con poca práctica religiosa, un caso refería religión apostólica y un caso religión evangélica. Otros factores menos frecuentes fueron: tener madre menos de 20 años al nacer su hijo, madre soltera, cambios de escuela, abuso de drogas, antecedentes policiales y otros, como se observa en el cuadro 15.

Cuadro 15

**FACTORES DE RIESGO EN 20 ADOLESCENTES
CON INTENTO DE SUICIDIO**

FACTORES DE RIESGO	N	%
No aceptación de imagen corporal	5	25
Prácticas Religiosas *	4	20
Manifestaciones Psicopáticas	4	20
Madre menor de 20 años al nacer su hijo	3	15
Madre soltera	3	15
Cambios de escuela	3	15
Abuso de drogas (ocasional)	3	15
Antecedentes policiales	3	15
Cambios de residencia	2	10
Tratamientos psiquiátricos anteriores	2	10
Religión evangélica	1	5
Antecedentes policiales en la familia	1	5

* Católica 18; apostólica una; evangélica una.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dentro de los factores acompañantes encontramos predominantemente disponibilidad del método en 18 casos 90%; ambivalencia respecto a la vida o muerte en 14 casos 70%; aislado en 13 casos 65%; intento de obtener ayuda durante o después del intento en 10 casos 50%. Pensamiento suicida una semana previa en ocho casos 40% y otros. En ningún caso se encontró nota suicida como se muestra en el cuadro 16.

Cuadro 16.

**FACTORES ACOMPAÑANTES EN 20 ADOLESCENTES
CON INTENTO DE SUICIDIO**

FACTOR	No.	%
Disponibilidad de método	18	90
Ambivalencia respecto a la vida o muerte	14	70
Aislado	13	65
Intento de obtener ayuda durante o después de intento	10	50
Pensamiento suicida una semana previa	8	40
Ante la presencia de alguien	3	15
Atención medica previa al intento	3	15
Uso de alcohol al momento del intento	1	5
Uso de drogas al momento del intento	2	20

* En ningún caso nota suicida

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En los factores desencadenantes encontramos en 17 casos 85% de causa familiar y amorosa, impulsividad se encontró en dos casos y escolar en un caso; como se observa en el cuadro 17.

Cuadro 17

**FACTORES DESENCADENANTES EN 20 ADOLESCENTES
CON INTENTO DE SUICIDIO**

FACTOR	No.	%
Familiar	10	50
Amoroso	7	35
Impulsividad	2	1
Escolar	1	5
TOTAL	20	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El evento fué mal planeado en 17 casos 85%, bien planeado en tres casos 15%, con conocimiento de la fatalidad en 16 casos 80%, y no tomó precauciones para no ser descubierto en 11 casos 55%, tomó precauciones en nueve casos 45%, como se observan en el cuadro 18.

Cuadro 18

**GRADO DE PLANEACION, CONOCIMIENTO Y PRECAUCION
EN 20 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO**

CARACTERISTICA	No	%
GRADO DE PLANEACION		
• Mal planeado	17	85
• Bien planeado	3	15
CONOCIMIENTO DE LA FATALIDAD		
• Conocido	16	80
• Desconocido	4	20
TOMO PRECAUCIONES PARA NO SER DESCUBIERTO		
• No las tomo	11	55
• Las tomo	9	45

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El lugar dónde se realizó el acto, fué en orden de frecuencia: el baño, recámara, patio, cocina y otros.

En el 70% el horario de preferencia fué de 12:00 a 24:00 horas, como se observan en el cuadro 19.

Cuadro 19

**LUGAR DE OCURRENCIA Y HORA EN 20 ADOLESCENTES
CON INTENTO DE SUICIDIO**

ITEM	No	%
LUGAR DONDE SE REALIZO EL ACTO:		
• Baño	7	35
• Recamara	5	25
• Patio	4	20
• Cocina	2	10
• Sala	1	5
• Otro	1	5
HORA EN QUE SE REALIZO EL ACTO:		
• 6:00 – 12:00	2	10
• 12:00 – 18:00	8	40
• 18:00 – 24:00	6	30
• 24:00 – 6:00	4	20

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los días de la semana en los que ocurrió el acto con más frecuencia fué lunes y martes; la estación del año que predominó fué primavera en nueve casos 45%, Como se observa en el cuadro 20.

Cuadro No. 20

**DIA Y ESTACION DEL AÑO EN 20 ADOLESCENTES
CON INTENTO DE SUICIDIO**

ITEM	No.	%
DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIO EL ACTO:		
• Lunes	6	30
• Martes	5	25
• Miércoles		
• Jueves	2	10
• Viernes	3	15
• Sábado	1	5
• Domingo	3	15
ESTACION DEL AÑO:		
• Primavera	9	45
• Verano	3	15
• Otoño	4	20
• Invierno	4	20

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El mes del año en el cual se realizó el intento de suicidio en ocho casos 40%, fueron abril y mayo; en enero, agosto y septiembre no se encontraron ningún caso, como se observa en el cuadro 21.

Cuadro 21

MES DEL AÑO EN EL CUAL SE REALIZO EL INTENTO DE SUICIDIO EN 20 ADOLESCENTES

M E S	No	%
• Enero		
• Febrero	1	5
• Marzo	3	15
• Abril	4	20
• Mayo	4	20
• Junio	2	10
• Julio	2	10
• Agosto		
• Septiembre		
• Octubre	1	5
• Noviembre	2	10
• Diciembre	1	5
TOTAL	20	100

El método utilizado en 12 casos 60% fué por intoxicación, de éstos, 11 casos 55% fué por medicamentos; predominando en siete casos benzodicepinas y psicotrópicos; en seis casos, 30% encontramos material punzo-cortante y ahorcamiento y en dos casos 10%, arma de fuego y caída al vacío, como se observa en el cuadro 22.

Cuadro 22

**METODO UTILIZADO EN EL INTENTO DE SUICIDIO
EN 20 ADOLESCENTES**

M E T O D O	No.	%
INTOXICACION	12	60
• Salicilatos	4	20
• Psicotrópico*	3	15
• Benzodicepinas	1	15
• Metronidazol + multivitámicos	1	5
• Clonidina	1	5
• No especificado	1	5
• Germicida	1	5
MATERIAL PUNZOCORTANTE	3	15
AHORCAMIENTO	3	15
ARMA DE FUEGO	1	5
CAIDA AL VACIO	1	5
TOTAL	20	100

* Dos carbamacepina y uno con levomepromacina.

El estado de conciencia a su ingreso fue: consciente en 15 casos 75%, semi-inconsciente en cuatro casos 20%; inconsciente en un caso 5%; en el estado semi-inconsciente, en tres de los casos fué por medicamentos y un caso por caída al vacío y el estado inconsciente fué por germicida, como se observa en los cuadros 23 y 24.

Cuadro 23

**ESTADO DE CONCIENCIA AL INGRESO EN 20 ADOLESCENTES
CON INTENTO DE SUICIDIO**

MOTIVO	N	%
• Consciente	15	75
• Semi-inconsciente	4	20
• Inconsciente	1	5
TOTAL	20	100

Cuadro 24

**METODO UTILIZADO EN 5/20 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO
CON ESTADO DE CONCIENCIA ALTERADO**

MÉTODO	No.	%
• Benzodiazepinas	1	20
• Psicotrópico	1	20
• Metronidazol + multivitaminas	1	20
• Caída al vacío	1	20
• Germicida *	1	20
TOTAL	5	100

* Inconciente.

La reacción inicial posterior al intento de suicidio, encontramos principalmente arrepentimiento en 11 casos 55%; enojo en cinco casos 25% y otros cuatro casos 20%, como se observa en el cuadro 25.

Cuadro 25

REACCION INICIAL EN 20 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

REACCION	No.	%
• Arrepentimiento	11	55
• Enojo	5	25
• Indiferencia	1	5
• Desesperación	1	5
• Frustración	1	5
• No específica	1	5
TOTAL	20	100

Fueron valorados por higiene mental en 19 casos; en un caso no se realizó valoración. Fueron atendidos en forma conjunta por psiquiatría y psicología en 10 casos 50%, diagnosticándose depresión en tres de estos pacientes; se asociaron con bulimia un caso, ansiedad: un caso; fármaco-dependencia y trastorno de identidad: un caso. En seis casos, 30% se diagnosticó impulsividad e inmadurez de la estructura de la personalidad. En un caso no se especificó el diagnóstico, como se observa en el cuadro 26.

Cuadro 26

**EVALUACION PSICOLOGICA Y PSIQUIATRICA EN 20 ADOLESCENTES
CON INTENTO DE SUICIDIO**

DIAGNÓSTICO	N	%
Depresión *	10	50
Impulsividad	3	15
Inmadurez en la estructura de la personalidad	3	15
Trastorno de déficit de atención e Hiperactividad/fármaco dependencia	1	5
Trastorno sicótico en estudio	1	5
Conducta desafiante	1	5
Diagnóstico no especificado	1	5
TOTAL	20	100

* Bulimia (1), ansiedad (1), fármaco-dependencia múltiple/T. de identidad de genero (1),

De los pacientes que calificaron por *Birleson* para depresión, tres casos tenían antecedentes de suicidio, presencia de equivalentes depresivas, antecedentes de depresión y suicidas en la familia; en los tres casos se confirmó el diagnóstico de depresión por psiquiatría y psicología del adolescente. De los 14 casos que calificaron por *Birleson* para depresión, todos tenían equivalentes depresivas, 12 casos presentaban antecedentes de depresión; ocho casos antecedentes de intento de suicidio previo; en cuatro casos antecedentes de intento de suicidio o suicidas en la familia y en 10 casos se confirmó el diagnóstico de depresión por psiquiatría y/o psicología de adolescentes. La evaluación global de los 20 casos se observó en el cuadro 27.

Cuadro 27

**EVALUACION DIAGNOSTICA EN 20 ADOLESCENTES
CON INTENTO DE SUICIDIO**

EVALUACIÓN	No.	%
Equivalentes depresivas	19	9
Antecedentes de depresión	17	85
Depresión por <i>Birleson</i>	14	70
Diagnostico depresión	10	50
Antecedentes previos de suicidio	10	50
Suicidio en la familia	5	25

Ameritaron hospitalización 15 casos 75% y se atendieron en forma ambulatoria cinco casos 25%, como se observa en el cuadro 28.

Cuadro 28

**TIPO DE ATENCION EN 20 ADOLESCENTES
CON INTENTO DE SUICIDIO.**

I T E M	S E X O		T O T A L	%
	M A S C U L I N O	F E M E N I N O		
Hospitalizado	2	13	15	75
Externo	1	4	5	25
T O T A L	3	17	20	100

De los 15 pacientes que se hospitalizaron en 11 casos 73.3% recibieron tratamiento a base de ayuno y soluciones calculadas; 10 casos 66.6% recibieron carbón activado, de éstos, en cinco casos se utilizó gastrodiálisis, agregándose manitol; en seis casos se realizó lavado gástrico; en dos casos fué necesario la aplicación de ranitidina. En una paciente por su estado de gravedad, se utilizó medidas anti-amonio y hemoderivados. Otros manejos que se utilizaron fueron: Gel de hidróxido de aluminio y magnesio, antibióticos, analgésicos, sutura.

De los cinco pacientes manejados en forma externa, un caso permaneció en vigilancia en la consulta de urgencias, indicando el siguiente tratamiento: ayuno, soluciones calculadas, lavado gástrico y ranitidina, decidiendo manejo ambulatorio por mejoría.

En cuanto al manejo emocional todos recibieron psicoterapia y en tres casos se ameritó el uso de medicamentos.

La estancia hospitalaria tuvo un rango de uno a 10 días con una media de un día, como se observa en el cuadro 29.

Cuadro 29

**ESTANCIA HOSPITALARIA EN 15 ADOLESCENTES
CON INTENTO DE SUICIDIO**

DÍAS	No.	%
< 1 día	1	6.7
1	8	53.3
2	2	13.2
3	1	6.7
4	1	6.7
5	1	6.7
> 5 días **	1	6.7
TOTAL	15	100

* Cinco pacientes se mejoraron en forma ambulatoria

** 10 días

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las condiciones de egreso en los casos atendidos en forma hospitalaria, fueron por mejoría en 14 casos 93.3% y transferencia de un caso 6.7%; siendo éste al Hospital Psiquiátrico "Cruz del Norte" y el motivo de su traslado fué por persistir con rumiación suicida, iniciar con agresividad, amenaza suicida y no-respuesta al tratamiento. Cuadro 30.

Cuadro 30

**CONDICIONES DE EGRESO EN 15/20 ADOLESCENTES
CON INTENTO DE SUICIDIO**

CONDICIÓN DE EGRESO	No	%
Mejoría	14	93.3
Transferencia *	1	6.7
TOTAL	15	100

* Hospital "Cruz del Norte". S.S.P.

La evolución en 19 casos 95% fué buena; de éstos, han acudido regularmente a control a psicología de adolescentes y consulta de adolescentes 13 casos 65%; en siete casos 35% se hizo visita domicilia encontrando buena evolución en seis casos; en un caso no fué posible localizar a la paciente ya que es foráneo.

DISCUSIÓN.

Fueron 20 adolescentes en un período de nueve meses, en una revisión previa de cinco años, realizada en el Hospital se encontró que habían sido atendidos por intento de suicidio 30 adolescentes, actualmente se cuenta con un área de hospitalización específica para el servicio de medicina de adolescente y el principal motivo de ingreso es intento de suicidio. (1).

Se encontró un predominio del sexo femenino sobre el masculino con una relación de 1: 5-1, de acuerdo a lo publicado el intento de suicidio se presenta con mayor frecuencia en las adolescentes femeninas y el suicidio es mas frecuente en el masculino ya que ellas utilizan métodos más letales como el ahorcamiento o las armas de fuego. (16).

De acuerdo a la distribución por grupos de edad realizada por la *Organización Mundial de la Salud*, se registró que el grupo etario mas afectado en nuestro estudio es el de 15-19 años en ambos sexos. En los últimos años se ha detectado en mayor numero la presencia de estados depresivos en los niños y adolescentes y secundariamente se ha reflejado en conductas suicidas en estos grupos de edad. En México, algunos estudios revelan un incremento importante de suicidios en las últimas décadas siendo la cuarta causa de muerte en el grupo de 15 a 24 años (1).

Tenían secundaria incompleta y medios socioeconómico muy bajo 12 casos 60%, esto pudiera explicarse ya que la mayoría de los pacientes que acuden a esta institución son de escasos recursos.

De los casos estudiados predominó el medio urbano en 17 casos 85%, en 15 casos 75% eran de Hermosillo, coincidiendo con lo publicado en estudio previo realizado en nuestro hospital (1).

Eran de familia uniparental 12 casos 60%, acorde en lo reportado en la literatura dónde se refieren entre otros factores psicosociales asociados a la conducta suicida es el provenir de hogares rotos, disfuncionales con pobres relaciones materno-filiales. (20).

Otros factores familiares asociados fueron: tener antecedentes de intento de suicidio y/o suicidas en la familia, alcoholismo, toxicomanías y problemas psiquiátricos, similar a lo encontrado en otros estudios. (20).

Acorde a lo descrito en la literatura casi todos los pacientes de nuestra muestra tenían equivalentes depresivas y más de la mitad depresión, otros antecedentes encontrados fueron alcoholismo, toxicomanías, problemas psiquiátricos, tabaquismo y abuso sexual. En un estudio nacional sobre los adolescentes que se habían suicidado en Finlandia, encontraron por medio de la autopsia psicológica que 94% padecía de algún tipo de trastorno mental, siendo los mas frecuentes la depresión en 51% y el abuso y la dependencia de alcohol en 21%. (19).

La mitad de los pacientes de nuestro estudio ya habían intentando quitarse la vida por los menos una vez antes, dato preocupante ya que es un factor altamente predictivo para intento de suicidio ⁽¹¹⁾.

De los factores de riesgo encontrados en orden de frecuencia se encuentran: equivalentes depresivas, impulsividad, solitario-abandonado, falta de comunicación con los padres, desorganización familiar y otros. No se encontraron los siguientes factores de riesgo: hijo adoptivo, desempleo enfermedad psiquiátrica grave, pertenecer a bandas juveniles y participación en tráfico de drogas. Como ha sido publicado en otros estudios ⁽¹²⁾.

Diferentes factores predicen el intento de suicidio como son violencia, uso de alcohol, drogas, problemas escolares, en las niñas síntomas somáticos, en los niños llevar armas a la escuela y atracciones por el mismo sexo (homosexualidad), así como un factor protector para las niñas es contar con un servicio de consejería escolar; así mismo la conexión que existe entre maestros y alumnos que los hacen sentir felices y cercanos a las personas de la escuela y seguros en la misma, el apoyo en la familia y el bienestar emocional son factores de protectores y en contra de la violencia interpersonal entre los jóvenes ⁽¹¹⁾. Otros factores asociados a muerte violenta y/o suicidio son madre soltera, tener hijos durante la adolescencia, ser adolescente con baja escolaridad, pertenecer a banda juvenil, actos delictivos, antecedentes de encarcelamiento, portar armas, conducta sexual

de alto riesgo, agua corriente en la vivienda (la falta de la misma habla de un bajo nivel económico y de escolaridad) (13).

Dentro de los factores acompañantes en orden de frecuencia se encuentran: disponibilidad del método, ambivalencia respecto a la vida y la muerte, aislado, intento de obtener ayuda durante o después del acto, pensamiento suicida una semana previa, ante la presencia de alguien al realizar el acto, atención médica previa al acto, usa de alcohol y drogas al momento del acto. Algunas personas con grave situación emocional llegan a solicitar ayuda abiertamente si existen al alcance de su mano, recurso con la ayuda telefónica de emergencia, servicios religiosos, servicios médicos de emergencia. La conducta suicida puede presentarse como parte de los cuadros depresivos agudos y severos que son frecuentes durante la intoxicación por alcohol o drogas o el síndrome de abstinencia (10).

El factor desencadenante en la mitad de los pacientes de la muestra fué de índole familiar. Los datos de este estudio muestran una vez más la relevancia de las ligas familiares en el medio mexicano dónde su influencia es tan acentuada, dato que coincide a otros estudios publicados en nuestro país, existiendo diferencias en estudios realizados en países anglosajones, donde los factores precipitantes más comunes son de tipo amoroso (4).

El evento fué mal planeado en 17 casos 85%, con conocimiento de la fatalidad en 16 casos 80% y no tomó precauciones para no ser descubierto en 11 casos 55%.

El baño fué donde se produjo la mayor parte de intentos de suicidio; durante las 12:00-18:00hrs; encontrando mayor incidencia en el día lunes, en los meses de abril y mayo y la estación más frecuente fué la primavera. A diferencia de lo publicado en la literatura en dónde se refiere que la mayor parte de los intentos ocurren en los meses de invierno, fenómeno quizá relacionado con el agravamiento de la depresión que resulta de la alteración biorrítmica en los trastornos del afecto durante los meses de otoño-invierno (4).

El método utilizado en 12 casos 60% es por intoxicación, de éstos, 11 casos 55% fué por medicamentos; otros métodos fueron material punzocortante y ahorcamiento en seis casos 30%; arma de fuego y caída al vacío en dos casos 10%. En un estudio de 21 pacientes, publicado en el Boletín Médico del Hospital Infantil de México, también se corroboró que el método más comúnmente empleado es la intoxicación por medicamentos; lo cual se explica porque habitualmente en todos los hogares existen reservas de los fármacos consumidos por algún familiar o el mismo paciente. Llama la atención la elevada frecuencia de medicamentos que tiene efectos en el sistema nervioso central. (4)

La reacción inicial posterior al intento de suicidio fué arrepentimiento en 11 casos 55%, enojo en cinco casos 25%, indiferencia, desesperación frustración y otro no especificado en cuatro casos. Esto, es muy importante y nos dá un valor pronóstico, por lo que se debe de valorar la reacción inicial del paciente una vez que recobra el conocimiento; si esta reacción es de enojo y malestar por haber

sido salvado, se considera que esta paciente aún está en riesgo de volver a intentarlo. Si la reacción mostrada es de desesperación, culpa y arrepentimiento por lo que hizo, puede ser indicador de un mejor pronóstico en cuanto a la conducta suicida (15).

Fuero valorados por psicología y/o psiquiatría 19 casos 95%, en forma conjunta 10 casos 50%, los diagnósticos por orden de frecuencia fueron depresión, asociada en tres casos a otros diagnósticos, impulsividad, inmadurez en la estructura de la personalidad, trastorno de déficit de atención e hiperactividad/farmacodependencia, trastorno psicótico en estudio, conducta desafiante. En un caso 5% no se realizó valoración.

Calificaron para depresión por *Birtleson* 14 casos 70%, encontrando lo siguiente: todos tenían equivalentes depresivas, 12 casos presentaban antecedentes de depresión, ocho casos antecedentes de intento de suicidio previo; en cuatro casos antecedentes de suicidio o suicidas en la familia y en 10 casos se confirmó el diagnóstico de depresión por psicología y/o psiquiatría.

Shafii y Cols. encontraron que el 95% de los adolescentes que consuman el intento de suicidio sufren de un trastorno psiquiátrico, las mas de las veces una depresión mayor. La depresión también se ha identificado en muchos menores que intentan el suicidio sin llegar a consumarlo. Otros estudios han mostrado que un porcentaje significativo de adolescentes suicidas no estaban deprimidos, sino

manifestaban trastorno de conducta o conductas antisociales donde el factor fundamental es la impulsividad agresiva (4).

Los exámenes y el tratamiento inicial fueron de acuerdo a las condiciones clínicas y el mecanismo utilizado para el intento suicida.

Recibieron manejo hospitalario en 15 casos 75%; el promedio de estancia fué de un día; egresaron por mejoría 14 casos 93.3%. Según la literatura la mayoría de los intentos de suicidio son de baja letalidad y no requieren atención medica; sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en que el suicidio es la cuarta causa de muerte para la edad de 15 a 24 años, solo superada por homicidios, accidentes en vehículos automotores y por ahogamiento, por lo que el intento de suicidio no debe ser considerado como un intento aislado y sin trascendencia; exige una atención integral interdisciplinaria y multidisciplinaria con la participación de pediatras, psicólogos, psiquiatras, trabajadoras sociales y personal de medicina de adolescentes.

Por ejemplo una intervención familiar, una terapia multidisciplinaria que ha demostrado reducción de comportamiento delictivo. Esta terapia combina tres ventajas efectivas:

- La enseñanza de los padres a disminuir la convivencia negativa que promueva agresión y posteriormente delincuencia en los niños.
- Unir las relaciones interfamiliares y hacer una coacción emocional entre familia.
- Ayudar a las familias a resolver sus problemas.

La evaluación rigurosa de estas intervenciones realizan un conocimiento avanzado de una mejor práctica en la prevención, particularmente en el diseño e implementación teórica así como intervenciones basadas en la evidencia. (11)

CONCLUSIONES

1. En el período de estudio acudieron para su atención 20 adolescentes con intento de suicidio.
2. Hay predominio del sexo femenino sobre el masculino con una relación de 1.5: 1; siendo el grupo de edad más afectado de 14 a 16 años, con un promedio de 15 años.
3. La escolaridad fué de secundaria incompleta en 12 casos 60%; provienen de medio socioeconómico muy bajo 12 casos 60% y pertenecen a zona urbana 17 casos 85%.
4. La familia era uniparental en 12 casos 60%.
5. La escolaridad de la madre en seis casos 30% era primaria completa; la ocupación en nueve casos 45% era el hogar; en el padre en siete casos 35% era primaria incompleta y cuatro casos 20% la ocupación fué jornalero.
6. Tenían equivalentes depresivas 19 casos 95%; antecedentes de depresión 12 casos 60%; alcoholismo seis casos 30%; toxicomanías cinco casos 25%; problemas psiquiátricos cuatro casos 20%; abuso sexual tres casos 15%.
7. En 10 casos 50% tenían antecedentes de intento de suicidio previo; de éstos siete casos 70% un intento; un caso 10%: un intento y dos casos 20%: tres intentos previos.

8. De los factores de riesgo personales en orden de frecuencia se presentaron: equivalentes depresivas, impulsividad, sentirse solitario-abandonado, depresión y otros; dentro de los factores familiares se presentaron falta de comunicación con los padres, desorganización familiar, falta de figura parental significativa y otros. No se encontraron en nuestro estudio hijo adoptivo, desempleo, enfermedades psiquiátricas graves, pertenecer a bandas juveniles y participación en tráfico de drogas.
9. Los factores acompañantes en orden de frecuencia fueron: disponibilidad de método, ambivalencia respecto a la vida o muerte, aislado, intento de obtener ayuda durante o después de intento y pensamiento suicida una semana previa.
10. El factor desencadenante en 10 casos 50% fué de índole familiar.
11. El evento fué mal planeado en 17 casos 85%, con conocimiento de la fatalidad en 16 casos 80% y no tomó precauciones para no ser descubierto en 11 casos 55%.
12. El lugar dónde se realizó el acto fué el baño en siete casos 35%; la hora mas frecuente de 12:00-18:00 hrs en ocho casos 40%; el día de la semana: lunes en seis casos 30%; los meses más frecuentes fueron abril y mayo en ocho casos 40% y la estación del año: primavera en nueve casos 45%.
13. El método utilizado en 12 casos 60% fué por intoxicación. A su ingreso 15 casos 75% llegaron conscientes. La reacción inicial en 11 casos 55% fué arrepentimiento.

14. Fueron valorados por higiene mental 19 casos 95%; en forma conjunta por psicología y psiquiatría en 10 casos 50%, los diagnósticos por orden de frecuencia fueron depresión asociada en tres casos por otro diagnóstico (un caso con bulimia, un caso ansiedad, un caso fármaco-dependencia múltiple y trastorno de identidad de género), impulsividad, inmadurez en la estructura de la personalidad, trastorno de déficit de atención e hiperactividad/fármaco dependencia, trastorno sicótico en estudio, conducta desafiante. En el 5% no se realizó valoración.

15. Se utilizó la *Escala de Birlson* para valorar la severidad de la sintomatología depresiva calificando depresión por *Birlson* 14 casos 70%; de los cuales todos tenían equivalentes depresivas; 12 casos presentaban antecedentes de depresión, ocho casos antecedentes de intento de suicidio o suicidas, tres casos suicidas en la familia y en 10 casos se confirmó el diagnóstico de depresión por psiquiatría y psicología del adolescente.

16. Ameritaron hospitalización 15 casos 75%; el rango de estancia hospitalaria fue de uno a 10 días. Las condiciones de egreso fueron por mejoría en 14 casos 93.3%. Se transfirió a otra unidad un caso 6.7%.

17. La evolución en 19 casos 95% fue buena. De éstos, acudieron a control de higiene mental y consulta de adolescentes 13 casos 65%, a los siete casos restantes que son el 35% se hizo visita domiciliaria encontrando buena

evolución en seis casos 30%, sólo un caso 5% no se encontró por ser foráneo, por lo que se ignora evolución.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SUGERENCIAS.

- Un intento de suicidio no debe ser considerado como un intento aislado y sin trascendencia; exige una atención integral interdisciplinaria y multidisciplinaria con la participación de Pediatras, Psicólogos, Psiquiatras y personal del servicio de Medicina del Adolescente.
- Realizar acciones de prevención a temprana edad: fomentando la autoestima y la toma de decisiones por parte de los adolescentes a través de técnicas de anticipación; así como también diagnosticando precozmente la depresión para dar un tratamiento oportuno, ya que como muestra la literatura, existen equivalentes depresivos desde los ocho años de edad.
- Es responsabilidad de todos los adultos, velar por qué nuestros adolescentes y jóvenes no lleguen a decisiones destructivas y externas y poder socorrerlos en el momento oportuno.

BIBLIOGRAFIA.

1. Vázquez PE, González VE, Rojo QA, Figueroa LR. Intento de suicidio en adolescentes. Bol. Clin. Hosp. Infant. Edo. Son. 1998, 15(2): 77-85.
2. Tercero QG. Perfil psicológico de adolescentes que intentaron suicidarse. Rev. Mex. Pediatr. 1999; 66(5): 197-202.
3. Gómez CC, Borges G. Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. Salud Mental. 1996; 19(1): 45-55.
4. Saucedá GJ, Montoya CM, Higuera RF, Maldonado DJ, Anaya SA, Escalante GP. Intento de suicidio en la niñez y en la adolescencia: ¿síntoma de depresión o de impulsividad agresiva? Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. 1997, 54(4): 169-175.
5. Serfaty E. Suicidio en la adolescencia. Adolescencia Latinoamericana. 1998; 1(2): 105-110.
6. Osornio CI. Estructura y dinámica familiar de adolescentes de sexo femenino con intento de suicidio. Publicación Electrónica de la División de Administración. Ciencias Sociales de la Rectoría Sur. ITESM-CEM. 2000, No. 6.
7. Berel SP, Segal J, Salle E, Bejzman PR, Teruchkin B, Medeiros PC. Implicaciones de la depresión y del riesgo de suicidio en la escuela durante la adolescencia. Adolescencia Latinoamericana. 2000; 2(1): 36-44.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. De la Peña F, Lara MC, Cortés J, Nicolini H, Páez F, Almeida L. Traducción al español y validez de la Escala de Birtleson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. Salud Mental. 1996; 19: supl 3: 17-22.
9. Martínez LP, Saltijeral M, Torroba G de. Intento suicidio en niños. Revista de Psicología. 1997: 22-23.
10. Marzuñiga S. Manejo psicológico del intento de suicidio. La psicología en México a fines del siglo XXI. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. 1998: 1-19.
11. Wagman BI, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attempts: risks and protectors. Pediatrics. 2001; 107(2): 485-493.
12. Falbo GH, Buzzeti R, Cattaneo A. El homicidio entre niños y adolescentes: estudio de casos y controles en Recife (Brasil). Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2001; 5: 1-5.
13. Arias GJ, Cárdenas NR, Alonso VF, Morales CM, López GA. Intento de suicidio en adolescentes. Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. 1994; 51(11): 701-705.
14. Nixoli H, Fresan A. Escalas de evaluación de los trastornos afectivos. En: Apiquián R, Fresán A, Nicolini H. Evaluación de la psicopatología. Escalas en Español. JGH Editores. 2000:49-59.
15. Muñoz FS. Intento de suicidio en la niñez y adolescencia y su primer contacto con el médico pediatra. Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. 1997; 54(4): 167-168.

16. Escalante GP. El intento de suicidio en adolescentes mediante intoxicación: problema creciente. Rev. Med. IMSS. 1998; 36(4): 257-258.
17. González FC, Berezon GS, Tello GA, Facio FD, Medina-Mora IM. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. Salud Pública de México. 1998; 40(5): 430-437.
18. Estadísticas de intento de suicidio y suicidios. Cuaderno No 6. INEGI. 2000:3-180.
19. López LE, Medina MM, Villatoro JA, Juárez F, Carreño S, Berenzon S, Rojas E. La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población infantil. Salud mental. 1995; 18(4): 25-32.
20. Solano MC, Sánchez GO. Intento de suicidio en adolescentes mexicanos. Revista Mexicana de Psiquiatría Infantil; 5(2): 15-19.
21. Coyne BT, Schoenbach VJ, Herman GM. The epidemiology of adolescent homicide in North Carolina from 1990 to 1995. Arch Pediatric Adolescent Me. 1999; 153:349-356.
22. Wagman BI, Renisck MD, Ireland M, Blum RW. Suicide attempts among American Indian and Alaska native Youth. Arc Pediatric Adolescent Med. 1999; 153: 573-580.
23. Bell CC, Clark DC. Adolescent Suicide. Pediatric Clinics of Northeamerica. 1998; 5 (24) : 365-380.

24. Cole DA, Peeke LG, Martín JM, Truglio R, Seroczynski AD. A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. Journal of Consulting and clinical Psychology. 1998; 66(3): 451-460.
25. Iglesias GC, Álvarez RJ. Un estudio del suicidio en Asturias: incremento de la frecuencia en las dos últimas décadas. Actas Esp. Psiquiatr. 1999; 27(4): 217-222.
26. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed Suicide. Arch Gen psychiatry. 1996; 53: 1155-1162.
27. Shafii M, MacMillan DR, Key MP, Derrick A, Kaufman N, Nahinsky ID. Nocturnal serum melatonin profile in major depression in children and adolescents. Arch Gen psychiatry. 1996, 53: 1009-1013.
28. Teicher JD. Niños y adolescentes que tratan suicidarse. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Interamericana. 1970. 687-697.
29. Bedrosian RC, Beck A. Aspectos cognitivos de la conducta suicida. Revista de Psicología. 1997:29-32.
30. Durkheim E. Los factores extrasociales. El suicidio y los estados psicopáticos. En: Durkheim E. El suicidio. Ediciones Coyoacán. Dialogo Sociología. 1998. 27-50.
31. Gómez ML, Loza CG, Durán PC. Los sucesos de la vida estresantes y la personalidad de adolescentes con intento de suicidio. Revista Psicología Contemporánea. 2000; 7(2): 58-65.

Anexo 1

Hoja de recolección de datos:

Nombre _____ edad _____ expediente _____

Fecha de atención _____

Dirección _____

Teléfono _____ procedencia _____

Medio socioeconómico (Trabajo Social):

Tipo de paciente: (externo/hospitalizado) _____ Estancia _____

Religión _____ Estado civil _____

Sin escolaridad: sabe leer y escribir () . No sabe leer y escribir: () .

Escolaridad _____ otros estudios _____

asistencia a la escuela: _____

Ocupación: _____ otras actividades: _____

Antecedentes familiares:

Tipo de familia: _____

Madre: edad _____ escolaridad: _____

ocupación _____

Padre: edad _____ escolaridad: _____

ocupación _____

Número de hermanos: _____ Lugar que ocupa en la familia: _____

Presencia del padre en el hogar: _____ Presencia de la madre en el hogar: _____

Más de cinco personas en la casa: _____ Violencia en la familia: _____

Jefe de familia: _____

Dos ó mas miembros de la familia con empleo: _____ Ingresos familiares: _____

Intento de suicidio y/o suicidas en la familia: _____ patología crónica: _____

Toxicomanías: _____ alcoholismo: _____

Problemas psiquiátricos: _____

Antecedentes personales:

Toxicomanías: _____ alcoholismo: _____

Abuso sexual: _____ patología crónica: _____

Equivalentes depresivas: _____ depresión: _____

Problemas psiquiátricos: _____

Tratamiento psiquiátrico previo y/o actual: _____

Intento de suicidio previo:

Fecha ocurrencia: _____ sitio: _____

Método empleado: _____ factor precipitante: _____

Atención médica: _____

Factores de riesgo suicida:

- Poca o ninguna religiosidad
- Prácticas religiosas
- Religión evangélica
- Madre menor de 20 años al nacer su hijo
- Hijo adoptivo
- madre soltera
- Desorganización familiar
- Falta de comunicación con los padres
- Riñas familiares constantes
- Ausencia de figura parental significativa
- Familia destruida
- Sentimientos de rechazo familiar
- Pérdida temprana de objeto amoroso (divorcio, muerte, separación)
- Pérdida reciente de objeto amoroso
- Fracaso escolar
- Dificultades escolares
- cambios de escuela.
- cambios de residencia
- Dificultades financieras
- Desempleo
- Solitario-abandonado
- Aislado
- Intentos anteriores de suicidio
- Pensamientos y amenaza suicida
- Suicidas en la familia o medio ambiente
- Agresión reprimida -inhibida
- Alcoholismo (ocasional)
- Abuso de drogas (ocasional)
- Depresión
- Equivalentes depresivas
- Manifestaciones psicopáticas
- Patrones neuróticos de comportamiento
- Enfermedad psiquiátrica grave
- Impulsividad
- Tratamiento psiquiátricos anteriores
- Ansiedad intensa
- Incapacidad para afrontar el estrés cotidiano.
- no aceptación de imagen corporal.
- Pertenencia a banda juvenil
- Participación en tráfico de drogas
- Antecedentes policiales
- Antecedentes policiales en la familia
- agua corriente en la vivienda.

Características del intento de suicidio:

Inicio: _____

Cuadro clínico: _____

- Pensamientos suicidas una semana previa
- Nota suicida
- Uso de alcohol al momento de intento
- Uso de drogas al momento de intento
- Aislado
- Ante la presencia de alguien
- Disponibilidad de método
- Ambivalencia respecto a la vida o muerte
- Intento de obtener ayuda durante o después del intento
- Atención médica previa al intento

Grado de planeación (mal y/o bien planeado): _____

Conocimiento de la fatalidad del acto (desconocido/conocido): _____

Precauciones para que no lo descubran (las tomó/no las tomó): _____

Lugar dónde se realizó el acto: _____

Espacio físico dónde se realizó el acto: _____

Hora/fecha/día/mes del acto: _____

Método utilizado: _____

Factor precipitante: _____

Reacción inicial: _____

Diagnóstico psiquiátrico: _____

Tratamiento médico: _____

Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico: _____

Evolución: _____

ESCALA DE BIRLESON PARA DEPRESION EN ADOLESCENTES

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones:

Por favor responde honestamente cómo te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas

	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1.- Me interesan las cosas tanto como antes			
2.- Duermo muy bien			
3.- Me dan ganas de llorar			
4.- Ma gusta salir con mis amigos			
5.- Me gustaría escapar, salir corriendo			
6.- Me duele la panza			
7.- Tengo mucha energía			
8.- Disfruto la comida			
9.- Puedo defenderme por mi mismo			
10.- Creo que no vale la pena vivir			
11.- Soy bueno para las cosas que hago			
12.- Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes			
13.- Me gusta hablar con mi familia			
14.- Tengo sueños horribles			
15.- Me siento muy solo			
16.- Me animo fácilmente			
17.- Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo			
18.- Me siento muy aburrido			