



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

División de Estudios de Postgrado e Investigación  
FACULTAD DE MEDICINA  
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los  
Trabajadores del Estado

T E S I S

INCIDENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES  
DEL INTENTO SUICIDA EN UN HOSPITAL DE  
TERCER NIVEL EN LA CD. DE MEXICO.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA

DRA. MARIA ELENA PEREZ ESCUTIA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD DE  
PEDIATRIA MEDICA



México, D. F.

Octubre 2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

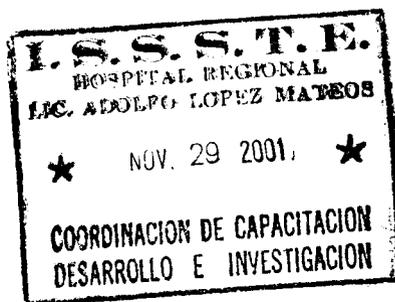


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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.



---

**DR. FCO. JAVIER GARCIA PALOMINO.**  
**COORDINADOR DE CAPACITACION, DESARROLLO E INVESTIGACIÓN.**

---

---

**DR. BALTAZAR BARRAGAN HERNANDEZ.**  
**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE PEDIATRIA.**

Escuela María Elena Pérez  
Escuela

18-Sep-2006

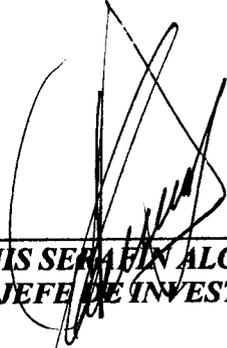
~~Escuela~~

plaqueta 74@hotmail.com.mx



---

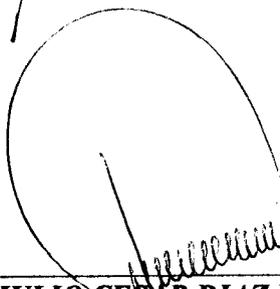
**DR. SERGIO BARRAGÁN PADILLA.**  
**ASESOR DE TESIS Y VOCAL DE INVESTIGACIÓN.**



---

**DR. LUIS SERAFÍN ALCAZAR ALVÁREZ.**  
**JEFE DE INVESTIGACIÓN.**

I. S. S. S. T. E.  
HOSPITAL REGIONAL  
LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS  
NOV. 19 2006  
JEFATURA DE  
INVESTIGACION



---

**DR. JULIO CÉSAR DÍAZ BECERRA.**  
**JEFE DE ENSEÑANZA.**



***A DIOS***

***Por permitirme vivir este momento.***

***A mis Padres.***

***Por el amor y el apoyo siempre brindado.***

***A mi hermana Elvia.***

***Por el ejemplo de superación y consejo.***

***A mis hermanas Adriana y Natalia.  
Por siempre estar presentes.***

***A mi amor.  
Cesar, por estar siempre conmigo y brindarme su apoyo  
incondicional.***

***A todos los que hicieron posible la realización de esta tesis, en especial a mis  
profesores, que desinteresadamente me dieron su experiencia.***

## ***INDICE.***

- ***RESUMEN*** ..... ***PAG 1***
- ***SUMMARY*** ..... ***PAG 2***
- ***INTRODUCCION*** ..... ***PAG 3***
- ***MATERIAL Y METODO*** ..... ***PAG 6***
- ***RESULTADOS*** ..... ***PAG 7***
- ***CONCLUSION*** ..... ***PAG 8***
- ***BIBLIOGRAFIA*** ..... ***PAG 9***
- ***ANEXO*** ..... ***PAG 10***

## RESUMEN

**Introducción:** Incremento dramático de la tasa de suicidio en pediatría, ocupando las 3 primeras causas de muerte en México y Estados Unidos, predominando su incidencia en varones, siendo el principal factor predisponente la disfunción familiar y el método utilizado la intoxicación con medicamentos.

**Objetivos:** Determinar la incidencia por edad y sexo e incremento paulatino de consultas por intento suicida, y establecer el factor predisponente principal, así como método empleado para intento suicida.

**Método:** Se realizó estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, comparativo y transversal, en pacientes pediátricos, menores de 18 años, ambos sexos, que se presentaron en servicio de Urgencias Pediatría, del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, ISSSTE, México, D. F.; durante el periodo que abarco del 1° de Enero 1999 al 30 de Octubre de 2001.

**Resultados:** De las 111,575 consultas del servicio de Urgencias Pediatría, en el Hospital Lic. Adolfo. López. Mateos, durante el periodo estudiado, 10,900 (9.7%) fueron urgencias reales. De este 9.7%, requirieron vigilancia en el servicio 102 pacientes, con diagnóstico de Intento suicida (0.9%), de los cuales ingresaron a piso 65 pacientes (64%), los cuales fueron valorados por psicología, paidopsiquiatría y medicina del Adolescente, quienes determinaron su tratamiento final, el 36% restante de pacientes, se trasladaron, egresaron después del tratamiento o se egresaron en forma voluntaria. Notando un incremento anual del 38%, comparando 1999 a 2001, con una prevalencia mayor en mujeres (69.6%) contra (30.3%) en hombres. Siendo el pico máximo de presentación de 15 a 17 años de edad. Encontrando en 99 pacientes (98%), una familia disfuncional como factor predisponente y en muchas ocasiones como causa desencadenante, esto en 36 pacientes (35%). En el 99% de los casos, el método utilizado para el intento suicida, fue la ingesta de medicamentos, el 1% restante politrauma.

**Conclusión:** Con este estudio se demuestra el incremento anual de consultas en el servicio de urgencias por intento suicida, siendo la causa esperada la disfunción familiar como factor predisponente y como causa desencadenante en una suma no despreciable, encontrando el abuso de medicamentos como causa frecuente de utilización para intento suicida y siendo mas frecuente en mujeres que en hombres, con pico de edad mas frecuente entre los 15 y 17 años de edad.

**Palabras claves:** Intento suicida, causa desencadenante y factor predisponente.

## **SUMMARY**

*INTRODUCTION: Dramatic increase of suicidal rate in pediatrics, by causing the first three death causes in Mexico and United States, with a predominance incidence in male patients, having as a predisposing factor the family dysfunction and the medications overdose the most frequent method used.*

*OBJECTIVES: Determine the incidence by age and sex and the paulatine increase in the number of suicidal attempt consults and establish the principal predisposing factor, as well as most frequent method used.*

*METHOD: This is a retrospective, descriptive, observational, comparative, and transversal study in pediatric patients, with less than 18 years old, both sex, that came to consult at the pediatrics urgency service in the period between January the 1<sup>st</sup> of 1999 and October 30 of 2001 in the "Lic Adolfo López Mateos" of ISSSTE at Mexico City.*

*RESULTS: Of the 111,575 consults at the pediatrics emergency department, within the study period, 10,900 (9.7%), were real urgency cases, needing treatment at the pediatrics emergency department. A 102 patients with attempt suicidal diagnosis (0.9%) and needing hospitalization 65 patients of these (64%), and these patients were interviewed by psychology, psychiatry, and adolescent medicine as needed. The restant 36% of patients were sent to other hospital or home after treatment.*

*It shows an annual increase in suicidal attempt consults of 38% between 1999 and 2001, with a female higher prevalence of (69.6%), against (30.3%) in male patients, and finding 99 patients (98%) with a family dysfunction as a predominant factor and 36 patients (35%) as a crisis cause. In the 99% of cases, the method used for suicidal attempt was medications abuse and in 1% of cases, politrauma.*

*CONCLUSIONS: This study shows the annual increase of suicidal attempt in the pediatric emergency department, having as a predisposing factor and crisis cause a family dysfunction. Finding the medication abuse as a way to suicidal attempt and with a higher frequency in female patients than in male patients, and a higher incidence in ages between 15 and 17 years old.*

## INTRODUCCION.

*Un cierto número de situaciones cargadas emocionalmente ocurre con regularidad en un hospital general. Aunque desafían a menudo la clasificación diagnóstica estándar, generalmente se convierten en responsabilidad de los psiquiatras, pero de primer contacto los médicos pediatras en el servicio de urgencias, debemos detectar y manejar una urgencia psiquiátrica como lo es el intento suicida. (3)*

*Se ha detectado un incremento dramático de la tasa de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes, lo que hace que el suicidio sea un problema importante de salud pública. (1) (2).*

*En Estados Unidos, es la tercera causa de muerte en la población de 14 a 19 años. (2). En México donde la población de 15 años y menos es mayoritaria, la proporción estadística baja, sin embargo, no es un problema despreciable, bien sabido que nuestra estadística no es confiable, ya que muchos accidentes automovilísticos, realmente son suicidios encubiertos, incrementando la cifra estadística. (1). La ideación suicida aislada no es necesariamente un factor de riesgo de conducta suicida. Hasta el 12 - 25% de los niños y adolescente expresan alguna forma de ideación suicida. La ideación suicida debe tomarse en cuenta cuando se acompaña de todo un plan específico. El suicidio es mas frecuente en varones 2:1, pero las mujeres lo intentan más, en proporción 3:1, con métodos menos violentos que los hombres. Se dice que por cada suicidio consumado hay 50 que no se detectan. (1) (2).*

*La adolescencia es la puerta de entrada de una serie de procesos mentales que los enfrentan a figuras de autoridad y de efecto más tempranas, gracias a estos procesos logran independencia y autonomía, luchando entre tendencias contradictorias. La sociedad impone cargas a sus integrantes más jóvenes, resultando la depresión de estas fuerzas sociales llenas de exigencia para amoldarlas a lo establecido, y a los propios conflictos internos, principalmente el sexo femenino, que aprende esquemas caducos, los cuales le imponen adaptación sobre la marcha, en las que no siempre tiene éxito. (1) (2) (4).*

*El joven ante una situación de inadaptación se encuentra en situación trágica de intento de suicidio, que puede consumarse dejando a familiares y a amigos frente a nuevo conflicto emocional. Esta situación es evitable motivo por lo que es importante el esfuerzo de prevención dirigido a adolescentes, en particular a los que presentan alteración en el estado de ánimo. (1).*

*Hay al menos 3 contextos en los que se produce un aumento del riesgo de suicidio entre los adolescentes. El modelo psiquiátrico tradicional de los factores de riesgo se centra en los factores interpersonales y familiares, como padecer un trastorno psiquiátrico, carga familiar de conducta suicida, uso y abuso de sustancias, abuso sexual y alteraciones de la serotonina. (3). El modelo de "lesión" de aumento del riesgo de suicidio considera factores adicionales de riesgo en la comunidad, como los índices locales de suicidio y de exposición a la violencia, la disponibilidad o no de redes sociales de apoyo y de programas de prevención del suicidio en la comunidad, y la disponibilidad de medios letales como las armas de fuego. Una tercera aproximación se basa en el comportamiento de no ponerse el cinturón de seguridad en el coche, uso de drogas y traumas físicos. (1).*

*Entre aquellos que intentan el suicidio, la sobredosis de medicamentos es el método usado más frecuentemente por las mujeres. Otros métodos más violentos (disparos, puñaladas, ahorcamiento, y lanzarse desde la altura) usualmente, pero no exclusivamente, por los varones. Cuando está implicada la automutilación, la enfermedad psiquiátrica subyacente suele ser grave. (3).*

#### *EVALUACION DEL RIESGO DE SUICIDIO.*

*Globalmente, los factores que predisponen al suicidio incluyen la depresión, el alcoholismo, el trastorno de la personalidad, la drogadicción y la esquizofrenia. Además, existe un grupo de factores de riesgo demográfico: (3).*

- 1) Los trastornos psiquiátricos (psicosis, depresión, ansiedad).*
- 2) Historia de intento de suicidio y/o amenaza suicidio.*
- 3) Sexo masculino.*
- 4) Edad avanzada.*
- 5) La pérdida reciente de un ser querido.*
- 6) Ser laboralmente no cualificado o estar en paro.*
- 7) Ser soltero o viudo.*
- 8) Tener una enfermedad crónica.*

*La evaluación del paciente suicida no debe, sin embargo, restringirse a una búsqueda de estos factores. La tarea del clínico consiste en valorar la gravedad y/o riesgo de un intento de suicidio y predecir la probabilidad de su realización en el futuro. Desgraciadamente, no existen pruebas o criterios predictivos absolutos que establezcan quién cometerá o no el suicidio. (3) (4) (5).*

*La finalidad de una evaluación suicida consiste en obtener los sentimientos y pensamientos verdaderos de un individuo y situarlos en el contexto de los factores de riesgo demográficos y sociales anteriormente mencionados, de modo que pueda efectuarse un tratamiento apropiado. (3) (4) (5).*

*Como regla general, la evaluación de urgencia de un paciente suicida, debe efectuarse de manera similar al planteamiento directo, médicamente orientado, todo paciente que haya sobrevivido a un intento de suicidio debe ser visto por un psiquiatra. Deben ser preguntados sobre pensamiento, ideas, deseos, motivos, intentos y planes suicida. (7).*

*Teicher, un psiquiatra con gran experiencia en este problema, ha encontrado que el camino al intento suicida es un proceso en tres etapas, que son: (1).*

- 1. La historia longitudinal de trastornos desde la infancia hasta la adolescencia.*
- 2. Un periodo de escalada durante el cual se presentan nuevos problemas relacionados con la adolescencia.*
- 3. Una etapa final en las semanas y días que preceden al intento, caracterizadas por una reacción en cadena que rompe las pocas uniones afectivas.*

*La historia de problemas se refiere, a los antecedentes de suicidio en los padres, amigos o familiares cercanos, separaciones afectivas importantes o conflictos con padrastros o madrastras, poca estabilidad con cambios constantes de casa, escuela, etc. En suma el adolescente suicida está más sujeto a separaciones no esperadas de las relaciones sociales significativas en su vida temprana. (1)*

*El periodo de escalada indica el conflicto generado por el intento de los padres de contener con la adolescencia como etapa de desarrollo, con sus problemas de comportamiento, indisciplinas, y cuestionamientos, y que al enfrentarse tan directamente, hace que ni uno ni los otros quieran ya intentar acercarse, aislándose. Esto vale también para las relaciones escolares, lo cual amplía el aislamiento. (1).*

*En la etapa final, ya no existe relación con los padres a causa del enojo y el rechazo previos. Los amigos también se han perdido por la propia actitud extrema y es frecuente que establezcan un romance intenso, al buscar la relación afectiva perdida, y se exige a la pareja llene estas expectativas, y como tal cosa no es posible, con frecuencia hay rompimientos que dejan totalmente solo al adolescente, sin salida, con el problema crónico de vivir y así la muerte aparece como la única solución. (1) (8)*

*Antes de un intento de suicidio o uno consumado se ha encontrado una situación estresante, como crisis de disciplina, decepción o rechazo. Aunque la mayoría de los adolescentes que intentan suicidarse no lo logra, hay un aumento del riesgo posterior de morbilidad, mortalidad, depresión, alteraciones de la conducta, y fracaso en el rendimiento escolar y social. (1) (8).*

*VALORACION: Valorar sexo, edad, estado socioeconómico y eventos previos familiares ocurridos. (1) (3) Determinación, es decir, qué tan grande es la intención de matarse a través de comparar el riesgo tomado (letalidad del método) y la posibilidad de rescate (ser encontrado y curado). Esto lleva a hablar del llamado acto suicida real y el gesto suicida o acto paracaidista, con fines manipuladores. (1) (3).*

*TRATAMIENTO: Es esencial la valoración por el psiquiatra, solamente el médico de urgencias, debe saber detectar con lo antes mencionado, la ideación suicida con gran letalidad que debe hospitalizarse, como ya se comentó que tengan enfermedad mental de base, consumo de sustancias o trastornos del estado de ánimo, entre otras. (4) (5). El tratamiento farmacológico se dará por especialista. (7).*

*El objetivo general de este estudio, fue determinar la incidencia y factores predisponentes de intento suicida, en el servicio de Urgencias pediatría, del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, ISSSTE, México, Distrito Federal, en el periodo comprendido de Enero 1999 a Octubre 2001.*

*Teniendo como objetivos particulares los siguientes. Determinar incidencia de intento suicida en urgencias pediatría del HALM; Determinar incidencia por sexo y edad; Comparar incidencia entre 1999, 2000 y 2001; Determinar la causalidad de intento suicida en pacientes pediátricos, del HALM; Determinar el grupo de edad mas afectado; Determinar sexo mas afectado, así como conocer el método utilizado con mayor frecuencia.*

## **MATERIAL Y METODOS.**

*Se realizó un estudio descriptivo, observacional, comparativo, transversal y retrospectivo, teniendo como grupo de estudio a pacientes pediátricos menores de 18 años de edad, ambos sexos, que se hayan presentado al servicio de urgencias pediátrica, del Hospital Adolfo López Mateos, entre Enero 1999 y Octubre 2001, con diagnóstico clínico de intento de suicidio. Sin utilizar grupo testigo, teniendo como muestra a 102 pacientes, con los siguientes criterios de inclusión:*

- a. Pacientes pediátricos menores de 18 años.*
- b. Pacientes ingresados en servicio de urgencias pediátrica, durante el período comprendido entre Enero 1999 y Octubre de 2001. H.A.L.M. Con cédula o sin esta.*
- c. Pacientes mentalmente aptos para decidir por si mismos.*
- d. Ambos sexos.*
- e. Valorados por psicología y paidopsiquiatria, quienes dieron el diagnóstico de disfunción familiar como factor predisponente y dx de intento suicida.*

*Con los siguientes criterios de exclusión:*

- a. Accidentes automovilísticos, en pacientes pediátricos.*
- b. Pacientes pediátricos policontundidos que no refirieron intención.*
- c. Pacientes con intoxicación por bebidas etílicas sin intención suicida.*

### **DESCRIPCION DEL ESTUDIO.**

*Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes que acudieron al servicio de Urgencias Pediátrica del Hospital Adolfo López Mateos, durante el periodo de Enero 1999 a Octubre 2001, con edad menor de 18 años, mediante la libreta de ingreso y egreso del servio, con obtención de cada expediente, valorando la ingesta de medicamentos de cualquier tipo, trauma punzo - cortante, trauma contuso, politrauma por caída libre, e inyección de sustancias tóxicas, así como las pacientes etílicas mas ingesta de medicamentos con idea suicida. Se verifico en cada caso, edad, sexo, valoración por especialista que clasifico como intento suicida, al igual que ellos estudiaron y diagnosticaron disfunción familiar. Se reviso también en cada caso causalidad el intento suicida. Con estos datos se lleno cédula de recolección de datos, procediendo al análisis de datos obtenidos. Se anexa hoja de recolección de datos.*

## **RESULTADOS.**

*En el periodo de Enero 1999 a Octubre de 2001, acudieron al servicio de urgencias pediatria, en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, ISSSTE, México, Distrito Federal, 111,575 pacientes, todos menores de 18 años, de ambos sexos, de los cuales solo el 9.7% o sea 10,900 pacientes, fueron urgencias reales, encontrando de estos que 102 pacientes (0.9%), se hospitalizaron por intento suicida, requiriendo ingreso a piso pediatria el 64% de pacientes con intento suicida, a los cuales se les realizo valoración por paidopsiquiatría, psicología y medicina del adolescente, cada uno con tratamiento individualizado, el resto, o sea el 36%, fueron egresados del servicio de urgencias, por alta voluntaria, egreso por mejoría después del tratamiento o traslado a otra unidad.*

*En el año de 1999, Se realizaron 29,489 consultas, con urgencias reales de 4202 (14.2%), intento suicida 27 (0.64%), sexo femenino 18 pacientes (66%), masculino 9 (33%), con 29.6% de los casos reportados a los 15 años de edad, y 92% con utilización de medicamentos, de los cuales las benzodiazepinas ocupan el 1er lugar de utilización (52%).*

*En el 2000, se realizaron 28,547 consultas, con 3,698 urgencias reales, de las cuales 25 fueron por intento suicida (0.67%), sexo femenino 18 pacientes (72%) y masculino 7 (28%), con 52% de casos a los 15 años de edad, y con 76% de los casos utilización de medicamentos, de los cuales el 32% fue con benzodiazepinas, el restante lo ocupó trauma, cloro, sección radial, y otros medicamentos, los que destacan antihipertensivos, y AINES.*

*En el 2001 de Enero a Octubre, se presentaron 24,003 consultas, con 3000 urgencias reales (12.4%), con 50 casos de Intento suicida (1.6%), sexo femenino 35 (70%), masculino 15 pacientes (30%), con grupo máxima presentación a los 17 años, 12 pacientes (24%) y a los 15 años de edad, 11 pacientes (22%), siendo nuevamente la intoxicación por medicamentos la mas frecuente (80%), y de estas las benzodiazepinas (50%), siendo el restante, sección radial, inyección de insectisida, inhalación de gas, politrauma, ingestión de perfume y otros medicamentos.*

*Al realizar la comparación entre años, nos damos cuenta que entre 1999 y 2000 la incidencia es similar, pero sufre una variante importante en el año 2001 con un 38% de incremento de casos, siendo la mujer la mas afectada (69.6%) contra (30.3%) de los hombres. Con mismo tipo de métodos utilizados (99%) de ingesta de medicamentos, notando que el grupo de presentación se incrementa, ya que en los dos años previos no se aceptaba en urgencias a mayores de 16 años de edad, lo que puede ser un factor importante para tales resultados. A todos los pacientes que se ingresaron a piso se les realizo manejo interdisciplinario, encontrando a 99 pacientes ( 98% ), con familia disfuncional, funcionando como factor predisponente, con una causa desencadenante diferente y a un (35%) de los pacientes con única causa predisponente y factor desencadenante, la disfunción familiar.*

## **CONCLUSIONES.**

*Con este estudio se demuestra el incremento anual de consultas en el servicio de urgencias pediatría, del Hospital Adolfo López Mateos, ISSSTE, México, Distrito Federal, durante el periodo Enero 1999 a Octubre 2001, encontrando su incidencia es mayor en mujeres, entre los grupos de edad 15 y 17 años, teniendo como factor predisponente importante el núcleo familiar y entre otras causas precipitantes, esta misma.*

## BIBLIOGRAFIA.

1. Dulanto G. Enrique. *El Adolescente*. Asociación Mexicana de Pediatría, A. C. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 1ª Edición 2000. Pag: 1318 - 1320.
2. Behrman E. Richard, Kliegman M. Roberet, Jenson B. Hal, et al. *Nelson, Tratado de Pediatría*, vol. I. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 4ta. Edición 2000. Pag: 614-615.
3. Cassem H. *Ned. Hospital General de Massachusetts. Psiquiatría de enlace en el Hospital general*. Ed. Diaz Santos, S. A. 3ª Edición. Pag: 346- 378,
4. Kaplan I. Harold, Sadock J. Benjamin. *Compendio de Psiquiatría*. Ed. Salvat. 2da. Edición. Pag: 5902-596.
5. Beck A, Steer R, Kovacs M, et al: *Hopelessness and eventual suicide: A 10 - year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation*. *Am J Psychiatry* 142:559, 1985.
6. Gessner BD: *Temporal trends and geographic patterns of teen suicide in Alaska, 1979 - 1993*. *Suicide Life threat behav* 27:264, 1997.
7. Greenhill LL, Waslick B: *Management of suicidal behavior in children and adolescents*. *Psychiatr Clin North Am* 20:641, 1997.
8. Hawton K, Arensman E. Wasserman D. Et al: *Relations between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe*. *J Epidemiol Community Health* 52:191, 1998.
9. *Suicide among black youths - United States, 1980 - 1995*. *JAMA* 279:143, 1998.
10. Woods ER, Lin YG, Middleman A, et, al: *The association of suicide attempts in adolescents*. *Pediatrics* 99:791, 1997.
11. Miles CP: *Conditions predisposing to suicide: A review*. *J Nerv Ment Dis* 1977, 164: 231 - 246.
12. Crumley FE: *Adolescent suicide attempts*. *JAMA* 1979; 241:2404-2307.
13. Holinger CP: *Adolescent suicide: An epidemiological study of recent trends*. *Am J Psychiatry* 1978; 135:754-756.
14. Roy A: *Risk factor for suicide in psychiatric patients*. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:1089-1095.
15. Arffa S: *Cognition and suicide: A methodological review*, *Suicide Life threat behav* 13:109, 1983.
16. Beck AT, Resnik HLP, Lettieri D. Editors. *The prediction of suicide*. Charles Press, Bowie MD, 1994.
17. Pfeffer CR: *Suicidal behavior of children: A review with implications for research and practice*. *Am J Psychiatry* 138: 154, 1991.

***ANEXO.***

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Ingreso a Urgencias. \_\_\_\_\_

Ingreso a piso \_\_\_\_\_ Alta \_\_\_\_\_

Método empleado: \_\_\_\_\_

Valoración por paidopsiquiátra: \_\_\_\_\_

Valoración por medico del adolescente: \_\_\_\_\_

Valoración por psicología: \_\_\_\_\_

Gesto suicida: \_\_\_\_\_

Acto suicida real: \_\_\_\_\_

Acto paracaidista: \_\_\_\_\_

Antecedentes psiquiátricos: \_\_\_\_\_

Antecedente de hospitalización por intento suicida: \_\_\_\_\_

Dinámica familiar: \_\_\_\_\_

Abuso sexual: \_\_\_\_\_

Antecedente de etilismo: \_\_\_\_\_

Antecedente de fármaco - dependencia: \_\_\_\_\_

Antecedente de duelo: \_\_\_\_\_

Falta de aceptación personal: \_\_\_\_\_

FALLECIDOS: \_\_\_\_\_ --