

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA PSIQUIATRIA  
Y SALUD MENTAL**

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO  
INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO” POR CONDUCTA  
SUICIDA.**

**ALUMNO: GARNICA GASCA RICARDO.**

**HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL  
“DR. JUAN N. NAVARRO”**

**TUTOR TEORICO**

**TUTOR METODOLOGICO**

**DR. J. MANUEL SUCEDA GARCIA**

**DRA. ROSA E. ULLOA F**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIZACION EN  
PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA**

**FEBRERO DEL2003**



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.

# ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.	3-6
OBJETIVOS.	6
MATERIAL Y MÉTODO.	7-8
RESULTADOS.	9-11
DISCUSIONES.	12-13
CONCLUSIONES.	13
BIBLIOGRAFIA.	14-16

## TITULO:

### **ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N: NAVARRO” POR CONDUCTA SUICIDA.**

#### **MARCO TEORICO.**

##### **Intento de suicidio.**

Se ha considerado que la problemática del suicidio en los niños y adolescentes está cobrando cada día mayor importancia debido a su creciente incidencia.

La población con mayores índices de suicidio consumado son los jóvenes de 15 a 24 años y las mujeres de entre 20 y 24 años.

La conducta suicida en niños y adolescentes es un fenómeno de interés para pediatras y médicos de los servicios de urgencias como para los clínicos de salud mental (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales). Los menores que intentan el suicidio habitualmente son llevados a los servicios de urgencias de hospitales generales o pediátricos donde reciben atención para manejar las consecuencias de la conducta autolesiva y posteriormente son canalizados a la consulta de psiquiatría(1 5).

Se considera que la conducta suicida es poco frecuente entre los alumnos de primaria (12%), pero aumenta progresivamente en los de secundaria hasta un 35%, y en los de preparatoria en 65%, en los universitarios alcanzó de 50 a 65%. Se estima un 3% de intentos suicidas entre alumnos de primaria, 11 en los de preparatoria y de 15 a 18% en los universitarios. (17)

En 1994 se hizo en México un estudio retrospectivo sobre las variaciones por las que ha atravesado el suicidio en el transcurso de 24 años como causa de mortalidad. En 1970 hubo 554 suicidios, y en 1994, 2603. Aunque en el grupo de 0 a 14 años no se reportaron suicidios en 1970, en el grupo de 15 a 19 años, la tasa por cien mil habitantes fue de 1.49. Hace seis años se encontró una tasa de 0.23 en el grupo de 0 a 14 años, y de 3.30 en el grupo de 15 a 19 años. En el grupo de 15 a 19 años, el suicidio fue la cuarta causa de muerte en 1990, con 58E defunciones. (13)

En 1999, la tasa de mortalidad en México, por suicidio, fue de 3.4 por 100,00 habitantes: 5.8 hombres y 1.0 mujeres. Los datos de la Secretaría de Salud indican que de 1970 a 1998, el suicidio se incrementó en 215%, lo que representa 229% en los hombres y 165% en las mujeres (23)

En México la tasa de suicidio en la población de 15 a 19 años pasó de 1.49 a 2.83; entre 1970 y 1990 se observó un aumento del 90%. En 1990 el suicidio fue la cuarta causa de muerte para el grupo de 15 a 24 años (n=586), sólo superada por los homicidios, accidentes en vehículos automotores y por ahogamiento (15)

En los EEUU la frecuencia de suicidio en adolescentes se incrementó un 150%, de 5.1% por 100,000 habitantes en 1961 a 12.8% por 100,000 en 1980, principalmente en el rango de edad de 15 a 24 años(16).

Desde hace algún tiempo se ha considerado como factores de riesgo suicida: la ideación suicida; los intentos anteriores; la falta de capacidad de afrontamiento, o rigidez cognoscitiva; la desesperanza; la patología psiquiátrica; trastornos afectivos y de ansiedad. Los estudios que apoyan esta teoría han encontrado 70% de depresión severa y 90% de ansiedad severa en los individuos que se suicidaban; las reacciones transitorias de ajuste, y las características de personalidad obsesiva también se consideran como factores de riesgo suicida (18). González Forteza concluyó que el principal factor de riesgo en los hombres es un ambiente familiar disfuncional, acceso a armas de fuego, desempleo, problemas laborales y en las mujeres, además de esto, sentirse en desventaja con sus amigas, tener baja autoestima, la impulsividad, la mala comunicación con su madre y aislarse en situaciones problemáticas. (19).

Muchos investigadores consideran que haber intentado suicidarse es el mejor predictor del suicidio. Más del 40% de los que han intentado suicidarse lo han hecho varias ocasiones y entre 10% y 40% se suicidan, lo que apoya la secuencia:

ideación suicida — amenaza de suicidarse — intentos suicidas —\* suicidio consumado. (19)

La conducta suicida ha sido asociada al consumo de sustancias ilegales y los que han intentado suicidarse las consumen más que los que nunca han pensado en suicidarse (20).

Se ha llegado a considerar que los medios masivos de comunicación han influido para que aumente la conducta suicida, pues se observó que cuando se transmitieron programas de televisión referentes al suicidio, se reportaron más conductas suicidas. Las experiencias humillantes, como el arresto policiaco, el fracaso escolar o laboral, el rechazo, los conflictos interpersonales y la frustración, así como el maltrato físico y el abuso sexual son factores precipitantes para la conducta suicida. (21)

En 1998 se detectó en el Distrito Federal la conducta suicida de la población estudiantil de secundaria y bachillerato, o su equivalente, en 4.3% de los hombres y 12.1% de las mujeres (17). Los motivos fueron múltiples, entre ellos: abuso sexual, que se ha reportado en 43% en nuestro país. Se observa que las mujeres representan 90.4% y los hombres 9.6% del total de las víctimas de abuso sexual. Los grupos de edades más afectadas en ambos sexos son el de 13 a 17 años con 26.2%, seguido del grupo de 18 a 24 años con 22.4%. Los menores de 13 años representan el 28.3%. En los hombres el grupo más afectado es el de cero a seis años con 40.1%, edades en las que no pueden defenderse (2). En un 30 a 50% de los casos los perpetradores pueden ser los padres o parientes cercanos. También pueden ser las personas encargadas de cuidarlos, vecinos o cualquier extraño.

(8),

### **Abuso sexual.**

El abuso sexual en niños es cada día más frecuente o quizá es más frecuentemente reportado. Las víctimas de abuso sexual proceden de todos los grupos socioeconómicos y de todas las razas.

### **Epidemiología.**

Las estadísticas disponibles en México son escasas y no necesariamente reflejan la realidad. Al respecto, González-Forteza, cita a Soto (3); señalando que en México sólo se denuncia entre 5% y 50% de los delitos sexuales, y se calcula que en la Ciudad de México el promedio por día es de 8 delitos sexuales, puede estimarse que se cometen entre 16 y 160 diariamente. Con una prevalencia nacional de abuso sexual en población adolescente estudiantil de secundaria y preparatoria de 4.3%.

Cifras proporcionadas por la procuraduría General de Justicia del Distrito Federal señalan que en el primer semestre de 1995 fueron denunciados 1800 delitos sexuales en esta entidad, de los cuales la mitad tuvieron como víctimas a menores de edad(2)

### **Características de las familias en las que se produce abuso sexual.**

No hay una imagen determinada de las familias en las que se produce el abuso sexual. Los patrones familiares pueden reflejar un fallo multigeneracional en la crianza y cuidado de los hijos. A esto se le denomina el ciclo de la violencia. El Interactive Model of Child Abuse propone que el abuso físico es el resultado de la interacción de las características del niño, el individuo que produce el abuso y el entorno social(5).

Las circunstancias familiares en la que el abuso y la negligencia toman lugar son extremadamente complejas, involucrando un rango de potenciales de riesgo para trastornos subsecuentes en los descendientes. Estos riesgos incluyen al menos cuatro dominios: factores de riesgo en el niño como desventajas, enfermedades crónicas o temperamento difícil; relaciones disfuncionales en la pareja para criar a un niño. abuso de sustancias de los padres, pobre salud o edad muy joven y pobreza y estrés relacionado en la familia y la comunidad. (6) Se debe valorar cuidadosamente los riesgos en la familia como son: la sociopatía materna separación temprana de la madre, la pobre calidad marital, el bajo involucramiento paterno y las actividades ilegales de estos.

La negligencia y el maltrato infantil se observan sobre todo en familias con múltiples problemas. Las crisis recurrentes, en vez de provocar el cambio refuerza el estilo de funcionamiento familiar. (7)

Los padres abusivos consideran que es necesario utilizar la fuerza para hacerse obedecer y para resolver los conflictos.

### **Perfil de abuso.**

Abuso sexual intrafamiliar.

Se sabe que el abuso sexual es cometido por algún individuo a quien el niño o adolescente conoce desde antes, y se sabe que esto ocurre entre 75 y 80% de los casos; y en el 50%(4) de los casos son parientes, como los padres, ya sean los biológicos o padrastros, novios de las madres, tíos, abuelos, hermanos, etc.

También es posible que el progenitor esté bajo la influencia del alcohol o de alguna otra sustancia.

En la familia incestogénica o dependiente-dependiente, uno o ambos padres pueden tener antecedentes de abuso sexual por parte de un familiar.

El agresor puede usar la coacción, la amenaza, la intimidación y el engaño, haciendo afirmaciones como >mataré a tus padres< o >no podrás venir a visitarme si no haces eso<.

En comparación con los agresores sexuales, es poco lo que se ha escrito acerca de las agresoras sexuales. Aunque generalmente se ha considerado raro que una mujer acose sexualmente a un niño, es probable que estos episodios se notifiquen con una frecuencia inferior a la real y que no se identifique a estas agresoras.

### **Secuelas del abuso sexual.**

La alteración del desarrollo que se produce a causa de los abusos sexuales es muy amplia. Según cuál sea la edad a la que se producen los abusos y la naturaleza y gravedad de los mismos, puede haber síntomas en una a varias esferas de la función intrapsíquica, social, laboral o académica

La historia de abuso sexual durante la infancia parece ser un factor de riesgo para desarrollar en etapas posteriores problemas de conducta y problemas emocionales; pensamientos y conducta suicida, depresión, ansiedad, baja autoestima, abuso de sustancias, agresión y conducta antisocial. (9), lo cual ha sido confirmado por algunos autores quienes afirman que existe relación entre el maltrato de niño y adolescentes y el suicidio. (10)

Como efectos a largo plazo del abuso sexual infantil se han planteado problemas tales como el trastorno por estrés postraumático, la depresión, la ideación y el intento suicida, la sensibilidad emocional, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, disfunción sexual, dependencia al alcohol o las drogas, victimización sexual posterior y maltrato por parte de la pareja, entre otros(11).

## **OBJETIVOS.**

1. Describir las variables sociodemográficas de los pacientes que acuden al hospital por intento de suicidio.
2. Describir las características clínicas de los pacientes.
3. Describir las frecuencias del intento suicida leve, moderado y grave en los pacientes que acuden a esta institución.
4. Describir el funcionamiento familiar y antecedentes de abuso sexual.
5. Describir el manejo que se la a los pacientes que acudieron por intento subida la hospital psiquiátrico Infantil. .



## **MATERIAL Y METODO:**

### **Tipo de Estudio**

Estudio descriptivo, retrolectivo y transversal, realizado mediante la revisión (le expedientes clínicos).

### **Procedimiento.**

Se realizó una búsqueda en la base de datos del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" de enero de 1997 a julio del 2002, de todos aquellos pacientes que hayan solicitado atención medica por intento de suicidio en el servicio de urgencias. Obteniendo una muestra total de 134 pacientes. Se recabaron los diagnósticos asignados por el clínico de acuerdo a la CIE.10(20).

Se investigó si habían sido productos de gestación menor a 38 semanas o mayor a 40 semanas, la utilización de forceps y la ruptura de membranas mayor a 6 hrs. La existencia de alguna enfermedad médica al momento de la evaluación psiquiátrica. El resultado del electroencefalograma si este se refería en el expediente clínico.

El antecedente de intento suicida en familiares. El nivel de letalidad del intento suicida en los pacientes. El antecedente de abuso sexual y la relación con el perpetrador.

### **Población diana.**

Pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"; que hayan acudido de enero de 1997 a julio del 2002, por intento de suicidio.

### **Criterios de inclusión.**

Pacientes de 5 a 18 años de edad, hombres y mujeres que acudieron al hospital psiquiátrico Infantil en las fechas ya mencionadas. Pacientes con antecedente de al menos un intento de suicidio.

### **Criterios de exclusión.**

Pacientes sin intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" Expedientes donde no se encontró la información requerida.

### **Definiciones operacionales.**

**Edad:** Medida en años

**Género:** Determinado por masculino y femenino.

**Escolaridad:** Determinada por el grado máximo de estudios completados.

**Nivel socioeconómico:** Determinado de acuerdo a la evaluación realizada por el servicio de trabajo social del hospital. A su vez para un mejor manejo de los datos el autor realizó una agrupación más:

Nivel socio económico 1 y 2, corresponde a nivel socio económico bajo.

Nivel socio económico 2 y 3 corresponde a nivel socio económico medio.

Nivel socio económico 4y 5, corresponde a nivel socio económico alto.

**Intento Suicida:**

Se considera intento de suicidio cualquier acto de autoperjuicio inflingido con intención autodestructiva, aunque ésta sea vaga o ambigua. (6)

**Nivel de letalidad.**

**Baja.** Acciones que no comprometen la salud o la vida.

**Media.** Lesiones que requieren atención inmediata en una unidad de cuidados intensivos y ponen en riesgo la vida.

**Alta.** Lesiones que requieren atención inmediata en una unidad de cuidados intensivos y ponen en riesgo a vida.

**Abuso sexual:** Legalmente se considera que ha ocurrido abuso sexual cuando, sin el consentimiento de la víctima y sin el propósito de llegar a la cópula, el agresor ejecuta en ella un acto sexual o la obliga a ejecutarlo, con el empleo de violencia física o sin ella.

Ejemplo de abuso son el exhibicionismo, la manipulación de genitales o de las mamas, caricias o besos sexuales, estimulación oral genital, etc. (2) El abuso sexual se definió por primera vez en 1977 por Kempe (3), como el involucro no deseado en cualquier forma de contacto sexual, manual, oral. Genital u otro comportamiento relacionado, que un adulto impone a un niño o adolescente, y que éste, por la etapa de desarrollo psicosocial no puede comprender, además de que aún no entiende la sexualidad.

Las actividades sexuales incluyen a todas las formas de contacto: oral-genital, genital, digito-genital, contacto anal, caricias y abuso sin contacto como son: exhibicionismo, voyeurismo y el uso de niños en la producción de pornografía o prostitución.

**Integración Familiar**

Se consultaron los expedientes, para recabar los datos demográficos, (sexo, edad, nivel de escolaridad, nivel socio económico y tipo de familia. Se calificó como familia completa aquella donde se encontraban ambos padres viviendo Juntos y familia incompleta donde faltara alguno de los padres).

**Vías de manejo**

Se manejo de acuerdo a la atención mediata que se le brindo al paciente, tomando en cuenta si fueron contrarreferidos a una unidad de medicina general o hospitalizaron en esta unidad medica o bien fueron enviados a la consulta externa para iniciar manejo integra.

**Análisis estadístico.**

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 10.

Se utilizó estadística descriptiva (frecuencia, porcentaje, promedios y desviación estándar).

## **RESULTADOS.**

Las características demográficas de la muestra total de pacientes del estudio se describen en la tabla 1.

**Tabla 1.**

**Características sociodemográficas de (a muestra de pacientes (n=134) con intento suicida del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.**

		Num.	%		Num.	%
Sexo	Masculino	35	26	Femenino	99	73.9
Edad	8-17 años		Promedio 15.23		ds 1.613	
Nivel Escolaridad	3-12 años		Promedio 8.34		ds 1.96	
Nivel Socioeconómico	Bajo	29			21.6	
	Medio	96			71.7	
	Alto	9			6.7	
Familia	Completa	66			49.3	
	Incompleta	68			50.7	

Dentro de los antecedentes se mostró la presencia de alteraciones perinatales en 26 pacientes (19.4%), y en 108 pacientes (80.6%) no existían antecedentes de complicaciones perinatales. Sólo en 16 pacientes (11.9%) existió una enfermedad médica demostrable al momento de la evaluación psiquiátrica: epilepsia, migraña, crisis asmática y artritis reumatoide.

## **Características Clínicas**

Los diagnósticos que se asignaron en la evaluación de urgencias, se muestran en la tabla 2.

**Tabla 2. Diagnósticos asignados en el servicio de urgencias.**

(N=1 34)

<b>Diagnóstico</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Depresión mayor	26	19.4
Dístmia	17	12.7
Retraso mental leve	2	1.5
Trastorno disocial	5	3.7
T. del control de los impulsos	2	1.5
Abuso de sustancias	3	2.2
Depresión doble	2	1.5
Trastorno adaptativo	1	0.7
Probable trastorno afectivo secundario a causa medica	4	3
Trastorno por déficit de Atención e hiperactividad	1	0.7
Descartar esquizofrenia	1	0.7
Crisis conversiva.	1	0.7
Sin diagnóstico	47	35.1

**Tabla. 3 Diagnósticos asignados a los pacientes posteriores a una segunda evaluación.**

(N=1 34)

<b>Diagnósticos principales.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Trastorno depresivo mayor.	67	50
Trastorno distímico	21	15.7
Trastorno disocial	12	9
Retraso mental leve	5	3.7
Abuso de sustancias	5	3.7
Probable trastorno afectivo secundario a causa médica.	5	3.7
Trastorno del control de impulsos	3	2.2

En 113 pacientes se encontró un diagnóstico comorbido y en 55 pacientes hasta dos diagnósticos comorbidos.

En 4 (2.98%) de los pacientes se describe un probable trastorno de personalidad, entre los que destacan: El trastorno dependiente, limítrofe, narcisista y esquizoide.

Se reportó un estudio electroencefalográfico en 85 pacientes, de ellos 38 (44.8%) fueron normales y 47 (55.2%) presentaron alteraciones del tipo: inmadurez bioeléctrica difusa, disfunción cortico-subcortical, moderada disfunción con aumento de excitabilidad cortico-subcortical, ligera hiperexcitabilidad subcortical, lentificación del ritmo de fondo, entre otras.

### **Nivel de letalidad del intento de suicidio.**

Se encontró que en 47 pacientes (35.15%) el nivel de letalidad fue leve, en 66 pacientes, (49.3%) el nivel fue moderado, siendo este rubro en donde se observó el mayor número de pacientes y en 21 pacientes (15.7%) el intento fue de intensidad grave.

### **Características del funcionamiento familiar y antecedente de abuso sexual.**

En 63.43% de los pacientes se reportó una familia disfuncional de acuerdo a la valoración del clínico.

El antecedente de abuso sexual se reportó en 23 pacientes (17.2%), de estos 23 pacientes, 21(91.3%) fueron mujeres.

Se encontró que el perpetrador del abuso fue un familiar de la víctima en 13 pacientes, (56.52%), en el resto de los pacientes se mencionó como agresor a un conocido del paciente.

### **Vías de Manejo.**

Se ingresaron 13 pacientes a esta unidad medica (9.7%); 107 pacientes fueron referidos a un hospital general (79.9%) y solo 14 pacientes (10A%), se enviaron a la consulta externa para iniciar manejo integral. Cabe mencionar que los pacientes del grupo de referidos a otra unidad medica una vez, hemodinámicamente estables, fueron nuevamente evaluados en esta unidad.

**Tabla 4. Datos estadísticos de los pacientes con antecedente de abuso sexual e intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico “Dr. Juan N. Navarro”**

	Hombres	Mujeres
Abuso sexual (si)	2(8.70%)	21(91.30%) (n=23)
Abuso sexual (no)	33(41.79)	78(58.2%) (n111)
Intento suicida	35(2611%)	99(73.88°/o) (n134)

## **DISCUSION.**

Este estudio pretende explorar en forma descriptiva los problemas de intento suicida que se han reconocido como importantes para la población infantil y adolescente. Se hizo evidente el predominio de la población femenina sobre la masculina en cuanto al antecedente de abuso sexual. La población fue de 21 a 2, lo cual concuerda con la literatura internacional. En la pirámide de edades se observa que las mujeres representan 90.4% y los hombres 9.6% del total (2). Esto puede deberse a dos factores: a que en realidad hay una mayor cantidad de casos entre esta población o bien como mencionan algunos autores, que las estadísticas respecto a los niños son erróneamente bajas, ya que los niños son menos comunicativos(4).

Dentro de las familias estudiadas el nivel socioeconómico medio fue el de mayor porcentaje. Los pacientes con intento suicida procedían de todos los grupos socioeconómicos(4).

Hubo una gran frecuencia de familias incompletas y/o disfuncionales, lo que debe ser investigado como factores de riesgo para la conducta suicida en nuestra población.

El reporte de los principales diagnósticos asignados en la sala de urgencias, corresponden a cuadros depresivos; seguidos de trastornos disociales, abuso de sustancias ilícitas y trastornos con probable alteración cerebral, de acuerdo a los reportes encontrados en la literatura estos cuadros son los más comúnmente reportados en los pacientes con antecedentes de intento de suicidio (15). Durante la recopilación de los datos fue fácil darse cuenta que el clínico que evalúa a los pacientes en la primera consulta por lo regular tenía suficientes datos para integrar cuando menos un diagnóstico y en el 40% integro tres diagnósticos psiquiátricos, sin mencionar que en el 4 (2.98%) de los pacientes se describió un probable trastorno de la personalidad, lo cual hace más difícil asignar un diagnóstico en específico como causa única de intento suicida.

Los síntomas psicológicos y los trastornos psiquiátricos relacionados entre el abuso sexual y el intento suicida son variados en extremo. Diversos estudios (6) los vinculan con problemas interpersonales, cognitivos, emocionales, conductuales y de abuso de sustancias, además de enfermedades, sin embargo; para lo cual nos hace falta estudiar más la correlación entre psicopatología y abuso sexual e intento suicida.

Probablemente, el mejor indicador de un elevado riesgo de suicidio es la tentativa previa (23). El clínico siempre debería preguntar por la ideación suicida como parte del examen mental, especialmente si se trata de un paciente con un antecedente previo o bien con un cuadro de abuso sexual, ya que la ideación suicida no es un fenómeno estático sino que puede oscilar, esto como consecuencia de la patología psiquiátrica existente.

Se realizó un estudio en los Estados Unidos, en 1991, en el cual se incluyó a jóvenes de 9 al 12 grado escolar, donde la prevalencia de ideación suicida se ubico en 29%; la de los intentos suicidas en 7% y la de los intentos de suicidio para los que se requirió de atención médica en solo 2%, lo cual concuerda con los datos arrojados por este estudio, donde sólo en 15.6% de los pacientes con intento suicida presento una alta letalidad. Siendo la vía de manejo principal para los pacientes que acuden al servicio de urgencias la contrarreferencia, teniendo como principal motivo el solicitar una valoración de médicos especialistas no psiquiatras, ya que durante las guardias vespertinas y nocturnas no se cuenta con el apoyo médico de pediatras ni laboratorio clínico, y solicitando se envíe al

paciente una vez que este hemodinámicamente estable, para iniciar manejo integral, ya sea hospitalizado o bien a través de la consulta externa.

### **CONCLUSIONES.**

Por el peligro que implica el intento suicida y el abuso sexual para desarrollar múltiples patologías psicológicas y psiquiátricas, es importante seguir estudiando esta problemática, identificar a los sujetos con riesgo y darles un tratamiento intensivo, interdisciplinario y multisistémico.



## **BIBLIOGRAFIA**

1. Ernesto Escobedo-Chavez y cois. Abuso Sexual en Pediatría: Factores Epidemiológicos. Bol Med Hosp Infant Mex. Vol.52.N9,Sep,1995.
2. Saucedo-García JM: Abuso sexual, violación y embarazo en la adolescencia. Bol Med Hosp. Infant Mex, 52 (8):451-154,1995.
3. Dean X. Parmelee, MD. Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Harcourt Brace. Capitulo 16, pp251-68.
4. Saucedo-Garcia JM., Maldonado Durán JM. El suicidio en los adolescentes ¿consecuencia de alguna forma de maltrato infantil? Asociación Moxiona de Pediatría, A.C Temas de pediatría. De Mcgraw-Hill. Interamericana. 1998. Pág. 6382.
5. Citado en. Maltrato y abuso sexual infantil: problemas Clínicos, preventivos y terapéuticos. Dr. J.A Serrano Mercado {cited 2002. Agost 1 3}. Serrano . nops. ucl.ac.be
6. Artículo de revista en formato electrónico.  
Niños/bebés. Abuso sexual en niños. Por: Dr Ivan Wilson-pediatra {cited 2001 january24}; 2(2). Available from: mailto: midoctorweb yahoo.com
7. Serrano Mercado. El abuso sexual de niños. Tasa.org/spanish/
8. Gomathinayagam S. Rajes, M.B.,B.S.Sexually Abuse Children With Posttraumatic Stress Symptoms J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry, 40:9sept 2001.
9. Nadia Garnefski, M.Sc and Cols. Child Sexual Abuse and Emotional and Behavioral problems in adolescence: Gender Differences. J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry, 36:3, March 1997.
10. Stepher Ay cols. Relationship of Childhood Sexual Abuse and Eating disturbance in Children. J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry, 39:10, Oct 2000.
11. Saucedo-Garcia JM, Montoya-cabrera MA, Higuera-Romero FH y Cois. Intento de Suicidio en la Niñez y la Adolescencia: ¿Síntomas de depresión o de impulsividad agresiva? Bol Med Hosp. Infnt Mex. 1997;54:169-175.
12. González FC, Garcia G Medina-Mora Ma. Sánchez MA: Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. Salud Mental,21 (3):1-9, 1998.
13. Escobedo-Chavez E y Cols. Abuso sexual en Pediatría: Factores Epidemiológicos. Bol. Med Hosp. Infant Mex. Vol.52,N9,Sep,1995.
14. Borges G. Rosovsky H, Gómez C. Gutiérrez R: Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Salud Mental, 22(EN):145-153,1999.
15. Eva Y. Deykin, Dr.P.H., Joel J. Alper, M.D. A Pilot Study of the Effect of Exposure to Child Abuse or Neglect on Adolescents Suicidal Behavioral Am. J. Psychiatry 142:11, 1299-1303, Nov 1985.
16. González FC: Aspectos Psicosociales del Suicidio en Adolescentes Mexicanos. Salud Mental,1 5(4):128-161 ,1985.
17. Medina-Mora Ma, López E, Villatoro J. Juárez E, Carreño S, Berenzon S, Rojas E: La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultado de una encuesta en la población estudiantil Anales, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 7-14, 1994.
18. Brown Jocelyn, M.D; et al . Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. J. Am Acad Child Adolesc psychiatry, december 1999. 38 (12): 1490-1496.
19. González-Forteza C, Ramos, Lira L, Vignau Brambila LE, Ramírez Villarreal C. El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. Salud Mental, Vol. 24, No, 6, diciembre 2001.
20. Organización Mundial de la Salud Ginebra(1 993). CIEIO trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.

21. Harold 1. Kaplan, MD, Benjamin J. Sadock, MD, Jack A. Grebb, MD. Urgencias psiquiátricas, Panamericana editorial, Sinopsis de Psiquiatría: Williams & Wilkins, 7ma ed.1996, pp. 821-32.
- 22.. Erica L. Weiss, M.D y cols. Child Sexual abuse as a Risk Factor for Depression in Women: Psychosocial and neurobiological correlates. Am 1 Psychiatry 1999, 156:816-828.
23. Mondragón L y cois. La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. Salud Mentla, Vol. 24, N° 6, 4-15, diciembre 2002.