



**HOSPITAL DEL NIÑO
“DR. RODOLFO NIETO PADRÓN”
INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA, ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN
SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**MEDICO ESPECIALISTA EN
PEDIATRÍA MÉDICA**

TITULO

**FACTORES BIOPSIICOSOCIALES EN INTENTO DE
SUICIDIO EN UNA POBLACION PEDIATRICA.**

ALUMNO: DR. JAIME ARANGO AGUILAR

ASESOR:

**DR. ROBERTO MOLINA SOLÍS
PAIDOSIQUIATRA DEL HOSPITAL DEL NIÑO “RNP”**

ASESOR METODOLOGICO

**M en C. JOSE MANUEL DIAZ GOMEZ
PEDIATRA NUTRIOLOGO
PROF. INV. ASOCIADO “C” UJAT**

Villahermosa, Tabasco. Octubre de 2006



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.



**HOSPITAL DEL NIÑO
“DR. RODOLFO NIETO PADRÓN”
INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA, ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN
SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**MEDICO ESPECIALISTA EN
PEDIATRÍA MÉDICA**

TITULO

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES EN INTENTO DE
SUICIDIO EN UNA POBLACION PEDIATRICA.

ALUMNO: DR. JAIME ARANGO AGUILAR

ASESOR:

DR. ROBERTO MOLINA SOLÍS
PAIDOSIQUIATRA DEL HOSPITAL DEL NIÑO “RNP”

ASESOR METODOLOGICO

M en C. JOSE MANUEL DIAZ GOMEZ
PEDIATRA NUTRIOLOGO
PROF. INV. ASOCIADO “C” UJAT

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Dr. Jaime Arango Aguilar
FECHA: OCTUBRE DE 2006

DEDICATORIA

A Dios, por darme el regalo de la vida.

A mis padres, a mama Elsa y papa Guti, por haberme dado los cuidados, cariño y educación que me han llevado hasta donde estoy.

A mis hermanos por haber sido mis amigos y estar a mi lado en todo momento para enseñarme el valor inigualable de la familia.

A mis amigos por haberme apoyado siempre y enseñarme el valor de la amistad.

Al Hospital del Niño “Rodolfo Nieto Padrón” por ser el instrumento noble que atiende las necesidades de los niños y ser el sitio en el que nos forjamos para servir y ser mejores cada día.

A los residentes del Hospital del Niño por ser mis compañeros de lucha y día a día haber compartido nuestras experiencias y conocimientos.

A mis maestros por haber sembrado tantas semillas de bondad y conocimiento en mi ser y por dejarme el compromiso de seguir su ejemplo.

A Clara y su familia, por haber sido un apoyo constante y una familia para mí en este maravilloso estado de Tabasco.

A los niños y sus padres, por depositar su confianza en mí y haberme enseñado el arte de la medicina.

A todos muchas gracias, porque cada día me han hecho más humano y le han dado significado y sentido a mi vida.

Dr. Jaime Arango Aguilar

Médico Pediatra

INDICE

I	RESUMEN	5
II	ANTECEDENTES	6
III	MARCO TEORICO	19
IV	JUSTIFICACIÓN	47
V	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	49
VI	OBJETIVO	50
VII	METAS	50
VIII	METODOLOGÍA	51
	Tipo de estudio	
	Unidad de Observación	
	Unidad de trabajo	
	Tipo de muestra	
	Criterios de Inclusión	
	Criterios de exclusión	
	Método de recolección de datos	
	Análisis estadístico	
	Criterios y estrategias de trabajo clínico	
	Instrumento y técnicas de medición	
	Consideraciones Éticas	
IX	RESULTADOS	57
X	DISCUSIÓN	66
XI	CONCLUSIONES	76
XII	RECOMENDACIONES	78
XIII	BIBLIOGRAFÍA	80
XIV	ORGANIZACIÓN	85
XV	EXTENSIÓN	85
XVI	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	86
XVII	ANEXOS	87
XVIII	CUADROS	94

RESUMEN

TITULO: Factores Biopsicosociales en Intento de Suicidio en una Población Pediátrica

Objetivo: Describir las características sociodemográficas que integran el perfil de los pacientes de 5 a 15 años que acuden a la consulta externa de salud mental del Hospital del Niño “Rodolfo Nieto Padrón” por intento de suicidio.

Metodología: El diseño del estudio es descriptivo, retrospectivo y transversal. Se incluyeron un total de 27 pacientes de entre 5 y 15 años que acudieron a la consulta del servicio de Salud Mental del Hospital del Niño “Rodolfo Nieto Padrón” por intento de suicidio durante el año 2005. Se revisaron las historias clínicas, estudio epidemiológico, notas médicas y de trabajo social de los expedientes clínicos. La descripción de los resultados fue numérica y porcentual, además se calcularon las tasas de incidencia anual.

Resultados: El perfil de los pacientes con intento suicida corresponde al de un niño (principalmente varón) menor de 10 años ó una mujer adolescente con depresión (85.2%) y/u otra psicopatología (70%), con residencia en el municipio del centro (59%), con antecedente de problemas escolares (51.8%), y que vivan en un ambiente familiar violento (44.4%), desintegrado (40.7%) y disfuncional (81.5%), de medio socioeconómico bajo (74.1%) en el que carecen de seguridad social que brinde soporte durante una crisis. Los hombres prefieren el uso de arma blanca y ahorcamiento, en las mujeres predomina el envenenamiento y la intoxicación por medicamentos. Las mujeres son más propensas a presentar complicaciones médicas en mayor cantidad y severidad que los hombres después de un intento de suicidio.

Conclusiones: El intento de suicidio es un fenómeno poco estudiado en nuestro país y en el estado de Tabasco, desconocemos la magnitud e impacto social por la falta de un sistema de registro adecuado de los casos. La conducta suicida se debe evaluar desde un enfoque integral y multidisciplinario, es necesario sistematizar el estudio de la conducta suicida para tener estadísticas confiables. Esto permitirá diseñar estrategias preventivas adecuadas a nuestra realidad.

ANTECEDENTES

Historia del suicidio. El término suicidio fue utilizado por primera ocasión en el siglo XVIII por Desfontaine, connotando un acto que busca la muerte de uno mismo. El primer intento de suicidio del que se tiene referencia ocurrió en el año 991 a.c. En el antiguo testamento se cita el suicidio de Saúl, el primer rey de Israel. En el siglo IV a.c. Hipócrates habla del suicidio en forma de síntomas autodestructivos. Otras referencias sobre el suicidio aparecen en la historia antigua como en el caso de Alejandro Magno y Séneca, que se suicidaron envenenándose y cortándose las venas, respectivamente. En el antiguo imperio romano el suicidio era permitido y estaba considerado como un acto honroso. Al establecerse el catolicismo como la religión oficial de Roma la iglesia cristiana decretó que aquellos que cometían suicidio no podían recibir los rituales correspondientes tras la muerte. Durante la edad media esta práctica fue completamente repudiada por la iglesia y considerada un pecado, se castigaba con la confiscación de los bienes y con la humillación del cadáver del suicida. Esta visión de la iglesia católica del suicidio como un pecado fue apoyada por los teólogos de la época. En el siglo IV, San Agustín repudia la práctica del suicidio argumentando que este acto impedía el arrepentimiento y atentaba contra el quinto mandamiento –no matarás–. En el año 693 se proclamó en el Concilio de Toledo que la persona que atentara contra su vida sería excomulgada. Santo Tomás de Aquino calificó el suicidio como un pecado mortal ya que usurpaba el poder divino de decisión sobre la vida y la muerte del hombre. Durante la edad media los suicidios disminuyeron por la influencia de la iglesia católica. En Francia

e Inglaterra se consideraba al suicidio un crimen contra el estado que ameritaba venganza por parte de la sociedad contra quien cometía suicidio, las penas impuestas en tales países cesaron hasta 1961 en Inglaterra, y en Francia después de su revolución. La incidencia del suicidio tiene fluctuaciones a lo largo de la historia, a partir del siglo XIX retoma importancia como problema social, observándose un descenso de los mismos durante las guerras mundiales e incrementándose en la posguerra.¹

A través de la historia, los puntos de vista respecto al suicidio varían de una cultura respecto a otras. En las culturas azteca y maya, el suicidio era considerado una forma ritual de ofrecimiento para sus dioses. En la cultura japonesa antigua cuando un jefe era derrotado o moría, sus seguidores debían matarse para acompañar a su espíritu. Entre los nobles japoneses se practicaba el harakiri, un suicidio ritual que se realizaba en caso de derrota o desgracia y que tenía como objetivo mantener el honor de quien lo practicaba, dicha modalidad de suicidio subsiste en la actualidad. En la cultura judía era común que la mujer se suicidara después de la muerte de su marido. Podemos mencionar también el caso de la colonización en Cuba, donde se presentaron varios suicidios individuales y colectivos entre los indígenas como respuesta al régimen colonial y la explotación a la que estaban siendo sometidos. Los africanos llevados a las islas del Caribe, después de haberse fugado, se suicidaban para evitar el castigo. El interés por describir el suicidio como un fenómeno social y psicológico comienza a finales del siglo XIX. El primer estudio realizado en América sobre el suicidio data del año 1885, por el Dr. Tomás Plasencia en Cuba. En 1897 Durkheim postuló que el suicidio es un fenómeno sociológico que se da como

consecuencia de una mala adaptación e integración del individuo a la sociedad. Freud postula que es una reacción ante un objeto con cualidad ambivalente, siendo inicialmente un objeto amado que se introyecta y posteriormente al ser odiado se somete a un impulso agresivo que culmina en el suicidio. Menninger plantea que el suicidio tiene 3 elementos: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. Zilborg lo considera un método a través del cual el sujeto frustra a las fuerzas externas a él consiguiendo la inmortalidad. O'Connor considera que a través del suicidio el sujeto alcanza una sensación de omnipotencia. Gorma lo refiere como un medio para recuperar un objeto de amor ante la impotencia por la pérdida del mismo. Acerca de la investigación que se ha realizado sobre el suicidio en niños y adolescentes los estudios científicos a partir de 1950 eran escasos y se limitaban a revisiones de casos, aspectos demográficos y especulaciones sobre la dinámica del fenómeno. En 1960, en Estados Unidos de Norteamérica, se observa un incremento en el número de casos en hombres jóvenes y aparecen los primeros movimientos preventivos y los servicios de intervención en crisis. En 1980 las investigaciones en adultos jóvenes y adolescentes cobran importancia y surge interés por el estudio del fenómeno. Durante el periodo comprendido de 1980 al 2000 más de 20 000 publicaciones sobre este fenómeno se han realizado.²

Estadísticas Internacionales sobre Suicidio e Intento de Suicidio. A nivel mundial el suicidio es un acontecimiento que cobra cada vez mayor importancia por su impacto en la morbimortalidad de la población y el gasto que genera en los servicios de salud y al estado. La Organización Mundial para la Salud (OMS) estimó que a nivel mundial para el año 2,000 acontecerían

aproximadamente un millón de muertes por suicidio, y 10 a 20 veces más el número de intentos de suicidio. En la mayoría de los países el suicidio ocupa uno de los 3 primeros lugares de mortalidad observándose principalmente en el grupo etario de 15 a 34 años y en los ancianos.³

En Estados Unidos de Norteamérica se registraron en 1997 un total de 1802 suicidios en adolescentes de 5 a 19 años, el 13% de las muertes en el grupo de 15 a 24 años fue por suicidio. Se estima que estas cifras son mayores ya que muchos casos son reportados como muertes accidentales. La tasa de suicidio ha aumentado un 300% en ese país entre 1950 y 1990 para el grupo de 15 a 19 años. Se estima que se comente un suicidio por cada 50 a 100 intentos. Los hombres consuman el suicidio 6 veces más que las mujeres, aunque las mujeres lo intentan con más frecuencia. Se ha calculado que hasta el 24.1% de los adolescentes ha considerado intentar un suicidio, el 17.7% ha planeado cómo hacerlo, y el 8.7% ha intentado el suicidio. Los adolescentes norteamericanos utilizan las armas de fuego en más del 67% de los suicidios, siendo más frecuente su uso en hombres. El 90% de los intentos realizados con arma de fuego son letales. La ingestión de medicamentos es el método más utilizado por los adolescentes para intentar suicidarse. Entre los adolescentes es muy común la imitación del suicidio, los reportajes emitidos en los medios de comunicación sobre suicidios pueden desencadenar suicidios en grupos de adolescentes una a 2 semanas después de su difusión.⁴

Suicidio e intento de suicidio son 2 importantes problemas de salud pública en Latinoamérica. Los intentos de suicidio en adolescentes son comunes en Cuba, donde los intentos de suicidio predominan en los adolescentes de 17 a 19

años, más del 50% lo intentan por ingestión de psicofármacos, el 66.2% ha tenido intentos de suicidio previos; predominan como principales causas de la conducta suicida la desintegración y disfunción familiar, bajo nivel socioeconómico, maltrato físico y alcoholismo en los padres.⁵

En Uruguay, en 1998 el suicidios constituyó el 1.6% de la mortalidad general y el 18% de las muertes violentas, colocándose por arriba de las muertes por accidente de tránsito, detectándose más de 38 casos en adolescentes de menos de 20 años. En este país se realizó un estudio con autopsias psicológicas en adolescentes, predominó el suicidio en los hombres, en pacientes de alrededor de los 17 años con psicopatología subyacente no diagnosticado o no tratada, principalmente depresión; casi la mitad habían avisado explícitamente del intento, la tercera parte tenía antecedentes de intento de suicidio. La intoxicación fue un método exclusivamente utilizado por mujeres, los hombres usaron en primer lugar las armas de fuego y en segundo lugar el ahorcamiento.⁶

Métodos de suicidio. Las preferencias de método varían de acuerdo al sexo; en hombres prevalecen los métodos violentos o duros como el uso de armas de fuego y el ahorcamiento; las mujeres utilizan con mayor frecuencia métodos suaves como el envenenamiento o la intoxicación con fármacos.

En Estados Unidos de Norteamérica el CDC (Center for Disease Control) publicó en 2004 un reporte sobre la evolución de los métodos suicidas entre personas de 10 a 19 años de los años 1991 a 2001.⁷ Para 2001 el uso de arma de fuego era el método más utilizado (49%), en segundo lugar sofocación (38%) y en tercero envenenamiento (7%). La tasa de suicidios en dicho grupo disminuyó de 6.2 a 4.6:100 000, observándose una disminución en el número de suicidios

por arma de fuego acompañado de un aumento en las muertes por ahorcamiento, manteniendo para 2001 una relación de 1:1.8 respectivamente. Los cambios en la conducta suicida están ligados a factores tales como la disponibilidad del método, su efectividad y su aceptación dentro del grupo que lo practica. En el grupo de diez a catorce años se encuentra un descenso en el uso de armas de fuego y simultáneamente un aumento en el número de ahorcamientos en el periodo analizado lo cual refleja la aceptación del método en este grupo etario, además muestra que el uso de programas preventivos enfocados a disminuir la disponibilidad de armas ha tenido un impacto reduciendo el número total de suicidios, sin embargo continúan siendo la causa número uno de suicidio. Mientras persista la causa de fondo únicamente se conseguirá desplazar la preferencia de método hacia otros con mayor disponibilidad y aceptación.

La situación actual de los adolescentes en México. En la actualidad el 21.3% de la población mexicana corresponde a adolescentes (20.7 millones de adolescentes de entre 10 y 19 años). El 57% viven en zonas urbanas. Entre el 35 y el 40% viven en hogares de extrema pobreza, 26.6% han abandonado el hogar paterno, 1.5% de los adolescentes de 15 a 19 años son jefes de familia. El 63.9% viven en hogares nucleares, el 33.2% en hogares extenso. Solo el 1.1% viven solos, siendo 4 veces más frecuente en las zonas urbanas. En cuanto a la escolaridad, el 11.6% de los adolescentes de entre 12 y 14 años no acuden a la escuela, aumenta este porcentaje a 41.3% entre los 15 y 19 años, y después de los 19 años el 75% ha abandonado la escuela por motivos económicos o falta de acceso al sistema educativo, el 97% de los adolescentes saben leer y escribir. En cambio el 95% de los menores de 10 años asisten a la escuela. Los participan en

el mercado laboral, en total el 44% de los hombres y 24% de las mujeres adolescentes, y el 8% de los adolescentes de 12 a 14 años. En cuanto a la cobertura de servicios de salud, el 37.3% de los menores de 10 años y el 35.6% de los adolescentes de 10 a 19 años son derechohabientes de los sistemas de seguridad social del país. El 7% de la consulta externa de primer nivel a nivel nacional es otorgada a adolescentes de 10 a 19 años. Las conductas de riesgo que con más frecuencia practican los adolescentes son adicciones (tabaco, alcohol y drogadicción), exposición a ambientes peligrosos o violentos, relaciones sexuales sin protección favoreciendo embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, también mala alimentación la cual desemboca en desnutrición u obesidad. En cuanto a la salud mental son muy frecuentes en la población de adolescentes la conducta suicida, depresión y ansiedad. Se estima que por cada suicidio detectado hay 50 intentos no identificados. Según la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 el 10% de los adolescentes fuman, el 75% de los estudiantes empezaron a fumar antes de los 15 años, el 9% de los hombres y el 4% de las mujeres iniciaron a fumar antes de los 11 años. El 4% de los adolescentes hombres de entre 12 y 17 años han probado algún tipo de droga, las que se consumen con más frecuencia son los inhalables y la marihuana, se estima en estudiantes de nivel medio y medio superior un consumo de cocaína en el 2.7% y de marihuana en el 3.2%. El grupo de 5 a 11 años presenta alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, principalmente en las zonas urbanas. En cuanto a daños la salud las principales causas de mortalidad en el grupo de 10 a 19 años son violentas, representadas principalmente por los accidentes de tránsito y los suicidios, ambos constituyen más del 80% de los casos de muertes

prevenibles. Las causas de mortalidad en el grupo de 10 a 19 años son prevenibles en casi el 45% de los casos. En el grupo de 10 a 14 años los accidentes de tránsito ocupan el primer lugar en la mortalidad de este grupo con una tasa por 100 000 habitantes de 17.1 y en segundo lugar las agresiones y suicidios con una tasa de 15.2; en el grupo de 15 a 19 años dicha tasa es de 45 por 100 000 habitantes.⁸

Evolución del Suicidio e Intento de suicidio en México. En nuestro país no disponemos de información estadística tan precisa y detallada sobre este fenómeno. Sin embargo el suicidio en México tiene un comportamiento tendiente a incrementar su incidencia. En el periodo de 1970 a 1994 ha transitado por varias fases, incrementándose de 554 a 2603 suicidios consumados, un incremento total del 156%. Durante la primera fase (1960 a 1969) los intentos de suicidio tuvieron un incremento anual del 3%. Entre 1971 a 1980 la incidencia de suicidio e intento de suicidio se mantuvo constante. Posteriormente se presenta un incremento del 222.05% en la mortalidad para suicidio en ambos sexos de 1973 a 1974, a partir de ese año se mantiene constante la incidencia. Entre los años 1984 a 1985 se observa un nuevo incremento del 64.56% a partir del cual se ha mantenido en aumento constante hasta la actualidad. Para 1994 los estados de Tabasco y Campeche reportaron las tasas de suicidio más altas, siendo la zona del sureste la que agrupaba el mayor número de suicidios. Para el año 2003 se reportaron a nivel nacional un total de 4089 suicidios representando el 0.87% de la mortalidad general y siendo la causa número de 20 de mortalidad general.⁹

Uno de los estudios más recientes analizó las diferencias más significativas de la mortalidad por suicidios en México entre los años 1990 y 2001. La tasa de

mortalidad por 100 000 habitantes por suicidios a nivel nacional aumentó en este periodo de 10 años de 3.9 a 6.14 en hombres, en las mujeres se duplicó dicha tasa. El grupo con el mayor aumento corresponde al de adolescentes de 11 a 19 años, en este grupo la tasa aumento de 0.8 a 2.27, mientras que en los hombres el aumento fue de 2.6 a 4.5. La tasa de suicidios en Tabasco disminuyó en 1.44 unidades, sin embargo, para el año 2001 la tasa de mortalidad general por suicidio en Tabasco era de 9.68, la más alta del país, superando la tasa nacional de 3.72. A nivel nacional la mayor parte de los suicidios se cometieron en los meses de abril y mayo, aunque durante diciembre aumentan los suicidios entre mujeres. Hubo una variación estadísticamente significativa a nivel nacional en el tipo de métodos utilizados, aumentaron los suicidios por ahorcamiento, la tasa para hombres pasó de 51.9 a 70.2 y para mujeres de 34.2 a 51.3; el resto de los métodos disminuyeron, el uso de armas de fuego disminuyó significativamente entre los hombres, entre mujeres se observó un descenso de intoxicaciones y envenenamientos. Los suicidios fueron 4.6 veces más frecuentes en hombres que en mujeres, pero en el estado de Tabasco esta relación aumenta a 7.3:1. Uno de los factores que condiciona esta diferencia es el uso con mayor frecuencia de métodos de baja letalidad entre mujeres, además las mujeres recibieron atención médica en el 30% de los casos en comparación con los hombres en quienes fue de 14%. El 63% de los suicidios son cometidos en el grupo de menores de 29 años. Cabe destacar que en año 2001 se reportaron 9 suicidios en menores de 11 años, 7 de los cuales eran hombres.¹⁰

De acuerdo al INEGI, a nivel nacional durante el año 2003, el suicidio fue reportado como la vigésima causa de mortalidad general con un total de 4089

casos, representando el 0.87% del total de las defunciones, 3390 defunciones se registraron en hombres ocupando el décimo octavo lugar entre las causas de mortalidad general masculina. Los suicidios representaron el 2.06% de la mortalidad general para el grupo 5 a 14 años con un total de 143 casos. Para ese mismo año acontecieron en el estado de Tabasco un total de 172 casos (el 4.2% del total nacional) con una relación hombre mujer de 5.88:1, mayor a la relación nacional de 4.85:1. Dentro de la mortalidad general por lesiones el suicidio representa el 7.9%, mientras en el estado de Tabasco este porcentaje asciende a 14.78%, dato que refleja una incidencia proporcional de casi el doble respecto a la nacional.¹¹

Los datos comparativos de los años 2002 y 2003 muestran en el grupo de adolescentes una alta incidencia de suicidios. Durante estos 2 años las mujeres de entre 15 y 19 años ocuparon el primer lugar en suicidios respecto a los demás grupos etarios representando el 23.5% y 23.9% de las defunciones totales por suicidio en mujeres, las menores de 15 años representaron solo el 9.7 y 8.1% ocupando el cuarto lugar. En los hombres el grupo con mayor incidencia es el de 20 a 24 años, los hombres de 15 a 19 años representaron en 2002 y 2003 el 10.8% y 10.5% del total de los casos en hombres respectivamente, mientras que los menores de 15 años acumularon solo el 2.5 y 2.8% respectivamente, ambos grupos ocupan el quinto y el décimo segundo lugar dentro de la mortalidad por suicidio en hombres. Las causas que motivaron el suicidio en orden descendente fueron: disgusto familiar, causa amorosa, enfermedad grave, enfermedad mental y otras causas; en más de la mitad de los casos se desconoció la causa que desencadenó el acto suicida.¹²

Durante el año 2004 se reportaron un total de 3324 suicidios, 2753 en hombres y 671 en mujeres, y tan solo 193 intentos de suicidio de los cuales 91 fueron en hombres y 102 en mujeres. Se observó que durante los meses de octubre a enero la tasa de intentos de suicidio se redujo casi a la mitad, la cantidad de suicidios por mes tuvo poca variabilidad. A nivel nacional los métodos más utilizados en suicidios consumados fueron: estrangulamiento (2291 casos), armas de fuego (537), envenenamiento (200), intoxicaciones (98), arma blanca (57), el resto con otros métodos. Los métodos más frecuentes en orden decreciente para intentos de suicidio fueron: Intoxicación (84 casos), arma blanca (38), arma de fuego (20), estrangulamiento (19) y envenenamiento (15), el resto usó otros métodos. El lugar en el que se cometen ambos con mayor frecuencia es el hogar.¹³

Suicidio e intento de suicidio son acontecimientos subregistrados. En la actualidad las estadísticas oficiales no reflejan la magnitud real de este problema.

Suicidio e Intento de Suicidio en el Estado de Tabasco. En 2001 se realizó un análisis comparativo de las causas de defunción entre diferentes estados de la república mexicana encontrándose que los estados del sureste, Campeche, Quintana Roo y Tabasco, tenían las tasas de suicidio más altas a nivel nacional. Se atribuyó tal diferencia a las condiciones de vida, que son mejores en los estados del centro y del norte, donde las tasas de suicidio son mucho menores. Desde el periodo 1995-2002 la tasa de defunciones en Tabasco ha ido aumentando, teniendo un ligero descenso en 1997 y 1998 y aumentando posteriormente año con año. La tasa ha variado de 9.07 casos por 100 000 habitantes en 1995 a 8.7 casos por 100 000 habitantes en 2002 lo cual representa un total de 175 muertes durante dicho año. Para 2002 la relación hombre-mujer

de suicidios consumados era de 5:1, siendo el método más utilizado el ahorcamiento, prevaleciendo en los meses de enero, junio y diciembre en personas casadas de 20 a 24 años.¹⁴

En 2002 el suicidio en Tabasco pasó de la décimo segunda a la novena posición en la tabla de mortalidad general, considerándose a los municipios de Tacotalpa, Emiliano Zapata, Balancán, Jonuta, Centla y Cárdenas las zonas de mayor riesgo para suicidios consumados por tener las tasas más altas de la entidad.¹⁵

Durante 2004 se registraron en Tabasco un total 147 suicidios, 131 en hombres y 16 en mujeres, durante ese año no se reportaron intentos de suicidio. Más del 80% de los casos se realizaron en el domicilio, los métodos más utilizados fueron estrangulamiento (133), envenenamiento (6), arma de fuego (5) y arma blanca (2). En el área urbana se cometieron 64 suicidios y en la rural 82. En los datos publicados por el INEGI no aparece reportado un solo caso de intento de suicidio, además de esto, las estadísticas oficiales para el estado de Tabasco no muestran la magnitud de este problema en el grupo de menores de 15 años.¹³

A raíz del impacto del suicidio en Tabasco la Secretaría de Salud del estado creó el programa de “Prevención del Suicidio en Tabasco”, quedando a cargo de la Dirección de Salud Psicosocial, con el fin de disminuir el número de muertes a través de acciones de prevención, detección oportuna, atención especializada y vigilancia epidemiológica. La atención para pacientes del grupo etario de 5 a 14 años se concentra en el servicio de Salud Mental del Hospital del Niño “Rodolfo Nieto Padrón”, donde son referidos la mayoría de los pacientes para su valoración

y tratamiento procedentes de diversos centros de atención primaria del sector salud y otras dependencias.¹⁶

A pesar de la importancia de este fenómeno en el estado de Tabasco se ha realizado poca investigación en adultos, escasa en adolescentes y es prácticamente inexistente en la población infantil. Uno de los estudios más recientes y relevantes sobre el intento de suicidio en Tabasco fue realizado en el Hospital Psiquiátrico “Villahermosa” durante el periodo de 1996 a 1999, incluyó a un total de 126 pacientes, el 50.6% tenían entre 14 a 25 años y el 38.8% 26 a 40 años. El 90.4% requirió manejo intrahospitalario, las mujeres representaron el 65.8% de los casos, el 44.4% de los casos provenían del municipio del centro, el 40.4% tenía escolaridad secundaria, los problemas familiares fueron el factor desencadenante en el 57.9% de los casos, el método más utilizado fue el envenenamiento en el 55.5% de los casos, la principales comorbilidades observadas fueron depresión mayor y depresión psicótica.¹⁷

Debe destacarse que la mayor investigación sobre el tema se ha realizado a manera de trabajos de tesis en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, abarcando aspectos jurídicos, psicológicos, sociales y epidemiológicos sobre el suicidio, sumando un total de 16 tesis de 1992 a la fecha (en promedio poco más de una tesis por año). El resto de estudios se limitan a la información epidemiológica del estado la cual es escasa.

MARCO TEÓRICO

Concepto de suicidio. La palabra suicidio procede del latín *sui* (sí mismo) y *cidium* (matar), es decir, matarse a sí mismo. Se define como un acto voluntario y conciente por medio del cual, a través de una acción u omisión, de manera mediata o inmediata, el sujeto alcanza, como fin en sí mismo, la muerte. Edwin Schneidman lo define como “un acto conciente de autoaniquilación que se produce por un malestar pluridimensional en el individuo el cual percibe este acto como la mejor solución”.

1. Etiología de la conducta suicida

Enfoque neurobiológico. Diversos estudios han encontrado una asociación entre la conducta suicida con algunos aspectos neurobiológicos y la herencia. Estudios realizados en series de gemelos encontraron concordancia de muerte por suicidio para el 0.7% de gemelos dicigóticos contra un 13.2% a 18.5% en gemelos monocigóticos de ambos sexos. Otro estudio, con una serie de 3401 mujeres, encontró una concordancia para intentos de suicidio del 25% en gemelas monocigóticas contra un 12.8% en gemelas dicigóticas. En Australia se realizó un estudio con una serie de 5995 pacientes que emitió resultados similares, en este la concordancia para intentos de suicidio serios fue del 23.1% para gemelos monocigóticos y del 0% para dicigóticos. En los grupos con intentos de suicidio serios se observó con mayor frecuencia depresión mayor, trastornos de ansiedad, personalidad antisocial, trastornos de pánico, antecedentes de abuso sexual y dependencia al alcohol o drogas como predictores de ideación e intento de suicidio. Se estima que la herencia contribuye en la conducta suicida en un 30 a

50%. También se han realizado estudios familiares que sugieren la presencia de una carga genética para trastornos afectivos en algunos grupo familiares con historial de suicidios. La historia familiar de suicidios duplica el riesgo de suicidio y se ha planteado que hay un componente heredable que incrementa el riesgo de suicidio independientemente de la carga genética para trastornos afectivos. Se observó en un estudio que los niños, hijos de padres con intento de suicidio, tienen un riesgo 6 veces mayor de cometer intento suicida comparados contra los hijos de padres sin este antecedente. Los antecedentes de agresividad, impulsividad y abuso sexual en los padres incrementan el riesgo de conducta suicida en los hijos. Recientemente se han realizado estudios para encontrar al gen o conjunto de genes que influyen de manera decisiva en la conducta suicida. Uno de los genes más estudiados es el SLC6A4, localizado en el cromosoma 17q12, codifica el transportador de serotonina (5-HTT), el cual controla la disponibilidad de serotonina en la unión sináptica. Sus alelos, denominados corto (s) y largo (l) producen 3 genotipos, s/s, s/l y l/l; un estudio reciente asocia la los intentos suicidas al alelo s; los pacientes con el genotipo s/s denotan mayor impulsividad y un historial familiar de suicidios en comparación con los otros 2 genotipos, aunque estos hallazgos no son consistentes en otros estudios. Varios estudios sugieren que los bajos niveles de actividad serotoninérgica en los núcleos de la corteza prefrontal están asociados a impulsividad, mayor planeación para el acto suicida y altos niveles de letalidad en los intentos.¹⁸ El gen más estudiado es el que codifica la triptófano hidroxilasa (TPH) en el cromosoma 11q7, esta es la enzima que regula la producción de serotonina, los dos polimorfismos principales son el 218A que está relacionado con un incremento en el riesgo de suicidio y el A779C que

está relacionado a conducta suicida impulsiva, aunque los resultados para este último no son muy consistentes. Otros genes que se han relacionado a la conducta suicida son el T102C que codifica el receptor para 5-HT_{2A}, y el que codifica la catecol-O-metiltransferasa (COMT), enzima responsable de la degradación de catecolaminas, las investigaciones sobre estos 2 no han aportado todavía resultados consistentes, aunque se vincula al COMT con los suicidios violentos. Se ha observado que los niveles de metabolitos de la serotonina en LCR son bajos en pacientes con suicidio consumado, y se relacionan con mayores índices de agresión, impulsividad e intentos de suicidio de mayor letalidad. Además se ha observado en víctimas de suicidio que la capacidad de unión en los receptores de serotonina está disminuida. Otros estudios sugieren que la hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales puede ser predictor de muerte tardía por suicidio.¹⁹

Enfoque psicológico. A pesar de la presencia de motivos que hagan considerar la posibilidad del suicidio se requiere de un factor activador que desencadene la conducta suicida. La teoría de los Modos de Aaron Beck's (definiendo modo como un conjunto de redes cognitivas, afectivas, motivacionales, psicológicas y esquemas de conducta interconectados, que se activan simultáneamente por un evento relevante ocurrido en el medio y que resulta en un conducta dirigida a la consecución de una meta específica) ha sido utilizada por algunos autores para explicar la conducta suicida, cada vez que el "modo suicida" se activa se facilita su acceso en la memoria requiriendo menores estímulos para una nueva activación; esto explica por qué los intentos de suicidio repetidos son un factor predictor de suicidio consumado. Algunos estudios han dado origen a

nuevos modelos para comprender la conducta suicida. Verona et al. Realizaron un análisis de factores de riesgo definiendo 2 grandes dimensiones de la psicopatología, la internalización y la externalización, los factores o síntomas internalizantes estaban relacionados con los trastornos del ánimo y ansiedad, mientras que los factores externalizantes con trastornos de la conducta o la personalidad y trastorno de personalidad antisocial; encontraron que los factores internalizantes estaban fuertemente asociados al intento de suicidio. Otro planteamiento se basa en el modelo Estrés-Diátesis, en el que los estresores son factores como eventos de la vida y psicopatologías agudas, y el componente de diátesis está constituido por elementos como agresividad, impulsividad y pesimismo; es útil en la predicción de intentos suicidas posteriores.²⁰

En los pacientes con conducta suicida se observan de manera constante distorsiones cognitivas como: inferencia arbitraria (realiza conclusiones determinadas sin tener pruebas determinantes), abstracción selectiva (las conclusiones solo toman un aspecto de la realidad), sobregeneralización (a partir de un dato se llega a conclusiones generales), magnificación (se incrementan los efectos y consecuencias de un suceso), minimización (el adolescente infravalora sus méritos y cualidades positivas), pensamiento polarizado (los sucesos solo se pueden apreciar de manera determinante, “todo o nada”), personalización (cualquier hecho es referido a sí mismo con atribuciones negativas), todas estas distorsiones cognitivas generan en el adolescente una percepción negativa y devaluada de sí mismo, disminuyendo la autoestima y reforzando la ideación suicida como alternativa de solución a su sufrimiento.

Entre otros factores psicológicos que promueven la conducta suicida están: la desesperanza, definida como un sistema de esquemas cognitivos que tienen como común denominador expectativas negativas sobre el futuro, tiene un papel significativo en la etiología y mantenimiento de la depresión, es uno de los mejores predictores de la consumación del suicidio. El aislamiento social, estado en el que las relaciones interpersonales están interrumpidas o inexistentes, está fuertemente relacionado a la conducta suicida, quienes los experimentan optan por no buscar ayuda, por otro lado la pertenencia a un grupo o red de apoyo social y la paternidad son factores protectores contra el suicidio. La impulsividad y la agresividad son factores de riesgo para cometer un suicidio. La ineffectividad para resolver las circunstancias de la vida promueve la vergüenza y la culpa incrementando el riesgo de suicidio, se agrava ante circunstancias como el desempleo, bajo nivel educativo, enfermedad física y bajos recursos económicos con la consecuencia carencia en la obtención de satisfactores y pobre cobertura de necesidades.

Debe destacarse la importancia de los mecanismos de defensa del Ego. Un estudio mostró que los pacientes con intento suicida hacen mayor uso de la introyección y la regresión como mecanismos de defensa, la asociación entre conducta violenta y conducta suicida se correlacionó con mayor frecuencia con el uso de negación y regresión; los autores concluyen que el abuso del desplazamiento está conectado con un incremento en el riesgo de conducta suicida y conductas agresivas y que la sublimación es posiblemente un factor protector. Los mecanismos de defensa inmaduros del Ego amplifican la conducta

agresiva hacia el yo por el uso inadecuado de la introyección, desplazamiento y represión.²¹

Terapeutas y familiares interpretan con mucha frecuencia al intento de suicidio como una llamada de auxilio, un estudio sobre las construcciones cognitivas de los motivos por los cuales se intentó el suicidio mostró que los adolescentes que tenían como objetivo real morir presentaban mayores índices de desesperanza, perfeccionismo social, depresión y expresión de ira. Otros motivos para intentar el suicidio citados por los adolescentes son escapar y sentirse liberados. El uso del intento de suicidio como un medio de manipulación es una de las motivaciones menos frecuentes entre los adolescentes.²²

El principal factor asociado a la conducta suicida es la presencia de un trastorno psiquiátrico subyacente. El diagnóstico encontrado con mayor frecuencia es la depresión, en diversas series se encuentra entre el 29% al 88% de los casos de suicidio consumado, se estima que los trastornos depresivos se asocian a un riesgo del 60% al 70% de suicidio si se compara con la población general. Los trastornos de la personalidad se observan en el 9% al 28% de los suicidios consumados. Los antecedentes de delincuencia juvenil y crímenes violentos se asocian a suicidios e intentos de suicidio en la vida adulta. El riesgo relativo de suicidio para pacientes con dependencia al alcohol es 7 veces mayor que el de la población general, también se asocia el alcoholismo con mayor agresividad e impulsividad. El uso de drogas aumenta el riesgo relativo para la conducta suicida, Dark y Ross describieron el perfil social de los consumidores de heroína y otras drogas encontrando como factores asociados desempleo, bajo nivel educativo, aislamiento social, encarcelamiento repetido, psicopatologías,

divorcio y altos índices de alcoholismo en los padres de estos. Se ha observado también relación entre los trastornos de ansiedad y la conducta suicida. Los pacientes con esquizofrenia tienen un riesgo 20 veces mayor de conducta suicida, 40% comenten por lo menos un intento y el 13% muere a consecuencia del suicidio. La anorexia nervosa se ha asociado fuertemente a la conducta suicida.

Un metanálisis realizado en la universidad de Glasgow con el fin de comparar la relación del suicidio con diversos factores utilizó series de casos y controles (casi la mitad en adolescentes), a los cuales se les aplicó una autopsia psicológica, los resultados sugieren que los desórdenes mentales, principalmente los trastornos depresivos están fuertemente asociados a la conducta suicida, por lo que la manera más factible para evitar de 2 a 3 cuartas partes de los suicidios sería implementando medidas preventivas y mejorando la terapia psicológica y farmacológica de la población con desórdenes mentales; el estudio sugiere que el abordaje y detección de los pacientes de alto riesgo podría ser realizado por los médicos de primer contacto para tener un impacto directo sobre este fenómeno.²³

Enfoque social. En 1897 Emile Durkheim, filósofo y sociólogo francés, publicó un libro titulada “El suicidio”, en esta vasta obra realiza el análisis más profundo de su época sobre este problema. Plantea que el suicidio es el producto de la interacción entre la sociedad y el individuo, de acuerdo a este postulado plantea 3 clases de suicidio:

1. **Suicidio altruista.** Es solicitado directamente por la sociedad al individuo como respuesta a una necesidad social, ejemplos de ellos son: el Hara kiri en Japón, la inmolación de las viudas hindúes en la tumba de su esposo, los suicidios colectivos como muestra de lealtad a un emperador; en este contexto el suicidio

es visto como un acto honorable y que denota lealtad a los principios sociales propios de cada cultura.

2. **Suicidio egoísta.** Cuando los lazos entre un individuo y su comunidad son débiles o inexistentes y la existencia se torna solitaria las exigencias sociales pueden ser percibidas como una carga, si la respuesta adaptativa del sujeto es superada por las situaciones que vive puede optar por suicidarse sin importar las repercusiones sociales, anulando el beneficio potencial que dicho individuo puede aportar a la sociedad.

3. **Suicidio anómico.** La anomia es un estado de desorganización personal y social ante las normas, el sujeto pierde el punto de referencia que lo ubica con un rol social y le da identidad con la sociedad, pierde la dimensión de su valor como miembro de una sociedad. De manera brusca se rompe el vínculo con la sociedad y puede sobrevenir como consecuencia la conducta suicida. Aparece como respuesta a eventos estresantes tales como la pérdida del trabajo, rupturas amorosas, fracasos económicos, etc.²⁴

La interacción del ambiente familiar, social y escolar son determinantes en el desarrollo de los niños y adolescentes. Se sabe que en las familias con uno o ambos padres que padecen depresión u otra psicopatología los hijos son más propensos a trastornos psiquiátricos, el riesgo de psicopatología aumenta de manera proporcional con la cronicidad de la enfermedad en los padres. Sin embargo se ha observado dentro de algunas de estas familias individuos que logran respuestas adaptativas que les permiten un crecimiento adecuado a pesar de la adversidad, esta facultad se ha denominado resiliencia; estos hijos tienen la característica de ser activistas, están involucrados en actividades escolares

extracurriculares, tienen relaciones interpersonales profundas, además tienen mayor conciencia de las limitaciones de los recursos familiares y su disposición.²⁵

Un estudio realizado en Nueva Zelanda estudió a 954 niños desde el nacimiento hasta los 16 años, encontrando que a los 16 años el 3% (4.2% de las mujeres y 1.9% de los hombres) habían cometido un intento de suicidio. Aquellos con trastornos de la conducta o psicopatología presentaron un riesgo 22 veces mayor de cometer un intento suicida. Se relacionó a los antecedentes de circunstancias adversas y disfunción familiar durante la infancia con mayores índices de psicopatología y dificultad para la adaptación social, mismos que se asociaron a un mayor índice de intentos de suicidio.²⁶

En la actualidad se reconoce la importancia de los medios de comunicación en la génesis de conductas antisociales y psicopatologías. Los medios de comunicación moldean los valores de los adolescentes y transmiten el aprendizaje de nuevas conductas. Una revisión publicada en 2001 sobre la influencia de los medios de comunicación en los adolescentes en un periodo de 10 años llevó a la conclusión de que el contenido de violencia en los medios ha aumentado a más del doble en la mayoría de ellos, diversos estudios muestran que el mayor tiempo de exposición de los adolescentes a los medios de comunicación incrementan de manera significativa las conductas violentas y agresivas, así como diversas clases de conductas riesgosas, el consumo de alcohol y tabaco y favorecen un desarrollo acelerado de la sexualidad.²⁷

2. Evaluación del paciente con intento suicida

El proceso de evaluación de la conducta suicida debe ser integral. Existen diversos enfoques para abordar al paciente con intento de suicidio, el más utilizado en la actualidad se basa en el análisis de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida para predecir la probabilidad de cometer un intento, repetirlo o consumarlo, las probabilidades aumentan en función de la cantidad y tipo de factores presentes. Los factores de riesgo influyen cualitativamente de manera distinta en la conducta suicida, pueden predisponerla (factores genéticos, biológicos, etc.), facilitarla o precipitarla (factores sociales, familiares, eventos adversos, etc). El enfoque por factores de riesgo permite el diseño de escalas, cuestionarios, encuestas y otros instrumentos para medir el riesgo suicida en una población específica. Otro enfoque, el análisis del síndrome presuicidal, tiene una aplicabilidad más bien encaminada al abordaje individual de cada paciente.

Enfoque por factores de riesgo. Los siguientes factores descritos en la literatura se han asociado a la conducta suicida, los estudios han sido realizados en población de Estados Unidos de Norteamérica y países de la comunidad europea:

1. **Sexo.** El sexo femenino se asocia con mayor frecuencia a intentos de suicidio, depresión mayor y conductas automutilantes. El sexo masculino está principalmente vinculado con los suicidios consumados, abuso de alcohol y sustancias y distimia.²⁸ Algunos estudios sugieren que los intentos de suicidio están influidos por el ciclo menstrual, se calcula que las mujeres tienen un riesgo proporcional de 1.68 de cometer el intento durante la menstruación.³⁰

2. **Edad.** El riesgo de conducta suicida, suicidio consumado, abuso de alcohol y sustancias y el desarrollo de psicopatologías aumenta de forma proporcional con la edad, es progresivamente mayor por grupos quinquenales alcanzando su pico en el grupo de 20 a 24 años. Además en adolescentes jóvenes predominan los conflictos familiares como factor desencadenante, mientras que en la adolescencia tardía y adultos jóvenes se observan más casos desencadenados por ruptura de una relación amorosa. Los problemas disciplinarios y legales tienen una incidencia similar en ambos grupos de adolescentes.²⁹

3. **Raza.** En Estados Unidos de América se ha observado que el intento de suicidio es más común en adolescentes hispanicos que en los de raza blanca, y mayor en estos últimos que en los de raza negra.

4. **Ideación suicida.** En Estados Unidos de América se ha observado en estudiantes de bachillerato que 1 de cada 4 mujeres y uno de cada 6 hombres a presentado ideación suicida, esto es más común en los hispanicos. Un estudio realizado en mujeres adolescentes en el distrito federal muestra que aunque la presencia y persistencia de ideas suicidas es más alta en mujeres con intento suicida, el 11.8% de la población escolar femenina de 15 a 19 años presentó en algún momento síntomas de ideación suicida con duración de 1 a 7 días, los factores sociodemográficos mayormente asociados fueron: cursar secundaria, rendimiento escolar bajo, interrupción de los estudios y percepción negativa de su desempeño escolar.³¹

5. **Psicopatología.** Tienen un impacto similar en ambos sexos. Se calcula que el 78.3% de los pacientes con intento de suicidio grave presentan una psicopatología que ha requerido manejo en los servicios de salud, hasta el 21.7% han requerido

hospitalización psiquiátrica y el 67.4% han requerido manejo en servicios de consulta externa psiquiátrica.³² Algunas series publicadas en 2003 calculan la prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos en adolescentes: trastornos de la conducta (4-6%), ansiedad (4-6%), depresión (3-5%), trastorno de déficit de atención e hiperactividad (2-4%), abuso de sustancias (2-3%), trastornos de la alimentación (1-3%), trastorno de personalidad limítrofe (1-3%), trastorno de estrés postraumático (1-3) y esquizofrenia (0.5%) (Costello et al, 2003; Ford et al, 2003; Fombonne et al, 2003). En las últimas 3 décadas se ha observado un incremento en las psicopatologías en adolescentes, favorecido esto por los cambios sociales, mayores índices de desintegración familiar, aumento de la tasa de desempleo para la población joven y el aumento de las presiones en las áreas educacional y vocacional. Durante la adolescencia se observan cambios en el estado de ánimo y la conducta, algunos hasta pueden experimentar transitoriamente con drogas o conductas delictivas, dichas situaciones son manifestaciones de los procesos adaptativos propios de esta etapa vital y reflejan la búsqueda de identidad del adolescente; la duración –mayor a unas cuantas semanas–, persistencia e impacto de estos síntomas en la vida cotidiana indican cuándo se ha desviado la conducta hacia un proceso patológico.³³

6. Consumo de alcohol y sustancias. Interfiere con un sano desarrollo cognitivo, emocional y social, frecuentemente se asocia su uso a psicopatologías y a un ambiente familiar disfuncional. Además producen desinhibición alteraciones agudas de la cognición y la percepción facilitando la toma de conductas riesgosas. El uso de alcohol y sustancias se asocia a otras comorbilidades que pueden fungir como factores de riesgo.³⁴

7. **Disfunción familiar.** Es una condición que promueve la coexistencia de factores de riesgo para el suicidio además de ser un factor desencadenante de los intentos de suicidio.²⁶

8. **Historia familiar de suicidios y psicopatología.** Los pacientes con el antecedente de suicidios o enfermedades psiquiátricas en familiares de primer grado tienen un incremento en el riesgo de intento suicidio y suicidio consumado como lo muestran varias investigaciones realizadas en grupos familiares y en hermanos, sugiriendo la presencia de un componente genético que facilita la conducta suicida.³⁵

9. **Abuso físico.** Los pacientes que sufren de abuso físico se encuentran expuestos de manera concomitante a otros factores de riesgo en comparación con los adolescentes que no sufren abuso, el abuso está asociado con gran frecuencia a la desintegración familiar, depresión, trastornos de conducta y desórdenes disruptivos, abuso y dependencia de sustancias, además, estos adolescentes perciben poca cohesión familiar y una deficiencia en el apoyo de la madre, presentan mayor hostilidad y han sido expuestos a un intento de suicidio por parte de un familiar o amigo.³⁶

10. **Abuso sexual.** Los pacientes que sufrieron abuso durante la infancia tienen un riesgo para intento de suicidio mayor al de la población general, el riesgo es 2 a 4 veces mayor en las mujeres y 4 a 11 veces mayor en hombres. El 12% de los intentos de suicidio serios en mujeres pueden ser secundarios a violación.³⁷

11. **Preferencia sexual.** Los adolescentes homosexuales, lesbianas y bisexuales de ambos sexos tienen un riesgo 2 a 7 veces mayor que la población general para tener ideación e intentos suicidas. Los intentos que comenten tienen menor

susceptibilidad de requerir atención médica.³⁸ Los hombres homosexuales tienen mayor riesgo de conducta suicida que las lesbianas. El consumo de alcohol y los sentimientos de desesperanza incrementan el riesgo en este grupo.³⁹

12. Métodos de suicidio utilizados previamente. Es bien sabido que los adolescentes que utilizan métodos de baja letalidad, como ingerir pastillas o cortarse la piel (siempre que no impliquen lesiones graves), tienen menor probabilidad de consumar el suicidio que los que han utilizado otros métodos (armas de fuego, precipitación, etc).

13. Soledad. Los pacientes que viven solos, aislados, que han huido de su casa, con pocas relaciones sociales son más propensos a intentar el suicidio y consumarlo.

14. Intentos de suicidio previo o repetido. Un estudio encontró que los pacientes con intento de suicidio múltiple o previo tienen mayor prevalencia de trastornos afectivos y con mayor frecuencia presentan múltiples trastornos psiquiátricos en comparación con los pacientes que cometen su primer intento de suicidio en quienes predominan los trastornos adaptativos.⁴⁰ Esto es apoyado por otro estudio que reportó que los pacientes con intentos de suicidio múltiples presentan psicopatologías más severas, mayores probabilidades de consumar el suicidio, y más dificultades personales junto con un historial personal más dramático (abuso sexual y emocional, antecedentes familiares de suicidio, etc), en comparación con los pacientes que tienen su primer intento de suicidio.⁴¹

15. Conducta automutilante. Un estudio realizado en adolescentes comparó 2 grupos con intentos de suicidio, uno con conducta automutilante y otro sin ella. Las conductas más frecuentes fueron el escarbar en la piel y la realización de

lesiones punzantes sobre heridas ya hechas. Se encontró en el primero mayores índices de desesperanza, soledad, distimia, depresión, ira, conductas riesgosas y uso de alcohol.⁴²

Un estudio muy relevante sobre la etiología y los factores de riesgo para la conducta suicida fue realizado en Nueva Zelandia con una cohorte de 1265 niños a los que se les dio seguimiento desde el nacimiento hasta los 21 años. Encontraron que el 28.8% había tenido en algún momento ideas suicidas, el 7.5% habían realizado por lo menos un intento. El perfil de riesgo determinado para los niños con conducta suicida los categorizaba como pertenecientes a familias con problemas económicos, con padres separados, con poco apego a los padres, con antecedente de abuso sexual, y con presencia durante la adolescencia de enfermedades mentales (depresión, ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de conducta) y exposición a agentes estresantes.⁴³

Los sujetos con suicidio consumado, comparados con quienes lo intentan, tienen con mayor frecuencia un arma en su domicilio, intentos de suicidio severos previos, y una combinación de trastornos del ánimo con otras psicopatologías.

Factores protectores. Se han encontrado factores protectores en contra del suicidio. Un estudio comparó dos grupos de pacientes con depresión severa, uno con intento de suicidio y otro sin intento suicida, los pacientes de este último grupo manifestaron mayores sentimientos de compromiso hacia la familia, mayor temor a la desprobación social, mayores objeciones morales contra el suicidio, mejores habilidades para supervivencia y adaptación y mayor miedo al suicidio. La percepción subjetiva de los eventos estresantes de la vida tiene mayor peso

que la cantidad de los mismos, una visión más optimista puede modificar el sentimiento de desesperanza y proteger contra el suicidio.⁴⁴

Otro estudio hizo una comparación entre 2 grupos de pacientes deprimidos con y sin afiliación religiosa, los pacientes que se refirieron a sí mismos sin afiliación religiosa presentaban de manera significativa mayor número de intentos de suicidio así como un mayor número de familiares en primer grado con suicidio consumado, estos pacientes eran principalmente jóvenes, solteros, en la mayoría de los casos sin niños y tenían menos contactos con los miembros de su familia, además percibían menores razones para vivir y menos objeciones morales en contra del suicidio. En cuanto a sus características clínicas presentaban mayor impulsividad, agresividad y antecedentes de consumo de sustancias.⁴⁵

Escalas de evaluación. Las escalas de evaluación son instrumentos de medición desarrollados para identificar individuos con altas posibilidades de manifestar una conducta suicida, se aplican a población abierta, población de alto riesgo y a pacientes. Tienden a ser muy sensibles para que la mayor cantidad de los casos tengan la posibilidad de ser prevenidos; por lo tanto son poco específicas y su valor predictivo es débil. Se han desarrollado un gran número de escalas para la valoración de la conducta suicida, la elección de la escala está en función de las características de la población (tamaño, tipo de población), objetivo de la aplicación (tamizaje, diagnóstico clínico) y los aspectos específicos de la conducta suicida que se desean abordar (intento, ideación, psicopatologías asociadas, etc.); se recomienda para mejores resultados la aplicación de 2 escalas a una misma población. Las principales escalas para niños y adolescentes son:

1. **Escala para ideación suicida.** Mide la intensidad y características de los pensamientos, planes y deseos suicidas.
2. **Escala para intento de suicidio.** Evalúa la intensidad del deseo de muerte al momento del intento de suicidio, así como el acceso a métodos letales, la posibilidad de rescate, descripción de la conducta y circunstancias antes y después del intento, y otros aspectos como uso de sustancias.
3. **Escala de probabilidad de suicidio.** Diseñada para identificar adultos y adolescentes con riesgo de intento suicida. Se enfoca en 4 factores: ideación suicida, desesperanza, hostilidad y evaluación negativa de sí mismo.
4. **Cuestionario revisado de conductas suicidas.** Evalúa de manera breve los intentos y pensamientos suicidas que se han tenido con anterioridad, se basa en el principio de que los intentos de suicidio repetidos están asociados al suicidio consumado en el futuro.
5. **Inventario de ideación suicida positiva y negativa.** Evalúa los factores de riesgo así como los factores protectores contra un intento de suicidio.
6. **Escala de tendencia suicida multiactitud.** Propone que la conducta suicida parte de actitudes conflictivas hacia la vida y la muerte. Considera 4 factores: atracción-repulsión a la vida y atracción-repulsión a la muerte.
7. **Inventario para adolescentes de razones para vivir.** Analiza los factores de riesgo negativos y las actitudes adaptativas que protegen contra el suicidio. Abarca 5 aspectos básicos: optimismo futuro, preocupación relacionadas al suicidio, alianza familiar, aceptación y soporte por los pares, y autoaceptación.

8. **Cuestionario de ideación suicida.** Fueron diseñadas para tamizaje en escuelas de educación media y superior. Evalúan la intensidad y frecuencia de ideación suicida en el mes anterior a su aplicación.
9. **Entrevista para el potencial suicida.** Está dirigida a la exploración del estado emocional actual, estresores, eventos positivos y negativos de la vida de los meses anteriores. Evalúa también pensamientos suicidas, intentos, planes, acciones preparatorias y el historial suicida.
10. **Índice de potencial suicida para niños y adolescentes.** Analiza ansiedad-impulsividad-depresión, ideación o actos suicidas, y distrés familiar.
11. **Escalas de potencial suicida en niños.** Es una entrevista estructurada para niños de 6 a 12 años, se aplica a los niños y los padres. Evalúa el espectro de la conducta suicida, eventos precipitantes, afectos y conductas recientes, ambiente familiar, afectos y conductas del pasado, concepto de la muerte, funcionalidad del Ego, y mecanismos defensa del Ego.⁴⁶

Shaffer plantea que la validación de escalas predictivas implica demasiadas dificultades técnicas y metodológicas resultando en un producto poco sensible y específico y con pobre valor predictivo, por lo que sugiere diseñar escalas para medir la presencia de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida como la depresión, y así tratar sus causas y las de otros factores que promueven la conducta suicida.⁴⁷

Síndrome presuicidal. Además los factores asociados al perfil suicida el paciente entra en un proceso emocional que lo dirige hacia el intento de suicidio y la consumación del mismo, dicho proceso se conoce como síndrome presuicidal y se integrada por los siguientes elementos:

a) Angostamiento. El angostamiento situacional se da en el momento en el que la persona se enfrenta a una o varias situaciones que se experimentan como irremediables y opresivas, ante las cuales se siente impotente, vulnerable y abandonada. La reacción es de pánico e incertidumbre. La vida se escenifica como una cadena de desgracias consecutivas sin solución. El angostamiento de los valores se presenta cuando la autoestima es poca, se devalúa la vida propia y se percibe devaluada ante los demás; es más frecuente en familias con transmisión y formación deficiente de valores morales y espirituales, es común cuando la dinámica familiar es disfuncional. El angostamiento dinámico se presenta en los estados depresivos con el fracasado de los mecanismos compensadores, dirigiendo al sujeto hacia la duda y la desesperanza, se anula el instinto de autoconservación, provocando aún en contra de la voluntad un intento de suicidio. Esto es favorecido por deficiencias emocionales, la falta de afecto y la incapacidad de manejar emociones negativas –odio, envidia, resentimiento, etc.- que se acumulan de forma progresiva hasta integrarse en una forma autodestructiva. El angostamiento de las relaciones humanas se manifiesta como aislamiento social o de forma más frecuente como un modo de convivencia superficial, el contacto no es auténtico, la persona continúa sola, alienada, sin vínculos afectivos sólidos, en una dinámica que no permite que las relaciones sean constructivas.

b) Agresión. Tiene 3 etapas: en la primera o de acumulación, la persona reprime el enojo por las frustraciones sufridas desde la infancia y por las experiencias decepcionantes que adquiere a lo largo de su vida. En la segunda etapa la persona se ve imposibilitada para expresar dicho enojo, tal incapacidad

está en función de la conciencia, la educación, las normas morales y sociales que ha recibido dicha persona y que reprimen las pulsiones del Yo. En la tercera etapa el sujeto experimenta una implosión, el enojo y la ira reprimidos se dirigen hacia sí mismo, la agresión al Yo se convierte en una venganza contra el exterior.

c) Fantasías de suicidio. El Yo se retira a un mundo fantástico en donde se ve la muerte con fascinación, erotismo o amor. Los escapes reiterados a dicho mundo acentúan gradualmente la discrepancia con la realidad, la fantasía termina independizándose y tomando el control, precipitando rápidamente el intento suicida. Ringel plantea que las fantasías suicidas se dan en 3 etapas en las cuales la persona se plantea: el deseo de morir, la posibilidad de suicidarse, y por último, el modo a través del cual suicidarse.^{48, 49}

Debe determinarse la severidad de la conducta suicida no letal, la cual puede variar desde las ideación suicida y las amenazas hasta el intento de suicidio. La ideación suicida se constituye por pensamientos sobre cómo consumir el suicidio y el impacto de la muerte en los otros. Los niños más pequeños no tienen una apreciación adecuada sobre la irreversibilidad de la muerte, factor que puede contribuir a la realización del acto. Las amenazas suicidas son advertencias sobre la proximidad de un intento de suicidio y frecuentemente se acompañan de acciones que lo inician, como por ejemplo intentar saltar por una ventana o caminar entre vehículos automotores en movimiento. Las características del intento de suicidio tales como el método elegido (métodos comunes contra inusuales), la letalidad (potencial del método para producir la muerte), la intencionalidad (los pasos seguidos para evitar ser rescatado), las complicaciones médicas y/o quirúrgicas del mismo, y la frecuencia

con que lo ha repetido, son indicadores de la gravedad del paciente y el riesgo inminente de consumación del suicidio.

Las intervenciones deben realizarse a través de un enfoque multidisciplinario en el que intervengan trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, médicos, religiosos, e instituciones gubernamentales y no gubernamentales para contribuir en el manejo integral del paciente, para favorecer modificaciones en su conducta, su entorno y sus expectativas. La prevención no debe limitarse a impedir el acto suicida sino a enfocarse en cambiar la noción de la muerte, enseñando a la persona a revalorarse y a comprender que la vida merece vivirse. La situación debe valorarse desde la perspectiva de la persona que intenta suicidarse. Se debe eliminar la fantasía como medio de salida, fortaleciendo los mecanismos compensadores de la personalidad y dándole al paciente esperanzas reales en base a las posibilidades de su vida, su entorno y su futuro. Es necesario trabajar la esfera de los valores para que el paciente de significado a la vida y justifique el sufrimiento que se puede presentar durante la vida. También es necesario trabajar la esfera de las emociones para su fortalecimiento y el adecuado manejo de las emociones negativas, evitando la represión de las mismas. Además se debe trabajar el campo de las relaciones personales para evitar el aislamiento social. Y de manera fundamental, debe identificarse la presencia del síndrome presuicidal.

La evaluación y el manejo deben individualizarse, incluyendo un abordaje sistemático y multidisciplinario para explorar las motivaciones, el estado de ánimo, el estado mental, trastornos psiquiátricos, los factores sociales y familiares, los

factores protectores y los factores estresantes que impulsan al paciente a tomar la decisión de intentar el suicidio.

3. Tratamiento integral

El manejo integral de la conducta suicida no se restringe al abordaje psicoterapéutico y psicofarmacológico del paciente, este debe ser individualizado para cada paciente, pero las acciones deben abarcar los diferentes niveles de organización social desde el ámbito familiar y comunitario hasta el estatal y nacional. De acuerdo al momento en que se aborde la conducta suicida podemos clasificar el tratamiento en 3 etapas:

3.1 Prevención. En diversos países se han estructurado sistemas preventivos a nivel comunitario que actúan a través de diversos mecanismos: A) Líneas telefónicas de ayuda durante las crisis. Se ha observado que tienen poco impacto. B) Restricción de la disponibilidad de los métodos para intentar el suicidio. C) Búsqueda indirecta de casos a través de educación escolar. Algunos estudios han demostrado que este método puede despertar ideas suicidas en algunos adolescentes. D) Búsqueda directa de casos a través de encuestas y otros mecanismos de evaluación aplicados en escuelas para identificar pacientes con perfil suicida y canalizarlos oportunamente a los servicios de salud que requieren. E) Ya que el suicidio se ve influenciado por la imitación se han elaborado recomendaciones para que los medios de comunicación manejen de forma prudente la información sobre los suicidios que reportan. F) En Suiza han evaluado que la capacitación a los médicos de primer contacto en la identificación de trastornos del ánimo y depresión puede disminuir la incidencia de la conducta suicida. En Estados Unidos de Norteamérica un estudio analizó la literatura

existente sobre el efecto del tamizaje en el primer nivel de atención a la salud; encontró que los estudios son limitados y con deficiencias metodológicas, la conducta suicida es un fenómeno complejo por lo que la identificación de casos probables en la población abierta es muy difícil, por lo tanto recomienda que los médicos de primer contacto se capaciten en la detección y tratamiento de pacientes deprimidos para impactar de manera real en la problemática del suicidio.⁵⁰

3.2 Intervención. El abordaje y manejo del paciente que ha intentado suicidarse es complejo, los resultados dependen de una adecuada coordinación entre los servicios de primer contacto, el manejo especializado en un servicio de tercer nivel y el seguimiento que se da al paciente. Las intervenciones para el manejo pueden agruparse en 3 fases:

Abordaje prehospitalario. La asistencia de primer contacto recibida por los pacientes que intentan suicidarse es brindada por un médico general en la mayoría de los casos. En algunas series se calcula que de cada 2000 pacientes atendidos en el primer nivel de atención uno consuma el suicidio en los 2 primeros años, 10 lo intentan por año y aproximadamente 50 presentan ideas suicidas. Además de su participación en la prevención, es fundamental su papel en la detección, evaluación, diagnóstico precoz, tratamiento inicial del paciente y en la referencia oportuna del paciente a una institución que cuente con los recursos necesarios para brindar tratamiento especializado durante una crisis. La capacitación a médicos generales debe estar orientada a la detección de factores riesgo en población general y la detección de pacientes pertenecientes a grupos de alto riesgo (pacientes deprimidos, pacientes con intentos de suicidio previos,

pacientes con ideas o amenazas suicidas, sobrevivientes, pacientes con trastornos psiquiátricos).⁵¹

Abordaje intrahospitalario. Después de la referencia a segundo o tercer nivel de atención la valoración en el servicio de urgencias debe ser realizada por un especialista para establecer las prioridades durante la crisis. El abordaje del paciente requiere desde el primer contacto que el terapeuta manifiesta empatía hacia el paciente, permitiendo la expresión abierta de pensamientos y sentimientos con el objetivo de establecer una alianza terapéutica adecuada. Posteriormente el objetivo será conocer la dimensión del problema elaborando preguntas específicas y valorando la severidad del problema. En la tercera etapa se deben buscar conjuntamente soluciones reales a los problemas del paciente. La evaluación global del paciente orientará a la toma de decisiones y acciones terapéuticas concretas como la hospitalización o el manejo ambulatorio con apoyo de los familiares e instituciones. Por último se dará seguimiento a las acciones tomadas para evaluar los progresos del paciente e identificar los aspectos en los que no se ha logrado avance o hay retroceso.⁵²

En el manejo agudo debe considerarse la hospitalización de todo aquel paciente inestable o en el que la conducta sea impredecible implicando un alto riesgo a corto plazo. Debe considerarse la hospitalización del paciente si no se logra establecer una alianza terapéutica, si el paciente es incapaz de regular sus emociones o su conducta, o si presenta irritabilidad y conducta impulsiva, pensamiento psicótico, está bajo los efectos del alcohol o drogas o si hay el antecedente de uso y abuso frecuente de sustancias, intentos de suicidio múltiples anteriores, depresión mayor con rasgos psicóticos, psicosis con alucinaciones tipo

comando, y la carencia de una red social de soporte para el paciente; debe evaluarse también el ambiente familiar, la disfunción familiar o la presencia de psicopatología en alguno de los padres puede alargar la estancia hospitalaria. Además de no tener alguna de las condiciones previamente citadas se debe verificarse antes del alta de urgencias: que el paciente y los familiares están informados sobre la desinhibición que produce el alcohol y las drogas, sobre el retiro de armas de fuego y medicamentos peligrosos del domicilio, verificar que haya una persona disponible en casa para dar soporte al paciente y haber registrado cita u otra modalidad para dar seguimiento al caso. Otra línea de apoyo es la aplicación de diversas psicoterapias, las cuales tienen el objetivo de reorientar las perspectivas emocionales y cognitivas del paciente sobre su situación para hacerla más tolerable; se han observado adecuados resultados con las terapias cognitivo-conductual, psicoterapia interpersonal, terapia conductual dialéctica, psicoterapia psicodinámica y terapia familiar; la terapia cognitivo conductual es la primera elección en la mayoría de los adolescentes con depresión mayor a moderada ya que ha sido la más estudiada en grandes estudios obteniendo buenos resultados. Se ha observado que la psicoterapia individual lleva a mejores resultados en comparación con las terapias familiares.⁵³

El manejo de la crisis puede requerir de la terapia psicofarmacológica. Antes de iniciar un tratamiento con antidepresivos se debe considerar el uso de estabilizadores del ánimo como el litio, valproato o carbamazepina. El litio y los estabilizadores del ánimo son el tratamiento de elección para pacientes con trastorno bipolar. El uso de litio disminuye la recurrencia de intento de suicidio, al discontinuarse el tratamiento se incrementa 7 veces el riesgo de intento de

suicidio y 9 el riesgo de suicidio consumado. Se ha encontrado que en pacientes adultos con depresión el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) reduce la ideación suicida y los suicidios en pacientes con personalidad tipo B con intentos múltiples de suicidio. Los ISRS han tenido mejor resultado en adolescentes y niños que los antidepresivos tricíclicos, además de que a dosis altas tiene menor letalidad que estos últimos. Los ISRS pueden tener como efecto secundario acatisia, la cual puede inducir ideación suicida, aún así son el tratamiento de elección para niños y adolescentes con depresión. La fluoxetina es el único antidepresivo de clase ISRS aprobado por la FDA para el manejo de la depresión en niños y adolescentes. Se debe tener precaución si se requiere el uso de benzodiazepinas y fenobarbital ya que reducen el autocontrol y pueden facilitar la expresión de agresividad e intento suicida, esta clase de medicamentos son el tratamiento de elección cuando de manera concomitante se diagnostica un trastorno por déficit de atención e hiperactividad.⁵⁴

Deben considerarse los factores que dificultan el manejo del paciente durante la crisis. Uno de los más importantes es el establecimiento de una alianza terapéutica defectuosa, algunos estudios muestran que los pacientes que en verdad desean cometer el suicidio tienen una percepción hostil del terapeuta, no lo pueden ver como un benefactor, muchos de ellos pueden negar la existencia de la ideación o el plan suicida antes de cometerlo.⁵⁵ En ausencia o deficiencia de una red social de apoyo o de la familia el manejo intrahospitalario será prolongado y el paciente requerirá de un seguimiento más estrecho en la comunidad. Nunca debe dejarse a un paciente con intento o ideas suicidas solo.

Abordaje extrahospitalario. Es casi imposible predecir qué paciente cometerá un nuevo intento a corto, mediano o largo plazo. Posterior a la estabilización del paciente en la sala de urgencias y del control de la crisis se debe supervisar de manera periódica la evolución y progresos del niño o adolescente con intento suicida. En todas las etapas el manejo debe ser integral. La aplicación periódica de escalas específicas para la valoración de ideación suicida o para calcular la probabilidad de nuevos intentos de suicidio pueden ser útiles en la prevención de recurrencias. Debe continuarse con la psicoterapia de manera ambulatoria, así como la supervisión del tratamiento farmacológico.⁵³

Un estudio realizado en Canadá dio seguimiento a una cohorte de pacientes que ingresaban a urgencias por un primer intento de suicidio, encontraron que en un periodo de 6 meses el 32.6% de los pacientes regresaron al servicio de urgencias, 24.1% habían cometido un nuevo intento de suicidio y 14.3% requirieron hospitalización psiquiátrica. El perfil asociado a estos pacientes fue edad de entre 15 y 19 años, elaboración de un plan suicida, la necesidad de cuidados mentales previos, sintomatología depresiva, consumo de sustancias e intoxicación por las mismas. El estado de intoxicación secundario al uso de sustancias promueve la toma de otras conductas de riesgo incluyendo las autoagresiones y demás que ponen en peligro la vida de manera inmediata. Deben considerarse estos factores como indicadores de mayor riesgo para establecer un seguimiento más estrecho a este grupo de pacientes.⁵⁶

3.3 Posvención. El impacto del suicidio consumado de alguno de los padres, familiar, hermano o par tiene consecuencias directas en las personas que lo rodeaban. Posterior al evento los familiares y personas cercanas al suicida

(incluyendo adolescentes y niños) pueden experimentar ansiedad, trastornos del ánimo, trastorno de estrés postraumático, depresión mayor, y eventualmente pueden desarrollar una conducta suicida. La historia individual o familiar de enfermedades psiquiátricas, así como haber presenciado el suicidio o la escena del mismo incrementan dicho riesgo. Además, las relaciones sociales se ven afectadas por el estigma social, en consecuencia estas personas experimentan aislamiento social, inadecuada adaptación social y sentimientos de rechazo, lo cual promoverá y reforzará el desarrollo de psicopatología.⁵⁷ La tarea del terapeuta en este caso es prevenir la conducta suicida y atenuar el trauma, los sentimientos de culpa y el aislamiento social en las personas cercanas al paciente suicida.

JUSTIFICACIÓN

El INEGI reportó, en el periodo comprendido de 2000 al 2003, una incidencia de suicidios totales de 100 en mujeres y 584 en hombres en el estado de Tabasco lo cual representa, respectivamente, el 3.99% y 4.46% del total nacional en ese periodo. En este mismo periodo se reportaron un total de 566 suicidios a nivel nacional en el grupo etario de 5 a 14 años. El estado de Tabasco tiene una de las más altas tasas de suicidio a nivel nacional. A pesar de ello, el grupo de niños y adolescentes de 5 a 14 años es uno de los menos estudiados en cuanto a la conducta suicida y el intento de suicidio, conociéndose con poca exactitud los factores que lo condicionan y el entorno biopsicosocial en el que se presenta. A nivel estatal son escasos los estudios sobre la conducta suicida en niños y adolescentes. Además el intento de suicidio genera un gasto económico importante para la familia del paciente y el Estado, el cual se traduce en costos de atención hospitalaria, consulta externa, medicamentos, apoyo psicológico, y la intervención de diversas instituciones estatales, como el DIF, para apoyar al paciente y su familia. En algunos casos el intento de suicidio realizado es de alta letalidad pero no logra ser consumado por lo que existen altas probabilidades de presentar secuelas físicas y mentales que implican costos adicionales en rehabilitación o la presencia de incapacidades permanentes que afecten el desarrollo personal en etapas posteriores así como la productividad y la calidad de vida. Siendo Tabasco una de las entidades, a nivel nacional, con mayor incidencia de suicidios, es necesario conocer los factores biopsicosociales que integran el “perfil” de los pacientes con intento suicida en la población de niños y

adolescentes de 5 a 14 años. Esto favorecerá el diseño de estrategias preventivas y asistenciales enfocadas a disminuir la morbi-mortalidad por intento de suicidio impactando positivamente los costos de su atención y en la calidad de vida de los niños y adolescentes de Tabasco.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presencia de intentos suicidas en una población pediátrica de 5 a 15 años de edad incrementa la morbilidad y mortalidad de dicha población. La incidencia anual de intentos de suicidio a nivel nacional se encuentra subregistrada, en el estado de Tabasco no hay reportes oficiales de los casos por lo que no se refleja la magnitud de este problema en las estadísticas nacionales.

La etiología del intento de suicidio y el suicidio es multifactorial y producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. La no identificación de los factores que se asocian al intento suicida permite la perpetuación de la problemática por lo que es necesario determinar tales factores para integrar el perfil biopsicosocial del paciente con intento suicida con el objetivo de diseñar estrategias enfocadas a la prevención de este problema en el estado de Tabasco.

Sobre la base de tales argumentos es necesario plantear ¿cuáles son los factores biopsicosociales que se observan en niños de 5 a 15 años de edad con intento de suicidio que son manejados en el Hospital del Niño “Rodolfo Nieto Padrón”?

OBJETIVO GENERAL

Describir las características biopsicosociales de los pacientes de 5 a 15 años de edad con intento de suicidio que acuden a la consulta externa de salud mental del Hospital del Niño “Rodolfo Nieto Padrón”.

METAS

1. Demostrar la importancia del entorno biopsicosocial en la génesis del intento suicida.
2. Describir el perfil biopsicosocial de los paciente de 5 a 15 años con intento de suicidio.
3. Promover el inicio de nuevas investigaciones de carácter multidisciplinario que aborden la conducta suicida en niños y adolescentes de Tabasco desde un enfoque multidisciplinario.
4. Incentivar la participación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en la prevención del suicidio.
5. Demostrar el impacto de la conducta suicida en la morbi-mortalidad de la población infantil y adolescentes de Tabasco.
6. Publicación del protocolo de investigación como trabajo de tesis para titulación.
7. Publicación del trabajo de investigación para difusión de la información en el estado de Tabasco.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, transversal, prospectivo, observacional.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Pacientes de 5 a 15 años de edad con diagnóstico de intento de suicidio durante el año 2005.

UNIDAD DE TRABAJO

Hospital del Niño “Rodolfo Nieto Padrón” durante el periodo que comprendió del 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2005.

TIPO DE MUESTRA

Se conformó la muestra por un total de 27 pacientes ingresados durante el año 2005 a través del servicio de urgencias o por la consulta externa del servicio de Salud Mental y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

1. Pacientes atendidos en la consulta externa de Salud Mental del Hospital del Niño “Rodolfo Nieto Padrón” con diagnóstico de intento de suicidio.
2. Haber cometido un intento de suicidio durante el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de 2005. En caso de intentos de suicidio previos se incluirá a los que hayan cometido el último intento de suicidio dentro del periodo establecido.
3. Pacientes de ambos sexos de entre 5 y 15 años de edad.

Criterios de exclusión

1. Pacientes con diagnóstico de intento de suicidio manejados por otras instituciones que solo hayan acudido al servicio de salud mental para valoración pero que continúen su manejo en la institución que los refirió.
2. Pacientes con edad diferente al rango establecido.
3. Pacientes con ideas suicidas manifestadas de manera explícita pero que no hayan intentado suicidarse.
4. Pacientes con otras patologías cuando el intento de suicidio sea un diagnóstico secundario y no se haya estudiado.
5. Expedientes incompletos que no contengan, cuando menos, la información correspondiente a las características del último intento de suicidio con nota de valoración psiquiátrica completa y estudio epidemiológico.

Métodos de recolección de datos

La información de los expedientes clínicos se recopiló en la hoja de recolección de datos que se muestra en el Anexo. Dicha hoja fue elaborada en el programa Word Perfect y se divide en 7 secciones integradas por reactivos que exploran los siguientes aspectos:

1. Ficha de identificación.
2. Entorno social-familiar.
3. Entorno económico.
4. Entorno escolar.
5. Instituciones que brinden apoyo al paciente.
6. Aspectos personales del paciente.
7. Características del intento suicida.

La recolección se limitó a registrar en la hoja de recolección si la característica estudiada en cada reactivo estaba presente o ausente. En los casos en los que no se pudo especificar con certeza la ausencia o presencia de la característica explorada se registró como “no referida” o “desconocida”.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó en el programa Excel 2003 de Microsoft Office. Los datos recolectados se condensaron en una tabla principal. A partir de dicha tabla se elaboraron tablas dinámicas para facilitar la correlación de los datos y su descripción numérica y porcentual. Se realizó estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central (media aritmética, moda, mediana y desviación estándar) . También se realizó el cálculo de tasas por 100 000 habitantes para grupos específicos.

Criterios y estrategias de trabajo clínico

Dada la naturaleza no experimental del estudio y a que la recolección de los datos fue indirecta no se requirió de una metodología para el abordaje de los pacientes. La investigación clínica se limitó a la consulta de los expedientes. Dicha consulta incluyó la revisión de la ficha de identificación, historia clínica, notas de valoración del departamento de salud mental, otras notas médicas, el estudio epidemiológico sobre el intento de suicidio y las notas de trabajo social.

En aquellos casos en los que se carecía de la información correspondiente al último intento de suicidio durante 2005 el expediente se excluyó del estudio. La información referente a los demás tópicos se registró como “no referida” en los casos en los que las notas médicas y demás documentos integrantes del expediente clínico estuvieron incompletos.

Instrumentos de medición y técnicas

La hoja de recolección de datos se limitó a describir si la información específica para cada reactivo estaba presente o ausente. No se requirieron instrumentos ni técnicas especiales, solo la aplicación de la hoja de recolección de datos.

Consideraciones éticas

Por la naturaleza no experimental del estudio no se requirió de la autorización explícita por parte de los sujetos ya que la recolección de los datos fue indirecta a través de la consulta de expedientes clínicos. La información se manejó de manera confidencial, los nombres de los participantes quedaron asentados en la base de datos y se guardó su confidencialidad. Este estudio es de carácter descriptivo e intenta aportar elementos que ayuden al diseño de estrategias preventivas aplicables a la población infantil y adolescente con riesgo de conducta suicida. El estudio cumple con el principio de no maleficencia ya que no pone en riesgo la integridad física ni moral de los participantes de manera directa ni indirecta, y busca el mayor beneficio para dicha población.

RESULTADOS

A través de la consulta a los registros del servicio de epidemiología del hospital y los registros del servicio de salud mental se identificaron un total de 45 casos de intento de suicidio durante el periodo del 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2005. Se excluyeron un total de 18 expedientes de los cuales 4 carecían de historia clínica y/o nota de valoración completa por el servicio de Salud Mental y/o estudio epidemiológico. Los 12 expedientes restantes se encontraban extraviados, 9 de estos no tenían número de expediente y tampoco aparecieron en los registros del servicio de Salud Mental.

Características generales (Cuadro 1). Se incluyeron para este estudio un total de 27 pacientes. La muestra final se constituyó por dos grupos, uno de 11 hombres (40.7%) y el segundo por 16 mujeres (59.3%). El rango de edad observado fue de 5 a 15 años con un promedio de edad de 10.44 años con desviación estándar de 2.69 años y distribución bimodal de 8 y 13 años de edad.

La relación hombre-mujer del grupo fue de 1:1.45, en el grupo de 5 a 9 años (N=11) la proporción de hombres casi duplica a las mujeres (1.75:1) teniendo como moda 8 años; mientras que en el grupo de 10 años a 15 años (N=16) la relación hombre-mujer se invierte a 1:3, teniendo una moda de 13 años de edad. El 40.7% vivían en situación de adopción, la relación de hombre-mujer para este grupo fue de 1.2:1. El 59.3% de los pacientes se encontraban cursando la primaria y el 40.7% la secundaria. En cuanto al lugar de procedencia el municipio del centro tuvo el mayor número de pacientes, siendo en total 16; al dividirlos por subregiones encontramos que de la región del centro procedía el 77.8% de los

casos, en segundo lugar la Chontalpa con el 14.8%, y en último la subregión de la Sierra y Pantanos cada una con el 3.4% de los pacientes.

El 22.2% refirieron filiación religiosa al catolicismo, 3.7% protestantes, en el 74.1% no se encontró este dato en el expediente. El 48.2% no contaban o no se refirió en el expediente el apoyo de instituciones gubernamentales o no gubernamentales, el 37% estaban afiliados al seguro popular, el 7.4% correspondiente a 2 mujeres con el antecedente de violación estaban en custodia por el DIF, el 7.4% correspondió a pacientes afiliados al IMSS e ISSET.

Características de los padres (Cuadro 2). El 92.6% de las madres y el 88.9% de los padres de los pacientes estaban vivos. El promedio de edad de los padres fue de 38.25 años, mientras que en las madres fue de 34.1 años, predominaron los padres y madres de entre 31 y 40 años de edad, en el 31.5% de los casos la edad no se desconoció la edad por no estar registrada en el expediente clínico.

Para las madres el nivel máximo de estudios fue licenciatura mientras que en los padres fue la enseñanza media superior, como en la sección anterior los expedientes no aportaron información completa por lo que se desconoce la escolaridad del 37% de la madres y del 48% de los padres. En el rubro de ocupación la actividad preponderante en la madres fue de tipo familiar (incluyendo actividades remuneradas y no remuneradas), el 26% de las madres trabajaban como empleadas; las actividades predominantes en los hombres fueron el campo 19% y el 19% como empleados en actividades diversas. No fue posible determinar la actividad económica en el 19% de las mujeres y en el 52% de los hombres.

Estructura familiar (Cuadro 3). Se observó un promedio de 4.6 integrantes por familia con una mediana de 5, moda de 3 y desviación estándar 1.47. En cuanto a la extensión familiar el 81.5% de los pacientes (N=22) eran parte de una familia nuclear y el 18.5% (N=4) de una familia extensa. Se observó violencia intrafamiliar en el 44.4% de las familias, 40.7% eran nucleares; además fue más frecuente en familias reconstruidas y desintegradas representando el 18.5% y 14.8% de las familias y tan solo el 11.1% en familias nucleares.

Se registraron 22 casos (81.5%) de disfunción familiar, el 66.7% de las familias con disfunción familiar eran nucleares y el 14.8% extensas; la disfunción familiar se asoció con más frecuencia a desintegración familiar (40.7% de las familias) y en segundo lugar a las familias reconstruidas en un 22.2% y en familias integradas tan solo el 18.5% la presentaron.

El estado civil de los padres observado con mayor frecuencia fue separación en el 44.4% de los casos, el 25.9% estaban casados, viudez en el 18.5% de los casos y unión libre en el 11.1%. En familias nucleares la separación y el matrimonio representaron el 29.6% y 22.2% del total de las familias. En las familias extensas fue más frecuente la separación correspondiendo al 14.8% de las familias.

El 37% de las familias nucleares presentaron adopción, tan solo se observó en el 3.7% de las familias extensas, en el 25.9% de las familias la adopción se asoció a reconstrucción familiar y en familias desintegradas e integradas se observó adopción en el 7.4% de los casos respectivamente.

El 77.8% de las familias tenían nivel socioeconómico bajo y el 22.2% medio. El medio socioeconómico bajo fue un factor asociado con mayor frecuencia a desintegración familiar y familias reconstruidas, siendo del 33.3% y 25.9%

respectivamente y que representan el 59.2% de todas las familias. En el 48.1% (N=13) de las familias el padre fue el proveedor del ingreso familiar, mientras que las madres lo aportaron en el 14.8% (N=4), ambos padres en el 11.1% (N=3), otros familiares en el 11.1% (N=3) y no se pudo determinar quien lo aportaba en el 14.8% de los casos (N=4).

Factores de riesgo (Cuadro 4). El 18.5% de los pacientes tuvieron antecedentes familiares de psicopatología, intento de suicidio y suicidio, el 29.6% tuvieron antecedentes familiares de abuso de sustancias incluyendo el alcohol. El porcentaje de dichos antecedentes se distribuyó de forma uniforme entre hombres y mujeres y por grupo de edad.

El 70.3% (N=19) de los pacientes presentaron algún problema escolar. El 44.4% presentaron rendimiento escolar bajo, el 25.9% eran hombres y el 18.5% mujeres, la distribución etaria fue de 22.2% para ambos grupos. El 33.3% presentaron problemas de conducta con una distribución similar entre hombres y mujeres y por grupo etario. El 22.2% presentaron problemas de atención, siendo más frecuentes en hombres (11.1%) y en niños 18.5%. Se observó ausentismo escolar en el 18.5% de los pacientes y ciclos reprobados en el 25.9% de los pacientes.

El 14.8% (N=4) tenían diagnóstico previo de psicopatología, 2 correspondían a depresión y 2 a TDAH, el 85.2% de los pacientes carecían de diagnóstico previo, el 11.1% eran mujeres y el 3.75 hombres, la distribución por grupo etario fue de 7.4% para cada grupo. Solo el 7.4% de los pacientes reportaron uso de sustancias, correspondieron a un hombre y una mujer, ambos del grupo de 10 a 15 años.

El 51.9% (N=14) tuvieron antecedente de intentos de suicidio previo, de los cuales el 14.8% tenía un solo intento con una distribución uniforme de 7.4% por sexo y grupo etario, y el 37% presentó 2 o más intentos, con una distribución similar por grupo; el 14.8% (N=4) tuvieron un intento de suicidio previo, otro 14.8% dos intentos, el 14.8% tres intentos, y el 7.4% correspondió a 2 pacientes con 5 y 14 intentos de suicidio previos. En promedio se presentaron 3 intentos de suicidio por paciente. Del total de intentos de suicidio previos el 65.1% (N=28) fue cometido con arma blanca, el 25.6% (N=11) por ahorcamiento, el 7% (N=3) con medicamentos y el 2.3% (N=1) por inmersión. Solo el 18.5% de los pacientes mencionó el modo en que se quitaría la vida.

El 88.9% (N=24) de los pacientes presentaron por lo menos un síntoma presuicidal, el promedio de síntomas por paciente fue de 2.5, la relación hombre-mujer para la cantidad de síntomas presuicidales fue 1.72:1, correspondiendo el 63% a las mujeres y el 37% a los hombres. El 59.3% refirieron agresividad, con una distribución similar por sexo y grupo etario del 29.6%. Deseo de morir en el 55.6% de los pacientes, mayor en mujeres siendo del 37% y predominando en el grupo de 10 a 15 años con un 40.7%. Aislamiento en el 51.9%, siendo más frecuente en mujeres representando el 40.7% de los casos. Autoestima baja 48.1% con distribución similar por sexo y grupo etario. Desesperanza en el 25.9% de los casos y evasión de problemas en el 11.1%.

Características del intento suicida (Cuadro 5). Se agruparon los casos por incidencia trimestral, en el trimestre de febrero a abril se presentaron 37% de los casos predominando en mujeres (25.9%) y adolescentes de 10 a 15 años (33.3%); el trimestre de mayo a julio registró el 18.5% de los casos con una distribución similar por sexo y grupo etario; en el trimestre de agosto a octubre se

registró el 44.4% de los casos, la distribución fue similar por grupo etario y sexo. Se observó un promedio de 3 intentos de suicidio por mes con una distribución bimodal, septiembre fue el mes con el mayor número de casos, correspondiendo 5 a hombres y 2 a mujeres, 4 casos fueron en menores de 10 años; en febrero los 6 casos correspondieron a adolescentes mayores de 11 años, 5 eran mujeres. No posible incluir en este estudio los casos de enero, noviembre y diciembre.

Los factores precipitantes del intento de suicidio fueron: problemas familiares en el 40.7% de los casos, el 25.9% de estos correspondieron a adolescentes, enfermedad psiquiátrica en el 14.8% de los casos, predominando en mujeres (11.1%), separación de los padres y abuso sexual con 11.1% cada uno, pérdida de un ser querido y problemas escolares en el 7.4% de los casos cada uno, pérdida amorosa en el 3.7% y violencia intrafamiliar en el 3.7% de los casos. En el 66.6% de los casos el factor desencadenante estuvo relacionado a problemas originados en el medio familiar.

En cuanto al método utilizado los principales fueron el ahorcamiento y el uso de arma blanca cada uno en el 33.3% de los casos (N=9), en segundo lugar la ingesta de medicamentos con 18.5% (N=5), envenenamiento 11.1% (N=3) y en un caso (3.7%) precipitación. Se observaron preferencias de método de acuerdo al sexo; la relación hombre-mujer por método fue para el ahorcamiento 1.25:1 (5 vs 4 casos), arma blanca 2:1 (6 vs 3 casos), el resto de los métodos fueron utilizados exclusivamente por mujeres. Por grupo etario encontramos diferencias, el ahorcamiento fue más frecuente en el grupo de 5 a 9 años representando el 22.2%, en el grupo de 10 a 15 años predominaron el uso de arma blanca con un 22.2%, intoxicación por medicamentos en el 14.8%, y envenenamiento 11.1%.

En cuanto a la intencionalidad del acto, encontramos que en el 18.5% de los casos (N=5) el intento fue realizado de modo que no pudiera ser descubierto; en 4 de estos pacientes el factor desencadenante fue del ámbito familiar; el método preferido por estos pacientes fue el ahorcamiento (N=3), un paciente de este grupo requirió atención médica de urgencias.

El 51.9% de los pacientes (N=14) recibieron atención médica previa al ingreso a tercer nivel, la mayoría en los centros de salud de los que se referían a la consulta externa o urgencias; el 11.1% recibieron atención paramédica y el 37% (N=10) no recibieron algún tipo de atención. De acuerdo al tipo de atención requerida al ingreso el 77.8% (N=21) llegaron a la consulta externa de salud mental, 22.2% (N=5) requirieron atención hospitalaria para manejo médico en el servicio de urgencias y una paciente pasó directamente a hospitalización para manejo psiquiátrico por ideas suicidas persistentes; los pacientes ingresados por urgencias recibieron atención psiquiátrica después de la estabilización o remisión del cuadro con que ingresaron. Las pacientes que requirieron manejo hospitalario pertenecían principalmente al grupo de 10 a 15 años (Cuadro 6). El grupo de pacientes que requirieron asistencia médica en el servicio de urgencias se conformó exclusivamente por 6 mujeres, una para manejo psiquiátrico, tres presentaron complicaciones médicas graves por el intento de suicidio; de los casos ingresados 2 fueron por envenenamiento, 2 por intoxicación con fármacos y uno por ahorcamiento. El promedio de días de estancia hospitalaria fue de 9.5, con una mediana de 7 y desviación estándar 9.09.

En más de la mitad de los casos no fue posible determinar el tiempo transcurrido entre el último y el penúltimo intento de suicidio. En cuanto al tipo de

lesiones autoinflingidas su descripción era poco detallada en los expedientes. En 15 pacientes no se mencionó en el expediente el tipo de lesión presentada.

Diagnósticos y tratamiento (Cuadro 7). Se registraron un total de 44 diagnósticos, 17 pacientes presentaron 2 y un paciente 3 diagnósticos. El primer lugar fue ocupado por la depresión grave en el 85.2% (N=23) de los pacientes, el grupo de psicosis se integró con el 22.2% (N=6) de los pacientes, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad se observó en el 18.5% (N=5), ansiedad y duelo no resuelto en el 11.1% (N=3) respectivamente; el 14.8% presentó otros diagnósticos como trastorno esquizofreniforme, encopresis, abuso sexual y maltrato infantil, cada uno con un caso. El único diagnóstico que predominó por grupo de edad fue TDAH (N=4), 2 casos correspondieron a mujeres de 8 años y los otros 2 a hombres de 7 y 8 años respectivamente. No se observó una diferencia proporcional significativa de la frecuencia de los diagnósticos principales entre hombres y mujeres en el resto de los diagnósticos, dentro de cada género la depresión representó para mujeres y hombres el 88% y 82% respectivamente, para psicosis en estudio 19% y 27%, y para TDAH 13% y 27%, respectivamente.

En cuanto al tratamiento utilizado los antidepresivos fueron los medicamentos más utilizados, prescritos en el 66.7% (N=18) de los casos, antipsicóticos 14.8% (N=4) y otras clases de fármacos en el 22.2% (N=6). El 100% de los pacientes continuaron su control subsecuente en la consulta externa de salud mental, 40.7% (N=11) con psicoterapia adicional y un 7.4% (N=2) con terapia familiar.

Tasas de incidencia anual (Cuadro 8). En base a los datos emitidos por el Censo de Población del año 2000 para el estado de Tabasco se calcularon las

tasas anuales de intento de suicidio, los resultados se expresan en tasas por 100 000 habitantes. Con respecto a la población total del estado, municipio del Centro y conjuntamente las de los demás municipios la tasas calculadas fueron de 1.43, 3.08 y 2.90 respectivamente. Las tasas para población total de hombres estatal fue de 1.18, para el centro y los demás municipios fue de 2.77 y 2.07 respectivamente. La tasa respecto a la población total de mujeres del estado fue de 1.67, para el centro 3.37 y los demás municipios 2.16. Las tasas fueron más altas en el grupo de mujeres.

Se realizó el cálculo de la tasa estatal, del municipio del Centro y conjuntamente de los demás municipios por grupo etario encontrándose en todos los casos que las tasas más altas correspondían al grupo de 10 a 14 años de edad. Destacan los grupos etarios de 8 y 13 años que registraron tasas de 12.8 y 31.2 respectivamente. La tasa global para nuestro grupo respecto a la población de 5 a 15 años fue de 5.38, para el grupo de 5 a 9 años 4.81 y para el de 10 a 14 años 6.56. Las mujeres del grupo de 10 a 14 años presentaron tasas más altas que la población infantil registrándose para las adolescentes del Centro una tasa de 26.77 que fue mayor a la estatal de 10.61. Las mujeres de 13 años del municipio del Centro tuvieron una tasa de 74.93, la más alta de todas las observadas.

DISCUSIÓN

Límites y alcances del estudio. El diseño del estudio limita la investigación a describir las características observadas en el grupo estudiado, no se midió la magnitud de la asociación entre variables. Nuestro universo de estudio es una muestra poco representativa de la población infantil y de adolescentes del estado de Tabasco por lo que no permite la generalización de los resultados. Se desconoce la incidencia y prevalencia del intento de suicidio en la población infantil y de adolescentes de Tabasco ya que no existen antecedentes epidemiológicos de este fenómeno; sin embargo, los factores observados en los pacientes nos permite integrar el perfil de la población con intento de suicidio. Este estudio explora la conducta suicida infantil y en el adolescente de Tabasco, pretendiendo que a partir de este se inicien nuevas líneas de investigación que permitan un conocimiento más detallado de la conducta suicida en la población de niños y adolescentes de Tabasco.

Características generales de la población de estudio. Al dividir el universo de estudio en grupos etarios observamos que en el grupo de 5 a 9 años predominan los hombres con una relación 1.75:1 sobre las mujeres. La información estadística de menores de 10 años con conducta suicida es escasa, el INEGI reportó en 2001 once casos de suicidio en menores de 11 años pero ninguno de intento de suicidio,¹⁰ nuestro estudio muestra la importancia de este fenómeno en dicho grupo ya que el 40.7% de los pacientes incluidos en el estudio son menores de 10 años. En el grupo de 10 a 15 años predominan la mujeres observándose una relación hombre-mujer 1:3, esto coincide con observaciones de otros estudios en los que la incidencia de intento de suicidio en mujeres es el

doble o mayor comparada con la observada en hombres.¹³ También podemos contrastar estos hallazgos con las estadísticas nacionales las cuales muestran que la mayor proporción de suicidios consumados en mujeres se cometen en la población de 10 a 19 años.¹²

En 2004 la incidencia de suicidios en Tabasco fue mayor en el área rural,¹³ nosotros encontramos que la mayor proporción de intentos de suicidio se cometió en el municipio del Centro en donde predomina la población urbana, además las tasas de intento de suicidio fueron mayores para el municipio del centro en comparación a obtenida en conjunto por los demás municipios. En comparación a los adolescentes de zonas rurales, los que viven en zonas urbanas están expuestos a más factores estresantes, tienen mayor acceso a medios de comunicación por lo que también es mayor su exposición a contenidos violentos y los hace más propensos a la práctica de conductas riesgosas, esto favorece el desarrollo acelerado de la conducta suicida y en general de las conductas violentas.²⁷

El INEGI reportó en 2004 un total de 193 intentos de suicidio en nuestro país,¹³ los 27 casos de nuestro estudio equivalen a un 14% de esa cifra lo cual muestra la magnitud del subregistro de casos nuevos a nivel nacional pues tan solo corresponde a 2 grupos etarios de un solo estado. La OMS estima que por cada suicidio consumado 10 a 20 personas intentan suicidarse,³ si extrapolamos estos datos estimaríamos en Tabasco entre 1930 a 3860 intentos de suicidio durante 2004, nuestro universo de estudio tan solo representaría el 0.7 al 1.4% de la población total con intento suicida. El sistema de registro de casos nuevos es deficiente en el estado de Tabasco, los intentos de suicidio no se reportan de forma oficial –aún cuando se realice un estudio epidemiológico para cada caso–

lo cual se ve reflejado en las estadísticas del INEGI en donde no aparece un solo intento de suicidio en Tabasco durante el año 2004, este subregistro es favorecido porque en nuestro país solo es obligatorio reportar los casos de suicidio mas no lo intentos,³¹ como consecuencia no se ha podido determinar la magnitud real del problema, además, debe considerarse la posibilidad de que una gran cantidad de casos ni siquiera llegan a las unidades de primer nivel para su atención.

Factores de riesgo. Existe una asociación entre el suicidio y el medio socioeconómico bajo,^{5,26,33} el 74.1% de las familias pertenecían a este medio. La frecuencia observada de niños con nivel socioeconómico bajo puede estar condicionada por las característica del Hospital del Niño el cual presta atención principalmente a la población de escasos recursos. Aún así debemos señalar que el bajo nivel socioeconómico más que un factor de riesgo es una condición que favorece la exposición a diversos factores de riesgo para la conducta suicida tales como el abuso de sustancias y alcohol, psicopatología familiar, mayores índices de disfunción familiar, violencia intrafamiliar, abuso físico y sexual y la carencia de redes de apoyo.^{5,26,34,36,37} Varios estudios sugieren que la disfunción familiar tiene una participación importante en la génesis y persistencia de la conducta suicida.^{5,26,43} Encontramos disfunción familiar en el 81.5% de los casos, vinculándose en la mayoría de los casos a desintegración familiar con o sin reconstrucción de la familia; todas las familias desintegradas eran disfuncionales y se observó con mayor frecuencia violencia intrafamiliar en las que no estaban integradas.

Varios pacientes con conducta suicida tienen antecedentes escolares de conducta antisocial, mala adaptación, problemas disciplinarios y legales,^{18,29} bajo rendimiento escolar, percepción negativa de su desempeño y abandono escolar

que frecuentemente están asociados a ideación suicida.³¹ Nuestros resultados coinciden con la literatura ya que al momento del intento de suicidio el 70% de los pacientes presentaban por lo menos un tipo de problema en el ámbito escolar.

Varios estudios han demostrado que los antecedentes familiares de patología psiquiátrica y abuso de sustancias en los padres y la presencia de conducta suicida en familiares de primer grado son factores de riesgo para el desarrollo de conducta suicida en los hijos.^{5,18,19,25,35} Solo el 22.2% de nuestra población de estudio reportó antecedentes de familiares de abuso de sustancias y el 11.1% fueron positivos para el resto de los factores. Los resultados observados en este estudio pueden subestimar la realidad ya que una gran proporción de expedientes carecía de historia clínica completa. Es probable que la prevalencia de dichos factores sea mayor en la población con conducta suicida del estado de Tabasco.

Se sabe que los antecedentes personales de abuso de sustancias,^{29,33,34} patología psiquiátrica^{23,29,32,33} e intentos de suicidio previos^{35,40,41} en el paciente son factores de riesgo para la conducta suicida y simultáneamente son útiles como predictores de nuevos intentos de suicidio y consumación del suicidio. Solo el 7.4% de los pacientes refirió haber consumido en alguna ocasión algún tipo de droga. Observamos intentos de suicidio previos en el 59.1% de los casos, el 33.3% de los pacientes lo habían intentado más de una vez, situación que es alarmante ya que aumenta el riesgo de consumación de suicidio en nuestro grupo de pacientes. Hasta el 90% de los pacientes con suicidio consumado tienen intentos de suicidio previos, los paciente con intentos de suicidio repetidos tienen psicopatologías más severas y en mayor número, mayor cantidad de situaciones adversas en su vida y más antecedentes familiares de riesgo en comparación con los que cometen el primer intento de suicidio.^{40,41} Además los suicidios múltiples facilitan a la larga la

consumación del suicidio ya que el aprendizaje obtenido durante la realización de un intento de suicidio estimula las redes cognitivas permitiendo en etapas posteriores desencadenar esta conducta con estímulos de menor intensidad y eventualmente facilitando la consumación del acto al perfeccionar de manera paulatina la metodología que el individuo utiliza durante el acto.²⁰

La identificación del síndrome presuicidal es útil en el abordaje y manejo del paciente con conducta suicida;^{48,49} además dicha sintomatología señala la presencia de un trastorno depresivo o de ansiedad subyacente. Solo en el 14.8% de los pacientes se detectó previo al intento de suicidio alguna psicopatología, sin embargo el 88.9% de los pacientes reportaron por lo menos un síntoma presuicidal, esto denota una diferencia proporcional muy importante entre los casos detectados y los casos susceptibles de detección en los que no se pudo realizar un diagnóstico oportuno, estos resultados sugieren que las acciones preventivas y la detección de trastornos psiquiátricos no son efectivas en los niños y adolescentes de nuestro medio.

En la literatura científica se ha observado que la impulsividad y la agresividad precipitan la conducta suicida y facilitan la consumación del suicidio²⁰, este efecto se ve potenciado cuando los mecanismos compensadores del ego no son capaces de dirigir la agresión y se vuelca esta sobre el yo.²¹ Debe destacarse que se reportó agresividad en el 59.3% de los casos como uno de los síntomas presuicidales. La agresividad es una característica susceptible de atenuación a través de psicoterapia,⁵³ pero tan solo el 31.5% de los pacientes con agresividad recibieron esta modalidad terapéutica.

Se sabe que la pertenencia e identidad hacia un grupo permite desarrollar sentimientos de compromiso hacia él y la familia, mayores objeciones morales

contra el suicidio y temor a la desaprobación social, esto tiene un efecto protector contra el suicidio.⁴⁴ No se pudo determinar en nuestro estudio si había adherencia hacia un grupo en nuestros pacientes por la falta de información en la historia clínica, aunque podemos mencionar que el 40.8% estaba afiliado a un sistema de seguridad social, el resto no contaba con ninguna clase de apoyo, 2 pacientes habían recibido apoyo por parte del DIF al ser alojadas en una casa hogar después de haber sufrido abuso sexual en sus núcleos familiares. Los pacientes que sufren abuso sexual durante la infancia tienen un riesgo 2 a 4 veces mayor en mujeres y 4 a 11 veces mayor en hombres para cometer intento de suicidio comparados con la población general.³⁷ Podemos inferir que la participación de instituciones gubernamentales y no gubernamentales no es extensiva a toda la población por lo que en algunos casos el apoyo requerido por el paciente llega tardíamente en etapas en las que la disfunción familiar ha evolucionado a la violencia y el daño físico y psicológico es irreversible.

Características del intento de suicidio. En México los intentos de suicidio registrados por mes durante 2004 tuvieron poca variabilidad aunque disminuyeron durante los meses de octubre a diciembre.¹³ Comparándola con estos datos se observa discrepancia en nuestra población de estudio, la mayor frecuencia se observó en los meses de febrero para mujeres adolescentes y en septiembre y octubre para niños del sexo masculino. Aunque no hay estudios que expliquen esta asociación podemos especular que el aumento en los intentos de suicidio en mujeres adolescentes puede verse influenciado por las celebraciones de febrero en torno “al amor y la amistad”, quizá por un aumento en los sentimientos de soledad y minusvalía al contrastar la adolescente su situación personal con la de sus pares y considerarla mucho más favorable que la suya. En cuanto a los

factores precipitantes el 66.6% de las causas estuvieron relacionadas a diversos problemas relacionados con la familia. Coinciden nuestros hallazgos con la literatura científica ya que durante la adolescencia temprana los conflictos familiares constituyen el factor desencadenante más frecuente.²⁹

Los métodos de suicidio de mayor letalidad y violencia (armas de fuego, ahorcamiento) son utilizados principalmente por los hombres.^{4,6,7} Sin embargo la frecuencia de uso de métodos de alta letalidad observada fue ligeramente mayor en hombres. Se observaron complicaciones médicas del intento de suicidio exclusivamente entre las mujeres, 2 de ellas requirieron de apoyo ventilatorio (un caso correspondió a ahorcamiento y otro a envenenamiento), esto denota que la intencionalidad y letalidad del acto fueron de mayor severidad en las mujeres independientemente del método elegido; estos datos tienen correspondencia con las estadísticas nacionales las cuales muestran que las adolescentes de 10 a 19 años integran el grupo femenino en el que se observa el mayor índice de consumación de suicidio.¹³ Algunos estudios reportan que las mujeres con intento de suicidio reciben atención médica después del acto con mayor frecuencia en comparación con los hombres,¹⁰ una proporción importante de los hombres consuman el suicidio sin que logren recibir atención médica. En nuestro país el primer lugar en mortalidad masculina por suicidios lo ocupa el grupo de 20 a 24 años, los adolescentes de 10 a 15 años de edad ocupan el sexto lugar en incidencia.^{10,13} No observamos complicaciones médicas entre los hombres de nuestro estudio lo cual implica menor letalidad en los intentos de suicidio para este grupo y se relaciona con las estadísticas nacionales.

Las políticas que restringen el acceso a los métodos suicidas tienen un impacto efectivo aunque transitorio en la prevención del suicidio ya que a la larga

los individuos optan por elegir otras alternativas, los métodos de suicidio utilizados dependen de la disponibilidad que tengan dentro de una comunidad determinada.⁷ Ya que la población estudiada es en su mayoría de escasos recursos esto condiciona la elección de métodos de fácil acceso, baratos y sin restricciones para su adquisición.

Se considera que la presencia de psicopatología es un denominador casi constante de la conducta suicida y del suicidio consumado, más del 90% de los pacientes que logran suicidarse presentan depresión u otra patología al momento del suicidio.^{23,29,32,33} La patología psiquiátrica diagnosticada con mayor frecuencia en nuestro grupo de pacientes fue la depresión mayor, presente en el 85.2% de los casos, no hubo diferencias entre hombres y mujeres. El 22.2% presentaron una psicosis en estudio y el 18.5% trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En el grupo de menores de 5 a 9 años se observa una frecuencia mayor de TDAH. Se diagnosticó ansiedad y trastornos esquizofreniformes en el 11.1% de los casos respectivamente. Estos datos se correlacionan con lo observado en otros estudios en donde los principales diagnósticos asociados a la conducta suicida son depresión y trastornos del ánimo, trastornos de la personalidad, esquizofrenia y consumo de sustancias.⁸ Casi el 100% de los pacientes requirieron manejo farmacológico durante la crisis principalmente con el uso de antidepresivos.

Diversos estudios proponen un nuevo enfoque preventivo para que en el primer nivel de atención se detecte, se inicie tratamiento y se refieran oportunamente los casos de depresión y otras psicopatologías al nivel correspondiente para su atención, se estima que estas acciones tendrían un impacto muy importante en la atenuación de la conducta suicida.^{23,50,51} A raíz de la creación del “programa de

Prevención del Suicidio” en Tabasco se ha dado mayor importancia a este fenómeno, observándose una disminución en la incidencia anual de casos de 2002 a 2004, siendo para cada año de 178, 151 y 147 casos respectivamente.^{14,15,16} Sin embargo el enfoque preventivo del programa está dirigido principalmente a adultos, en el grupo de 5 a 15 años ni siquiera se han realizado registros estadísticos que permitan evaluar la magnitud del problema ni el impacto de dicho programa en la prevención del suicidio en niños y adolescentes. Debe darse énfasis a la prevención ya que los suicidios (junto con lo accidentes de tránsito) constituyen más del 80% de los casos de muertes prevenibles en el grupo de 10 a 19 años, grupo en el cual predominan las muertes por causas violentas.⁸

En cuanto a la integración de perfil del paciente con intento suicida nuestros hallazgos coinciden con los de algunos estudios. En Nueva Zelanda se determinó el perfil de riesgo para conducta suicida en adolescentes a través de un estudio longitudinal concluyendo que los sujetos con conducta suicida pertenecían con mayor frecuencia a familias con problemas económicos, con padres separados, con poco apego a lo padres, con antecedentes de abuso sexual, alta exposición a agentes estresantes y la presencia de enfermedades mentales durante la adolescencia.⁴³ En Canadá se determinó el perfil de pacientes que reincidían en la conducta suicida, la mayoría tenía entre 15 y 19 años y requirieron previamente cuidados psiquiátricos, presentaban sintomatología depresiva, y abuso y/o intoxicación por sustancias.⁵⁶ En el hospital psiquiátrico de Villahermosa entre 1996 a 1999 se analizaron casos en mayores de 15 años, predominaron las mujeres (65.8%) y el principal factor desencadenante tuvo lugar en la familia, el método preferido fue el envenenamiento en el 55.5% por lo que el 90.4% de los

pacientes requirieron hospitalización.¹⁷ Los pacientes incluidos en nuestro estudio comparten algunas características con los estudios mencionados anteriormente, en nuestro grupo de estudio encontramos como características más relevantes por la frecuencia con que fueron encontradas: nivel socioeconómico bajo, sexo femenino en adolescentes de 10 a 15 años, residencia en el municipio del centro (tasa de incidencia anual mayor), dinámica familiar disfuncional, desintegración familiar, presencia de problemas escolares, presencia de síntomas presuicidales, y padecer alguna psicopatología. Los métodos más utilizados por los hombres fueron el ahorcamiento y el uso de arma blanca, las mujeres también utilizaron dichos métodos pero en proporción menor a los hombres predominando en ellas el envenenamiento y la intoxicación por medicamentos como métodos exclusivos de ellas.

CONCLUSIONES

1. Suicidio e intento de suicidio son 2 fenómenos crecientes en nuestro país y que cobran cada vez mayor importancia por su impacto social, y sus consecuencias en la calidad de vida y salud mental del paciente y quienes lo rodean.
2. El intento de suicidio es un fenómeno poco estudiado en nuestro país y en el estado de Tabasco, todavía desconocemos la magnitud real e impacto social por la falta de un sistema de registro eficiente de los casos.
3. Por lo tanto no podemos diseñar estrategias preventivas adecuadas a nuestra realidad si desconocemos qué factores la integran y como se relacionan dichos factores para la génesis de la conducta suicida.
4. La evaluación de la conducta suicida en los miembros de una comunidad debe abarcar completamente el espectro de sus manifestaciones empezando por la presencia de los factores de riesgo y la ideación suicida hasta los intentos de suicidio y el suicidio consumado; las tasas de suicidio por sí mismas no pueden evaluar la gravedad del problema, sus repercusiones ni la efectividad de los programas para su prevención si no se consideran los demás aspectos de la conducta suicida.
5. Carecemos de capacitación en esquemas de atención para el abordaje de niños y adolescentes con conducta suicida en los diferentes niveles de atención.
6. La detección de casos y los programas preventivos no son efectivos en niños y adolescentes ya que no han podido medir el impacto de sus

acciones en estos grupos. Las intervenciones en intento de suicidio solo se limitan a las acciones asistenciales en el estado de Tabasco.

7. La participación de las instituciones es insuficiente. Se requiere además de las acciones asistenciales la realización de nuevas investigaciones que permitan la planeación y evaluación de programas preventivos que impacten en este problema.
8. Las mujeres presentan mayor letalidad en los intentos que los hombres implicando esto un riesgo mayor de complicaciones médicas que pongan en peligro la vida.
9. Concluimos que el perfil del paciente con intento suicida corresponde al de un niño (principalmente varón) menor de 10 años con depresión u otras psicopatologías o una mujer adolescente, que padezcan depresión, que manifiesten síntomas presuicidales, con residencia en el municipio del centro, con antecedentes de problemas escolares, y que vivan en un ambiente familiar violento, desintegrado y disfuncional, de medio socioeconómico bajo en el que carezcan de redes sociales de apoyo que brinden soporte durante una crisis. Los hombres prefieren el uso de arma blanca y ahorcamiento, en las mujeres predomina el envenenamiento y la intoxicación por medicamentos.

RECOMENDACIONES

Para transformar nuestra realidad debemos primero reconocer la existencia e importancia de este problema haciendo conciencia del mismo en la población de Tabasco y el sector salud del estado. El estudio de este fenómeno requiere la sistematización del método para la recolección, organización y análisis de la información complementándose esto con el diseño de nuevos estudios prospectivos longitudinales para dar seguimiento a los casos y medir el impacto de los programas preventivos en los factores de riesgo; debe darse énfasis al estudio de la conducta suicida en todas sus dimensiones y en el espectro completo de sus manifestaciones desde un enfoque multidisciplinario con la participación de organismos gubernamentales y no gubernamentales. Deben desarrollarse estrategias preventivas y asistenciales adecuadas y específicas para la población del estado.

La naturaleza de este problema requiere un abordaje integral y multidisciplinario en el que se conformen grupos especializados para su atención; además se requiere capacitar al personal de salud del primero y segundo nivel de atención para que participen en la detección oportuna de pacientes en riesgo y sean referidos oportunamente al nivel de atención que requieren. Dicha capacitación debe enfocarse a la identificación de factores de riesgo, depresión y otras psicopatologías asociadas, así como al abordaje inicial del paciente. Es conveniente retomar el enfoque de Durkheim y replantear la conducta suicida como un indicador de bienestar social dentro de una comunidad. No podemos restringir las acciones al campo asistencial, la sociedad, el estado y sus instituciones deben participar activamente en la construcción de un ambiente

social y familiar sano y funcional para el desarrollo integral de los niños y adolescentes de Tabasco.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stanford encyclopedia of philosophy. 1999
2. Vega MP, Blasco HF, Baca EG, Díaz CS: *El suicidio*. Salud Global. Año II No 4:2-16.
3. World Health Organization. Figures and facts about suicide. WHO, Geneva, 1999
4. Committee on Adolescence. American Academy Of Pediatrics: *Suicide and Suicide Attempts in Adolescents*. Pediatrics Vol. 105 No. 4 April 2000.
5. Martínez AJ, Moracén ID, Madrigal MS, Almenares MA: *Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil*. Rev Cubana Med Gen Integr;14(6):554-9. 1998.
6. Rodríguez AH, García MI, Ciriacos C: *Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay*. Rev Med Uruguay; 21: 141-150. 2005.
7. Centers for Disease Control and Prevention: *Methods of Suicide Among Persons Aged 10-19 Years – United States, 1992-2001*. MMWR 53(22):471-474, 2004.
8. Santos JIP, Villa JPB, García MAA, León GA, Quezada SB, Tapia RC: *La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México*. Salud Publica Mex; 45 supl 1:S140-S152. 2003.
9. Borges g, Rosovsky H, Gómez C, Gutierrez R: *Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994*. Salud Pública Mex; 38:197-206. 1996.
10. Puentes ER, López LN, Martínez TM: *La mortalidad por suicidios: México 1990-2001*. Rev Panam Salud Publica; 16(2):102-9. 2004.
11. Estadísticas vitales 1890-1993, 1993. México. Datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2000-2050, México 2002.)
12. INEGI. *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios. Serie boletín de estadísticas continuas, demográficas y sociales*. Edición 2004.

- 13.(INEGI. Cuaderno número 11. *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*. Edición 2004)
- 14.INEGI. *Estadística de intentos desuicidios y suicidios*. Cuaderno No. 7. Edic. 2001)
- 15.SISPA. Secretaría de salud. Tabasco. 2002.
- 16.Dirección de salud Psicosocial. *Prevención del suicidio en Tabasco*. Secretaría de Salud del estado de Tabasco.
- 17.Castro MJM: *Intentos de suicidio atendidos en el Hospital Psiquiátrico "Villahermosa"*. Salud en Tabasco Vol. 7, No. 1, Febrero 2001.
- 18.Oquendo M: *Identifying Neurobiological Correlates of Suicide Risk in Depression*. Psychiatric Times. Vol. XX Issue 13. Diciembre 2003.
- 19.Joiner TE, Brown JS, Wingate LR: *The psychology and neurobiology of suicidal behavior*. Annu Rev Psychol. 56:287-314. 2005.
- 20.Mann J: *Searching for Triggers of Suicidal Behavior*. Am J Psychiatry. 161:3, March 2004.
- 21.Apter A, Gothelf D, Offerr R, Ratzoni G, Orbach I, Tyano S, Pfeffer C: *Suicidal Adolescents and Ego Defense Mechanisms*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Volume 36(11): 1520-1527. Nov 1997.
- 22.Boergers J, Spirito A, Donaldson D: *Reasons for Adolescent Suicide Attempts: Associations With Psychological Functioning*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Volume 37(12): 1287-1293. Dic 1998.
- 23.Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM: *Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review*. Psychological Medicine. 33:395-405. 2003.
- 24.Durkheim E: *El suicidio*. Grupo editorial Tomo, edición 2004. 1897.)
- 25.Beardslee W, Versage EM; Gladstone T: *Children of Affectively Ill Parents: A Review of the Past 10 Years*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Volume 37(11): 1134-1141. Nov 1998.
- 26.Fergusson DM, Lynskey MT: *Childhood Circumstances, Adolescent Adjustment, and Suicide Attempts in a New Zealand Birth Cohort*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Volume 34(5): 612-622. May 1995.
- 27.Villani S: *Impact of Media on Children and Adolescents: A 10-Year Review of the Research*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 40:4, April 2001.

28. Shaffer D, Gould M, Fisher P, Trautman Paul, Moreau D, Kleinman M, Flory M: *Psychiatric Diagnosis in Child and Adolescent Suicide*. Archives of General Psychiatry. Volume 53(4): 339-348. April 1996.
29. Brent D, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L: *Age- and Sex-Related Risk Factors for Adolescent Suicide*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Volume 38(12): 1497-1505. December 1999.
30. Baca EG, Diaz-CS, Ceverino A, SaizJR, Diaz FJ, De Leon J: *Association Between the Menses and Suicide Attempts: A Replication Study*. Psychosomatic Medicine 65:237-244. 2003.
31. González FC, Berenzon GS, Tello GAM, Flores FD, Medina MI: *Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes*. Salud pública de México. Vol. 40, No. 5, Sep-Oct.
32. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder, Roger T: *Psychiatric Contacts Among Youths Aged 13 Through 24 Years Who Have Made Serious Suicide Attempts*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Volume 37(5): 504-511. May 1998.
33. Michaud PA, Fombonne E: *ABC of adolescence: Common mental health problems*. BMJ Volume 330 9. April 2005.
34. Myles J, Willner P: *Substance misuse and psychiatric comorbidity in children and adolescents*. Current Opinion in psychiatry. Volume 12(3): 287-290. May 1999.
35. Ping Q: *The Relationship of Suicide Risk to Family History of Suicide and Psychiatric Disorders*. Psychiatric Times. Vol. XX Issue 13. December 2003.
36. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Salzinger S, Mandel F, WeinerM: *Adolescent Physical Abuse and Suicide Attempts*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Volume 36(6): 799-808. June 1997.
37. Molnar BE, Berkman ML, BukaSL: *Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US*. Psychological Medicine. Volume 31(6): 965-977. August 2001.

38. Myles JS, Willner P: *Substance misuse and psychiatric comorbidity in children and adolescents*. *Current opinion in Psychiatry*. Volume 12(3): 287-290. May 1999.
39. Pinhey TK, Millman SA: *Asian/pacific islander adolescent sexual orientation and suicide risk in Guam*. *American Journal of Public Health*. Vol 94, No 7: 1204-1206. July 2004.
40. Goldston DB, Daniel SS, Reboussin BA, Reboussin DM, Kelley AE, Frazier PH: *Psychiatric Diagnoses of Previous Suicide Attempters, First-Time Attempters, and Repeat Attempters on an Adolescent Inpatient Psychiatry Unit*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Volume 37(9): 924-932. September 1998.
41. Forman E, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT: *History of Multiple Suicide Attempts as a Behavioral Marker of Severe Psychopathology*. *Am J Psychiatry*. 161:437-443. 2004.
42. Guertin T, Lloid-Richardson E, Spirito A, Donaldson D, Boergers J: *Self-Mutilative Behavior in Adolescents who attempt suicide by overdose*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 40:9. Sep 2001.
43. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ: *Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood*. *Psychological medicine*. Volume 30(1): 23-39. January 2000.
44. Malone K, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S, Mann J: *Protective Factors Against Suicidal Acts in Major Depression: Reasons for Living*. *Am J Psychiatry* 157:7. July 2000.
45. Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ: *Religious Affiliation and Suicide Attempt*. *Am J Psychiatry* 161:12. December 2004.
46. Winters NC, Myers K, L Proud: *Ten-Year Review of Rating Scales. III: Scales Assessing Suicidality, Cognitive Style, and Self-Esteem*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 41:10. October 2002.
47. Shaffer D: *Discussion of: "Predictive Validity of the Suicide Probability Scale among Adolescents in Group Home Treatment"*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Volume 35(2): 172-174. February 1996.

48. Lochel M: *The presuicidal syndrome in children and adolescents*. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. Vol 33(6): 214-221. 2004.
49. Ringel E: *The presuicidal syndrome*. Suicide Life Treta Beba. Vol 6(3): 131-149.
50. Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN: *Screening for Suicide Risk in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force*. Ann Intern Med. 140:822-835. 2004.
51. Pérez BS: *Prevención del suicidio por el medico general. Principios para su capacitación*. Rev Electron Biomed / Electron J Biomed. 3:47-52. 2005.
52. Perez BS: *Manejo de la crisis suicida en el adolescente*. BSCP Can Ped. 28 No 1:79-89. 2004.
53. Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P: *Psychological treatment of depression in children and adolescents. A review of treatment research*. British Jouernal of Psychiatry. Vol 173(10): 291-298. Oct 1998.
54. Shaffer D, Pfeffer C, et al: *Practice parameter for the assesment and treatment of children and adolescents with suicidal behaviour..* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 40:7 Supplement. July 2001.
55. Resnick PJ: *Recognizing that the suicidal patient views you as an adversary*. Current Psychiatry 1(1):8. 2002.
56. Stewart Es, Manion Ig, Davidson S, Cloutier P: *Suicidal Children and Adolescents With First Emergency Room Presentations: Predictors of Six-Month Outcome*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Psychiatry. 40:5. May 2001.
57. Pfeffer C, Martins P, Mann J, Sunkenberg M, Ice A, Damore, Joseph P, Gallo C, Karpenos I, Jiang H: *Survivors of Suicide: Psychosocial Characteristics*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 36(1):65-74. 1997.

ORGANIZACIÓN

Asesor temático: Dr. Roberto Molina Solís

Asesor metodológico: Dr. José Manuel Díaz Gómez

Tesista: Dr. Jaime Arango Aguilar

EXTENSIÓN

1. Publicación en revistas médicas de circulación estatal y nacional.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MESES											
	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O
Planteamiento del problema	°											
Revisión bibliográfica	°	°	°									
Elaboración del protocolo		°	°									
Presentación preliminar				°								
Realización del estudio					°	°						
Recolección de datos					°	°	°					
Procesamiento de datos								°	°			
Análisis estadístico										°	°	
Documento preliminar												°
Documento final												°

ANEXO

FACTORES BIOPICOSOCIALES EN INTENTO DE SUICIDIO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Hoja de Recolección de Datos

Ficha de identificación

Nombre: _____ Sexo: M F
Edad: _____ años Fecha de nacimiento: _____ Expediente: _____
Fecha de captura: _____ Fecha del intento suicida: _____ Fecha de ingreso: _____
Municipio: _____ Localidad: _____

ENTORNO SOCIAL-FAMILIAR

- 1 ___ Padre vivo: a) SI b) NO c) No determinado
1A ___ Tiempo transcurrido desde el deceso: _____
a) Menos de un mes b) De 1 a 3 meses c) De 4 a 6 meses d) De 7 meses a 1 año
e) Más de un año f) No determinado
1B ___ Causa de la muerte: _____
a) Suicidio b) Muerte por enfermedad c) Muerte accidental d) Homicidio
e) Desconocida
1C ___ Edad del padre en años: _____
a) Menor de 20 b) De 21 a 30 c) De 31 a 40 d) De 41 a 50 e) Mayor de 50
f) No determinada
- 2 ___ Nivel educativo del padre: _____
a) Analfabeta b) Primaria completa c) Primaria incompleta d) Secundaria completa
e) Secundaria incompleta f) Media superior completa g) Media superior
h) Licenciatura completa i) Licenciatura incompleta j) Carrera técnica completa
k) Carrera técnica incompleta l) Postgrado m) No referido
- 3 ___ Patología en el padre:
a) Incapacidad permanente b) Enfermedad crónico degenerativa c) Enfermedad Aguda
d) No determinada e) Más de una enfermedad f) Sano
Enfermedad: _____
- 4 ___ Ocupación: _____
a) Profesionista b) Empleado c) Jornalero d) Otra actividad E) Comercio
f) Actividad familiar no remunerada g) No determinado
- 5 ___ Madre viva: a) SI b) NO c) No determinado
5A ___ Tiempo transcurrido desde el deceso: _____
a) Menos de un mes b) De 1 a 3 meses c) De 4 a 6 meses
d) De 7 meses a 1 año e) Más de un año f) No determinado
5B ___ Causa de la muerte: _____
a) Suicidio b) Muerte por enfermedad c) Muerte accidental d) Homicidio
e) Desconocida
5C ___ Edad de la madre en años: _____
a) Menor de 20 b) De 21 a 30 c) De 31 a 40 d) De 41 a 50 e) Mayor de 50
f) No determinada

- 6___ Nivel educativo de la madre: _____
a) Analfabeta b) Primaria completa c) Primaria incompleta d) Secundaria completa
e) Secundaria incompleta f) Media superior completa g) Media superior incompleta
h) Licenciatura completa i) Licenciatura incompleta j) Carrera técnica complet
k) Carrera técnica incompleta l) Postgrado m) No referido

- 7___ Patología en la madre:
a) Incapacidad permanente b) Enfermedad crónico degenerativa c) Enfermedad Aguda
d) No determinado e) Más de una enfermedad f) Sana
Enfermedad: _____

- 8___ Ocupación: _____
a) Profesionista b) Empleado c) Jornalero d) Actividad independiente
e) Comercio f) Actividad familiar no remunerada g) No determinado

- 9___ Estado civil de los padres:
a) Unión libre b) Casados c) Divorciados d) Viudo(a) e) Separados
9A___ Tiempo que tienen separados:
a) Menos de un mes b) De 1 a 3 meses c) De 4 a 6 meses
d) De 7 meses a 1 año e) Más de un año f) No determinado

- 10___ Tipo de familia por:
10A___ Extensión: a) Nuclear b) Extensa
10B___ Integración: a) Integrada b) Desintegrada c) Reconstruida
10C___ Funcionalidad: a) Funcional b) Disfuncional
10D___ Describir brevemente la dinámica familiar: _____

- 11___ En caso de adopción:
11A___ Adoptó: a) Padre b) Madre c) Abuelo(a) d) Otro familiar e) No es familiar
11B___ Tiempo transcurrido desde la adopción: _____
a) Menos de un mes b) De 1 a 3 meses c) De 4 a 6 meses d) De 7 meses a 1 año
e) Más de un año f) Se desconoce
11C___ El paciente está de acuerdo con la adopción: a) SÍ b) NO c) No referido
11D___ Hay conflictos propiciados por la adopción: a) SÍ b) NO c) No referido
11E___ El paciente tiene contacto con el padre biológico ausente: a) SÍ b) NO c) No referido

- 12___ Condiciones de vida:
12A___ Nivel socioeconómico: a) Bajo b) Medio c) Alto d) No referido
12B___ No. de personas que habitan en la vivienda: a) Menos de 5 b) 6 a 10
c) Más de 10 d) No referido
12C___ No. de dormitorios: a) 1 b) 2 c) 3 ó más d) No referido
12D___ Agua potable: a) SÍ b) NO c) No referido
12E___ Luz eléctrica: a) SÍ b) NO c) No referido
12F___ Excretas: a) Drenaje b) Letrina c) Fosa séptica d) Al aire libre
e) No referido
12G___ La casa es: a) Propia b) Rentada c) Prestada d) No referido
12H___ Paredes: a) Tabique o similar b) Lámina o cartón c) Madera
d) No referido
12I___ Techo: a) Cemento b) Lámina o cartón c) Madera d) No referido
12J___ Piso: a) Mosaico b) Cemento c) Tierra d) No referido
12k___ Tienen animales: a) SÍ b) NO c) No referido

13.- Número de integrantes en la familia: _____
13A.- Lugar ordinal que ocupa entre los hermanos _____
13B.- Número de hermanos adptivos _____
13C.- Número de hermanos biológicos _____

14.- Antecedentes de psicopatología en familiares o personas cercanas al paciente: a) SÍ b) NO
Familiar o persona Depresión Esquizofrenia Otras enfermedades
I
II
III

15.- Antecedente de **INTENTO DESUICIDIO** en familiares o personas cercanas: a) SÍ b) NO
Familiar o persona Método Tiempo transcurrido
I
II
III

16.- Antecedente de **SUICIDIO** en familiares o personas cercanas al paciente: a) SÍ B) NO
Familiar o persona Método Tiempo transcurrido
I
II
III

17.- Consumo de alcohol, tabaco o drogas en familiares o personas cercanas al paciente: a) SÍ b) NO
Familiar o persona Consumo de Tabaco Alcohol Otras (especificar)
I
III
III

18.- Violencia intrafamiliar: a) Ausente b) Presente c) No referido

19.- Tipo de violencia hacia el paciente:
a) Física b) Psicológica c) Abuso sexual d) Más de un tipo e) No referido
Describir detalladamente: _____

ENTORNO ECONÓMICO

20.- Ingreso mensual familiar: _____
20A ___ Proveedor de recursos en la familia: a) Padre b) Madre c) Ambos d) Otro
20B ___ Otro miembro contribuye al ingreso familiar: a) SÍ b) NO
20C ___ Quién contribuye: a) Hermanos b) Paciente c) Otro miembro _____

ENTORNO ESCOLAR

21 ___ Año escolar que cursa durante el último intento de suicidio: _____
Primaria: a) 1/ b) 2/ c) 3/ d) 4/ e) 5/ f) 6/
Secundaria: g) 1/ h) 2/ i) 3/
Bachillerato o equivalente: j) 1/ k) 2/ l) 3/ m) Ninguno

- 22___ Acudía de forma regular a la escuela: a) Sí b) NO
 En caso de no acudir a la escuela especificar:
 22A___ Desde cuándo: a) Menos de un mes b) De 1 a 3 meses
 c) De 4 a 6 meses d) De 7 meses a 1 año e) Más de un año
 22B___ Motivo por el que dejó la escuela: a) Enfermedad psiquiátrica b) Enfermedad general c) Económico d) Desinterés e) Otro: _____

- 23.- Tiene problemas escolares:
 23A___ Rendimiento escolar bajo: a) SÍ b) NO c) No referido
 23B___ Ciclos escolares reprobados: a) 1 c) 2 c) Más de 2 d) Ninguno
 23C___ Problemas de conducta: a) SÍ b) NO c) No referido
 23D___ Problemas de atención: a) SÍ b) NO c) No referido

INSTITUCIONES DE ASISTENCIA QUE BRINDEN APOYO AL PACIENTE

- 24___ Recibe apoyo de alguna institución: a) SÍ b) NO c) No especificado
 24A___ Tipo de apoyo: a) Psicológico b) Económico C) Ambos D) Otro tipo de apoyo
 24B___ Institución que brinda apoyo: _____
 a) Gubernamental c) No gubernamental c) Ambas
 25___ Cuenta con servicio de salud: a) Ninguno b) IMSS c) ISSTE d) ISSET
 e) Seguro popular f) No especificado g) Otra _____

ASPECTOS PERSONALES

- 26___ Antecedentes personales patológicos: a) SÍ b) NO c) No referido
 26A___ Enfermedad: a) Crónico degenerativa b) Aguda c) Otro padecimiento
 Especificar: _____
 26B___ Tiempo de evolución: a) Menos de un mes b) De 1 a 3 meses
 c) De 4 a 6 meses d) De 7 meses a 1 año e) Más de un año f) No especificado
 26C___ Acepta su enfermedad: a) SÍ b) NO c) No especificado
 27___ Presenta alguna psicopatología: a) SÍ b) NO c) No especificado
 27A___ Tipo: a) Depresión b) Esquizofrenia c) Psicosis d) Ansiedad
 c) Otras enfermedades _____
 27B___ Tiempo de evolución: a) Menos de un mes b) De 1 a 3 meses c) De 4 a 6 meses
 d) De 7 meses a 1 año e) Más de un año
 27C___ Recibe tratamiento: a) SÍ b) NO c) No especificado
 28___ Abuso de alcohol o sustancias: a) SÍ b) NO c) No especificado
 28A___ Tipo: a) Alcohol b) Tabaco c) Más de una d) Otra _____
 28B___ Tiempo de evolución: a) Menos de un mes b) De 1 a 3 meses c) De 4 a 6 meses
 d) De 7 meses a 1 año e) Más de un año
 29___ Practica alguna religión: _____
 a) Católico b) Protestante c) Otra religión d) No creyente e) No referida
 30___ ¿Amenazó con irse de la casa? a) SÍ b) NO c) No especificado
 31___ ¿Pidió tener otros padres? a) SÍ b) NO c) No especificado

32.- Presenta síntomas presuicidiales:

Síntomas	NO	SÍ	No referido
32A. Evade problemas	a	b	c
32B. Autoestima baja	a	b	c
32C. Desesperanza	a	b	c
32D. Se aísla	a	b	c
32E. Agresivo	a	b	c
32F. Desea morir	a	b	c

33.- Número de intentos de suicidio previos: ____

33A. ____ Tiempo transcurrido entre el último y el penúltimo intento de suicidio: a) Menos de un mes
b) De 1 a 3 meses c) De 4 a 6 meses d) De 7 meses a 1 año e) Más de un año

33B. Métodos utilizados con anterioridad (número):

a) Ahorcamiento ____ b) Arma de fuego ____ c) Arma blanca ____ d) Envenenamiento ____
e) Inmersión ____ f) Precipitación ____ g) Medicamentos ____

h) Otro: _____

34. ____ Manifestó ideas suicidas antes del intento: a) SÍ b) NO c) No especificado

34A. ____ Tiempo previo al intento de suicidio: a) Menos de un mes b) De 1 a 3 meses
c) De 4 a 6 meses d) De 7 meses a 1 año e) Más de un año f) No referido

35. ____ ¿Mencionó cuál era el modo en el que se quitaría la vida? a) SÍ b) NO c) No especificado

CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO SUICIDA

36. ____ Factor desencadenante o precipitante del intento de suicidio:

a) Problema escolar b) Problema familiar c) Problema amoroso
d) Pérdida de un ser querido e) Otro _____

Describir brevemente el factor desencadenante:

37. ____ Método utilizado:

a) Ahorcamiento b) Arma de fuego c) Arma blanca d) Envenenamiento
e) Inmersión f) Precipitación g) Medicamentos h) Otro: _____

38. ____ El acto se realizó de modo que no se descubriera: a) SÍ b) NO c) No determinado

39. ____ Tipo de atención prehospitalaria que recibió: a) Médica b) Paramédica c) Ninguna

Describir brevemente: _____

40. ____ Motivo de atención por el que se refiere al hospital después del intento de suicidio:

a) Valoración por consulta externa b) Hospitalización por lesión autoinflingida
c) Hospitalización para manejo psiquiátrico d) Otro motivo:

41. ____ Tipo de lesión autoinflingida:

a) Herida b) Quemadura c) Amputación d) Lesión por asfixia
e) Lesión a órganos internos f) Otras lesiones g) Ninguna

42. ___ Complicaciones atribuidas al intento de suicidio:
a) Médicas b) Quirúrgicas c) Ambas d) Ninguna

43.- Tratamiento médico, psiquiátrico y psicológico que recibió: _____

44.- Diagnósticos finales del paciente:

1 _____

2 _____

3 _____

45.- Días de estancia intrahospitalaria: _____

46___ Presentó secuelas y/o incapacidades secundarias a la lesión: a) SÍ b) NO c) No determinado

Observaciones:

CUADROS

Cuadro 1
Características generales de los pacientes con intento de suicidio

	Edad						Adoptados			
	Total		5-9 años		10-15 años		Sí		No	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo										
Femenino	16	59,3%	4	14,8%	12	44,4%	5	18,5%	11	40,7%
Masculino	11	40,7%	7	25,9%	4	14,8%	6	22,2%	5	18,5%
Escolaridad										
Primaria	16	59,3%	11	40,7%	5	18,5%	8	29,6%	8	29,6%
Secundaria	11	40,7%	0	0,0%	11	40,7%	3	11,1%	8	29,6%
Procedencia por subregiones										
Centro	21	77,8%	9	33,3%	12	44,4%	9	33,3%	12	44,4%
Chontalpa	4	14,8%	1	3,7%	3	11,1%	2	7,4%	2	7,4%
Sierra	1	3,7%	0	0,0%	1	3,7%	0	0,0%	1	3,7%
Pantanos	1	3,7%	1	3,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,7%

Cuadro 2
Características de los padres

	Madre		Padre	
	N	%	N	%
Padres vivos				
Sí	25	92,6%	24	88,9%
No	2	7,4%	3	11,1%
Edad				
21 a 30 años	5	18,5%	1	3,7%
31 a 40 años	10	37,0%	7	25,9%
41 a 50 años	5	18,5%	5	18,5%
Mayor de 50 años	1	3,7%	3	11,1%
Se desconoce	6	22,2%	11	40,7%
Escolaridad				
Analfabeta	1	3,7%	1	3,7%
Primaria	7	25,9%	4	14,8%
Secundaria	5	18,5%	5	18,5%
Media superior	2	7,4%	4	14,8%
Licenciatura	2	7,4%	0	0,0%
Se desconoce	10	37,0%	13	48,1%
Actividad				
Profesionista	1	3,7%	1	3,7%
Empleado	7	25,9%	5	18,5%
Jornalero	0	0,0%	5	18,5%
Otras actividades	0	0,0%	2	7,4%
Se desconoce	5	18,5%	14	51,9%
Comerciante	1	3,7%	0	0,0%
Actividad familiar	13	48,1%	0	0,0%

Cuadro 3
Características Generales de las familias

	Tipo de familia											
	Todas		Nuclear		Extensa		Integrada		Desintegrada		Reconstruida	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dinámica familiar												
Funcional	5	18,5%	4	14,8%	1	3,7%	2	7,4%	0	0,0%	3	11,1%
Disfuncional	22	81,5%	18	66,7%	4	14,8%	5	18,5%	11	40,7%	6	22,2%
Violencia intrafamiliar												
Ausente	15	55,6%	11	40,7%	4	14,8%	4	14,8%	7	25,9%	4	14,8%
Presente	12	44,4%	11	40,7%	1	3,7%	3	11,1%	4	14,8%	5	18,5%
Nivel socioeconómico												
Bajo	21	77,8%	17	63,0%	4	14,8%	5	18,5%	9	33,3%	7	25,9%
Medio	6	22,2%	5	18,5%	1	3,7%	2	7,4%	2	7,4%	2	7,4%
Estado civil												
Unión libre	3	11,1%	3	11,1%	0	0,0%	1	3,7%	0	0,0%	2	7,4%
Casados	7	25,9%	6	22,2%	1	3,7%	5	18,5%	2	7,4%	0	0,0%
Viudo(a)	5	18,5%	5	18,5%	0	0,0%	1	3,7%	1	3,7%	3	11,1%
Separados	12	44,4%	8	29,6%	4	14,8%	0	0,0%	8	29,6%	4	14,8%
Situación de adopción												
Adoptados	11	40,7%	10	37,0%	1	3,7%	2	7,4%	2	7,4%	7	25,9%
No adoptados	16	59,3%	12	44,4%	4	14,8%	5	18,5%	9	33,3%	2	7,4%

Cuadro 4
Distribución de Factores de riesgo

	Sexo						Edad			
	Ambos		Mujeres		Hombres		5-9 años		10-15 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Antecedentes familiares										
Psicopatología	5	18,5%	2	7,4%	3	11,1%	2	7,4%	3	11,1%
Intento de suicidio	5	18,5%	2	7,4%	3	11,1%	2	7,4%	2	7,4%
Suicidio	5	18,5%	3	11,1%	2	7,4%	2	7,4%	3	11,1%
Abuso de sustancias	8	29,6%	4	14,8%	4	14,8%	5	18,5%	3	11,1%
Problemas escolares										
Rendimiento	12	44,4%	5	18,5%	7	25,9%	6	22,2%	6	22,2%
Conducta	9	33,3%	5	18,5%	4	14,8%	5	18,5%	4	14,8%
Ciclos reprobados	7	25,9%	4	14,8%	3	11,1%	2	7,4%	5	18,5%
Atención	6	22,2%	2	7,4%	4	14,8%	5	18,5%	1	3,7%
Ausentismo	5	18,5%	2	7,4%	3	11,1%	2	7,4%	3	11,1%
Antecedentes personales										
Psicopatología	4	14,8%	3	11,1%	1	3,7%	2	7,4%	2	7,4%
Uso de sustancias	2	7,4%	1	3,7%	1	3,7%	0	0,0%	2	7,4%
Intentos de suicidio previos										
Ninguno	13	48,1%	9	33,3%	4	14,8%	5	18,5%	8	29,6%
Uno	4	14,8%	2	7,4%	2	7,4%	2	7,4%	2	7,4%
Más de uno	10	37,0%	5	18,5%	5	18,5%	4	14,8%	6	22,2%
Síntomas presuicidales										
Agresividad	16	59,3%	8	29,6%	8	29,6%	8	29,6%	8	29,6%
Deseo de morir	15	55,6%	10	37,0%	5	18,5%	4	14,8%	11	40,7%
Aislamiento	14	51,9%	11	40,7%	3	11,1%	4	14,8%	10	37,0%
Autoestima baja	13	48,1%	8	29,6%	5	18,5%	6	22,2%	7	25,9%
Desesperanza	7	25,9%	5	18,5%	2	7,4%	2	7,4%	5	18,5%
Evade problemas	3	11,1%	1	3,7%	2	7,4%	1	3,7%	2	7,4%

Cuadro 5
Características Generales del intento suicida

	Sexo						Edad			
	Ambos		Mujeres		Hombres		5-9 años		10-15 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Incidencia Trimestral										
Febrero a Abril	10	37,0%	7	25,9%	3	11,1%	1	3,7%	9	33,3%
Mayo a Julio	5	18,5%	3	11,1%	2	7,4%	3	11,1%	2	7,4%
Agosto a Octubre	12	44,4%	6	22,2%	6	22,2%	7	25,9%	5	18,5%
Factor precipitante										
Problema familiar	11	40,7%	6	22,2%	5	18,5%	4	14,8%	7	25,9%
Enfermedad psiquiátrica	4	14,8%	3	11,1%	1	3,7%	2	7,4%	2	7,4%
Separación de padres	3	11,1%	2	7,4%	1	3,7%	1	3,7%	2	7,4%
Abuso sexual	3	11,1%	2	7,4%	1	3,7%	1	3,7%	2	7,4%
Pérdida ser querido	2	7,4%	1	3,7%	1	3,7%	1	3,7%	1	3,7%
Problema escolar	2	7,4%	1	3,7%	1	3,7%	1	3,7%	1	3,7%
Pérdida amorosa	1	3,7%	1	3,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,7%
Violencia intrafamiliar	1	3,7%	0	0,0%	1	3,7%	1	3,7%	0	0,0%
Método utilizado										
Ahorcamiento	9	33,3%	4	14,8%	5	18,5%	6	22,2%	3	11,1%
Arma blanca	9	33,3%	3	11,1%	6	22,2%	3	11,1%	6	22,2%
Medicamentos	5	18,5%	5	18,5%	0	0,0%	1	3,7%	4	14,8%
Envenenamiento	3	11,1%	3	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	3	11,1%
Precipitación	1	3,7%	1	3,7%	0	0,0%	1	3,7%	0	0,0%
Intencionalidad										
Sí	5	18,5%	2	7,4%	3	11,1%	2	7,4%	3	11,1%
No	19	70,4%	12	44,4%	7	25,9%	8	29,6%	11	40,7%
No determinado	3	11,1%	2	7,4%	1	3,7%	1	3,7%	2	7,4%
Atención prehospitalaria										
Médica	14	51,9%	8	29,6%	6	22,2%	5	18,5%	9	33,3%
Ninguna	10	37,0%	5	18,5%	5	18,5%	6	22,2%	4	14,8%
Paramédica	3	11,1%	3	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	3	11,1%
Atención recibida										
Consulta externa	21	77,8%	10	37,0%	11	40,7%	10	37,0%	11	40,7%
Urgencias médicas	5	18,5%	5	18,5%	0	0,0%	1	3,7%	4	14,8%
Urgencia psiquiátrica	1	3,7%	1	3,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,7%

Cuadro 6
Distribución de Pacientes que requirieron manejo hospitalario

Método	Edad	Diagnósticos	Complicaciones	Procedimientos	Antecedentes
Envenenamiento (Malatión)	13	Depresión grave	Síndrome de intoxicación por organosoforados, Úlcera de decúbito, Crisis convulsivas, Paro cardiorrespiratorio	Ventilación mecánica, venodisección, medidas de soporte vital.	FDD, Padre alcohólico, violencia psicológica , trabajo infantil
Intoxicación (Benzodiazepinas)	13	Depresión grave	Depresión neurológica (Glasgow 10)	Medidas de soporte vital	FDD, abuso sexual por un tío a los 7 años
Envenenamiento (Paratión)	12	Depresión grave	Síndrome de intoxicación por organosoforados	Medidas de soporte vital	Familia reconstruida desintegrada, violencia psicológica
Ahorcamiento	10	Depresión más síntomas psicóticos	Edema cerebral, crisis convulsivas secundarias, broncoaspiración, atelectasia.	Ventilación mecánica, medidas de soporte vital.	Familia disfuncional desintegrada.
Intoxicación (No especificado)	6	Depresión	Depresión neurológica (Solo se refiere somnolencia)	Medidas de soporte vital	FAD, 3 ISP, abuso sexual por el padre, custodia por DIF desde hace un año
Arma blanca	13	Depresión grave, Ideas suicidas persistentes	Lesiones menores	Manejo psiquiátrico	FRD, 1 ISP, abuso sexual por el padrastro, violencia física por la madre

*FDD= familia desintegrada disfuncional, FRD=familia reconstruida disfuncional, FAD=familia integrada disfuncional, ISP= intentos de suicidio previos

Cuadro 7
Diagnóstico final y Tratamiento

	Sexo						Edad			
	Ambos		Mujeres		Hombres		5-9 años		10-15 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
* Diagnósticos finales										
Depresión Grave	23	85,2%	14	51,9%	9	33,3%	8	29,6%	15	55,6%
Psicosis en estudio	6	22,2%	3	11,1%	3	11,1%	2	7,4%	4	14,8%
TDAH	5	18,5%	2	7,4%	3	11,1%	4	14,8%	1	3,7%
Duelo no resuelto	3	11,1%	2	7,4%	1	3,7%	1	3,7%	2	7,4%
Ansiedad	3	11,1%	1	3,7%	2	7,4%	1	3,7%	2	7,4%
** T. esquizofreniforme	1	3,7%	1	3,7%	0	0,0%	1	3,7%	0	0,0%
Abuso sexual	1	3,7%	0	0,0%	1	3,7%	0	0,0%	1	3,7%
Encopresis	1	3,7%	0	0,0%	1	3,7%	0	0,0%	1	3,7%
Maltrato infantil	1	3,7%	1	3,7%	0	0,0%	1	3,7%	0	0,0%
* Tratamiento recibido										
Fluoxetina	10	37,0%	8	29,6%	2	7,4%	3	11,1%	7	25,9%
Sertralina	3	11,1%	2	7,4%	1	3,7%	1	3,7%	2	7,4%
Paroxetina	2	7,4%	1	3,7%	1	3,7%	1	3,7%	1	3,7%
Imipramina	3	11,1%	1	3,7%	2	7,4%	3	11,1%	0	0,0%
Risperidona	3	11,1%	2	7,4%	1	3,7%	0	0,0%	3	11,1%
haloperidol	1	3,7%	0	0,0%	1	3,7%	0	0,0%	1	3,7%
Biperideno	2	7,4%	1	3,7%	1	3,7%	0	0,0%	2	7,4%
Metilfenidato	2	7,4%	0	0,0%	2	7,4%	1	3,7%	1	3,7%
Atomoxetina	1	3,7%	1	3,7%	0	0,0%	1	3,7%	0	0,0%
Ioflaccato de etilo	1	3,7%	1	3,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,7%
Psicoterapia	11	40,7%	6	22,2%	5	18,5%	6	22,2%	5	18,5%
Terapia familiar	2	7,4%	1	3,7%	1	3,7%	1	3,7%	1	3,7%

* En ambos apartados N es diferente a 27 ya que algunos pacientes tienen más de un tratamiento y/o Dx.

** T. Esquizofeniorme: Trastorno esquizofeniorme.

Cuadro 8
Tasas de incidencia anual por 100 000 habitantes

Población	Estatal	Municipio del Centro	*Municipios
Incidencia respecto a la población total	1,43	3,08	2,90
Incidencia en la población total de hombres	1,18	2,77	2,07
Incidencia en la población total de mujeres	1,67	3,37	2,16
Incidencia en el grupo de 5 a 9 años	4,81	12,90	1,72
Incidencia en el grupo de 10 a 14 años	6,56	15,18	4,55
Incidencia en el grupo de 5 a 15 años	5,38	12,97	2,90

* Incluye a los demás municipios del estado.