

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

“INCIDENCIA DE INTENTO SUICIDA EN PACIENTES PEDIATRICOS DEL HOSPITAL
GENERAL FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ”

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PRESENTA LA

DRA. DORA ELIZABETH CAMACHO VAZQUEZ.

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA

ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA

ASESORA: DRA. ARACELI FLORES GARCIA

No. REGISTRO:
309-2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

RESUMEN	4
ANTECEDENTES	5
OBJETIVOS	10
HIPÓTESIS	10
JUSTIFICACIÓN	10
MATERIAL Y MÉTODOS	11
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	18
CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFIA	20

RESUMEN:

La depresión, la impulsividad y la agresión durante la adolescencia han sido asociadas con una conducta suicida. Por ello es importante detectar cuales son las características sociodemográficas y el tipo más frecuente de psicopatología de este grupo de estudio.

Diseño: Este tipo de investigación es observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo.

Material y Métodos: Participaron pacientes adolescentes de 12 a 18 años que acudieron al Hospital General "Fernando Quiroz Gutiérrez" con diagnóstico de intento suicida en el periodo comprendido del 1º de Marzo del 2005 al 15 de Junio del 2007, valorados por el servicio de psiquiatría. Se recolectaron los siguientes datos; edad, sexo, características sociodemográficas, métodos empleados, circunstancias del intento suicida, antecedentes previos del mismo, y tipo de psicopatología.

Resultados: Se estudiaron 27 pacientes, los intentos de suicidio predominaron en el sexo femenino en esta revisión reportándose en 76% respecto al sexo masculino en donde se afecta el 24%, las edades comprendidas fueron de los 12 a los 17 años 11 meses de edad; el 98% es población estudiantil; el 40% tenía antecedente de intento de suicidio previo; el método más empleado fue la ingesta de medicamentos con un 82%; el 74% de la población utilizó la recámara para realizar el acto suicida; un 89% tenía diagnóstico psiquiátrico y sólo el 11% no presenta disfunción familiar. El factor precipitante más común fue la discusión con los padres con un 63%.

Conclusiones: De acuerdo a los resultados en este estudio, la violencia autodirigida en la adolescencia constituye un problema serio y potencialmente fatal en cuya génesis la psicopatología individual y la disfunción familiar, desempeñan un papel determinante, por lo que es necesario establecer métodos de detección temprana de grupos de alto riesgo

ANTECEDENTES

El suicidio en la adolescencia es uno de los temas de mayor preocupación para los pediatras en Latinoamérica, aunque la medicina ha empezado a ocuparse recientemente de esta causa de muerte pues, hasta hace muy pocos años era considerado un tema “tabú” del que no podía hablarse (1).

Etimológicamente la palabra suicidio significa “muerte de si mismo”. Es un acto con conciencia de la noción de muerte y de las consecuencias tanatógenas de este acto. El método puede meditarse largo tiempo o surgir de improviso ante un hecho desencadenante o un impulso (1).

Las características de la adolescencia, la inestabilidad emocional y dificultad en el control de los impulsos incrementan el riesgo cuando existen ideas de suicidio, en comparación con otras etapas de la vida en que hay una mayor estructuración de la personalidad. (1)

De entre los problemas que de acuerdo a la Organización Mundial de la salud (OMS) requiere de una solución urgente destaca la conducta suicida, especialmente la que se manifiesta durante la adolescencia (1)

Para ello se considera importante la descripción en cuanto a las características del adolescente, el cual según la OMS la define como la etapa de la vida en que, desde el punto de vista biológico el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual, en esta etapa los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan de un niño a los de un adulto; y en lo social se realiza una transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia. En el adolescente la imagen de si mismo es inestable, habitualmente negativa, no están contentos como son y se sienten por lo general poco valiosos. Son impulsivos, primero actúan y luego piensan, llegando muchas veces a lamentar lo que hicieron. Tienen gran espíritu de oposición. Se oponen a las propuestas de los padres, lo que se entiende en la búsqueda de su propia identidad, golpeando fuerte contra la imagen adulta. Son bastante llamativas otras características como la labilidad emocional, los cambios bruscos de humor, la omnipotencia y el egocentrismo. Según Piaget, este cambio del pensamiento concreto al abstracto del adulto;

ocurre a los 11 años. Al inicio de la adolescencia son los cambios físicos que se producen, finalizando ésta con el mayor desarrollo psicosocial. Por esta razón, algunos autores especialistas en salud mental separan la adolescencia en tres etapas, de acuerdo a edades cronológicas y cuyas manifestaciones más importantes serían las siguientes: adolescencia temprana que va de los 10 a los 13 años en la cual se muestra menor interés en los padres, intensa amistad de los adolescentes de su mismo sexo, necesidad de privacidad, ponen a prueba la autoridad, aumentan tanto las habilidades cognitivas como la fantasía, impulsividad, metas vocacionales poco realistas, preocupación por los cambios físicos; la adolescencia media que va de los 14 a los 16 años es el periodo de máxima participación con sus amigos y de compartir sus valores, periodo de máximo conflicto con sus padres, interés en la experimentación sexual, omnipotentes, se sienten invulnerables, presentan conductas de riesgo; adolescencia tardía que comprende de los 17 a los 19 años retorno a estar emocionalmente cercanos y cercanas a sus padres, prioridad para las relaciones íntimas, disminuye la importancia del grupo de amigos, desarrollo de su propia escala de valores, metas de vida y proyectos más reales, aceptación de su propia imagen corporal, alcanza su propia identidad tanto en lo personal como en lo social. (2)

En los últimos años las tasas de suicidio se han incrementado de manera importante, y en la escala mundial ocupa una de las tres primeras causas de muerte para la población de entre los 15 y los 34 años de edad. Estos datos indican claramente que el suicidio es ya un serio problema de salud pública. (3)

El comportamiento suicida varía en cuanto a los grados, desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, pasando por la elaboración de un plan para hacerlo, obtener los medios necesarios e intentar suicidarse (4)

La correlación más importante para suicidio en jóvenes es el antecedente de un intento de suicidio previo, adicionalmente se ha asociado con depresión, abuso de sustancias, pérdida familiar o amigo por suicidio, fácil acceso a armas de fuego, género femenino, ser víctima o generador de violencia, familias monoparentales, sobre todo ausencia del padre, rasgo de personalidad narcisista o antisocial, pobreza, problemas de interrelación, abuso físico o sexual, limitadas capacidades adaptativas, trastorno de la alimentación, eventos vitales estresantes

como la pérdida de una persona significativa o una mascota, problemas con la autoridad legal o escolar, cambio de domicilio, percepción por el joven de carencia de apoyo familiar o en general conflictos intrafamiliares, alteraciones neuropsicológicas como déficit en funciones ejecutivas, fluidez verbal, razonamiento lógico mediado por el lenguaje. Como factores protectores se mencionan el sentirse bien emocionalmente y contar con una estrecha y comprometida relación con los padres y familiares (5, 6)

La depresión es una de las causas más frecuentes del suicidio. A medida que la depresión se profundiza, mayores son las probabilidades de que aparezcan ideas de suicidio. Este hecho ha sido observado por numerosos autores, tanto desde el punto de vista clínico como epidemiológico. La definición de depresión infantil se define como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se hablan de depresión mayor, cuando los síntomas son mayores y persisten durante 2 semanas, y de trastorno distímico cuando estos síntomas pasan de un mes. (7).

Dentro de la etiopatogenia de la depresión infantil se han manejado diferentes marcos teóricos, que intentan explicar el origen del trastorno, tales como la teoría conductual, a través de la ausencia de refuerzos, deficiencia de habilidades sociales y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño. Teoría cognitiva: la existencia de juicios negativos, experiencias de fracasos, modelos depresivos, indefensión aprendida, ausencia de control. (7)

Teoría psicodinámica: en relación a la pérdida del objeto bueno. Modelo biológico: propone una disfunción del sistema neuroendocrino (aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento), por una disminución de la actividad de la serotonina (neurotransmisor cerebral), y por efecto de la herencia (caso de padres depresivos) (8)

Con respecto a la presentación clínica, todos los niños pueden estar tristes ocasionalmente, sin embargo para dar un diagnóstico según el DSM-IV, el niño debe estar al menos 2 semanas con cambios de humor, manifestados como humor depresivo o irritable y/o pérdida del placer e interés. Además el niño deberá tener otras características clínicas, incluyendo cambios significativos en el patrón apetito, peso, sueño, actividad, concentración,

nivel de energía, autoestima y motivación. Los síntomas deben representar un cambio del funcionamiento previo, produciendo debilitamiento en las relaciones y actividades. Y no deben ser atribuidos a abuso de sustancias de medicamentos u otras enfermedades psiquiátricas o médicas. Los niños muestran más signos de ansiedad, irritabilidad, frustración y problemas conductuales. (12)

Con respecto a los tipos de depresión se describe al trastorno distímico con síntomas menos intensos que la depresión mayor pero más crónicos, muchas veces pasa desapercibido, para realizar el diagnóstico el niño debe tener un humor depresivo o irritable en la mayor parte de los días por al menos un año. El trastorno depresivo mayor esta caracterizado por tristeza intensa durante al menos 2 semanas, acompañada de pérdida de interés de las actividades que antes disfrutaba, sin energía, fatiga, afectación en la funcionalidad global importante, ideas e intentos suicidas graves, puede ira acompañado de sintomatología psicótica (ideas delirantes o raras y alucinaciones). (12)

Un adolescente con depresión, con pesimismo, desesperanza, ideas de culpabilidad, inhibición psíquica y motriz, puede no encontrar una solución a sus problemas y pensar en el suicidio como medio de escape de los mismos. (10)

Las causas más frecuentes de la depresión a esta edad son los conflictos sentimentales o con los amigos. Influyen también la violencia familiar, el alcoholismo de padre, la depresión de la madre o el consumo de drogas por algún hermano. La disminución en el rendimiento escolar también es un factor de riesgo de depresión. (9,11)

En tanto que la teoría psicodinámica insistía previamente que los niños y los adolescentes no podían experimentar depresión, la experiencia clínica demostró que era factible. Las investigaciones clínicas encontraron pruebas de depresión mayor o grave incluso en niños muy pequeños y a menudo en adolescentes. De manera concurrente, estaban aumentando a un ritmo alarmante las tasas de suicidios informados en niños en la adolescencia media a tardía. (12)

Por fortuna las tasas de suicidio son mucho más bajas que las de depresión. Si bien los suicidios consumados predominan en varones, las mujeres están representadas en exceso entre quienes sobreviven a un intento de suicidio. Esta diferencia refleja en gran parte la elección de los medios para el suicidio ; las mujeres prefirieron de manera característica tabletas y cortarse las muñecas, comparados con la elección de pistolas, colgarse o conducción temeraria de vehículos por los varones. (13)

Un aspecto de la depresión en niños y adolescentes que confunde es que sus síntomas pueden ser inconstantes. (14)

Debido a que un intento de suicidio activo o una amenaza importante del mismo origina una urgencia verdadera y con frecuencia ofrece el primer acceso a un niño o adolescente deprimido, exige una valoración cuidadosa. El intento de suicidio severo tiende a ser un problema agudo que, de manera característica, desaparece con rapidez si el individuo recibe el apoyo necesario durante la crisis, de suerte que la valoración precisa y la intervención apropiada literalmente pueden salvar la vida. (15,16)

En un estudio hecho por Saltijeral Méndez et al. con respecto al suicidio en México se encontró lo siguiente: los datos reportaron una proporción de suicidios consumados más elevada entre los hombres que entre las mujeres, a diferencia de lo que sucede en los intentos de suicidio, donde las mujeres son más representativas. Las etapas de la adolescencia y edad adulta fueron las más afectadas por ambas conductas. El método más utilizado en casos de suicidio es el arma de fuego, después, el ahorcamiento y el envenenamiento; mientras que en el intento de suicidio son el envenenamiento, las sustancias tóxicas y el gas venenoso. La época de mayor prevalencia de conducta suicida fue en Julio. El lugar preferido para realizar ambas conductas fue la casa habitación. En un porcentaje elevado se desconocen las causas que llevaron a cometer el acto. Por último, los estados de Tabasco, Chihuahua y Sonora fueron los que presentaron las tasas más elevadas durante la década. (17,18)

OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia de intento suicida en el paciente pediátrico que ingresa al servicio de urgencias del hospital General Fernando Quiroz Gutiérrez. ISSSTE. Durante el periodo comprendido del 1 marzo del 2005 al 15 de junio del 2007.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar los factores de riesgo asociados a intento de suicidio en adolescentes.
2. Identificar de manera oportuna grupos de riesgo
3. Conocer las patologías psiquiátricas más frecuentemente asociadas con intento de suicidio.
4. Conocer las características epidemiológicas de esta población.

HIPÓTESIS

La depresión, la impulsividad, la agresividad y los algunos factores sociodemográficos llevan al adolescente a una conducta suicida.

JUSTIFICACIÓN:

Debido al incremento en la tasa de suicidio en pacientes pediátricos, es importante establecer cuales son los grupos de riesgo en base a factores epidemiológicos ya establecidos, para una acción preventiva y así establecer estrategias para evitar la conducta suicida, por ello mi estudio esta encaminado a detectar factores de riesgo

MATERIAL Y METODOS:

Este tipo de investigación es transversal, retrospectiva, observacional y descriptiva. El grupo de estudio incluyó a un total de 27 pacientes menores de 18 años de edad, de ambos sexos, que ingresaron al servicio de urgencias pediatría del Hospital General Fernando Quiroz Gutiérrez durante el periodo comprendido del 1º de Marzo del 2005 al 15 de Junio del 2007, con diagnóstico de intento suicida, éstos pacientes fueron valorados por los servicios de pediatría, psiquiatría y/o paidopsiquiatría.

Se revisaron los expedientes de estos pacientes y se complementó la información a través de la realización de una hoja de recolección de datos en la que se interrogó a los padres o tutores del paciente vía telefónica realizada por el investigador principal, en donde se obtuvieron los siguientes datos: edad, sexo, escolaridad, estado civil de los padres, diagnóstico paidopsiquiátrico, tratamiento, enfermedades concomitantes, respecto al intento de suicidio se interrogó lo siguiente: número de intento, sitio donde se realizó el intento, hora del día en que se efectuó, método utilizado y factor desencadenante.

Criterios de inclusión:

- 1) Paciente pediátrico, ambos sexos, que ingrese al servicio de urgencias con el diagnóstico de intento de suicidio durante el periodo comprendido del 1º de Marzo del 2005 al 15 de Junio del 2007.

Criterios de exclusión:

- 1) Paciente pediátrico con diagnóstico de intoxicación por medicamentos no intencional.
- 2) Paciente pediátrico con lesiones corporales en los que no se pudo demostrar que se produjeron de manera intencional.

Criterios de eliminación:

- 1) Paciente pediátrico que cuente con diagnóstico al ingreso de intento suicida, pero que no acepte participar en el estudio.
- 2) Paciente pediátrico con diagnóstico de intento suicida no derechohabiente.

Paciente pediátrico con intento suicida

SERVICIO DE PEDIATRIA. HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ

GUTIERREZ. ISSSTE.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre del paciente: _____

Fecha de realización: _____ Edad: _____. Género _____

Escolaridad: _____

Estado civil de los padres: _____

Motivos que desencadenaron el intento suicida _____

Numero de intentos suicidas previos _____ Ideación suicida previa
al evento: _____ Ideación suicida posterior al evento _____

Sitio utilizado para realizar el acto suicida _____

Hora del día en que se llevó a cabo: _____ Método utilizado _____

Diagnóstico psiquiátrico _____

Enfermedades concomitantes _____

Tratamiento establecido _____

RESULTADOS

El grupo estudiado fue de 27 pacientes, el rango de edad fue de los 12 a los 17 años, debido a esto, se subdividió a los pacientes en 3 grupos de acuerdo a la etapa de la adolescencia en que se encontraban. Obteniéndose los siguientes resultados: En la adolescencia temprana se tuvieron 3 pacientes (11%). En la adolescencia media 15 pacientes (55.5%) y en la tardía 9 pacientes (33.3%). Grafica 1

En cuanto al sexo, predominó el sexo femenino con 22 pacientes (81%) y masculino solo 5 pacientes. (18.5%). Grafica 2

En cuanto a la escolaridad 17 pacientes (63%) se encuentran en Educación Media Superior, 9 (33%) en Educación Media y solo 1 paciente cursa la Educación básica. Cuadro 1

Se reportaron 5 pacientes (18.5%) con un intento suicida previo, 2 pacientes (7.4%) con dos intentos previos y 8 (14.8%) con 3 o mas intentos previos. Por lo que el 41% ya tenía intento de suicidio previo. Y 16 pacientes (59%) era el primer intento de suicidio. Gráfica 3

Con respecto a la ideación suicida posterior al evento 20 pacientes que representan el 74% ya no tenía estos pensamientos más sin embargo 7 de ellos (26%) persistían con el mismo.

Con respecto al sitio para la realización del acto suicida, de todos los pacientes estudiados, 20 (74%) lo realizó en su recámara, 2 (7.4%) en el baño, y solo 5 (18.5%) se desconoce. Grafica 4.

En cuanto a la hora del día en que más se realiza el intento de suicidio, se encontró que en 23 pacientes (87%) se realizó entre las 19 y las 0 hrs.

Con respecto al método utilizado para el intento de suicidio, el más frecuente fue la ingesta de medicamentos con 22 pacientes (82%), en 3 pacientes (11%) sección vascular y por último método mixto con solo 2 pacientes (7%) (sección vascular + ingesta de medicamentos). Grafica 5

Se pudo constatar que en el 89% de los pacientes se estableció un diagnóstico psiquiátrico, de los cuales 17 pacientes (63%) tuvieron depresión, 7 (26%) corresponden a otros y por último 3 pacientes (11%) no se especifica. Gráfica 6.

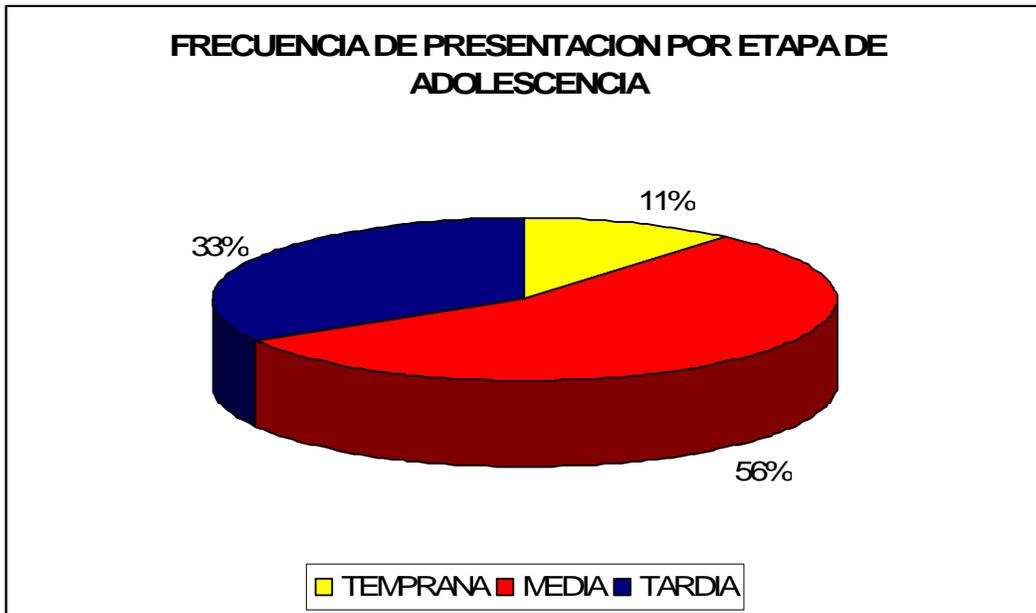
Se encontró en este estudio, que con respecto al tratamiento 19 pacientes (71%) correspondió a manejo mixto con psicoterapia individual o de grupo y medicamentos, en 5 (18%) con psicoterapia y terapia de grupo, otros 3 pacientes(11%) con medicamento. Cuadro 2

En relación a las enfermedades concomitantes se encontró que 12 pacientes (45%) cursaron con alguna enfermedad acompañante, de los cuales la depresión es la más frecuente con 4 pacientes (11%), posteriormente la adicción a drogas 2 pacientes (7.4%), 2 trastorno de la alimentación, y 2 pacientes (7.4%) con otras enfermedades. Cuadro 3

En relación a la funcionalidad familiar 24 pacientes (89%) tienen una familia disfuncional y 3 pacientes (11%) sin problemas en la dinámica familiar Grafica 7

En relación al problema que desencadenó el acto suicida 17 de los pacientes (63%) tuvo discusión con los padres, 6 (22%) tuvieron un conflicto amoroso, y en 2 pacientes (7%) la impulsividad fue la causa que desencadenó el evento. y 2 pacientes (7%) fue por conflicto escolar y/o mixto. Gráfica 8.

Gráfica 1



Gráfica 2



Cuadro 1

GRADO ESCOLAR	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE %
Educación básica	1	3.7%
Educación media	9	7.4%
Educación media superior	17	11.1%

Grafica 3



Grafico 4



Grafico 5

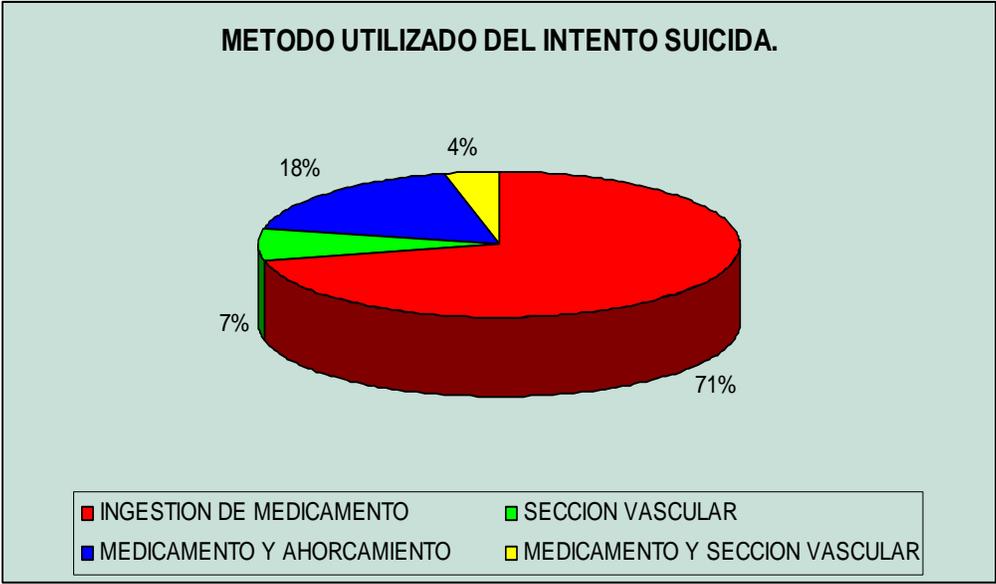
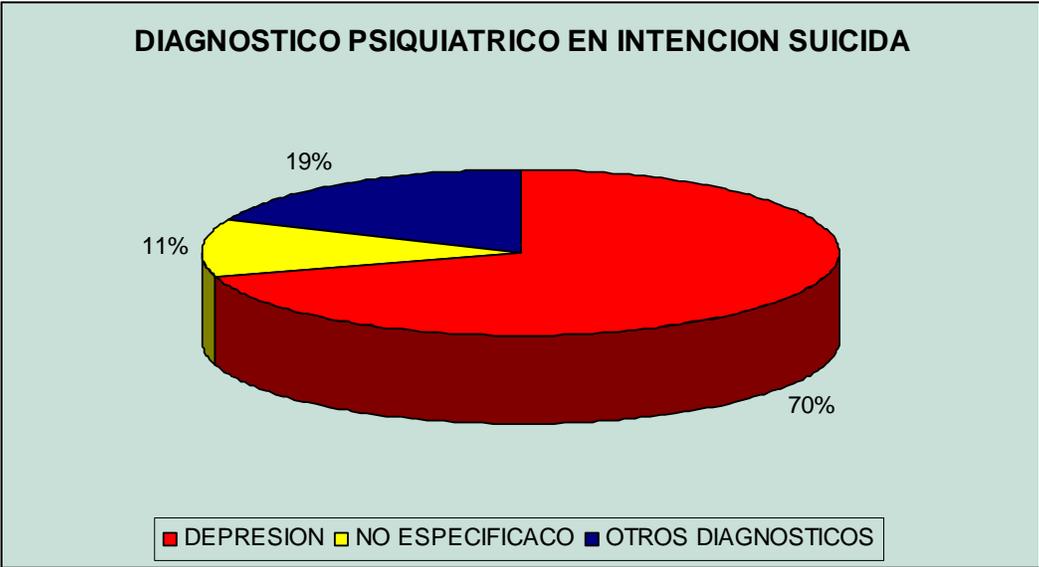


Gráfico 6

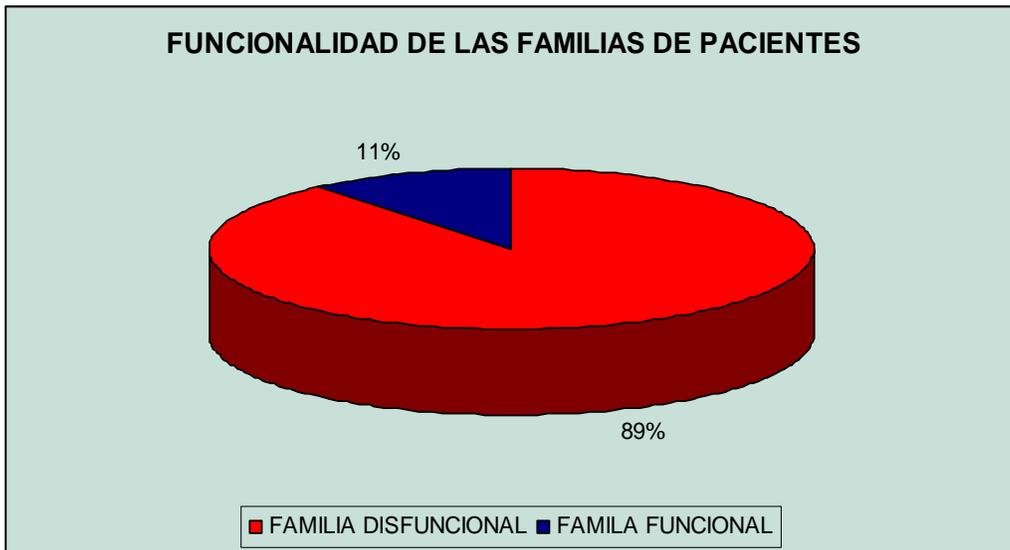


Cuadro 3

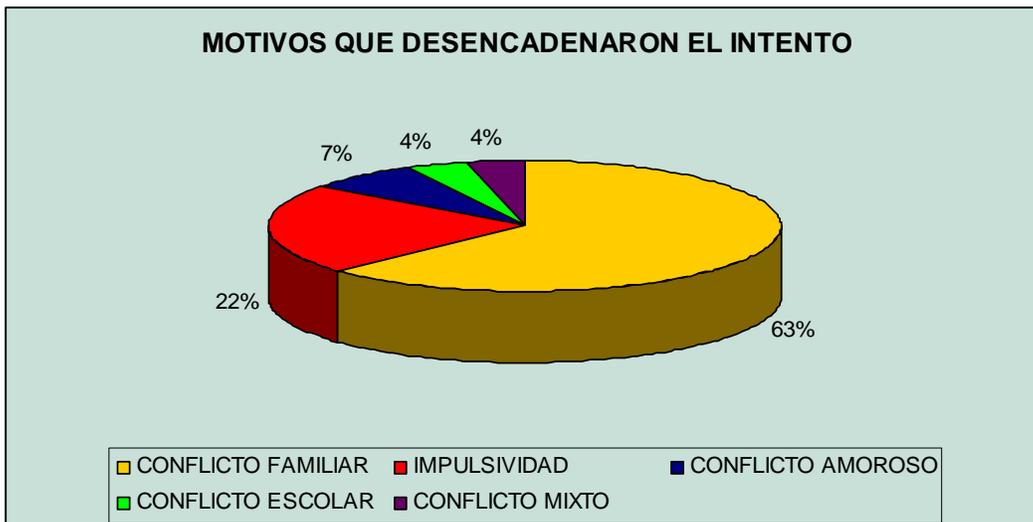
TRATAMIENTO ESTABLECIDO	No. PACIENTES	PORCENTAJE %

Psicoterapia	3	11%
Terapia de grupo	2	7%
Medicamentos	3	11%
Mixto	19	71%

Grafico 7



Gráfica 8



DISCUSIÓN:

La mayoría de los pacientes incluidos en este estudio, presentaban por lo menos un diagnóstico psiquiátrico, predominando la depresión. Por lo que el intento de suicida casi siempre se asoció con psicopatología como factor predisponente al evento autoagresivo.

Los resultados reportados en este estudio no difieren a lo reportado en la literatura. Observándose que el intento de suicidio en la edad pediátrica, es más frecuente en el sexo femenino. Aunque esta diferencia puede reflejar el hecho de que las mujeres tienden a buscar más la ayuda y a preferir la toma de sobredosis de medicamentos como medio de autoagresión, lo cual favorece que sean llevadas a servicios médicos después del intento suicida.

La edad en la que se presentó con mayor frecuencia fue en la etapa de la adolescencia media con un 55.5% del total de pacientes, con escolaridad media superior. En este estudio no se encontró el intento de suicidio en edades tempranas aunque si se tiene reporte del mismo en la literatura.

El método más utilizado por los adolescentes fue la sobredosis de medicamentos. Cabe mencionar también que independientemente del grado de letalidad del intento de suicidio, destaca el hecho de que más de la mitad manifestaron su deseo de morir, lo cual habla de la seriedad del intento suicida. Con ello es importante también mencionar que hasta el 40% de los pacientes ya había intentado suicidarse anteriormente, por lo cual ello nos lleva a dilucidar que muy probablemente el paciente estaba ya cursando con una psicopatología bien establecida aunado tal vez a factores precipitantes dando esto como resultado una conducta suicida.

Con respecto a la hora en que se realizó el acto suicida, se encontró que es mucho más frecuente cuando se concluyen sus actividades diarias, por lo que el paciente no logra encontrar estímulos o distracción del medio que le rodea, aunado así si se cuenta con un

ambiente propicio y hostil que lo orilla a sumergirse en una soledad, que a su vez lo impulsa hacia la autodestrucción.

Por lo que respecta al papel de la familia en los problemas de estos adolescentes, hay que mencionar que fueron los conflictos familiares los eventos que más frecuentemente precipitaron un intento suicida.. Esto sugiere que las alteraciones en la dinámica familiar pueden tener algún papel en la generación o la precipitación de los intentos suicidas.

CONCLUSIONES:

En el estudio realizado se concluye que las características predominantes en los pacientes pediátricos con intento de suicidio son:

1. El rango de edad más frecuente es de los 15 a los 17 años.
2. La etapa de la adolescencia más frecuente fue la adolescencia media.
3. La escolaridad media superior (preparatoria) o equivalente
4. El horario más frecuente fue de las 19 hrs a las 24 hrs.
5. Casi la mitad de los pacientes tenían antecedente de un intento previo.
6. El método más utilizado es la ingestión de medicamentos
7. La depresión fue el principal diagnóstico psiquiátrico.
8. Los conflictos familiares fueron los principales desencadenantes del evento.
9. La disfunción familiar se encontró en casi el 90% de los pacientes.

El conocimiento actual de la conducta suicida como complejo fenómeno multifactorial nos obliga a promover una mayor investigación en el contexto sociocultural y psicosocial para una identificación más precisa de grupos de riesgo y mejor aplicación de medidas preventivas y terapéuticas.

REFERENCIAS

1. López Hernandez. El adolescente. Edición Trillas, S.A. México 2002; 1322-1332
2. Florenzano R. Desarrollo psicológico en Capitulo II, Crecimiento y Desarrollo, Manual de Medicina del Adolescente. OPS serie paltex para ejecutores de programas de salud No. 20, Washington DC, USA, 1992.
3. Jesús del Bosque-Garza. Conducta suicida y adolescencia. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2006; 63: 221-222.
4. Saucedo-García, Lara-Muñoz, Focil-Marquez. Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. Boletín Médico del Hospital Infantil de México 2006; 63:223-231.
5. Gail Slip, MD, Elizabeth Goodman, Bin Huang. Adoption as a Risk factor for attempted suicide during adolescence. Pediatrics 2001; 108:130.
6. Kitts R.L. Gay adolescents and suicide: Understanding the association. Adolescence 2005; 40:621-627.
7. Glen R. Elliott, PhD, MD, Susan Smiga MD. "Depresión en niños y adolescents". Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 2003; 5: 1055-1067,
8. I Wagman I, Irealn M, Resnick M. Adolescent Suicide Attempts: Risks and protectors. Pediatrics; 107: 484-491.
9. Wilburn V.R., Smith D. Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents. Adolescence 2005; 40:33-45.
10. Everall R.D., Bostik K.E., Paulson B.L. I am sick of being me: developmental themes in a suicidal adolescent. Adolescence 2005;40:693-707.
11. Kutcher Stan P., MD, FRCPC. Transtornos Afectivos en la Infancia y Adolescencia. Revisión Crítica Clínicamente relevante. Advanced Selected Topics in Psychiatry. Am Psychiatry Press, Inc. Y Am Psychiatry Assoc. 2002; 1:43-53.
12. Hernández González Eduardo, Medico Pediatra Psicoterapeuta. Depresion infantil- Zona Pediátrica Staff. Ultima actualización:2004.

13. Grau M., Arturo y cols. *Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia*, Edit. Panamericana, Madrid 2000.
14. Swann, A.C, et. al. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am. J Psychiatry* 2005; 162:1680-1686.
15. Bridge J.A. et al. Emergent Suicidality in a Clinical Psychotherapy trial for adolescent depression. *Am J Psychiatry* 2005; 162:2173-2175.
16. Mann, Bortinger. Oquendo, et al. Suicidal acts and mood disorders in first-degree relatives of probando with mood disorder with and without a history of suicide attempt. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1672-1678.
17. Campo G. et al. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle de Cali. *Colombia Med* 2003; 34 : 9-16.
18. Saltijeral Méndez, María Teresa; Terroba Garza, Graciela. *Salud pública Méx*; 29(4):345-60, jul.-ago. 1987.