



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSTGRADO
E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

“FRECUENCIA POR GRUPO DE EDAD, GÉNERO, FACTORES DE
RIESGO Y REINCIDENCIA DEL INTENTO SUICIDA EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL “LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS” ISSSTE EN EL
PERIODO FEBRERO 2015 A FEBRERO 2017”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:
DRA. LUZ MARÍA VALLE GÓMEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD:
PEDIATRÍA

ASESOR DE TESIS:
DRA. ALMA EVANGELINA PONCE GIL

NO. DE REGISTRO DE PROTOCOLO:
166.2017

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

2017



ISSSTE



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.

DR. DANIEL ANTONIO RODRÍGUEZ ARAIZA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DRA. FLOR MARÍA DE
GUADALUPE ÁVILA FEMATT
JEFE DE ENSEÑANZA MÉDICA

DRA. MARTHA EUNICE
RODRÍGUEZ ARELLANO
JEFE DE INVESTIGACIÓN

DR. JORGE ARABI SALAS
PROFESOR TITULAR DE PEDIATRÍA

DRA. ALMA EVANGELINA PONCE GIL
ASESOR DE TESIS

DRA. ALMA OLIVIA AGUILAR LUCIO
ASESOR METODOLÓGICO

Resumen

Antecedentes:

La Organización Mundial de la Salud define al *intento suicida* como “una conducta potencialmente auto lesiva con un resultado no fatal, en la cual hay evidencia que la persona intentó matarse a sí misma; un intento suicida puede o no resultar en lesión”.

Según la OMS en el 2003 la conducta suicida en sus diversas formas representó un problema de salud pública a nivel internacional, ya que se encontró entre las diez principales causas de mortalidad general, y entre las tres primeras causas de muerte en el grupo de adolescentes.

En diversas regiones del mundo, durante los últimos años, se ha observado un incremento paulatino, aunque constante, de la conducta suicida en los adolescentes. México no es la excepción y, si bien sus tasas de suicidios no son de las más altas en la región panamericana y en todo el mundo, el problema es digno de ser tomado en cuenta precisamente por su naturaleza incipiente, ya que se ha observado que las personas con pensamientos suicidas pueden tener una mayor tendencia a intentar suicidarse, y que quien lo intenta una vez, es probable que lo vuelva a hacer en menos de un año, con consecuencias fatales.

Objetivo:

Determinar la frecuencia de intento suicida en la población atendida en Urgencias Pediatría según la edad, género, reincidencia y factores de riesgo en el periodo Febrero 2015 a Febrero 2017.

Material y métodos:

Estudio clínico, retrospectivo, serie de casos, transversal y descriptivo, en donde participaron todos los pacientes que acudieron por intento suicida al servicio de Urgencias Pediatría del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE de Febrero 2015 a Febrero 2017. El estudio evaluó la frecuencia del intento suicida en general, su frecuencia por género, grupo de edad y reincidencia así como los factores de riesgo asociados al reintento suicida. El listado de pacientes se obtuvo de las libretas de ingresos del servicio de Urgencias Pediatría de los años mencionados y la recolección de los datos de cada paciente de la hoja de urgencias electrónica del Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF). Una vez

obtenidas las variables de estudio se analizaron en el programa estadístico SPSS para realizar estadística descriptiva y analítica según el tipo de variable.

Resultados:

La muestra se constituyó por 58 pacientes: 39 del sexo femenino (67.2%) y 19 del masculino (32.8%); 6 fueron del grupo de 8 a 12 años de edad (10.3%), 40 del grupo de 12.1 a 16 años (68.9%) y 12 del grupo de 16.1 a 18 años (20.6%). Con respecto al número de intentos suicidas, 39 pacientes presentaron un intento (67.2%) y 19 presentaron dos o más intentos (32.8%). Por último, 12 pacientes con depresión presentaron reintento suicida (63.15%) resultando una asociación estadísticamente significativa.

Summary

Background:

The World Health Organization defines the suicide attempt as "potentially self-injurious behavior with a non-fatal outcome, in which there is evidence that the person attempted to kill himself; a suicide attempt may or may not result in injury".

According to WHO in 2003, suicidal behavior in its various forms represented an international public health problem, as it was among the top 10 causes of general mortality and among the top three causes of death in the adolescent group.

In several regions of the world, in recent years, there has been a gradual but steady increase in suicidal behavior in adolescents. Mexico is no exception and, although its suicide rates are not among the highest in the Pan-American region and worldwide, the problem is worth noting precisely because of its incipient nature, since it has been observed that people with suicidal thoughts may have a greater tendency to attempt suicide, and that whoever tries it once, is likely to do so again in less than a year, with fatal consequences.

Objective:

To determine the frequency of suicide attempt in the population attended in Pediatric Emergency according to age, gender, recidivism and risk factors in the period February 2015 to February 2017.

Material and methods:

Clinical, retrospective study, case series, transversal and descriptive, in which all patients who attended for suicide attempt to the Emergency Department of Pediatrics of the Regional Hospital "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE from February 2015 to February 2017. The study evaluated the frequency of the suicide attempt in general, its frequency by gender, age group and recidivism as well as the risk factors associated with suicide retry. The list of patients was obtained from the income books of the Emergency Department of Pediatrics of the mentioned years and the collection of the data of each patient of the electronic emergency information sheet of the Financial Medical Information System (SIMEF). Once the study variables were obtained, they were analyzed in the SPSS statistical program to perform descriptive and analytical statistics according to the type of variable.

Results:

The sample consisted of 58 patients: 39 females (67.2%) and 19 males (32.8%); 6 were from 8 to 12 years of age (10.3%), 40 from the 12.1 to 16 year olds (68.9%) and 12 from the 16.1 to 18 year olds (20.6%). With regard to the number of suicide attempts, 39 patients had one attempt (67.2%) and 19 had two or more attempts (32.8%). Finally, 12 patients with depression presented suicidal retry (63.15%), resulting in a statistically significant association.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me han infundado siempre, pero más que nada, por su amor.

A mi esposo

Por apoyarme incondicionalmente, hacerme compañía en los buenos y malos momentos, levantarme cada vez que tropecé e impulsarme a seguir adelante. Siempre has sido quien me motiva y da esperanzas alentándome a lograrlo; me ayudaste hasta donde te fue posible, incluso más que eso. Gracias por amarme y creer en mí.

A mi hermana

Por ser el ejemplo perfecto de una increíble hermana mayor de la cual he aprendido mucho; por su amor, apoyo y cuidado. Eres una gran mujer y te admiro cada día más.

A mis maestros

Por compartir cada uno de sus conocimientos conmigo, por su gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios y para la elaboración de esta tesis. A la Dra. Ponce por su apoyo, su confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas lo cual ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como pediatra; por sus enseñanzas y sobretodo su amistad.

INDICE:

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	2
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
IV.	JUSTIFICACIÓN	12
V.	OBJETIVO GENERAL	14
VI.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
VII.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	15
VIII.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	15
IX.	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	15
X.	MATERIAL Y MÉTODOS	16
XI.	RESULTADOS	17
XII.	DISCUSIÓN	21
XIII.	CONCLUSIONES	23
XIV.	BIBLIOGRAFÍA	24
XV.	ANEXOS	26

I. INTRODUCCIÓN

El suicidio ha estado ligado a la humanidad y a sus costumbres, aceptándolo o rechazándolo según ideologías imperantes. Ha existido en todas las épocas; en tiempos remotos, relacionado con celebraciones religiosas, y en otros, como una respuesta aceptable y comprensible a situaciones tan intolerables para la persona como la esclavitud o el sufrimiento extremo. Históricamente, la conducta suicida se ha transmitido de cultura en cultura desarrollándose corrientes de opinión con aceptación y comprensión al acto, otras que consideran el suicidio como una transgresión moral, y otras fuerzas que ven la conducta suicida como manifestación de una alteración mental.¹

El suicidio no es propio de una determinada edad o género. Los adultos mayores tienden más al suicidio en determinadas condiciones, pero también ocurre con elevada frecuencia en adolescentes. Cabe mencionar que en estos últimos una defensa de la conducta suicida por parte de la sociedad es infrecuente.²

II. ANTECEDENTES

Una definición operacional del suicidio es la que plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien lo define como: “Un acto con resultado fatal en el cual el fallecido, conociendo o esperando este resultado, lo ha iniciado y llevado a cabo con el propósito de provocar los cambios deseados” Por otra parte, el *intento suicida* es definido como “una conducta potencialmente auto lesiva con un resultado no fatal, en la cual hay evidencia que la persona intentó matarse a sí misma; un intento suicida puede o no resultar en lesión”. La ideación suicida sería “la preocupación de pensamientos intrusivos de poner término a la propia vida” (U. S. Department of Health and Human Services, 2001).¹

El término de conducta suicida se refiere al espectro de conductas con fatal desenlace o no, que incluyen tentativa de suicidio o suicidio.

EPIDEMIOLOGÍA DEL INTENTO SUICIDA

Según la OMS (2003), la conducta suicida en sus diversas formas representa un problema de salud pública a nivel mundial, ya que se cataloga dentro de las diez principales causas de mortalidad general, y dentro de las tres primeras causas de muerte en el grupo de adolescentes.

Respecto a la magnitud del problema, en muchos países, la incidencia de suicidio en adolescentes se ha ido transformando en un problema de salud pública. En México, a pesar de que la juventud es uno de sus principales activos, actualmente quienes se encuentran entre 15 y 24 años de edad sufren circunstancias que ponen en riesgo su desarrollo integral y su propia supervivencia como parte de una sociedad pues es especialmente notorio el acrecentamiento del nivel de suicidios que se observa en 2000 y 2005, entre la población que comprende esta edad. Según datos de la OMS (2012), de los 4 565 casos de suicidio reportados en México en el año 2008: 1 298 fueron parte del grupo de 15-24 años de edad. El INEGI (2013), por su parte, reporta el aumento de la tasa de suicidio en adolescentes mencionando que en 1990 el suicidio en los varones representó una tasa de 4 y en mujeres de 1.4 por cada 100 mil adolescentes, mientras que para el 2011 fue de 10.8 y 4.7 por 100 mil adolescentes, respectivamente.¹⁸ Todo esto confirma que, al igual que a nivel mundial, el suicidio en México ocupa actualmente el tercer lugar como causa de muerte en los adolescentes.¹

La estimación de *intento suicida* a lo largo de la vida de los adolescentes varía desde 1,3 a 3,8% en varones y 1,5 a 10,1% en mujeres, con mayores tasas en las mujeres que en los hombres hacia los rangos de mayor edad (Fergusson & Lynskey, 1995). Se conoce que tanto la *ideación suicida* como el *intento suicida* son potentes factores de riesgo de muerte por suicidio (Gomez *et al.*, 1992), y que los *intentadores suicidas* pueden tener una probabilidad cien veces mayor de suicidarse durante el año siguiente al *acto suicida* (Gómez *et al.*, 1993). Aunque difícil de cuantificar, se ha estimado que la frecuencia de *suicidio consumado* es cinco veces menor que la de *intentos suicidas* (Henry *et al.*, 1993). Las mujeres son más propensas al intento suicida que los hombres, y estos tienen cinco veces más probabilidad de suicidio que las mujeres.¹

ENFOQUE TEÓRICO DE APROXIMACIÓN AL SUICIDIO

Han existido en general dos corrientes de estudio del suicidio: *la social*, que entiende y explica el suicidio como conducta de auto-destrucción con fuertes influencias ambientales, y *la individual*, que observa y estudia el suicidio desde las características personales del sujeto.²

La *perspectiva social* utiliza herramientas estadísticas para el estudio de las estructuras sociales que expliquen la conducta suicida. Su principal representante fue E. Durkheim, quien buscó centrarse en estudiar las condiciones o factores sociales en que se basan las tasas de suicidio y no en su origen individual. Planteó que existirían distintos grupos sociales con tendencia suicida. Es conocida su clasificación de tipos de suicidio: *el fatalista* (excesiva regulación social), *el anómico* (baja regulación social), *el altruista* (excesiva integración social) y *el egoísta* (baja integración social). Según él, los factores individuales no darían cuenta de una tendencia colectiva al suicidio, sino que solo explicarían el acto de llevar a cabo la *tendencia suicida social* en cada caso particular.²

Posteriormente, los estudios sobre el suicidio buscarán comprenderlo desde sus causas individuales, entender el por qué en una misma sociedad un individuo comete suicidio y otro no. Los estudios de causas individuales favorecerían un abordaje de diagnóstico, prevención y tratamiento más directo sobre las personas con factores de riesgo. En esta aproximación están las perspectivas psiquiátricas y psicológicas que se basan en la noción de que los sujetos que comenten suicidio presentan a la base una alteración mental o psicopatología.

En la adolescencia, la búsqueda de *una identidad* es un proceso final esencial del *ser adolescente*. Este proceso, en la búsqueda del logro, sitúa al adolescente en un *estado de vulnerabilidad* frente a potenciales desequilibrios psicológicos o circunstancias externas adversas, si estas existiesen. El concepto de sí mismo en la adolescencia es en esencia inestable, por lo que determinadas vivencias o circunstancias externas pueden ser fuente de satisfacción o bien de temores o angustias excesivas que pueden alterar el proceso evolutivo y favorecer la aparición de estados emocionales negativos, los que pueden activar conductas desadaptativas o de autolesión con riesgo vital, como es el caso de la conducta suicida.⁶

FACTORES DE RIESGO DE SUICIDALIDAD

La identificación oportuna y específica de factores de riesgo de intento y de reintento suicida nos puede ayudar a comprender y a prevenir la incidencia de actos suicidas. Los adolescentes con conducta suicida tienden a ser un grupo heterogéneo y se ven afectados por una combinación de distintos factores de riesgo suicida; es necesario entonces una acuciosa evaluación e identificación de éstos.³

No hay un único predictor de riesgo suicida. Varios factores han sido asociados a la etiología de la conducta suicida en los adolescentes y podemos clasificarlos en: factores individuales, factores familiares o contextuales y otros factores.

- Factores individuales

-Depresión:

Se ha asociado frecuentemente a la conducta e ideación suicida²¹. Así, en niñas, la presencia de depresión mayor es el factor de riesgo más importante, seguido del intento de suicidio previo, mientras que en niños, es el intento de suicidio previo, seguido de depresión, abuso de sustancias y trastornos de conducta^{1,17}.

La presencia de sintomatología depresiva aumenta el riesgo en ambos sexos¹⁸, y se observa que los trastornos depresivos están presentes en el 49%-64% de los adolescentes con intento suicida y que es la patología más prevalente¹⁶. En una revisión sobre el tema, se habla de que la depresión mayor incrementa el riesgo de suicidio hasta 12 veces, especialmente si la desesperanza es uno de los síntomas⁸.

En adolescentes víctimas de suicidio se encontró que los hombres diagnosticados con depresión mayor tuvieron 8 veces más probabilidad de cometer suicidio que los hombres que no tenían el trastorno, en tanto las mujeres depresivas tuvieron casi 50 veces más probabilidad de cometer suicidio al compararlas con las no depresivas. Se puede afirmar que uno de los principales factores de riesgo para suicidio en adolescentes mujeres son los trastornos del ánimo.²

-Trastornos de la personalidad

Especialmente el tipo *borderline*. Adolescentes diagnosticados con trastorno de personalidad tienen 10 veces más probabilidad de cometer suicidio que los no diagnosticados. Esta probabilidad aumenta y predice la reincidencia de intento suicida cuando la alteración de personalidad se asocia a depresión y abuso de sustancias.²

-Otros trastornos mentales:

Cerca del 60% de los niños y del 90% de los adolescentes con conducta suicida presentan al menos un trastorno mental en el momento del intento o suicidio consumado⁴. Los que más se han relacionado son los trastornos afectivos, aunque también el abuso de sustancias y la conducta antisocial. Es frecuente encontrar varios trastornos comórbidos¹² y cuanto mayor es el número de estos, más aumenta el riesgo de suicidio¹⁴.

El intento de suicidio se ha relacionado con los trastornos de alimentación en mujeres adolescentes (sobre todo en las de mayor edad), con los trastornos de conducta en los hombres y con el abuso de tóxicos en ambos sexos¹⁹.

La distimia está asociada con intentos suicidas y su reincidencia en adolescentes mujeres, pero no en varones adolescentes. Por otra parte, los trastornos de ansiedad no parecen tener una contribución significativa adicional en la variación de intentos suicidas en ningún estudio.⁶

Los hallazgos sugieren que el diagnóstico psiquiátrico en el momento del intento suicida y la historia psiquiátrica son los factores más importantes para determinar el riesgo suicida¹⁴.

-Factores psicológicos:

Algunas variables como la rigidez cognitiva¹³, el déficit de habilidades de resolución de problemas y estar más centrado en el presente que orientado al futuro, se han relacionado con intento de suicidio.

La desesperanza es también un factor de riesgo relacionado tradicionalmente con la conducta suicida y se emplea frecuentemente en la práctica clínica por su utilidad y fácil detección. Sin embargo algunos autores han propuesto que la desesperanza de por sí, sin existencia de depresión, no predice una tentativa¹¹.

También se han identificado la tendencia a atribuir a factores externos el control de la propia vida y la impulsividad como factores de riesgo en adolescentes⁹.

Con respecto al apego, algunos patrones de apego problemáticos, caracterizados por ansiedad de separación excesiva, se relacionan con ideación e intento suicida⁸.

-Intento de suicidio previo:

La mayoría de los estudios consideran que es uno de los factores de riesgo más importantes, fundamentalmente en varones². Algunos estudios ponen de manifiesto que aproximadamente el 50% de los adolescentes que llevan a cabo un intento de suicidio serio han cometido al menos un intento previo³. El riesgo de repetición tiende a ser mayor en los primeros 3 a 6 meses luego del intento, manteniéndose elevado con respecto a la población general por al menos 2 años (Bridge *et al.*, 2011).²

- Autolesión:

La autolesión deliberada, un conjunto de conductas donde el sujeto se produce daño físico de forma intencional, ha sido relacionada con la conducta suicida. Estas conductas llamadas también *parasuicidas*, pueden o no estar motivadas por el deseo de matarse. Muchas veces la intención del adolescente es solo descargar un estado o conflicto emocional intolerable o buscar la preocupación de los demás por su persona.²

-Edad:

Antes de la pubertad, tanto el suicidio como la tentativa son excepcionales, posiblemente debido a la inmadurez cognitiva que dificulta la ideación del plan y su ejecución y a que algunos niños pueden no apreciar el suicidio como un hecho irreversible. Sin embargo, aumentan en la adolescencia asociados a la presencia de comorbilidad⁴, especialmente trastornos del estado de ánimo y abuso de tóxicos². Los porcentajes de suicidio consumado se incrementan marcadamente en la adolescencia tardía y continúan aumentando hasta cerca de los 20 años. En contraposición, el pico de intentos suicidas alcanzado entre los 16 y 18 años, luego disminuye marcadamente en frecuencia, particularmente en mujeres jóvenes.⁶

-Sexo:

Existen patrones de suicidio en cuanto al sexo, pero no son iguales en todos los países. En general el suicidio es más común en varones. La tasa de suicidio consumado en mujeres adolescentes es menor que la de varones, ésta contrasta con la tasa de ideación e intentos suicidas que es mucho mayor en las mujeres que en los hombres en una relación 3:1.²

- Factores familiares y contextuales

-Psicopatología de los progenitores:

La historia familiar de suicidio, la psicopatología y el abuso de tóxicos de los padres se ha asociado frecuentemente a conducta suicida⁷.

-Estructura o funcionamiento familiar:

Vivir apartado de los dos padres se ha asociado con incremento de la prevalencia del fenómeno suicida. Algunos estudios han sugerido que las mujeres son menos reactivas a factores estresantes familiares que los varones⁶ y también se han relacionado bajos niveles de comunicación padres- hijos con ideación e intento suicida⁷. La *disfunción familiar* severa y la sensación del joven de no sentirse apoyado por su familia son factores que pueden desencadenar un intento suicida en adolescentes (Morano *et al.*, 2012).²

-Acontecimientos vitales estresantes:

Se han relacionado con ideación y conducta suicida³. Los adolescentes con patología psiquiátrica pueden percibir ciertas situaciones como más estresantes de lo normal y a su vez, la presencia de sucesos estresantes puede ser el resultado de una conducta desadaptativa^{6,21}.

Se ha encontrado que el intentador suicida ha tenido mayores estresores psicosociales y eventos adversos durante la infancia que los grupos controles y los que solo presentan ideación suicida (Fergusson & Lynskey, 2010). A menudo los eventos estresantes preceden al suicidio o al intento. Los eventos vitales toman particular importancia para un adolescente que está en un proceso de integración y consolidación de su identidad. En adolescentes víctimas de suicidio con frecuencia se encuentra la presencia de acciones disciplinarias punitivas, rechazo o humillación por parte de otros hacia su persona, término de relaciones amorosas o de amistad y conflictos con parientes o pares.

-Toxicomanías:

El abuso de sustancias y alcohol se ha asociado fuertemente al riesgo suicida (Wuffet *al.*, 2004), especialmente en adolescentes varones con trastornos de ánimo o disruptivos (Bridge *et al.*, 2011). El abuso de drogas y el alcohol es más frecuente en los intentadores que en los ideadores suicidas sugiriendo que el alcohol facilita la transición desde ideación a conducta e interactuaría con otros factores de riesgo provocando disminución del autocontrol y estimulando la impulsividad. Estos datos de investigación dan base para plantear que los factores de riesgo suicida entre la población juvenil son multifactoriales e interrelacionados.²

-Factores sociales y nivel educativo:

Se ha encontrado una asociación entre bajo estatus socioeconómico y bajo nivel educativo con conducta suicida². El rendimiento académico bajo ha sido asociado a ideación suicida y el tener una actitud negativa acerca de la escuela y la actividad escolar, con un incremento de la prevalencia del intento suicida^{6,20}.

- Rendimiento escolar:

La asociación con el rendimiento escolar fue investigada en 10 estudios

evaluados en una revisión sistemática. Parece haber una asociación significativa pero indirecta entre pobre rendimiento escolar e intento suicida. La pobre asistencia escolar estuvo positivamente asociada con ideación e intento suicida.⁶

-Exposición:

La exposición a casos de suicidio cercanos (efecto de “contagio”) o a determinado tipo de información en los medios de comunicación sobre suicidios, también se ha asociado al intento suicida^{12, 16}.

-Red social:

Se ha encontrado asociación entre las relaciones pobres o deficitarias con el grupo de iguales y la ideación suicida. También se ha visto que la presencia de dificultades sentimentales es un factor de riesgo en mujeres adolescentes, sobre todo en las de menor edad¹³.

- Otros factores

-Maltrato físico o abuso sexual:

Los niños sometidos a situaciones de abuso físico y sexual tienen alta incidencia de conducta suicida²; este último más en varones que en mujeres, con diferencias del 52% en varones y 2% en mujeres.^{1,10}

-Acoso por parte de iguales (bullying):

Se ha relacionado con conducta suicida y también con altos niveles de estrés e intento suicida².

FACTORES PRECIPITANTES

Se ha visto que determinados factores pueden actuar como precipitantes del intento suicida. Los acontecimientos vitales estresantes, a menudo preceden a un suicidio y/o intento suicida. Es poco frecuente que sean causa suficiente en el suicidio, de modo que su importancia radica en que actuarían como precipitante en jóvenes con vulnerabilidad por su condición psiquiátrica.^{4, 10} Se han reportado los siguientes:

- Crisis con los padres.
- Conflictos familiares.
- Problemas con el grupo de pares o iguales.
- Dificultades escolares.

De todas formas, estos factores precipitantes podrían cambiar con la edad; así, en niños preadolescentes las malas relaciones familiares son un factor precipitante común, y en adolescentes los conflictos con el grupo de iguales^{1,5}.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia por grupo de edad, género, reincidencia y factores de riesgo del intento suicida en la población que acudió al servicio de Urgencias Pediatría del HRLALM de febrero 2015 a febrero 2017?

IV. JUSTIFICACIÓN

El suicidio es un problema de salud pública prioritario en la población pediátrica. Según la Organización Mundial de la Salud el suicidio representa el 0.5-2% de todas las causas de mortalidad y la primera causa de muerte violenta (OMS, 2012). Algunas previsiones indican que para 2020 los suicidios podrían aumentar considerablemente pasando a ser los intentos de suicidio entre 10 y 20 veces más frecuentes (Varela, Castillo, Isaza y Castillo, 2008).

La OMS en 2004 señalaba el suicidio en adolescentes como la tercera causa principal de muerte, mientras que en 2014 pasó a ser la segunda causa en edades de 15 a 24 años.

La conducta suicida se ha presentado con mayor frecuencia entre los 15 y 24 años de edad. En 2007, en México, el 27% de las personas muertas por suicidio estaban en este grupo de edad (Borges et al., 2009) y, se ha convertido en la segunda y tercera causa de muerte para las mujeres y los hombres, respectivamente, en edades entre los 14 y 19 años. En promedio, la prevalencia de intento de suicidio en adolescentes mexicanos entre los 12 y 17 años es de 4.26%, 2.14% en hombres y 6.37% en mujeres (Borges et al., 2010).

En México, en estudiantes de bachillerato se ha observado una prevalencia de intento suicida que fluctúa del 17 al 7 % (Valadez-Figueroa, Amezcua-Fernández, Quintanilla-Montoya & González-Gallegos, 2005; González Forteza, Ramos Lira, Caballero Gutiérrez & Wagner Echeagarray, 2003) y es el factor de riesgo individual más fuertemente asociado al suicidio consumado. En un rango del 30 al 50% de los suicidios consumados existieron antecedentes de intento de suicidio (Hawton et al., 2004; Suominen et al., 2008; Welch, 2013).

Jiménez y González (2003) mencionan, con respecto a la prevención del suicidio, que es importante dar el salto de la investigación descriptiva a la evaluativa, que permita pasar al territorio de la prevención primaria, detectando factores protectores, y secundarios, a través de la identificación de factores de riesgo. Debido a esto se recomienda que los profesionales de la salud, los educadores y los padres tomen en cuenta los síntomas de

alarma y factores de riesgo del suicidio, con el propósito de evitar en el futuro posibles casos de suicidio (Cañón, 2011); por lo cual es conveniente conocer y detectar aquellos signos más o menos evidentes de ideación suicida que puedan aparecer (de la Torre, 2013).

En consecuencia, la necesidad de este trabajo surge de que nos encontramos en la actualidad con un aumento de la frecuencia del suicidio infantil y adolescente, que ha pasado a ser considerado un problema de salud pública; escasos métodos para poder prevenir y afrontar el problema, y en general escasez de estudios al respecto, sobre todo en niños y adolescentes. Con esta revisión se pretende dar una visión global del intento de suicidio infantil en nuestro hospital, su frecuencia (tanto por grupo de edad como por género) y establecer los diferentes factores de riesgo asociados a éste.

Por lo expuesto, se considera de suma importancia aportar por medio de este estudio el conocimiento de la frecuencia de intento suicida entre la población pediátrica en nuestro hospital ya que no se ha encontrado un estudio que aborde tal tema en esta población.

V. OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de intento suicida en la población atendida en Urgencias Pediatría según la edad, género, reincidencia y factores de riesgo en el periodo febrero 2015 a febrero 2017.

VI. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características epidemiológicas de la población estudiada.
- Determinar si existe asociación estadísticamente significativa entre el reintento suicida y el género.
- Determinar si existe asociación estadísticamente significativa entre el reintento suicida y la depresión.

VII. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con diagnóstico de intento suicida atendidos en el servicio de Urgencias Pediatría del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE en el periodo febrero 2015 a febrero 2017.

VIII. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes atendidos en el servicio de Urgencias Pediatría del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE en el periodo febrero 2015 a febrero 2017 que hayan acudido por otro diagnóstico diferente.

IX. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Pacientes cuyos expedientes se encuentren incompletos y no cuenten con las variables en estudio.

X. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio en los pacientes pediátricos que acudieron para su atención por intento suicida al servicio de Urgencias Pediatría del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE en el periodo comprendido de febrero 2015 a febrero 2017.

Se trata de un estudio de tipo clínico, retrospectivo, serie de casos. Es no experimental, ya que no se manipuló ningún tipo de variable sino simplemente se observó el fenómeno tal como se dio en su contexto natural, y transversal, puesto que se recolectaron los datos en un solo momento en un tiempo único; por último es descriptivo pues tiene como objetivo describir la frecuencia de variables en una población.

Se acudió al servicio de Urgencias Pediatría del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE donde se revisaron las libretas de ingresos de los años 2015, 2016 y 2017 en busca de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de intento suicida. De forma manual se tomaron los datos de los pacientes (nombre, número de expediente y fecha de ingreso) para posteriormente buscarlos en el Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF). Una vez encontrado el expediente electrónico de cada uno de los pacientes se buscó la hoja de atención de urgencias correspondiente al día en que el paciente acudió para atención médica por intento suicida. De la hoja de atención de urgencias de cada uno de los anteriores pacientes se obtuvieron cada una de las variables en estudio que son edad, género, número de intentos suicidas y factores de riesgo de intento suicida. Estos datos se vaciaron en una hoja de recolección de datos por paciente de manera manual. Posteriormente se hizo la recolección e integración de todos los datos de manera electrónica en una hoja de cálculo Excel y se realizó el análisis estadístico SPSS. Las variables se analizaron con la prueba exacta de Fisher, prueba de Chi cuadrada y corrección de Yates.

XI. RESULTADOS

De acuerdo con la información recaudada se exponen los resultados obtenidos.

Características de la muestra:

La muestra se constituyó por un total de 58 pacientes los cuales acudieron al Servicio de Urgencias Pediatría en el periodo de febrero 2015 a febrero 2017 por intento suicida.

Estadística descriptiva:

El primer proceso estadístico al que se sometieron nuestras variables fue al cálculo de la frecuencia máxima esperada; dicho cálculo se aplicó sólo en las variables categóricas con el objetivo de obtener conocimiento sobre el comportamiento de nuestras variables y por ende de nuestra muestra.

La primera variable sometida es *género* del paciente donde hallamos la frecuencia máxima esperada en la categoría Femenino con 39 de los 58 pacientes siendo estos equivalentes al 67.2% de la muestra mientras que los 19 restantes se localizan en la categoría Masculino representando el 32.8% restante. (ver Fig. 1)

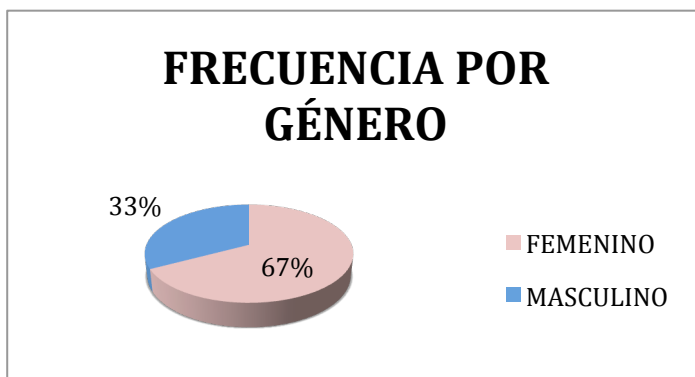


Fig. 1

La segunda variable es *edad* hallando la frecuencia máxima en el grupo 2 de edad (12.1 a 16 años) siendo 40 pacientes equivalentes al 68.9% de la muestra. El segundo grupo de edad en frecuencia es el grupo 3 de edad (16.1 a 18 años) con 12 pacientes que correspondió al 20.6%. Por último el grupo 1 de edad (8 a 12 años) se constituyó por 6 pacientes equivalentes al 10.3% de la muestra. (ver Fig. 2)

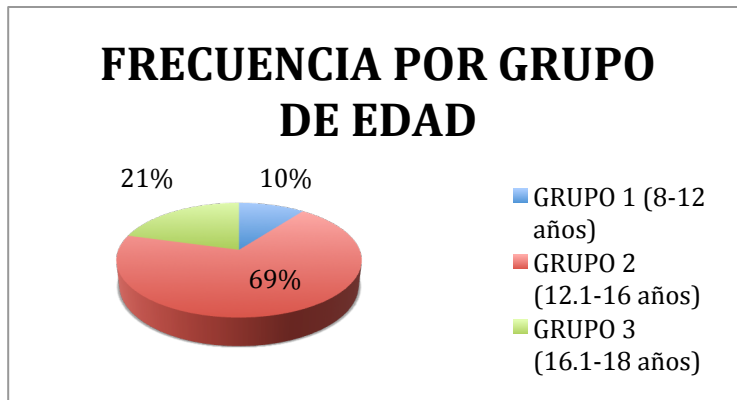


Fig. 2

La tercer variable es *número de intentos suicidas* hallando la frecuencia máxima en el grupo 1 (1 intento) con 39 pacientes equivalentes al 67.2% de la muestra mientras que los 19 restantes se encuentran en el grupo 2 (>1 intento) representando el 32.8% restante. (Ver Fig. 3)

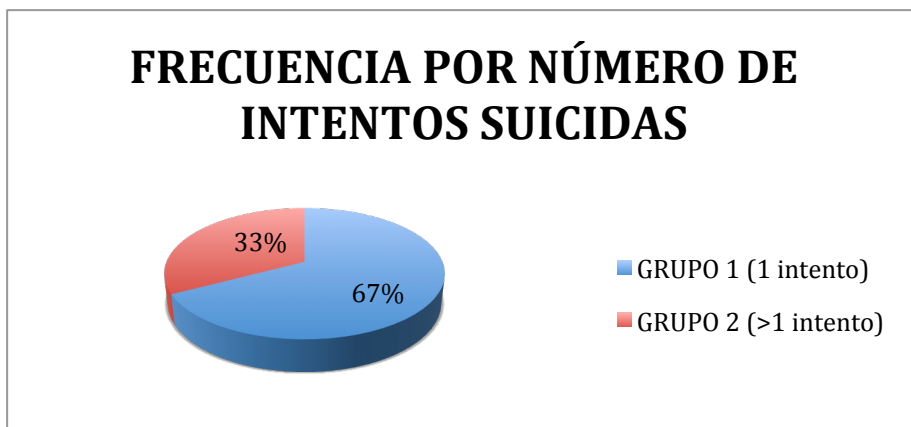


Fig. 3

Análisis de datos:

El cálculo de la contingencia es el método que optamos para el cumplimiento de los objetivos específicos. Para analizar las tablas de contingencia de 2x2 y probar si la variable de fila y la variable de columna son independientes se calculó el valor del coeficiente de contingencia cuadrática (χ^2) y su significancia con la corrección de Yates para las variables depresión y número de intentos suicidas y la prueba exacta de Fisher para el resto de las variables. (ver Fig. 4)

	Número de intentos		P-value
	1	2 o más	
Edad			0.151
a	6 (15.38)	0	
b	24 (61.53)	16 (84.21)	
c	9 (23.07)	3 (15.78)	
Género			0.2405
Hombre	15 (38.46)	4 (21.05)	
Mujer	24 (61.53)	15 (78.94)	
Depresión	12 (30.76)	12 (63.15)	0.03878
Ansiedad	5 (12.82)	3 (15.78)	1
Toxicomanías	4 (10.25)	5 (26.31)	0.13
Bullying	4 (10.25)	1 (5.26)	1
Abuso sexual	2 (5.12)	2 (10.52)	0.5907
Transtorno personalidad	3 (7.69)	1 (5.26)	1
Disfunción familiar	8 (20.51)	1 (5.26)	0.2466
Bajo rendimiento escolar	3 (7.69)	0	0.5437
Autoagresión	3 (7.69)	5 (26.31)	0.09909
Violencia intrafamiliar	6 (15.38)	1 (5.26)	0.4075
Distimia	2 (5.12)	1 (5.26)	1
Transtorno de la conducta	4 (10.25)	0	0.2921
Transtorno de la alimentación	2 (5.12)	1 (5.26)	1

Fig. 4

XII. DISCUSIÓN

Este estudio ha explorado la frecuencia del intento suicida en Urgencias Pediatría del HRLALM en el periodo febrero 2015 a febrero 2017. Su realización es de interés para los médicos de éste y otros hospitales dentro y fuera de la institución debido al aumento de los casos de intento suicida en la población pediátrica.

Los hallazgos de esta investigación reportan que se atienden en Urgencias Pediatría del HRLALM aproximadamente 30 pacientes al año por intento suicida. En cuestión de género la mayoría de los estudios informan, de manera reiterada, que los intentos suicidas se presentan mayoritariamente en mujeres que en hombres (Bernardo Pacheco P, Paula Peralta, 2015., Luis Miguel Sánchez-Loyo, Teresita Morfín López, 2014). En esta investigación también se encontró que es mayor la frecuencia de intento suicida en el sexo femenino.

En cuestión de edad en este estudio se observa que la frecuencia de intento suicida es mayor entre los 12 y 16 años igual a lo reportado en la bibliografía la cual refiere que antes de la pubertad, tanto el suicidio como la tentativa son excepcionales y posteriormente aumentan en la adolescencia (12 años en adelante) asociados a la presencia de comorbilidad, especialmente trastornos del estado de ánimo y abuso de tóxicos (Dra. Beatriz Bakalarz, Dra. Rosa Pappolla, 2012).

En el presente estudio se hizo notorio que la diferencia de reintento suicida dependiendo del género y la edad no fue significativa aunque varios estudios informan que el intento suicida previo es el principal factor de riesgo para el reintento suicida en el sexo masculino. (Bernardo Pacheco P, Paula Peralta L. 2015). Por otro lado, en este estudio se encontró que existe una asociación significativa entre el reintento suicida y la depresión como es mencionado en la mayoría de los artículos donde se explica que la depresión está presente en el 49%-64% de los adolescentes con intento suicida y que es la comorbilidad más prevalente (Dra. Elba Vázquez Pizaña, Dra. Myrenia Alcantar Mejía., 2011; Bernardo Pacheco P, Paula Peralta L.,2015).

Con respecto a los demás factores de riesgo considerados en el estudio (ansiedad, toxicomanías, bullying, abuso sexual, trastorno de la personalidad, disfunción familiar, bajo rendimiento escolar, autoagresión, violencia intrafamiliar, distimia, trastorno de la conducta y trastorno

alimenticio) los resultados no fueron suficientes para confirmar o rechazar una asociación significativa con el número de intentos suicidas debido al bajo número de pacientes que integraron este estudio.

Asimismo, este estudio muestra que un número importante de pacientes con intento suicida (32.8%) reinciden. Los distintos estudios ponen de manifiesto que aproximadamente el 50% de los adolescentes que llevan a cabo un intento de suicidio serio han cometido al menos un intento previo (Bridge *et al.*, 2011).

XIII. CONCLUSIONES

Con el anterior cálculo de frecuencias y análisis estadístico cumplimos con el objetivo general de determinar la frecuencia del intento suicida según la edad, género y reincidencia así como los objetivos específicos identificando si existe asociación estadísticamente significativa entre el género y la depresión con el reintento suicida.

Las conclusiones de esta investigación son las siguientes:

1. 58 pacientes acudieron por intento suicida a Urgencias Pediatría del HRLALM en el periodo febrero 2015 a febrero 2017.
2. La frecuencia de intento suicida es mayor en el género femenino.
3. La frecuencia de intento suicida es mayor en el grupo de 12 a 16 años.
4. La frecuencia de reintento suicida es del 32.8%.
5. No existe una asociación estadísticamente significativa entre el género y el reintento suicida.
6. Existe una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el reintento suicida.

Debido al tamaño de la muestra los diversos factores de riesgo a excepción de la depresión no presentaron una asociación estadísticamente significativa con el reintento suicida por lo que se sugiere que se continúe el estudio y la vigilancia de estos pacientes para determinar dichas asociaciones y así establecer conductas preventivas específicas que ayuden a disminuir los reintentos suicidas.

Por último, se recomienda que los profesionales de la salud, educadores y padres tomen en cuenta el antecedente de intento suicida como factor de riesgo de reintento suicida con el propósito de evitar en el futuro posibles casos de suicidio.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. SNS. Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia. 2012.
2. Bernardo Pacheco P, Paula Peralta L. La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. *ARS MEDICA. Revista de Ciencias Médicas* Volumen 40 número 1 año 2015.
3. Antiga Tinoco R, López González C, Rodríguez Guzmán J.J. Risk psychosocial factors asociated to suicidal thoughts and attempts on three development stages. Hospital Central Norte en Petróleos Mexicanos, 2010
4. Luis Miguel Sánchez-Loyo, Teresita Morfín López. Intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el Consenso Cultural. *ACTA DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA*, 2014, 4 (1), 1446 - 1458
5. Laura Mosquera. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes Vol. 3. No. 1 - Enero 2016 - pp 9-18*
6. Dra. Elba Vázquez Pizaña, Dra. Myrenia Alcantar Mejía. Factores asociados al intento de suicidio en adolescentes. Hospital Infantil del Estado de Sonora . 2011.
7. Horacio B. Vargas, Javier E. Saavedra. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev Neuropsiquiatr* 75 (1), 2012.
8. Dra. Beatriz Bakalarz, Dra. Rosa Pappolla. SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Comité de Salud Mental. 2012
9. Wilburn, V., y Smith, D. (2013). Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents. *Adolescence*, 40(157), 33-45.
10. Tapia, A., y González, C. (2010). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del instituto nacional de psiquiatría ramón de la fuente. (Spanish). *Salud Mental*, 26(6), 35-46.
11. Souza, L., Silva, R., Jansen, K., Kuhn, R., Horta, B., & Pinheiro, R. (2010). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 32(1), 37-41.
12. Sarmiento, C., Aguilar, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, (21)1, 25-30.
13. Sánchez, J. C., Villarreal, E. M., Musitu, G., & Martínez, B. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. (Spanish). *Psychosocial Intervention / Intervención Psicosocial*, 19(3), 279-287. doi:10.5093/in2010v19n3a8.
14. Rueda, G., Martínez, R., Castro, V., y Camacho, P. (2010).

- Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta. (Spanish). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 683-692.
15. Pérez- Amezcua, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E. E., de Castro, F., Leyva-López, A., & Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. (Spanish). *Salud Pública De México*, 52(4), 324-333.
 16. Organización Mundial de la Salud. (2012). Informes de los países y las cartas disponibles (México). Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/mexi.pdf?ua=1
 17. Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N., Perales, A. (2011). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, lima 2005. (Spanish). *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*, 23(4), 239-246.
 18. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2013). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013 /suicidio0.pdf>
 19. Cheng, Y., Tao, M., Riley, L., Kann, L., Ye, L., Tian, X., y Chen, D. (2012). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior. *Child: Care, Health & Development*, 35(3), 313-322.
 20. Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., Medina, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. (Spanish). *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
 21. Cañón, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. (Spanish). *Archivos de Medicina* (1657-320X), 11(1), 62-67.

XV. ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

GÉNERO:

NÚMERO DE INTENTOS SUICIDAS:

FACTORES DE RIESGO:

Depresión		Ansiedad	
Toxicomanías		Bullying	
Abuso sexual		Trastorno de la personalidad	
Disfunción familiar		Bajo rendimiento escolar	
Autoagresión		Violencia intrafamiliar	
Distimia		Trastorno de la conducta	
Trastorno alimenticio			