



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL  
NIÑO  
“DR. RODOLFO NIETO PADRÓN”  
INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA, ENSEÑANZA  
E INVESTIGACIÓN  
SECRETARÍA DE SALUD EN EL ESTADO**

---

---

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

**MÉDICO ESPECIALISTA  
EN  
PEDIATRÍA**

**TÍTULO:  
FACTORES RELACIONADOS A INTENTO E IDEACIÓN  
SUICIDA EN EL MENOR DE 15 AÑOS EN EL HOSPITAL  
DE ALTA ESPECIALIDAD DEL NIÑO “DR. RODOLFO  
NIETO PADRÓN” EN EL PERÍODO ENERO 2017 A  
JULIO 2018**

**ALUMNO:  
DR. EZEQUIEL VERÓNICO DE LOS SANTOS**

**DIRECTOR (ES):  
DR. ROBERTO MOLINA SOLÍS  
DR. MANUEL EDUARDO BORBOLLA SALA**



**Villahermosa, Tabasco. julio de 2018**



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL  
NIÑO  
“DR. RODOLFO NIETO PADRÓN”  
INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA, ENSEÑANZA  
E INVESTIGACIÓN  
SECRETARÍA DE SALUD EN EL ESTADO**

---

---

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

**MÉDICO ESPECIALISTA  
EN  
PEDIATRÍA**

**TÍTULO:  
FACTORES RELACIONADOS A INTENTO E IDEACIÓN  
SUICIDA EN EL MENOR DE 15 AÑOS EN EL HOSPITAL  
DE ALTA ESPECIALIDAD DEL NIÑO “DR. RODOLFO  
NIETO PADRÓN” EN EL PERÍODO ENERO 2017 A  
JULIO 2018**

**ALUMNO:  
DR. EZEQUIEL VERÓNICO DE LOS SANTOS**

**DIRECTOR (ES):  
DR. ROBERTO MOLINA SOLÍS  
DR. MANUEL EDUARDO BORBOLLA SALA**

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. EZEQUIEL VERÓNICO DE LOS SANTOS

FECHA: JULIO DEL 2018



**Villahermosa, Tabasco. Julio de 2018**

Agradecimiento:

A mi esposa por la paciencia que tuvo para esperar y apoyarme en los momentos difíciles.

A mis hijos Narda Michel y Juan Rooney, motores de mi voluntad.

A mis padres, testigos de mi esfuerzo.

A mis maestros: gracias por su tiempo y dedicación.

A los niños de nuestro hospital, por brindar su sencillez y enfermedad un motivo de superación personal.

Gracias.

## INDICE

<b>I</b>	<b>RESUMEN</b>	5
<b>II</b>	<b>ANTECEDENTES</b>	6
<b>III</b>	<b>MARCO TEORICO</b>	9
<b>IV</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	15
<b>V</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	15
<b>VI</b>	<b>OBJETIVOS</b>	15
	a. Objetivo general	15
	b. Objetivos específicos	15
<b>VII</b>	<b>HIPOTESIS</b>	16
<b>VIII</b>	<b>METODOLOGIA</b>	17
	a. Diseño del estudio.	17
	b. Unidad de observación.	17
	c. Universo de Trabajo.	17
	d. Calculo de la muestra y sistema de muestreo.	17
	e. Definición de variables y operacionalización de las variables.	18
	f. Estrategia de trabajo clínico	
	g. Criterios de inclusión.	19
	h. Criterios de exclusión	20
	i. Criterios de eliminación	20
	j. Métodos de recolección y base de datos	20
	k. Análisis estadístico	21
	l. Consideraciones éticas	21
<b>IX</b>	<b>RESULTADOS</b>	22
<b>X</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	40
<b>XI</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	43
<b>XII</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	44
<b>XIII</b>	<b>ORGANIZACIÓN</b>	49
<b>XIV</b>	<b>EXTENSION</b>	50
<b>XV</b>	<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>	51
	<b>ANEXOS</b>	52

## I RESUMEN

**Introducción.** se ha definido como toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado.

**Objetivo.** Identificar los factores asociados a ideación e intento suicida en niños menores de 15 años atendidos en la consulta externa de Paidopsiquiatría y el servicio de Urgencias del Hospital de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón

**Material y métodos.** se diseñó un estudio transversal, retrospectivo y analítico, donde se incluyeron 35 casos de ideación e intento suicida de niños menores de 15 años, de enero del 2017 a julio del 2018. Las variables fueron sexo, edad, área geográfica, tipo de familia, antecedente de suicidio familiar y del paciente, método suicida empleado, intencionalidad del evento, trastornos y comorbilidades asociadas. como esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, depresión, TDAH. Con un universo de trabajo de 35 niños, donde se obtuvo una muestra de 93%, con 95% de confiabilidad y 5% de error. La información se recolectó por una base de datos en Microsoft Access y analizada mediante un sistema de SPSS.

**Resultados.-** se encontró que el sexo femenino corresponde al 42.8 %, y para el masculino el 57.2 %, prevaleciendo en los municipios de Centro 46%, Cunduacan y Nacajuca 11%. El 57% perteneció la clase socioeconómica pobre, de familia nuclear 51%, católica 57%. Se identificó la depresión como comorbilidad más frecuente, la relación con el antecedente familiar ( $RM= 1.116$   $IC_{95} 0.163-7.664$ ). El 66% tenían el deseo de morir con el evento y el 37% seleccionó como la razón escapar o solución del problema. El método más utilizado fue para el sexo femenino la ingesta de medicamentos seguida de las lesiones autoinflingidas y de el ahorcamiento en el varón. El 66% presentó el antecedente familiar materno de suicidio

**Conclusiones** En el presente trabajo se encontró que el nivel socioeconómico que presento mayor ideación o intento de suicidio fueron los estratos muy bajo y bajo. método más utilizado por el sexo femenino fue la ingestión de medicamentos y en el sexo masculino el ahorcamiento, sin embargo la ideación e intento de suicidio se encontró para el masculino a la edad de 8 años, contrastando con lo reportado más de la mitad contó con el antecedente de un familiar suicida.

**Palabras clave:** Ideación o intento, antecedente suicida, comorbilidades.

## II ANTECEDENTES.

En el 2012 ocurrieron en torno a 804,000 suicidios en todo el mundo representando una tasa anual de 11.4 suicidios por cada 100,000 habitantes (OMS 2012), además por cada persona que se suicida hay otras 20 tentativas (OMS 2013). Las tasas mayores de suicidio a nivel mundial las encontramos en Lituania y Rusia (51.6 y 43.1 respectivamente por cada 100,000 habitantes). Esto en el grupo etareo de 15-29 años.<sup>1</sup>

En los estados unidos las muertes por suicidio aumentaron del periodo 2010 a 2015 atribuyéndose principalmente al ahorcamiento y el envenenamiento <sup>2</sup> siendo esta la segunda causa de muerte en jóvenes entre 10 y 24 años<sup>3</sup>, También en países como Canadá se ha informado de una estabilización general de las tasas de suicidio pero con un notable incremento de suicidio por asfixia<sup>4</sup>, por otra parte en países como Finlandia y Corea del Sur y Canadá se han reportado una disminución en el suicidio por armas de fuego teniendo estos en común sus regulaciones al acceso a las armas de fuego <sup>5,6,7</sup>. En España pone de manifiesto un 7.77% de población entre niños y jóvenes son víctimas de suicidio<sup>1</sup>

Los países Hispanos no son la excepción, tan solo Uruguay ha mostrado la tasa de mortalidad por suicidio en América Latina con cifras similares a cuba, con 25.1 y 18.9 por cada 100, 000 habitantes respectivamente<sup>8,9</sup> observándose este aumento de forma constante a partir de 1989. Por otra parte, los países como Venezuela, Guatemala la tasa se ha mantenido entre 4.9% y 5.1 % respectivamente en los últimos 5 años <sup>10</sup>.

Para México, el suicidio, como en el resto del mundo es un problema de salud pública en donde su tasa de suicidio se ha aumentado en un 27% de 1970 al 2007<sup>11</sup>, de los años de 1980 a 1999 el suicidio se aumentó en 90.3 %, en hombres y en un 25% en mujeres<sup>12</sup>, solamente en el periodo de 1990 al 2000 incremento a 150% en la población joven<sup>12</sup>. Para el 2013 la tasa de suicidio era del 4.9 % por cada 100 000 habitantes, hoy se sitúa como la tercera causa de muerte en jóvenes entre 15 y 25 años de edad<sup>13</sup>, situación similar que han sido reportadas en otros países en vías de desarrollo<sup>14</sup>. Otros investigadores reportan que el 47% de la población entre 14 y 19 años ha presentado ideas suicidas<sup>15</sup>, lo cual se ve asociado con esta problemática. En el 2015 se registraron 6,285 suicidios, esto representa una tasa de 5.2 fallecidos por cada 100 000 habitantes, por sexo, la tasa de suicidio es de 8.5 por cada 100 000 mil hombres y de 2.0 por cada 100 000 mujeres <sup>28</sup>. Las entidades federativas que tuvieron mayores tasas de suicidio, por cada 100 000 habitantes fueron Chihuahua (11.4 %), Aguascalientes (9.9%), Campeche (9.1%) y Quintana Roo (9.1%); Tabasco obtuvo el 7.1 % <sup>29</sup>.

Tabasco para 1990 ocupaba el primer lugar nacional en suicidio consumado en hombres y mujeres, sin embargo para el año 2007 en el segundo lugar de estado con mayor índice de suicidios consumados en hombres y el cuarto en mujeres, esto sin mencionar los casos de intento e ideación suicida de los cuales no se tiene estadísticas certeras. Para el año 2012 la tasa de suicidio se encontraba en 7.53 habitantes. Tovilla y Colaboradores en el 2015 en población Tabasqueña revela un incremento en el índice de suicidio en personas entre 25–34 años y 55-64 años, siendo el ahorcamiento el método más empleado. En este contexto el sureste de México ha sido señalado con altas tasas de suicidio consumado desde hace



décadas <sup>16</sup>, además manteniendo tasas elevadas hasta el 2012. Pese a no ser este un hecho frecuente, invita a la reflexión por la gravedad de las consecuencias siendo un indicador importante de cuestiones de fondo que deben ser tratadas por la sociedad. En cualquier caso el suicidio como escape extremo de una situación vital angustiada, no es sino el producto de la confluencia de múltiples factores, reflejo no solo de la idiosincrasia e Historia de cada individuo (Historia familiar de suicidio, abuso físico o social, tentativas previas de suicidio, trastornos emocionales, trastornos estresantes como rupturas o pérdida de seres queridos, así como los problemas que conducen al estigma, humillación o a la vergüenza (OMS 2006) <sup>1</sup>

### III MARCO TEORICO.

El suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de edad entre los 15 a los 29 años (16.36% de los jóvenes fallecidos en 2013) superados solo por las causas externas de mortalidad y los tumores <sup>1</sup>.

En México las tasas de suicidio se han incrementado en las últimas décadas, en 1970 la tasa fue de 1.13 por 100 mil habitantes, en 2007 se incrementa a 4.12 (Borges, Orozco, Benjet & Medina) <sup>17</sup>.

El modos operandi elegido por la gran mayoría de jóvenes de ambos sexos es el ahorcamiento, la estrangulación o sofocación (45.85%) seguido de otras como lanzarse al vacío (30.56%), mientras que para los chicos el tercer método de suicidio preferido es autodispararse con armas de fuego, seguido del consumo de drogas y otras formas no especificadas o inhalación de gases, así como envenenamiento con drogas, medicamentos o sustancias biológicas seguido de ahogamiento <sup>1</sup>

El suicidio por ahorcamiento es el método más empleado en suicidios consumados <sup>18</sup>, encontrándose actualmente entre los tres métodos suicidas más empleados en pacientes jóvenes junto con el envenenamiento y uso de armas de fuego, para su estudio las ahorcaduras se pueden clasificar en: completa cuando todo el cuerpo penda del lazo o incompleta cuando el cuerpo se mantenga en contacto con el plano de sustentación. Así mismo se pueden clasificar en simétricas y asimétricas, siendo el primer caso si el nudo está situado en la línea mediana del cuello distinguiéndose ahorcadura simétrica anterior y posterior dependiendo de la posición donde se encuentre el nudo. En las simétricas también pueden clasificarse como ahorcaduras típicas y atípicas; correspondiendo a las típicas aquellas en las que el nudo ocupa

la línea media posterior del cuello. La clasificación puede orientar a la localización de posibles cuadros lesionales.

Se han descritos varios mecanismos de muerte causados por ahorcamiento entre los cuales se encuentra: anoxia anóxica, isquemia encefálica, inhibición refleja y lesión medular. La anoxia anóxica se ve causada cuando el lazo se va hacia la parte superior del cuello y provoca una retracción del hioides y de la base de la lengua, adheriéndose a la cara posterior de la faringe provocando así un bloqueo del paso del aire a las vías respiratorias. Por otro lado, la isquemia encefálica se produce por alteraciones circulatorias cerebrales. Basta la presión de solo 2 kg de peso en el cuello para provocar cierre del yugular, las carótidas necesitan una presión de 5 kg para interrumpir su circulación, la tráquea 15 kg y las arterias vertebrales 30 kg. El tercer mecanismo de muerte mencionado se da por afecciones nerviosas por acción vagal daño directo de la porción superior de la medula o el bulbo, causando inhibición de las funciones cardiorespiratorias, la lesión de la tráquea es rara y se limita prácticamente a los supuestos en los que el cuerpo se queda suspendido tras lanzarse o caer desde una determinada altura <sup>19</sup>

En los Estados Unidos representa uno de los principales métodos suicidas (50.3%) empleado por jóvenes hispanos <sup>20</sup>. Existen múltiples factores que permiten determinar una muerte suicida en el caso de heridas por arma de fuego, de las cuales están la localización de la herida, el número de heridas, la dirección del disparo, señales de pólvora en la mano y la distancia a la que se realizó el disparo

21.

El orificio de entrada proporciona datos valiosos para determinar la distancia del disparo, el cual suele ser circular u ovoide de pequeño tamaño excepto en casos como:

Disparos a quema ropa sobre un plano óseo.

Disparos en la cabeza con un cartucho de alta velocidad o con proyectiles de caza o semiblandos.

Con el proyectil desestabilizado antes de impactar sobre la víctima, ya sea por rebote o por interposición de algún material <sup>22</sup>.

Es el método más empleado en intento suicida. Es considerado como un método suicida no violento, es el más empleado por el sexo femenino <sup>18</sup> lo que se ve relacionado con el hecho de que existen más hombres que mujeres que logran consumar el suicidio, además de los métodos suicidas empleados varían dependiendo de la accesibilidad que de la consideración de si es método es letal o no <sup>2</sup>

La ingestión de fármacos es el método más frecuente en el intento de suicidio por intoxicación, el cual abarca aproximadamente tres cuartas partes de los casos <sup>24-26</sup> las intoxicaciones medicamentosas podrían catalogarse como alta, moderada o baja letalidad, en función de la toxicidad del fármaco.

Además, en la ingestión de medicamentos existe un periodo entre la toma y el comienzo de los efectos que pueden influir en la letalidad, bien mediante la desaparición de la intención de muerte y la consiguiente reversibilidad, o bien

mediante la posibilidad de un rescate involuntario por parte del equipo médico, determinado por la substancia empleado <sup>27</sup>.

A grandes rasgos, al hacer referencia a la población general en un 90% de los casos nos encontramos con un factor común importante entre las personas que consuman el suicidio: la presencia de trastornos Psicológicos ( Arató, Demeter, Rihmder y Somogy 1988, Barraclough, Bunh, Nelson y Sainsbury, 1974, Dorpat y Ripley, 1960), el abuso de sustancias, la depresión y la esquizofrenia <sup>1</sup>.

La OMS sitúa también como causas de suicidio en los países de ingresos bajos y medios la presión por problemas socioeconómicos, haber vivido bajo conflictos bélicos, sufrido abusos, ser víctimas de la violencia, la discriminación, e igualmente se ha apuntado otras causas como el clima la luz, o la comunicación <sup>1</sup>.

En el caso de los jóvenes y adolescentes la literatura coincide en señalar como posibles factores de riesgo sufrir una enfermedad crónica dolorosa, un trastorno psicológico que no necesariamente ha sido diagnosticado, una tentativa previa de suicidio (Allebeck, Varla, Kristkjansson y Wistedt 1987, Cotton) e incluso algunos trabajos mencionan la falta de control de las emociones y la alta carga de stress emocional que padecen, en los últimos años otra causa en auge es el *bullying* donde se estima que alrededor de 24 millones de niños y jóvenes al año, lo que se supone que 7 de cada 10 lo padecen, así como el *sexting* o difusión de imágenes o videos de alto contenido erótico con el objetivo de humillar a la víctima. El Ciberbullying ocurriría en el contexto de otras formas de Bullying como el homofóbico o en transcurso de otros factores como trastornos mentales (LeBlanc 2012). <sup>1</sup>

La generalización y el fácil acceso a estas nuevas formas de comunicación junto con la expansión masiva de redes Sociales como Facebook o WhatsApp permiten la difusión vírica de contenidos vejatorios.<sup>1</sup>

Existen algunos factores que pueden fomentar el suicidio en los adolescentes, pero que nos son decisivos para que esto suceda. Se puede contribuir a la confusión y la depresión del joven, pero es la conjunción de una diversidad de factores lo que contribuyen para llegar a extremos de la autodestrucción<sup>17</sup>.

Por lo que se refiere a la función familiar, hay datos consistentes de que la disfunción familiar podría ser un factor favorecedor del comportamiento suicida, así como los antecedentes familiares de suicidio, los problemas mentales parentales y el abuso de sustancias <sup>30</sup>.

El suicidio en jóvenes es una tragedia no mencionada en la sociedad ya que es considerada como un Tabú, un escándalo y por estar estigmatizada. De manera tradicional se ha evitado la idea de que nuestros jóvenes encuentran la vida tan dolorosa, que de forma consciente y deliberadamente causan la muerte <sup>17</sup>. Algunos estudios señalan que los grupos en los extremos de la vida presentan mayor riesgo de suicidio, en México se suele concentrar en edades jóvenes, ya que el 41.3% tenían de 15 a 29 años, así mismo, llama la atención que 3.7 % tenían de 10 a 14 años de edad <sup>29</sup>.

Elizabeth Kubler-Ross(1983) Psiquiatra experta en muerte y agonía, nos habla en una serie de reacciones que las personas experimentan: la primera etapa; se caracteriza por la conmoción y negación. Se evita hablar al respecto, no se utiliza palabras de suicidio, el dolor es tan fuerte que se cierran sus propios sentimientos.

La segunda etapa: se empieza a manifestar el dolor, se trata de culpar a alguien o así mismo y por último se expresa enojo hacia el suicida, y finalmente en la tercera etapa: es aceptar el hecho, es dejar ir al ser querido o bien concluir con un asunto que estaba pendiente. <sup>17</sup>.

La escala de ideación suicida (Beck) ideada en 1979 para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. Es una escala de 19 ítems que debe ser complementada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista estructurada y recogen una serie de características relativas a: actitud hacia la vida/muerte, pensamientos y deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento contemplado, así como los antecedentes de intentos previos (anexo 1).

#### **IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**¿Cuáles son los factores relacionados a intento e ideación suicida en los pacientes menores de 15 años que acuden al servicio de urgencias y consulta externa de Paidopsiquiatria del Hospital Rodolfo Nieto Padrón**

#### **V JUSTIFICACION**

En el Hospital del Niño de Alta Especialidad “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” se atendieron 122 casos de intento e ideación suicida en el periodo comprendido de Enero del 2017 a Mayo del 2018, es considerado epidemiológicamente un problema de salud pública en la población de 15 a 29 años, sin embargo la información que se tiene de este padecimiento en niños menores de 15 años en la actualidad se ha subestimado. Identificando los factores de riesgo para realizar intento de autolisis, permitirá remitir al paciente en forma oportuna a grupos de apoyo psicológico. A través de la encuesta de intencionalidad e ideación suicida y resumen de Historia Clínica Psiquiátrica se conocerá cada uno de estos factores.

#### **VI OBJETIVOS:**

a. General.

Identificar los factores asociados a ideación e intento suicida en niños menores de 15 años atendidos en la consulta externa de Paidopsiquiatria y el servicio de Urgencias del Hospital de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón.

b. Especificos



1. Identificar los factores de riesgo para el intento e ideación suicida en el menor de 15 años atendidos en el Hospital del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón.
2. Identificar las comorbilidades psiquiátricas frecuentes en los niños con intento e ideación suicida en el Hospital del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón
3. Describir ficha de identificación, características demográficas, antecedentes familiares y personales de suicidio, así características clínicas asociadas con el paciente con ideación e intento suicidio.

## **VII HIPOTESIS**

H<sub>01</sub>. los factores no se relacionan con intento e ideación suicida en los niños menores de 15 años que se atienden en consulta externa de Paidopsiquiatria y urgencias del Hospital Rodolfo Nieto Padrón.

H<sub>i1</sub>. los factores se relacionan con intento e ideación suicida en los niños menores de 15 años que se atienden en consulta externa de Paidopsiquiatria y urgencias del Hospital Rodolfo Nieto Padrón.

## VIII METODOLOGIA

- a. Diseño del Estudio: se realizó un estudio transversal, retrospectivo y analítico.
- b. Unidad observacional: Niños menores de 15 años con ideación o intento de suicidio en el Hospital del niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón del periodo enero 2017 a julio 2018.
- c. Universo de Trabajo: Los 35 niños de 6 años a 15 años de edad con intento e ideación suicida que acudieron al servicio de urgencias y consulta externa de Paidopsiquiatria del Hospital del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” de enero 2017 a junio 2018.
- d. Calculo de la muestra: Del universo de pacientes con intento e ideación suicida anterior se obtuvo una muestra de 93%, tomando en consideración el 95% de Nivel de Confianza y 5% la probabilidad de error.

### VARIABLES.

#### INDEPENDIENTE:

Sexo

Edad

Características demográficas

Antecedentes familiares

Grados de escolaridad de los padres.

Método empleado

Lugar donde se realizó el intento

Frecuencia de ideación suicida.

Planeación del evento.

Letalidad

Consumo de alcohol y drogas

Razón para el intento

VARIABLE DEPENDIENTE.

El niño con intento o ideación suicida.

### **Operacionalización de las variables**

<b>Variable</b>	<b>Factores de riesgo para la ideación o intento suicida</b>
Definición conceptual	Características como antecedente familiar de suicidio, tipología familiar, funcionalidad familiar, comorbilidades psiquiátricas como depresión, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme TDAH, alcoholismo
Definición operacional	Años cumplidos hasta el día del intento e ideación suicida
Indicador	
Escala de medición	Cuantitativa
Fuente	Expediente clínico

<b>Variable</b>	<b>Comorbilidad psiquiátricas relacionadas con ideación o intento suicida</b>
Definición conceptual	Presencia de uno o más trastornos o enfermedades psiquiátricas relacionadas con ideación o intento suicida como depresión, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, TDAH, enfermedades del espectro autista etc.
Definición operacional	No aplica.
Indicador	Presencia o ausencia de enfermedades relacionadas a ideación o intento de suicidio
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Expediente clínico

<b>Variable</b>	<b>Características clínicas asociadas</b>
Definición conceptual	Datos relativos al pacientes con ideación, como antecedentes, planeación del evento, posibilidades de ejecución, repetitividad del evento, motivo expresado, deseo de la muerte et que presentan los pacientes con ideación o intento de suicidio
Definición operacional	Características indicativas de la escala de ideación o intento suicida de BECK
Indicador	Presencia o ausencia de características clínicas asociadas el evento de ideación o intento de suicidio. Obtenidos de la escala de Beck resultando leve, moderado o severo deseo o ideación suicida
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Expediente clínico

## **CRITERIOS DE INCLUSION.**

Edad entre 6 y 15 años.

Antecedentes familiares

Lugar de origen

Trastornos y comorbilidades asociadas. Como esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, depresión, TDAH

Características de la ideación o intento suicida de la escala de Beck.

Género masculino o femenino.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION.**

Presencia de retraso mental

Que no sepan leer.

### **CRITERIOS DE NO INCLUSION**

Tumoraciones en el Sistema Nervioso Central que afecten el intelecto.

Pacientes que no puedan responder las escalas de intencionalidad suicida.

### **METODOS DE RECOLECCION Y BASE DE DATOS**

Se incluyeron a todos los pacientes del periodo de Enero del 2017 a mayo del 2018 (17 meses) los expedientes de pacientes con diagnóstico de intento e ideación suicida realizado en la consulta externa de Paidopsiquiatria y el servicio de urgencias. Se realizó una base de datos específica para variable.

## **ANALISIS ESTADISTICO.**

Con los datos recolectados se procedió al análisis de las variables y a la interpretación de los resultados, se utilizó el sistema SPSS para la construcción de Tablas, graficas, además de pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales como prueba de X<sup>2</sup>.

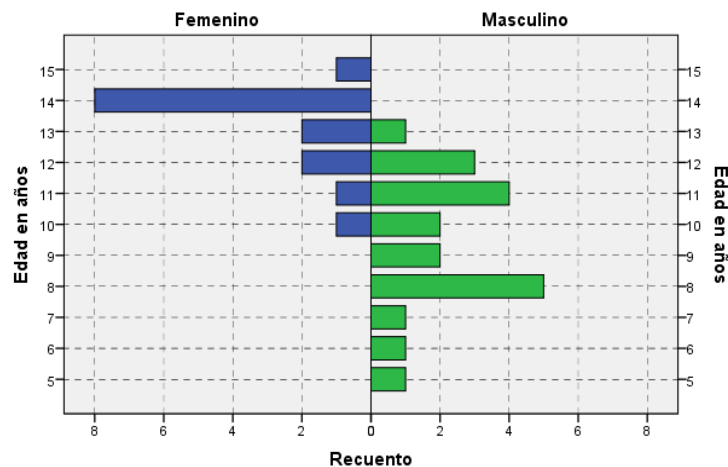
## **CONSIDERACIONES ETICAS.**

La investigación se desarrolló respetando los aspectos éticos y legales establecidos por la comunidad científica y la sociedad sobre todo porque el proyecto involucra a seres humanos de forma directa y la repercusión de los resultados beneficia a la población pediátrica. El presente trabajo fue transversal, prospectivo y analítico por lo que requirió de firma de consentimiento informado por parte del familiar responsable de los pacientes y que obra en cada expediente clínico de cada uno de los pacientes. La información obtenida será manejada de acuerdo a las normas éticas emanadas del comité de calidad e investigación de los hospitales basados en el reglamento de la investigación de la secretaria de salud, normas internacionales de investigación médica. En el presente trabajo se respetan las normas éticas y de seguridad del paciente como se ha dispuesto en la ley general de salud, las normas de Bioética internacional de investigación biomédica y la declaración de Helsinki 2013.

## IX RESULTADOS.

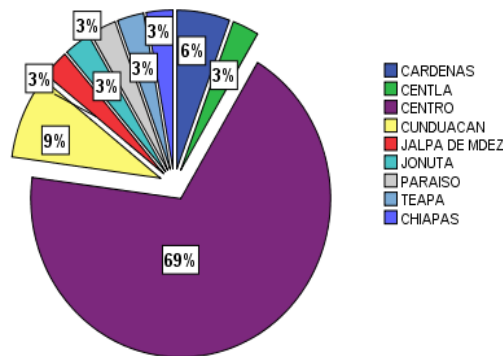
De los 35 pacientes sometidos a entrevista y cuestionario de intento e intencionalidad suicida 15 correspondieron al sexo femenino (figura 1) la cual corresponde al 42.8 %, y 20 pacientes al sexo masculino, que representó el 57.2 % y de estos el mayor número de pacientes se encontró en el grupo de 14 años para el sexo femenino y 8 años de edad para el masculino. Del total de pacientes que realizaron el cuestionario de intencionalidad suicida el 69 % del total fueron originarios del municipio de Centro, el 9% de Cunduacán, mientras que el 3% provienen de Cárdenas, Centla, Jalpa de Méndez, Jonuta, Paraíso y Teapa, respectivamente. Otro 3% corresponde a casos referidos del Estado de Chiapas (figura 2).

Figura 1. Relacion de edad y sexo de los pacientes con ideación o intento de suicidio



Fuente: 35 pacientes del HRAEN RNP 2017-2018

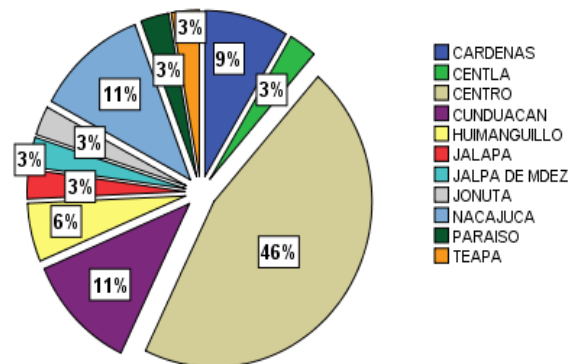
**Figura 2. Lugar de Origen de los pacientes con ideación o intento suicida**



Fuente: 35 pacientes del HRAEN RNP 2017-2018

El lugar de residencia actual del paciente con ideación e intento de suicidio fue 46% para el municipio de Centro, seguido de Cunduacán y Nacajuca con 11% de la población estudiada, 9 % para el municipio de Cárdenas, otro 6% para Huimanguillo, los municipios de Centla, Teapa, Paraíso, Jonuta, Jalpa de Méndez, Nacajuca obtuvieron el 3% de la población estudiada (Figura 3).

**Figura 3. Lugar de Residencia de los pacientes con ideación o intento suicida**



Fuente: 35 pacientes del HRAEN RNP 2017-2018

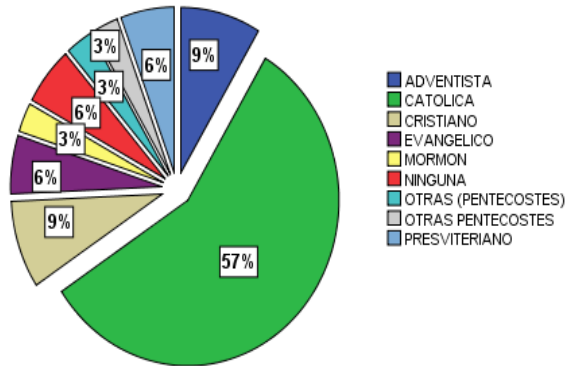


El nivel socioeconómico de la familia con intento e ideación suicida encontrado en el estudio fue de 57.1 % para la clase pobre, es decir aquella que tiene un ingreso superior a \$ 2,700 MN, pero inferior a \$ 6,799, La clase Media Baja (de \$ 6,800 MN a 11,598 MN) obtuvo el 40 % de la población estudiada, siendo para la clase Media, es decir, aquella familia que recibe un sueldo superior a \$11,599 MN pero inferior a \$35,000 MN, el 2.9% del porcentaje total de la población en estudio (Tabla 1).

<b>Tabla 1. Nivel Socioeconómico de la familia de paciente con ideación o intento de suicidio</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
CLASE POBRE +2,700	20	57.1
CLASA MEDIA BAJA +6,800	14	40.0
CLASE MEDIA +11,599	1	2.9
Total	35	100.0

El tipo de religión que profesa la familia del paciente con intento e ideación suicida se encontró un 57% para la religión católica, seguido en segundo lugar por la religión adventista y cristiano con el 9%, en tercer lugar, están las religiones Evangélico, Presbiteriano y los que no profesan ninguna religión con 6% respectivamente. Otro 3% para los de la Religión Mormón, Pentecostés y Otras no especificadas (Figura 4)

**Figura 4. Religión de la familia de los pacientes con ideación o intento suicida**



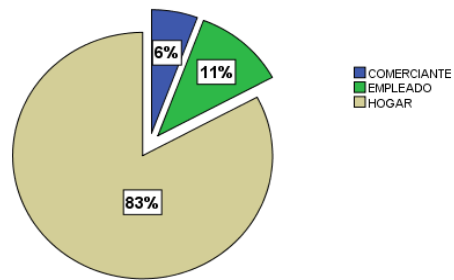
Fuente: 35 pacientes del HRAEN RNP 2017-2018

De los 35 pacientes de intento o ideación suicida el tipo de familia 51.4% correspondieron a la familia nuclear, seguida de un 20 % que pertenece a familia desintegrada, para la familia reconstruida se obtuvo el 11.4%, de los pacientes entrevistados, así mismo el 5.7 % de la población corresponde a una familia nuclear compuesta y en último lugar en frecuencia fue de 2.9% para Madre soltera e Hijos tal y como se refleja en la Tabla 2.

	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>NUCLEAR</b>	<b>18</b>	<b>51.4</b>
<b>DESINTEGRADA</b>	<b>7</b>	<b>20.0</b>
<b>RECONSTRUIDA</b>	<b>4</b>	<b>11.4</b>
<b>NUCLEAR EXTENSA</b>	<b>3</b>	<b>8.6</b>
<b>NUCLEAR COMPUESTA</b>	<b>2</b>	<b>5.7</b>
<b>MADRE SOLTERA E HIJOS</b>	<b>1</b>	<b>2.9</b>
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100.0</b>

La ocupación de la madre de los pacientes con intento e ideación suicida se encontró que el 83% corresponde a las que se dedican a las Labores del Hogar, el 11% se ocupa como empleada y el 6% restante se dedica al comercio (Figura 6).

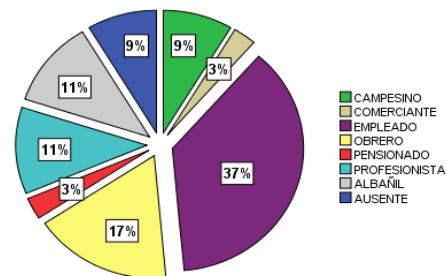
Figura 6. Ocupación de la madre de los pacientes con ideación o intento suicida



Fuente: 35 pacientes del HRAEN RNP 2017-2018

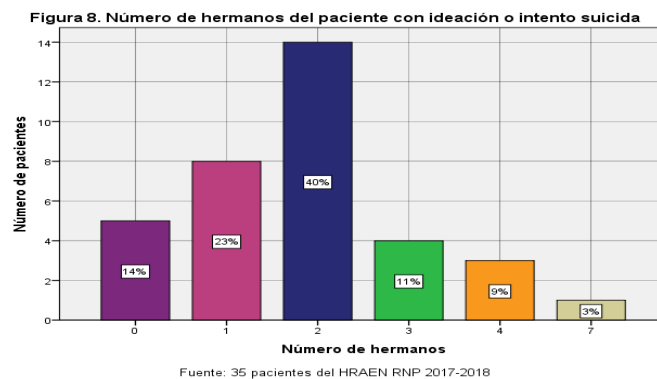
En cuanto a la ocupación del padre del paciente estudiado se encontró que el 37% se dedica a trabajar como empleado, seguido de padre que trabaja como Obrero, otro 11% corresponde a los que laboran como profesionistas y albañilería, el 9% se encontró en aquellos padres que trabajan como campesinos o que estaban ausentes de la familia y por lo que se desconoce su ámbito laboral, represento el 3% para los que se encuentran en el grupo de comerciantes y Pensionados respectivamente tal y como se muestra en la figura 7.

Figura 7. Ocupación del padre de los pacientes con ideación o intento suicida



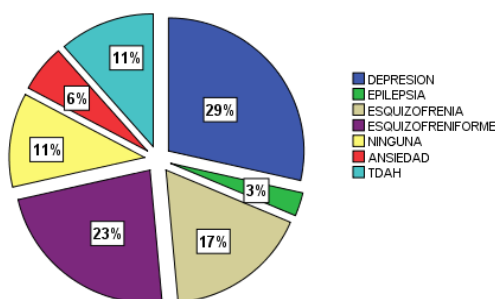
Fuente: 35 pacientes del HRAEN RNP 2017-2018

El número de hermanos de los pacientes con intento e ideación suicida, la mayor frecuencia se mostró para aquellos que tiene 2 hermanos con un 40 % de la población, seguido del grupo con un hermano con 23 % del total estudiado, en tercer lugar se encuentran aquellos que son hijos únicos con 14%, presentándose en el 11% de la población para aquellos pacientes que tiene tres hermanos, así mismo el 9% corresponde a los que tiene 4 hermanos. Solo el 3% de total de los pacientes estudiados tienen 7 hermanos (figura 8)



De los 35 pacientes estudiados en el Hospital de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón el 29 % presento como antecedente de comorbilidad la Depresión, en segundo lugar, se encuentra el trastorno Esquizofreniforme con el 23 %, seguido de la Esquizofrenia con 17 %, el 11% se encontró el antecedente de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad y los previamente sanos, para el trastorno de ansiedad se encontró 6%, y finalmente, el 3% que se relacionó con Epilepsia, tal y como se muestra en la figura 9.

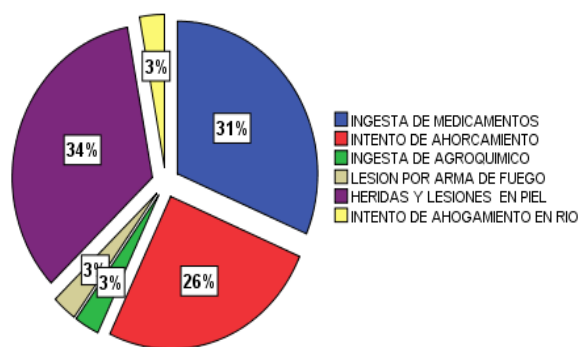
Figura 9. Comorbilidades de los pacientes con ideación o intento suicida



Fuente: 35 pacientes del HRAEN RNP 2017-2018

Se identificó que el método de autólisis más empleado son las heridas y lesiones de la piel, representando el 34 % de nuestra población, seguido de la ingesta de medicamentos con fines suicidas con el 31 %, en tercer lugar se encontró con el 26% al intento de ahorcamiento, y para lesión por arma de fuego, intento de ahogamiento en río e ingesta de Agroquímico (Paraquat) correspondieron al 3% cada uno (Figura 10).

Figura 10. Método empleado de autólisis de los pacientes con ideación o intento suicida



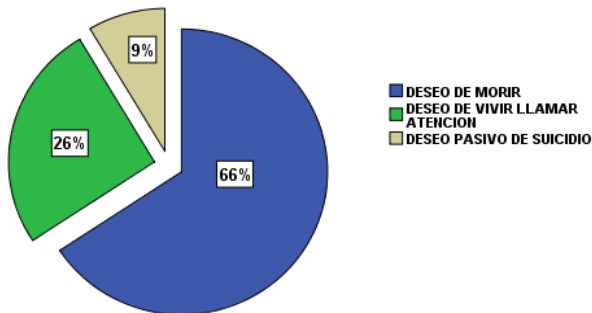
Fuente: 35 pacientes del HRAEN RNP 2017-2018

De la muestra estudiada en el hospital del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” 2 se encontró que la ideación (escala de Beck) al momento del acto el 66% tenía

deseo de morir, así también se presentó un 26% de la población estudiada expresó la ideación de deseo de vivir y llamar la atención, finalmente el 9%

Presentó el deseo pasivo de suicidio (figura 11).

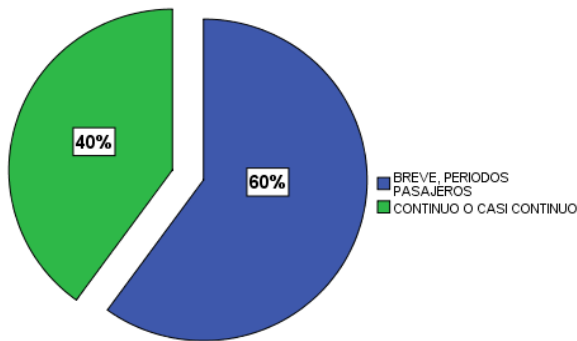
Figura 11. Ideación presente en los pacientes con ideación o intento suicida



Fuente: 35 pacientes del HRAEN RNP 2017-2018

De los pacientes que se estudiaron con intento e ideación suicida se encontró que en la frecuencia de la ideación se presentaba en el 60% en breves periodos o pasajeros, no obstante, el 40% de total de los pacientes presentaron la ideación continua o casi continua, como se refleja en la figura 13.

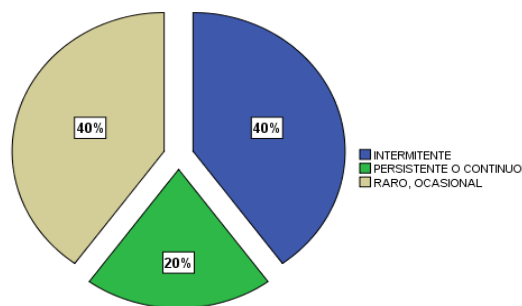
Figura 13. Frecuencia en que se presenta la ideación o intento del suicidio en menores de 15 años



Fuente: 35 pacientes del HRAEN RNP 2017-2018

En la Actitud sobre la ideación o intento de suicidio se encontró que el 40% se presentaba de forma rara u ocasional, así como otros 40% para la forma intermitente, la actitud persistente o continua se presentó en el 20% de la Población (figura 14)

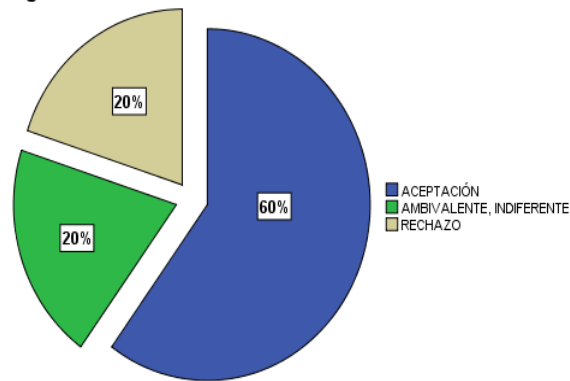
Figura 14. Actitud de sobre ideación o intento suicida



Fuente: 35 pacientes del HRAEN RNP 2017-2018

Del grupo de pacientes de estudio se encontró que el 60% acepto tener control sobre la actividad e ideación suicida, el 20% se registró de forma ambivalente y otro 20% rechazó la idea de control sobre la actividad tal y como se observa en la figura 15.

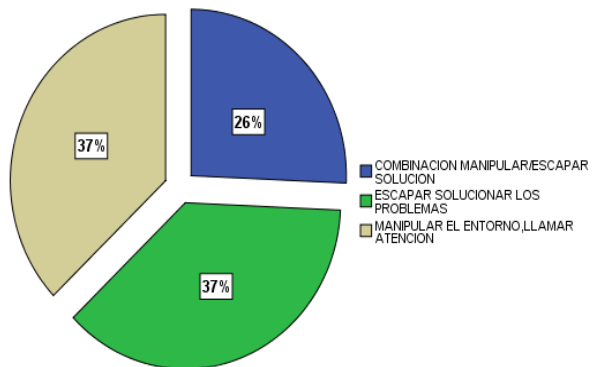
Figura 15. Control de la actividad suicida



Fuente: 35 pacientes del HRAEN RNP 2017-2018

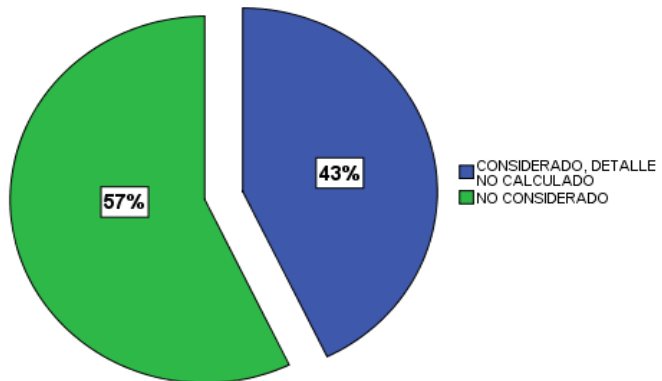
Dentro del grupo estudiado se encontró que la razón más frecuente por la cual realizó el intento o ideación suicida, con un 37% corresponde para escapar o solucionar problemas, de igual forma para manipular el entorno o llamar la atención con el 37%, y por último la combinación entre manipular y escapar de los problemas obtuvo un 26% (Figura 16).

Figura 16. Razón para intento de suicidio o autólisis



Fuente: 35 pacientes del HRAEN RNP 2017-2018

Figura 17. Planificó el intento suicida



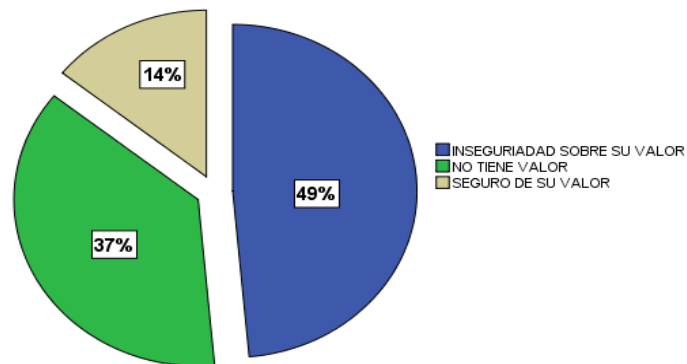
Fuente: 35 pacientes del HRAEN RNP 2017-2018

Y de estos el 57% no planificó el acto, el restante 43% confesó haber planificado acto e ideación suicida sin considerar los detalles, tal y como lo describe la Figura 17.



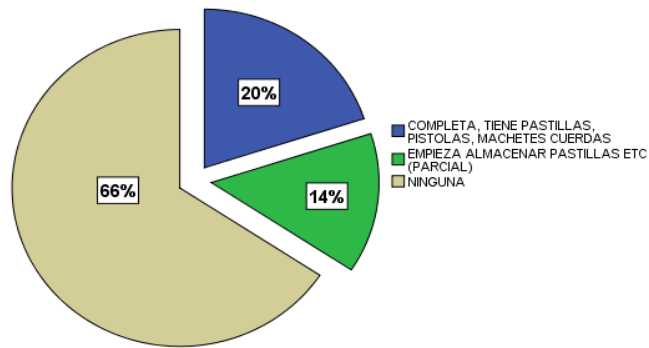
Los pacientes estudiados en el Hospital del Niño “ Dr. Rodolfo Nieto Padrón” revelaron que en el sentido de capacidad para llevar a cabo la ideación o intento de suicidio se encontró que el 49% no tiene seguridad sobre el valor, en segundo lugar se encontró 37% que no tiene valor, seguido de 14 % quienes se sintieron seguros de su valor (figura 18), de los cuales el 66% de los pacientes realizaron el intento e ideación sin preparación alguna, 20% se preparaba almacenando pastillas, objetos punzocortantes, cuerdas, etc., para realizar el evento, el restante 14 % se preparó de forma parcial (figura 19).

Figura 18. Sentido de capacidad para el intento suicida



Fuente: 35 pacientes del HRAEN RNP 2017-2018

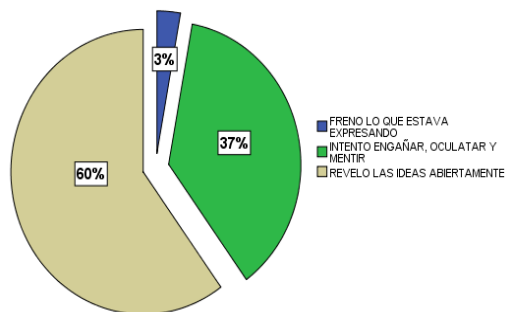
Figura 19. Preparación para el intento suicida



Fuente: 35 pacientes del HRAEN RNP 2017-2018

Con respecto al encubrimiento del acto el 60% reveló la idea abiertamente de intento e ideación suicida, en contraste el 37% intento engañar y mentir sobre lo que estaba haciendo y planeaba realizar, solo el 3% freno lo que estaba expresando figura 20.

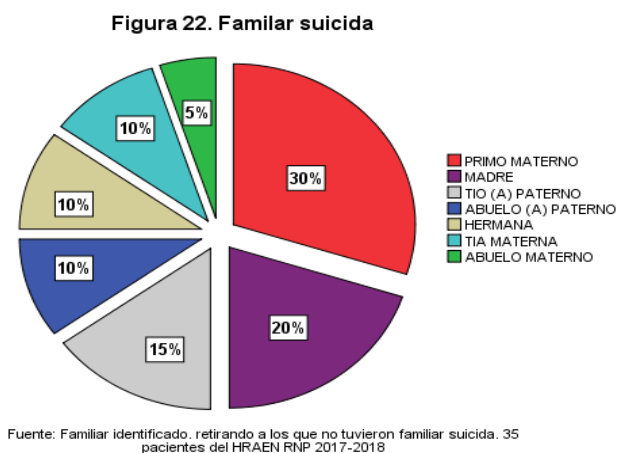
Figura 20. Encubrimiento del intento suicida



Fuente: 35 pacientes del HRAEN RNP 2017-2018

Se encontró el antecedente familiar de suicidio en los pacientes con intento e ideación de suicidio atendidos en el Hospital del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón que el 30% tienen como antecedente de suicidio en el Primo Materno, seguido del 20% quien lo presentaba en la Madre, otros 15% se identificó para el tío paterno, se

obtuvo que el 10% correspondió para la hermana del paciente, abuelo paterno y tía paterna respectivamente, y finalmente el 5% para el abuelo Materno, tal y como se identifican en la figura 22.



La relación entre la religión y el familiar suicida de los pacientes con ideación o intento suicida se encontró que el 55 % de los que profesan la religión católica tienen antecedentes de suicidio familiar, en cuanto a la religión adventista se encontró en segundo lugar presentando el antecedente familiar suicida con 100%. Así también la religión cristiana se relaciona con el antecedente de familiar suicida en el 66.7%. las religiones evangélico y pentecostés no tuvieron familiares con intento o ideación suicida. La religión presbiteriana se relacionó con el antecedente familiar con primo paterno. Y por último la religión mormona se relaciona con el antecedente de suicidio en tía materna, como se muestra en la Tabla 3.

<b>Tabla 3. Relación entre religión y familiar suicida de los pacientes con ideación o intento de suicidio menores de 15 años</b>					
				<b>Recuento</b>	<b>%</b>
<b>RELIGION</b>	<b>ADVENTISTA</b>	<b>FAMILIAR SUICIDA</b>	<b>ABUELO (A) PATERNO</b>	<b>1</b>	<b>33.3%</b>
			<b>ABUELO MATERNO</b>	<b>1</b>	<b>33.3%</b>
			<b>PRIMO MATERNO</b>	<b>1</b>	<b>33.3%</b>
	<b>CATOLICA</b>	<b>FAMILIAR SUICIDA</b>	<b>PRIMO MATERNO</b>	<b>4</b>	<b>20.0%</b>
			<b>HERMANA</b>	<b>2</b>	<b>10.0%</b>
			<b>MADRE</b>	<b>2</b>	<b>10.0%</b>
			<b>ABUELO (A) PATERNO</b>	<b>1</b>	<b>5.0%</b>
			<b>TIA MATERNA</b>	<b>1</b>	<b>5.0%</b>
			<b>TIO (A) PATERNO</b>	<b>1</b>	<b>5.0%</b>
			<b>NINGUNO</b>	<b>9</b>	<b>45.0%</b>
	<b>CRISTIANO</b>	<b>FAMILIAR SUICIDA</b>	<b>MADRE</b>	<b>2</b>	<b>66.7%</b>
			<b>NINGUNO</b>	<b>1</b>	<b>33.3%</b>
	<b>EVANGELICO</b>	<b>FAMILIAR SUICIDA</b>	<b>NINGUNO</b>	<b>2</b>	<b>100.0%</b>
	<b>MORMON</b>	<b>FAMILIAR SUICIDA</b>	<b>TIA MATERNA</b>	<b>1</b>	<b>100.0%</b>
	<b>NINGUNA</b>	<b>FAMILIAR SUICIDA</b>	<b>NINGUNO</b>	<b>1</b>	<b>50.0%</b>
			<b>TIO (A) PATERNO</b>	<b>1</b>	<b>50.0%</b>
	<b>OTRAS PENTECOSTES</b>	<b>FAMILIAR SUICIDA</b>	<b>NINGUNO</b>	<b>2</b>	<b>100.0%</b>
<b>PRESVITERIANO</b>	<b>FAMILIAR SUICIDA</b>	<b>PRIMO MATERNO</b>	<b>1</b>	<b>50.0%</b>	
		<b>TIO (A) PATERNO</b>	<b>1</b>	<b>50.0%</b>	

La relación entre religión y antecedente familiar de suicidio se obtuvo que el 57.1% que profesan la religión católica, seguido de la religión adventista y cristiano con 8.6% de la población, en tercer lugar con el 5.7% para las religiones de evangélico, pentecostés, presbiteriano y de las que no profesan religión respectivamente. 2.9% de la población se relaciona con la religión mormón (Tabla 3.1)

**Tabla 3.1. Relación entre religión y antecedente familiar de suicidio**

RELIGION		Recuento	%
ADVENTISTA	ANTSUICIDIO FAMILIAR	3	8.6%
CATOLICA	ANTSUICIDIO FAMILIAR	20	57.1%
CRISTIANO	ANTSUICIDIO FAMILIAR	3	8.6%
EVANGELICO	ANTSUICIDIO FAMILIAR	2	5.7%
MORMON	ANTSUICIDIO FAMILIAR	1	2.9%
NINGUNA	ANTSUICIDIO FAMILIAR	2	5.7%
OTRAS PENTECOSTES	ANTSUICIDIO FAMILIAR	2	5.7%
PRESVITERIANO	ANTSUICIDIO FAMILIAR	2	5.7%

Se encontró una relación entre el nivel socioeconómico con las comorbilidades Psiquiátricas y los pacientes con intento e ideación suicidio del Hospital del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” que fue en la clase pobre con trastorno esquizofreniforme 25%, esquizofrenia 25%, Trastorno de déficit de atención con Hiperactividad 15%, para depresión y epilepsia 5% respectivamente. Para la clase media baja la comorbilidad más frecuente fue depresión con un 57.1%, seguido de trastorno esquizofreniforme 21.4%, Esquizofrenia y TDAH con el 7.1. los pacientes sin comorbilidad se encontraron en la clase media baja se encontró con 7.1%. Para la Clase media la relación con la comorbilidad que se presentó para la depresión con 100% tal y como se muestra en la Tabla 4.

**Tabla 4. Nivel socioeconómico y su relación con las comorbilidades psiquiátricas en pacientes con ideación o intento de suicidio menores de 15 años**

				Recuento	% de N columnas
Nivel Socio-económico	CLASE MEDIA +11,599	COMORBILIDAD	DEPRESION	1	100.0%
	CLASA MEDIA BAJA +6,800	COMORBILIDAD	DEPRESION	8	57.1%
			ESQUIZO-FRENIFORME	3	21.4%
			ESQUIZOFRENIA	1	7.1%
			NINGUNA	1	7.1%
			TDAH	1	7.1%
	CLASE POBRE +2,700	COMORBILIDAD	ESQUIZOFRENIA	5	25.0%
			ESQUIZO-FRENIFORME	5	25.0%
			TDAH	3	15.0%
			DEPRESION	1	5.0%
			EPILEPSIA	1	5.0%
			NINGUNA	3	15.0%
			OTRAS	2	10.0%

La relación que se encontró entre las variables para pacientes con intento e ideación suicida en el Hospital del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padron” tiene el antecedente por cada dos niños que tienen ideación o intento de suicidio (RM= 1.116 IC<sub>95</sub> 0.163-7.664) tiene un familiar cercano con suicidio contra un niño que presenta ideación o intento de suicidio y que no tiene algún familiar cercano con suicidio. No se relaciono directamente con funcionalidad familiar, comorbilidad psiquiátrica del paciente o consumo de Alcohol.(Tabla 5)

**Tabla 5. Variables relacionadas con Ideación suicida en menores de 15 años**

	Razón de Momios C	95% C.I. RM	
		Inferior	Superior
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	0.984	0.090	10.737
COMORBILIDAD PACIENTE	0.089	0.010	0.792
ANTSUICIDIO FAMILIAR	<b>1.116</b>	<b>0.163</b>	<b>7.664</b>
HOSPITALIZACIONES AUTOLISIS	0.556	0.106	2.904
CONSUMO DE ALCOHOL	0.000	0.000	

Para la relación entre la funcionalidad familiar y la ideación e intento de suicidio se encontraron que los pacientes con familia funcional el 69 % tenían el deseo de morir, seguido del deseo de vivir 20.7 %, en tercer lugar, el deseo pasivo de suicido con 10.3%. Para la familia disfuncional se encontró el deseo de morir en un 50% y para el deseo de vivir el 50% como se muestra en la Tabla 6.

**Tabla 6. Relación entre la funcionalidad familiar y la ideación del suicidio**

TIPO DE FAMILIA	IDEACION	Numero	%
DISFUNCIONAL	DESEO DE MORIR	3	50.0%
	DESEO DE VIVIR	3	50.0%
FUNCIONAL	DESEO DE MORIR	20	69.0%
	DESEO DE VIVIR	6	20.7%
	DESEO PASIVO DE SUICIDIO	3	10.3%

Con respecto a la relación entre el género del paciente y el método de autolisis empleado se encontró que en el sexo femenino el 46.7% utilizó como método de autolisis la ingesta de medicamentos, seguido de lesiones en la piel con el 40%, en tercer lugar se encontró el ahorcamiento y la ingesta de agroquímicos. Para el sexo masculino el ahorcamiento representó el 40%, las lesiones en la piel el 30%, seguido de la ingesta de medicamentos 20%, y 5% para ahogamiento en Río y lesión por arma de fuego respectivamente como se muestra en la Tabla 7.

<b>Tabla 7. Relación entre el sexo y método empleado de autolisis</b>			
<b>SEXO</b>	<b>METODO EMPLEADO AUTOLISIS</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>
<b>Femenino</b>	AHOGAMIENTO EN RIO	0	0
	AHORCAMIENTO	1	6.7
	INGESTA DE AGROQUIMICO	1	6.7
	LESION POR ARMA DE FUEGO	0	0
	LESIONES EN PIEL	6	40
	MEDICAMENTOS	7	46.7
<b>Masculino</b>	AHOGAMIENTO EN RIO	1	5
	AHORCAMIENTO	8	40
	INGESTA DE AGROQUIMICO	0	0
	LESION POR ARMA DE FUEGO	1	5
	LESIONES EN PIEL	6	30
	MEDICAMENTOS	4	20



## **X DISCUSION**

El suicidio es definido por la Organización mundial de la salud (OMS) como el acto de provocarse la muerte a uno mismo, así mismo define el intento suicida como cualquier conducta suicida no fatal, autoinflingida e intencional que puede tener o no un resultado mortal. La conducta suicida hace referencia a una serie de comportamientos que incluyen en el pensar en el suicidio (ideación) planearlo, intentarlo y el suicidio consumado<sup>30</sup>. Según la OMS cada año aproximadamente 800 mil personas mueren por suicidio, lo que representa una muerte por suicida cada 40 segundos con un 75% de las personas en países subdesarrollados en el nivel socioeconómico de bajos y medianos ingresos<sup>30</sup>, llegando a volverse un verdadero problema de salud pública, y una de las causas más comunes de muerte ampliamente distribuida por el mundo, se estima que es la décima tercera causa de muerte a nivel mundial<sup>31</sup>. En el presente trabajo también se encontró que el nivel socioeconómico que presento mayor ideación o intento de suicidio fueron los estratos muy bajo y bajo.

Los métodos más comúnmente empleados en el suicidio en todo el mundo es el auto envenenamiento con pesticidas, ahorcamiento y armas de fuego, pero estos pueden variar y ser afectados por el medio ambiente además que pueden cambiar con el tiempo rápidamente y pueden ser difundidos de una comunidad a otra, incluso puede estar asociada con la legislación en cada país. En el presente trabajo, el método más utilizado por el sexo femenino fue la ingestión de medicamentos y en segundo lugar las lesiones en la piel, así en el sexo masculino el ahorcamiento fue

el más frecuente seguido de lesiones por arma blanca, concordando con lo reportado en la literatura mundial<sup>29</sup>.

No se dispone de información sobre el pensamiento consensuado en adolescentes y niños que han presentado conductas suicidas y sobre el dominio cultural del suicidio y el intento suicida. Sin embargo, la prevalencia de intento de suicidio en adolescentes mexicanos entre los 12 y 17 años es de 4.26 %. 2.14 % en hombres y 2.37% en mujeres<sup>17</sup> a diferencia del observado en Tabasco que fue de 4.1%<sup>30</sup>. Diversos estudios en el mundo coinciden sobre poca frecuencia del suicidio en niños por lo que hay poca información de este tema aceptando este tema como Tabú señalando la depresión, el mal trato y algunos trastornos psiquiátricos como causas principales de su origen, sin embargo, a diferencia de lo reportado de la literatura antes mencionada<sup>17</sup> Contrastado con el “Hospital de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón” se relacionó con antecedente de un familiar cercano suicida, seguido de trastornos psiquiátricos como depresión, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y TDAH.

En la literatura se refiere que se tiene una idea clara de ideación del suicidio a partir de los 9 años de edad<sup>11</sup>, a diferencia de lo documentado en este trabajo el mayor grupo fue para el sexo masculino a la edad de 8 años, siendo el 66% para el deseo de morir con el intento, contrastando con lo descrito en la literatura mundial.

Con respecto a la preparación suicida el 66% no tenía planeación del evento por lo que se plantea posibilidad súbita. Así también la mayor parte de la población (66%) tuvo antecedentes de origen materno por lo que debe tomarse en consideración

en estudios ulteriores. Contrastando con la bibliografía que refiere que el antecedente familiar en general fue de 45%<sup>30</sup>.

## **XII CONCLUSION**

Con respecto a los factores asociados que resulto re riesgo fue el antecedente familiar de suicidio, aunado al alcoholismo y quedando como factores asociados más frecuentes el ser originario del municipio de Centro, Cunduacán y Nacajuca. Además, ser católico, de familia nuclear y funcional, el antecedente personal de suicidio, el tener dos hermanos, tener nivel socio económica bajo y medio bajo, escolaridad primaria, ocupación de la madre cuidador del hogar.

El método preferido de la autólisis por sexo en el femenino fue ingesta de medicamentos, seguido de lesiones en piel y en el sexo masculino fue el ahorcamiento seguido de lesiones en piel.

Las Comorbilidades Psiquiátricas la más frecuente fue la depresión seguido del síndrome esquizofreniforme, la esquizofrenia, la TDAH entre otras.

El método empleado para la autolisis más utilizado fueron las heridas y lesiones en la piel, ingesta de medicamentos y e intento de ahorcamiento. El lugar del evento más frecuente fue el hogar. La ideación más frecuente en los pacientes fue el deseo de morir, en segundo lugar el de llamar la atención. El control de la actividad suicida fue la aceptación. La razón para el intento del suicidio fue manipular el entorno para conseguir sus fines, seguido de escapar a los problemas vivenciales y por último la combinación de estos dos.

#### **XIV BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Navarro, GN, El suicidio en jóvenes de España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. Clínica y salud, Elsevier, 2017,28: 25-31
- 2.- Baker SP, Hu G, Wilcox HC, Baker TD. Increase in suicide by hanging/suffocation in the US.2000-2010. American Journal of preventive medicine. 2013; 44(2): 146-9. Pubmed PMID 23332330. Pubmed central PMCID: PMC3553495. Epub 2013/01/22 eng.
3. Sullivan EM, Annest JL, Simon TR, Luo F,Dahlberg LL. Suicide trends among persons aged 10 -24 years-United States, 1994-2012. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 2015; 64(8):201-5 PubMed PMID:24742379. Epub 2015/03/06 eng.
- 4.-Skinner R. McFaull S. Suicide among Children and adolescents in Canada: trends and sex differences, 1980-2008. CMAJ: Canadian Medical Association Journal 2012; 184 (9)1029-34. PubMed PMID: 22470172.
5. Park S, Ahn MH, Lee A. Hong JP.Asspciations between changes in the patter of suicide methods and rates in Korea, the US, and Finland. International Journal of mental health system. 2014; 8: 22. PubMed PMID:24949083. PubMed Central PMCID: PMC4062645. Epub 2014/06/21 eng.
- 6.- Langlois S, Morrison P. Suicide deaths and suicide attempts. Healt Reports, 2002: 13(2):9-22 PubMed PMID:12743953. Epub 2003/05/15 eng.

- 7.- Varnik A, Kolves K, van der Fetz- Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression", Journal of Epidemiology and Community Health. 2008; 62(6):545-51. PubMed PMID: 18477754. PubMed Central PMCID: PMC2569832. Epub 2008/05/15.
- 8.-Vignolo J, Allegreti M, Vacarezza M, Alvarez C. Evolucion de las muertes por suicidio en Uruguay anivel departamental en el periodo 2001-2010. Revista de Salud Pública 2015, 19: 6-14
- 9.- Tellez-Vargas J, Vargas JF, Suicide in latin America 2012.
- 10.-Perales A, Sánchez E, Parhuana A, Carrera R. Torres H. conducta suicida en estudiantes de la escuela de nutrición de una universidad pública peruana. Revista de Neuropsiquiatria 2014;76(4):231.
11. Borges, G. Et col (2010) Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Recuperado 30 de junio de 2017de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n4/v52n4a05.pdf>.
- 12.- Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines. 2006; 47(3-4)372-94.PubMed PMID:16492264. Epub 2006/02/24 eng.
- 13.-Alvarado-Esquivel C, Sánchez Anguiano LF, Arnaud-Gil CA. Hernandez Tinoco J, Molina-Espinoza LF, Rabago-Sánchez E. Sociodemographic, Clinical and Behavioral Characteristics Associated with a History of Suicide Attempts among

Psychiatric Outpatients: A Case control Study in a Northern Mexican City.  
International Journal of Biomedical Science: IJBS. 2014 ;10(1):61-8

- 14: Quinlan-Davinson M, Sanhueza A, Espinoza I, Escamilla-Cejudo JA, Maddaleno M. Suicide among Young people in the Americas. The Journal of Adolescent health: official publication of the society for Adolescent Medicine. 2014;54(3):262-8.
- 15.-Orozco R. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME. Conducta suicida en adolescentes del área metropolitana de la Ciudad de México. Trastornos Psiquiátricos y eventos de vida 2014.
- 16.- Juárez-Rojas I. Blé-Castillo J. Villar-Soto M, Jiménez-Santos M, Ramón-Frías T, Juárez-Oropeza M, Et Al. Depresión y Riesgo de suicidio: posibles indicadores bioquímicos en pacientes psiquiátricos con intento de suicidio en el sureste de México. Ecosistemas y Recursos Agropecuarios. 2014;21(41):1-9.
- 17.- Garduño-Ambríz R, y et al. Suicidio en Adolescentes: Asociación Mexicana de Tanatología, México DF, 2014.
- 18-Lim M, Lee SU, Park JI. Difference in suicide methods used between suicide attempters and suicide completers. International Journal of mental health systems. 2014;8(1):54.
- 19.- Sibón Olano A, Martínez-García P. Palacios-Granero R, Romero Palanco J, Muerte por ahorcadura. Cuadernos de medicina Forense. 2005:145-9.

- 20.- Suicide among Hispanics-United States, 1997-2001. MMWR Morbidity and mortality weekly report.2004 11;53(22):478-81 PubMed PMID: 15190244. Epub 2004/06/11. Eng.
- 21.- Navarro Esacayola E. Suicidio atípico: a propósito de un caso, cuadernos de medicina Forense, 2006 :228-9.
- 22.- Valero Abad C. Problemática de los orificios de Salida atípicos. Cuadernos de medicina Forense. 2006;230-3.
- 23.- Hepp U, Stulz N, Unger-Koppel J, Ajdacic-Gross V. Methods of suicide used by children and adolescents. European child & adolescent psychiatry. 2012 ;21(2):67-73. PubMed PMID:22130898. Epub 2011/12/02.
- 24.-Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta psychiatrica Scandinavica. 1996 ;93(5):327-38. PubMed PMID:8792901. Epub 1996/05/01.eng.
- 25.- Bille-Brahe U, Kerkhof A, De Leo D, Schmidtke A, Crepet P, Lonqvist J, Et al. A repetition- prediction study of European parasuicide populations: a summary of the first with the EC Concerted action on attempted suicide. Acta psychiatrica Scandinavica. 1997; 95(2):81-6.
- 26.-Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T. Crepet P, et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I.



- Introduction and preliminary analysis for 1989. Acta psychiatrica Scandinavica. 1992 ;85(2):97-104. PubMed PMID: 1443046. Epub 1992/02/01.eng.
- 27.- Berman AL, Shepherd G, Silverman MM. The LSARS-II. Lethality of suicide Attempt Rating Scale-Updated. Suicide and life-threatening behavior. 2003 ;33(3) 261-76 PubMed PMID:14582837.Epub 2003/10/30.eng
- 28.- INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2015. Base de Datos. Recuperado el 23 de Junio de 2017 en <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/vitales/mortalidad/default.html>.
- 29 .- Bobes Garcia,J. Comportamientos suicidas prevención y tratamiento.1ra ed, Barcelona, España 2004: 461pp.
30. Word Report on Violence and Health. NSW Public Healt Bulletin. 2002;13(8):190
- 31.-Yip Ps, Liu KY, Law Ck, Yeras of life lost from suicide in China, 1990-2000. Crisis.2008;29(3):131-6. PubMed PMID: 18714909. Epub 2008/08/22 eng.

### **XIII. ORGANIZACION**

#### RECURSOS HUMANOS

a) Responsable del estudio:

Dr. Ezequiel Verónico de los Santos.

b) Director de la tesis:

Dr. Roberta Molina Solis

Dr. Manuel Eduardo Borbolla Sala

#### RECURSOS MATERIALES:

a)Físicos

- I. Expedientes clínicos.
- II. Encuesta
- III. Computadora
- IV. Internet

b) financiero

#### **XIV. EXTENSION**

Se autoriza a la Biblioteca UNAM la publicación parcial o total del presente trabajo recepcional de tesis, ya sea por medios escritos o electrónicos. Para investigaciones futuras y publicaciones en foros nacionales e internacionales.

## XV CRONOGRAMA

INTENTO E IDEACION SUICIDA EN EL HOSPITAL DEL NIÑO DR. RODOLFO NIETO PADRON												
ACTIVIDADES	8/10/17	9/11/17	10/12/17	11/1/18	11/2/18	11/3/18	12/4/18	12/5/18	19/6/18	20/7/18	21/8/18	23/9/18
DISEÑO DEL PROTOCOLO	■											
ACEPTACION DEL PROTOCOLO		■										
CAPTACION DE DATOS		■	■	■	■	■	■	■	■	■		
ANALISIS DE DATOS							■	■	■	■		
DISCUSION								■	■	■		
CONCLUSIONES								■	■	■		
PROYECTO DE TESIS										■		
ACEPTACION DE TESIS										■		
EDICION DE TESIS										■	■	■

## XVI ANEXOS

IDEACION O INTENTO DE SUICIDIO - Base de datos- C:\Users\hemov\Desktop\IDEACION O INTENTO DE SUICIDIO.accdb (Formato de archivo Access 2007 - 2016) - Access

Archivo Inicio Crear Datos externos Herramientas de base de datos ¿Qué desea hacer? EZEQUIEL VERONICO DE LOS SANTOS

SUICIDIO ---BASE

### FACTORES ASOCIADOS A IDEACION O INTENTO SUICIDA EN < 15 AÑOS

EXPEDIENTE 221317

CUAL COMORBILIDAD 91 ESQUIZOFRENIA

RAZONES PARA INTENTO CONTEMPLADO 109

NOMBRE

ANTECEDENTE SUICIDIO FAMILIAR

PLANIFICACIÓN DEL INTENTO 111 CONSIDERAR

EDAD EN MESES 136

HOSPITALIZACIONES AUTOLISIS

SENTIDO DE CAPACIDAD PARA LLEVAR E CABO

SEXO F

NUMERO DE VECES 2

PREPARACION CON EL INTENTO CONTEMPLADO

FECHA DE NACIMIENTO 19/09/2006

METODO EMPLEADO AUTOLISIS

ENCUBRIMIENTO DEL INTENTO CONTEMPLADO

LUGAR DE NACIMIENTO 71 CENTRO

CONSUMO DE ALCOHOL

FAMILIAR SUICIDA 121 ABUELO MATERNO

LUGAR DE RESIDENCIA 73 CENTRO

CONSUMO DROGAS

NIVEL SOCIOECONOMICO 77 CLASE POBRE +2,700

LUGAR DONDE REALIZO ULTIMO INTENTO 93 HOGAR

TIPO DE FAMILIA 79 DESINTEGRADA

LETALIDAD 95 DESEO DE MORIR

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

DURACION DE IDEACION O DESEO SUI 97 CONTINUO O CASI CONTINUO

RELIGION DE LA FAMILIA 81 ADVENTISTA

FRECUENCIA IDEACION SUICIDA 99 PERSISTENTE O CONTINUO

ESCOLARIDAD 85 PRIMARIA

ACTITUD HACIA LA IDEACION Y DESEO 101 ACEPTACIÓN

OCUPACION DE LA MADRE 87 HOGAR

CONTROL SOBRE ACTIVIDAD SUICIDA 103 INSEGURO

OCUPACION PADRE 89 OTRA

NUMERO DE HERMANOS 1

COMORBILIDAD

Registro: 1 de 35

Vista Formulario

Escribe aquí para buscar

Bloq Mayús

ESP 08:57 p. m.  
ES 09/07/2018

### 6.2. Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)

1. Deseo de vivir	0. Moderado a fuerte
	1. Débil
	2. Ninguno
2. Deseo de morir	0. Ninguno
	1. Débil
	2. Moderado a fuerte
3. Razones para vivir /morir	0. Porque seguir viviendo vale más que morir
	1. Aproximadamente iguales
	2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo.
4. Deseo de intentar activamente el suicidio	0. Ninguno
	1. Débil
	2. Moderado a fuerte
5. Deseos pasivos de suicidio	0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
	1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad.
	2. puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. Dimensión temporal (duración de la ideación /deseo suicida)	0. Breve, periodos pasajeros
	1. Por amplios periodos de tiempo
	2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)	0. Raro, ocasional
	1. Intermitente

2. Persistente o continuo
8. Actitud hacia la Ideación/deseo 0. Rechazo 1. Ambivalente, Indiferente 2. Aceptación
9. Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out 0. Tiene sentido de control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control
10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad) 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo. 2. Mínima o ninguna precaución o interés por ellos.
11. Razones para el intento contemplado 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. Método (especificidad/ planificación del intento contemplado) 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados / bien formulado
13. Método (accesibilidad / oportunidad para el intento contemplado) 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

## 6. Instrumentos de evaluación de ideación y comportamiento suicida 147

### 6.2. Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)

14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente. 1. Inseguridad sobre su valor 2. Seguros de su valor, capacidad
15. Expectativas/ espera del intento actual 0. No 1. Incierto 2. Si
16. Preparación actual para el intento contemplado 0. Ninguna 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.) 2. Completa (p, ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
17. Nota suicida 0. Ninguna 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada 2. Nota terminada
18. Actos finales en anticipación de la muerte (p, ej., testamento, póliza de seguros, etc.) 0. Ninguno 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos 2. Hace planes definidos o termino los arreglos finales.
19. Engaño / encubrimiento del intento contemplado. 0. Revelo las ideas abiertamente 1. Freno lo que estaba expresando 2. Intento engañar, ocultar, mentir

. Instrumentos de evaluación de ideación y comportamiento suicida

### 6.3. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent, SIS)

<b>I. Circunstancias objetivas</b>
1. Aislamiento 0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p, ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto
2. Medición del tiempo 0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/0 la intervención de otras personas 0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p, ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p, ej., cerrando la puerta, etc.)
4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento 0. Aviso a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contacto, ni aviso a nadie
5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro) 0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o termino los arreglos finales.
6. Preparación activa del intento 0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
7. Nota suicida 0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
8. Comunicación verbal (Ideas, preocupaciones o planes suicidas) 0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p, ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que es táis mejor sin mí», «nada tiene objeto») 2. Comunicación no ambigua (p, ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)
<b>II. Autoinforme</b>
9. Propósito supuesto del intento 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Combinación 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. Expectativa sobre la posibilidad de la muerte 0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no improbable 2. Probable o cierta
11. Concepción de la letalidad del método 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal 2. Igualo o excedió lo que pensaba que sería mortal.
12. Seriedad del intento 0. No intento seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intento seriamente poner fin a su vida

### 6.3. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent, SIS)

13. Actitud hacia el vivir/morir
0. No quería morir
1. Componentes 0 y 2
2. Quería morir
14. Concepción de la capacidad de salvamento medico
0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención medica
1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención medica
2. Seguro de morir aunque recibiese atención medica
15. Grado de premeditación
0. Ninguno, impulsivo
1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento
2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento
<b>III. Circunstancias Subjetivas</b>
16. Reacción frente al intento
0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza
1. Acepta tanto el intento como su fracaso
2. Rechaza el fracaso del intento
17. Preconcepciones de la muerte
0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos.
1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas.
2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte
18. Numero de intentos de suicidio previos
0. Ninguno
1. 1 o 2
2. 3 o mas
19. Relación entre ingesta de alcohol e intento
0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad.
1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad.
2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento.
20. Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)
0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad.
1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad.
2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento.