



11241  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

33  
22

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

INTENTO DE SUICIDIO EN  
ADOLESCENTES

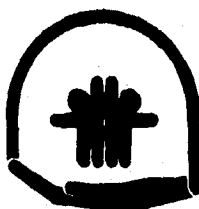
T E S I S

PARA LA OBTENCION DEL TITULO DE  
E S P E C I A L I S T A E N :  
PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA  
P R E S E N T A :  
DRA. DELIA CATALINA SOLANO MOSQUERA

DIRECTOR DE TESIS:

DOCTOR OSCAR SANCHEZ GUERRERO  
TUTOR METODOLOGICO INP: DOCTORA RAQUEL REYES  
TUTOR UNAM: DOCTORA CLAUDIA FOUILLOUX

GENERACION 1994 - 1996



INP

MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

FACULTAD  
DE MEDICINA  
★ NOV. 28 1996 ★  
SECRETARÍA DE SERVICIOS  
ESCOLARES  
DEPARTAMENTO DE REGISTRO  
MRP

*[Handwritten signature]*  
SCA

**DEDICATORIA:**

**A John, Santiago y mis padres, por su apoyo continuo.**

## **AGRADECIMIENTO:**

A todas estas personas que me apoyaron entregándome su confianza y enseñanza.

**Doctora Patricia Cervera**

**Doctora Patricia Romano**

**Doctor Oscar Sánchez G.**

## INDICE

OBJETIVOS.....	1
JUSTIFICACION.....	1
METODOLOGIA.....	1 - 2
INTRODUCCION.....	2 - 3
SUICIDIO.....	4 - 7
DIFICULTADES EPIDEMIOLOGICAS.....	7 - 8
FACTORES DE VIDA Y SUICIDIO.....	8 - 12
FACTORES DE RIESGO.....	12 - 13
TEORIAS DEL SUICIDIO.....	13 - 15
CLINICA.....	16 - 18
DIAGNOSTICO Y EVALUACION.....	18
TRATAMIENTO.....	18 - 20
RESULTADOS.....	20 - 24
DISCUSION.....	24 - 26
CONCLUSIONES.....	27 - 28
RECOMENDACIONES.....	28 - 29
ANEXOS.....	32

## **OBJETIVOS**

Conocer los factores de riesgo y su frecuencia en adolescentes con intento suicida que acudan al Servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Pediatría.

## **JUSTIFICACIÓN**

La conducta suicida ha aumentado en las últimas décadas tanto en el niño como en el adolescente, por lo tanto, se requiere valorar cuáles son los factores de riesgo que inciden en esta conducta, y, tomar las medidas preventivas en nuestra población.

## **METODOLOGÍA**

Se estudiará al adolescente con intento suicida que se presente al Servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Pediatría, para identificar factores de riesgo en esta población, que permita posteriormente evaluar el pronóstico del paciente.

Una vez atendido su estado de salud agudo, el médico encargado de dicho servicio, comunicará al Servicio de Psiquiatría dicho ingreso. Si el paciente se encuentra consciente, se inicia la entrevista, que consiste en aplicar un cuestionario de registro de pacientes, para detectar factores de riesgo en adolescentes con intento suicida.

Posterior a que el paciente sea egresado del Servicio de Urgencias, es trasladado al Servicio de Medicina Interna donde el médico psiquiatra

continuará con el seguimiento de dicho paciente, iniciando la atención psicoterapéutica.

Finalmente, una vez que el paciente es egresado del Hospital, será citado a la consulta externa del Servicio de Psiquiatría para continuar su tratamiento, con la intención de evitar intentos posteriores. Este seguimiento deberá realizarse hasta que desaparezca la sintomatología que originó el intento suicida, a menos que el paciente abandone el tratamiento, haciéndose un intento de ubicarlo nuevamente a través del Servicio de Trabajo Social.

## **INTRODUCCIÓN**

El suicidio se constituye, por su frecuencia, en una de las causas más importantes de mortalidad en Psiquiatría.

Teóricamente todos los suicidios son muertes prematuras, y como tal, deberían ser prevenidas.

Conocer la motivación suicida implica una concepción holística del fenómeno, esto lleva a entender al hombre desde diversos puntos de vista: biológico, social y psicológico, pues es bien conocido que se trata de un acto multideterminado. Es sólo este entendimiento el que puede ayudar a una comprensión adecuada del problema y a la elaboración de líneas preventivas y de manejo.

Diversos autores han demostrado que en la edad avanzada, un número creciente de personas atentan contra su vida en forma voluntaria. Según las



estadísticas, aproximadamente el 25% de los suicidios ocurren entre personas mayores de 65 años.

Sin embargo, la conducta suicida en el niños y el adolescente ha aumentado en las últimas décadas, pasando a constituir un problema de salud pública. Las causas de este fenómeno podrían estar ligadas a un aumento en el número de adolescentes en la población, que llevaría a una disminución de las oportunidades de trabajo, estudio y éxito social, generando una baja autoestima. También pudiera deberse a otros factores como inestabilidad familiar, violencia social, altas tasas de consumo de alcohol y drogas, síntomas de depresión, mayor disponibilidad de armas de fuego y medicamentos, transición más temprana de los jóvenes a roles de adultos, etc.(1).

Aunque niños y jóvenes que llegan a realizar el suicidio, y aquellos quienes amenazan o lo intentan sin éxito presentan rasgos comunes, se considera que aquellos que tuvieron un intento previo, constituyen el grupo con riesgo más alto para un intento posterior (2).

Se considera también que los estresores psicosociales son un factor de riesgo para el intento suicida. Las pérdidas interpersonales y los conflictos, frecuentemente preceden a un acto suicida. Otros consideran también las dificultades con la disciplina y las leyes, y los problemas relacionados con la escuela y el trabajo.

En resumen, los estresores agudos, el estrés psicosocial relacionado con la historia de desarrollo del adolescente y las circunstancias corrientes de la vida, así como también los factores situacionales pueden provocar en el o la adolescente una conducta suicida (3).

estadísticas, aproximadamente el 25% de los suicidios ocurren entre personas mayores de 65 años.

Sin embargo, la conducta suicida en el niños y el adolescente ha aumentado en las últimas décadas, pasando a constituir un problema de salud pública. Las causas de este fenómeno podrían estar ligadas a un aumento en el número de adolescentes en la población, que llevaría a una disminución de las oportunidades de trabajo, estudio y éxito social, generando una baja autoestima. También pudiera deberse a otros factores como inestabilidad familiar, violencia social, altas tasas de consumo de alcohol y drogas, síntomas de depresión, mayor disponibilidad de armas de fuego y medicamentos, transición más temprana de los jóvenes a roles de adultos, etc.(1).

Aunque niños y jóvenes que llegan a realizar el suicidio, y aquellos quienes amenazan o lo intentan sin éxito presentan rasgos comunes, se considera que aquellos que tuvieron un intento previo, constituyen el grupo con riesgo más alto para un intento posterior (2).

Se considera también que los estresores psicosociales son un factor de riesgo para el intento suicida. Las pérdidas interpersonales y los conflictos, frecuentemente preceden a un acto suicida. Otros consideran también las dificultades con la disciplina y las leyes, y los problemas relacionados con la escuela y el trabajo.

En resumen, los estresores agudos, el estrés psicosocial relacionado con la historia de desarrollo del adolescente y las circunstancias corrientes de la vida, así como también los factores situacionales pueden provocar en el o la adolescente una conducta suicida (3).

## SUICIDIO

El suicidio abarca: el suicidio consumado, en intento suicida, las amenazas suicidas y la ideación suicida.

En cuanto al suicidio consumado, se refiere a aquellos actos lesivos autoinflingidos con resultado de muerte. En estos casos el diagnóstico es complicado ya que se hace difícil diferenciar entre accidentes por una parte, y por otro lado, la muerte producida por una sobredosis tóxica consumida en forma accidental y que lleva a pensar en suicidio.

El intento de suicidio, o también llamado parasuicidio, se refiere a una variedad de comportamientos autodestructivos que van desde actos que atentan contra la vida sin resultado de muerte en el que el individuo de forma deliberada se inflinge un daño a sí mismo, hasta gestos relativamente menores conocidos como gestos suicidas.

La ideación suicida abarca un amplio espectro, desde pensamientos inespecíficos, hasta ideas suicidas con un plan concreto de realización o amenazas.

La conducta suicida se considera como un continuo que va desde la ideación hasta el suicidio consumado, basándose en factores familiares, psicológicos, que son similares en los suicidios consumados y en el resto de las conductas suicidas (4).

Nosotros nos enfocaremos al intento suicida, especialmente en adolescentes. En los niños es raro el intento suicida, aunque en países como Japón, el índice es cada vez más alto, con diferencias importantes entre los distintos países. Así también, las tentativas de suicidio ocurren más a menudo entre las mujeres que entre los hombres, lo que se asociaría con las presiones de socialización en niños y niñas, que se reflejan en diferentes estilos de expresión afectiva.

Las mujeres en nuestra sociedad gozan de menor sanción cultural frente a las demostraciones de rabia o agresividad, incluyendo el suicidio. Tales diferencias parecen expresarse en las tendencias de las niñas a utilizar métodos más pasivos, a su vez menos efectivos, en su mejor disposición a buscar ayuda y más alta frecuencia de desórdenes afectivos en la etapa postpuberal.

En los varones, los suicidios consumados son tres veces más frecuentes, lo que se puede explicar por la propensión de los jóvenes a utilizar métodos más violentos e irreversibles.

Como se reportó, existen factores que se asocian a la conducta suicida. Los trastornos psiquiátricos que se incluyen son: depresión, trastornos de ansiedad y de conducta., así como el abuso y/o dependencia al alcohol, y conducta disruptiva.

Los factores psicosociales involucrados como la infancia desventajosa o disfuncional , que se refiere a aquellos que provienen de hogares rotos o conflictivos, con pobres relaciones paterno-filiales, pobre salud mental de los padres y criminalidad alta en los padres.

Los problemas de ajuste personal incluyen: baja autoestima, conducta antisocial, uso de sustancias y otros problemas de ajuste.

Las dificultades que se presentaron en la infancia han sido asociadas con futuros intentos suicidas, en una cadena causal en la cual las dificultades en la infancia incrementan los problemas de ajuste y la psicopatología en la adolescencia, y éstos, a su vez, incrementan el riesgo de intentos suicidas.

Todas las investigaciones previas sugieren que hay un patrón común en el que se apoyan los intentos suicidas adolescentes y que involucran una familia temprana insatisfactoria y experiencias de la infancia que incrementan la vulnerabilidad individual a los trastornos psiquiátricos y a los problemas de ajuste en la adolescencia, y que estas dificultades a su vez incrementan la posibilidad de que el joven llegue a atentar contra su propia vida.

Según Facy et. al. en 1979 y Choquet et. al. en 1980, existirían dos subgrupos diferentes entre los niños y adolescentes que intentan suicidarse:

1. Un grupo que tendría más trastornos psiquiátricos y más factores familiares negativos, que usaría métodos de mayor letalidad, y tendría peor pronóstico en cuanto a la posibilidad de consumar un suicidio en el futuro. Posiblemente serían aquellos en los que no se detecta un claro factor desencadenante, y sí, una situación de vida adversa, constante.
2. El otro grupo lo constituirían aquellos en los que las alteraciones psiquiátricas y de disrupción familiar están ausentes o no son tan importantes. El intento sería impulsivo y no premeditado, se detectaría un claro factor

desencadenante, el método utilizado sería de menor letalidad y el intento pretendería una modificación en el ambiente (5).

**DIFICULTADES EPIDEMIOLÓGICAS** No existen estadísticas fiables sobre la prevalencia de conductas suicidas. Esta ausencia de información válida tiene lugar más en la infancia y en la adolescencia que en otras edades. Esto es debido a los siguientes factores:

1. La frecuencia con la que la familia y el propio niño o adolescente ocultan estos actos, ya que en un gran porcentaje de casos el sujeto no informa a los padres de la realización de un intento suicida.
2. La dificultad de admitir la existencia de conductas autoagresivas en los niños, no sólo por parte de sus padres, sino también de los profesionales, considerándose ciertas muertes y lesiones como accidentales, cuando en realidad son conductas suicidas.

En 1991, 266 niños de entre 5 y 14 años de edad cometieron suicidio en los Estados Unidos de Norteamérica (National Center for Health Statistics, 1993). Esto refleja una mortalidad específica para suicidio de 0.7 por 100.000 (4).

La incidencia de la ideación suicida y del intento suicida en los niños ha sido encontrada más elevada, sin embargo, los investigadores han encontrado en estudios de muestras comunitarias de niños y adolescentes normales, tasas de ideación suicida que van de 6.6 a 2.6 %, así como también, tasas de intentos suicidas entre 2.8 y 3.4%.

El suicidio es la tercera causa de muerte en los adolescentes, superada por los accidentes y los homicidios. El grupo de edad de mayor riesgo son las personas mayores de 65 años, pero el suicidio ha disminuido ligeramente en este grupo y se ha exacerbado entre los adolescentes (1).

Si bien en la adolescencia los intentos suicidas son más frecuentes en el sexo femenino, en la infancia predomina entre los varones. Los suicidios consumados y el uso de métodos más letales son propios de los varones tanto en la infancia como en la adolescencia.

El método más frecuentemente utilizado en los intentos suicidas es la ingestión de medicamentos.

De acuerdo a los reportes mencionados, tenemos que la tasa de suicidio entre la juventud se ha incrementado dramáticamente en los últimos 30 años, de 2 por 100.000 en 1960 a 12 por 100.000 en el presente año, siendo más frecuente entre los 15 y 19 años (6).

## **FACTORES DE VIDA Y SUICIDIO**

Los acontecimientos vitales (AV), se definen como aquellas situaciones que generan cierto grado de estrés, y, por tanto, exigen del individuo un proceso de adaptación (7).

La mayoría de los estudios en este campo se han hecho en adultos y son pocos los realizados en niños. descubrir el papel que los AV puedan tener como factores desencadenantes o mantenedores de patología, y por lo tanto como factores de riesgo, contribuirá a una mejor comprensión de los mecanismos

etiopatogénicos, ayudando a la puesta en marcha de programas de prevención y tratamiento más eficaces (8).

Paykel observa que en los intentos de suicidio se da la mayor asociación con acontecimientos vitales, seguidos por depresión y esquizofrenia. No obstante, las diferencias entre estos tres grupos son mínimas.

Para el estudio de la participación de los distintos tipos de acontecimientos vitales en los trastornos psiquiátricos, se ha clasificado dichos acontecimientos en diferentes categorías (9):

### **1. ACONTECIMIENTOS DE PERDIDA O SEPARACIÓN**

- Muerte de uno de los padres.
- Separación del niño de sus padres, pasando a vivir con otras personas o en Instituciones.
- Abandono del hogar de uno de los padres.
- Muerte de un hermano/a.
- Separación o divorcio de los padres.
- Muerte de un amigo íntimo o un familiar.
- Muerte de un abuelo.
- Abandono del hogar de un hermano/a.

### **2. ACONTECIMIENTOS RELACIONADOS CON LA INTERACCIÓN FAMILIAR**

- Alcoholismo del padre o la madre.



- Toxicomanía de algún miembro de la familia.
- Enfermedad psiquiátrica de uno de los padres.
- Enfermedad grave de uno de los padres que amerita tratamiento hospitalario.
- Nuevo matrimonio de uno de los padres.
- Aumento de las discusiones con los padres.
- Aumento de las discusiones entre los padres.
- Grave enfermedad de un hermano/a con necesidad de tratamiento hospitalario.
- Nacimiento de un hermano/a.
- Aumento de las discusiones con los hermanos.
- Embarazo de una hermana soltera.
- Incorporación de un tercer adulto a la familia.
- Descenso del número de discusiones entre los padres.
- Descenso del número de discusiones con los padres.
- Descenso del número de discusiones con los hermanos.

### **3. ACONTECIMIENTOS ESCOLARES**

- Deficiente rendimiento escolar a lo largo de un año.
- Cambio de colegio.
- Suspensión de la escolarización.
- Problemas con un profesor o una materia escolar.
- Comienzo de la escolarización.

#### 4. ACONTECIMIENTOS QUE IMPLICAN UN CAMBIO DE SITUACIÓN

- Incorporación de la madre al trabajo a tiempo completo.
- Cambio del nivel económico de los padres.
- Pérdida del trabajo de uno de los padres.
- Cambio del trabajo del padre con aumento del tiempo de ausencia del hogar.
- Traslado a un nuevo domicilio (7).

Esta categoría de acontecimientos vitales se realizó para comparar el grupo de pacientes suicidas con la población general, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas en los siguientes acontecimientos: deficiente rendimiento escolar a lo largo de un año, aumento de las discusiones con los padres y entre los padres, suspensión de la escolarización, y aumento de las discusiones con los hermanos. Todos estos son más frecuentes entre los pacientes con intento suicida.

Se ha demostrado también que el nivel de estrés experimentado por los sujetos que han intentado suicidarse es similar al experimentado por los sujetos que padecen otros trastornos psiquiátricos tales como: depresión, neurosis, trastornos de conducta (4).

Esta clasificación ha sido utilizada por numerosos autores como Paykel y colaboradores, Goodyear y colaboradores, sin que se haya podido demostrar una relación directa entre determinados tipos de acontecimientos vitales de pérdida o separación que han sido relacionados con la depresión. Esto sugiere que los AV tienen un efecto generalizado que se puede expresar en una

sintomatología variada que depende de características individuales, bases genéticas y características del medio ambiente a lo largo del desarrollo del niño (9, 10).

Además de estos acontecimientos vitales, encontramos también la existencia de factores de riesgo para el suicidio, según reportes epidemiológicos, mencionándose los siguientes: edad, sexo, estado civil, ocupación, estructura familiar, salud física, salud mental, estación del año y tipo de intento.

### **FACTORES DE RIESGO**

1. **EDAD.-** Se encuentra que los porcentajes más elevados se sitúan en hombres con una distribución bimodal de 15 a 40 años y de 75 a 79 años, habiendo una frecuencia mayor por encima de los 45 años. En mujeres, el porcentaje se sitúa entre los 55 y 65 años.
2. **SEXO.-** La relación de intento suicidas es mayor en las mujeres con una diferencia de 3 a 1. En suicidios consumados esta relación se invierte.
3. **ESTADO CIVIL.-** Se ha encontrado que la mayor frecuencia se encuentra entre solteros, seguidos por viudos y divorciados, y por último los casados sin hijos.
4. **OCUPACIÓN.-** Se relaciona con mayor riesgo el ser desempleado.
5. **ESTRUCTURA FAMILIAR.-** Generalmente es disfuncional.

6. SALUD FÍSICA.- Se encuentra en mayor porcentaje entre enfermos crónicos.

7. SALUD MENTAL.- Vemos en mayor proporción en pacientes con depresión, trastorno afectivos bipolar, esquizofrenia, trastornos de personalidad, abuso de alcohol y drogas.

8. ESTACIÓN DEL AÑO.- Se ha visto la mayor incidencia en la primavera, disminuye en invierno, a excepción de la Navidad.

9. TIPO DE INTENTO.- La sobredosis de fármacos ocupa la mayor frecuencia, y entre éstos, del 70 al 90 % es por utilización de tranquilizantes mayores y menores, así como antidepresivos. Se ha encontrado asimismo un mayor riesgo en aquellos pacientes con historia de intentos previos (6).

## **TEORÍAS DEL SUICIDIO**

### **TEORÍA BIOLÓGICA**

En las últimas décadas se ha demostrado la influencia de ciertas alteraciones de los neurotransmisores cerebrales en las enfermedades psiquiátricas. Se discute si estas alteraciones, halladas en los casos de suicidios, son un marcador de suicidio, o un marcador de un trastorno psiquiátrico de base, como por ejemplo la depresión.

Una de las monoaminas cerebrales implicadas en la patogenia de la depresión es la serotonina, que es el marcador bioquímico que más claramente se ha correlacionado con las conductas suicidas.

Se ha estudiado en el líquido céfalo-raquídeo la presencia del 5-HIAA (ácido 5 hidroxindolacético), principal metabolito de la serotonina. También se ha reportado la disminución de la monoaminoxidasa (MAO) plaquetaria y respuesta aumentada en potenciales evocados en estudiantes con historia familiar de suicidio.

Dentro de las pruebas de funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal se ha reportado disminución de la TSH a la TRH. Otros autores han hecho énfasis en las elevaciones de cortisol plasmático (4).

## **TEORÍA FAMILIAR**

Los factores familiares ocupan un lugar clave en la aparición y desarrollo de las conductas suicidas. De acuerdo numerosos estudios se ha encontrado un exceso de psicopatología y de conductas suicidas en las familias de adultos víctimas de suicidio.

La desestructuración y la fragmentación de la familia son uno de los factores de riesgo fundamentales.

Los trastornos depresivos en el niño y en el adulto se han asociado con mayor frecuencia a la pérdida, física o emocional, de la madre durante la infancia, que a la pérdida del padre. Sin embargo, otros autores sí consideran altamente

significativa en las conductas suicidas, la ausencia del padre por muerte o abandono, así como las relaciones conflictivas del niño con el padre, o el alcoholismo del padre (11).

Finalmente, se considera como factor muy perturbador, estas experiencias de pérdida parental que no actúan como factor desencadenante o precipitante del suicidio, sino que alteran el desarrollo normal desde las etapas más tempranas (12).

## **TEORÍA SOCIAL**

Las ciencias de la sociología, antropología, epidemiología y demografía han contribuido extensivamente al conocimiento del suicidio por descripción del entorno en el cual el suicidio ocurre, y, por los estudios de estos factores culturales, sociales, políticos, económicos y religiosos que tienen influencia en la prevalencia del suicidio.

La teoría sociológica, particularmente refiere que el suicidio refleja el impacto de la sociedad sobre el individuo. Esta visión es ahora reconocida como inadecuada, en primer lugar porque no intenta relatar la causas del por qué una persona busca la autodestrucción mientras otra, en circunstancia similares y con las mismas provocaciones no lo hace. Así entonces, mientras las condiciones externas y los modelos de un grupo operan como factores inhibitorios o alentadores, es claro que todos los adolescentes con problemas de suicidio son esencialmente personas reactivas. Por lo tanto, puede suponerse que los eventos intrapsíquicos constituyen lo esencial y conducen finalmente a un acto suicida (12).

## CLÍNICA

Hasta una época relativamente reciente, se ha mantenido la creencia de que los trastornos depresivos presentes en los adultos no eran comunes en los jóvenes. Sin embargo, en los últimos 15 años ha habido un reconocimiento de que los criterios de depresión mayor en adultos, ocurren también en niños y adolescentes. Por lo tanto los sistemas de diagnóstico corrientes no hacen una distinción entre los criterios para prepuberales adolescentes o adultos depresivos (American Psychiatric Association, 1987). Como resultado, en muchos centros, los trastornos depresivos en jóvenes son ahora diagnosticados y tratados de la misma manera que los trastornos depresivos de los adultos (13).

El niño acude a Urgencias tras haber tomado una medicación que había en casa y que suele formar parte del tratamiento de uno de los miembros de la familia (14). Una vez tratados los síntomas propios de la intoxicación, nos encontramos con los síntomas que presenta el paciente, siendo en su mayoría depresivos, que pueden ser de intensidad variable. En la entrevista el paciente presenta un estado de ánimo depresivo, sentimientos de desesperanza y soledad, dificultades en la comunicación, deficiente imagen personal, anhedonia, y pérdida de interés en las actividades usuales. Todos estos síntomas tienen relación con situaciones de conflicto en el medio familiar, de larga duración, para los que el niño no encuentra solución, y de los que se siente en muchas ocasiones responsable.

Los síntomas depresivos no siempre forman parte del intento suicida. En algunos casos predominan las conductas agresivas y oposicionistas, el

deficiente control de los impulsos, los problemas de adaptación social y el consumo habitual de drogas. De hecho, la impulsividad, las conductas agresivas hacia los demás y los sentimientos de ira son factores predisponentes para cometer un intento de suicidio.

De acuerdo a lo referido, se ha encontrado diferencias en la sintomatología entre adolescentes y adultos depresivos. Entre éstas, la hipersomnía es más frecuente entre adolescentes, ya que los adultos presentan hiposomnía. Los adolescentes tienen pocos signos vegetativos clásicos, siendo más prevalentes los signos cognitivos como desesperanza, desánimo y una autoestima negativa que el adolescente los interpreta como irritabilidad, aburrimiento y sensación de vacío (14).

Estudios previos han demostrado que los adultos y adolescentes que llegan a suicidarse presentaron datos de alguna enfermedad mental. El alcohol y el abuso de otras sustancias se encontraron en mayor proporción entre las víctimas. Los intentos suicidas previos o las experiencias verbales son también muy comunes (15).

El método que se emplea con mayor frecuencia en los intentos suicidas es la ingestión de medicamentos. En los suicidios consumados tenemos el disparo de arma de fuego, lanzarse desde las alturas, el ahorcamiento, la ingestión de fármacos y el arrojarse de un vehículo en marcha.

El niño y el adolescente que intentan suicidarse, presentan sentimientos de frustración, impotencia, soledad, y rechazo, por lo que ha llegado a una etapa



de intenso estrés. Esta conducta suicida se percibe como una única solución posible ante las circunstancias que resultan imposibles de manejar (4).

### **DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN**

Lo más importante cuando un paciente ha intentado suicidarse, después de acudir al Departamento de Urgencias, es valorar las circunstancias que giran en torno a este acto suicida, la historia personal y familiar, la presencia de patología asociada o no, la capacidad de contención de la familia, y la reacción de la familia ante el intento suicida. Con todos estos datos es posible valorar de forma razonable el riesgo suicida inminente y si es necesario, su hospitalización (4).

En general, el uso de un método de alta letalidad, la presencia de premeditación, el deseo de muerte, los conflictos familiares y la patología psiquiátrica asociada indican un alto riesgo de conductas suicidas recurrentes. En estos casos si no hay un apoyo familiar adecuado, también se indicará la hospitalización.

### **TRATAMIENTO**

Los principios fundamentales que hay que considerar son: la hospitalización, el tratamiento de la patología asociada y las características personales y familiares.

Cuando el niño es hospitalizado, esto ayudará a realizar un estudio más completo del paciente y su familia, ya que ésta juega un importante papel en la

etiología y tratamiento del adolescente con conducta suicida. Sirve además para transmitir a los padres y al propio paciente la trascendencia e lo que ha hecho, además de establecer un contacto terapéutico con el paciente que lo comprometa a no repetir esta conducta y a comunicarle a su terapeuta si las ideas suicidas reaparecen (16).

Como generalidad, si existe un cuadro depresivo con características de depresión mayor (DSM-IV) habrá que valorar el uso de antidepresivos como clonipramina, aunque el uso de antidepresivos sólo se recomienda en adolescentes que no responden a manejos psicoterapéuticos, cuando la depresión es prolongada e intensa, y más aún cuando se detectan ideas suicidas, o cuando está afectada de forma notable su integración social, familiar o académica.

Autores como Ambrosini y colaboradores prefieren el uso de ISRS a los tricíclicos en adolescentes con riesgo suicida y rasgos de poco control de impulsos (17). Las razones que manifiestan son la falta de interacción con el alcohol, como su menor toxicidad y baja letalidad por sobredosis.

Estos medicamentos serán aplicados, siempre y cuando la familia de un adecuado sostén y contención, ya que se usarán cuando menos durante 6 meses vigilando constantemente dosis y efecto.

El contacto psicoterapéutico deberá iniciarse lo antes posible, con fines concretos, para evitar reincidencia, además de evaluar el desarrollo del adolescente, favoreciendo una liga afectiva con el terapeuta.

Si se juzga necesario se valorará para terapia de familia cuando ésta se encuentre desorganizada, no cooperen con el tratamiento, o presente demasiada ansiedad o agresividad ante el paciente.

La hospitalización se considerará en los momentos agudos, siendo en general de corta duración (una semana) para pasar posteriormente al tratamiento por la consulta externa.

Es necesario resolver además los problemas médicos concomitantes.

En el caso de que predomine la impulsividad, será necesario valorar también otros estudios complementarios como el electroencefalograma, psicometría (Bender, C.I.), etc.

## **RESULTADOS**

De la evaluación de los 25 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital, entre noviembre de 1992 y diciembre de 1995, se obtuvieron las siguientes frecuencias, a fin de encontrar el perfil del paciente:

### **I. VARIABLES DEMOGRÁFICAS:**

**EDAD.-** Se encontraron 15 pacientes en el grupo entre 12 y 15 años y 10 en el grupo entre 16 y 18 años, con una media de 15 años.

**SEXO.-** Se encontró 21 pacientes del sexo femenino y 4 del masculino.

ESCOLARIDAD.- En secundaria 14 pacientes, en primaria 3 pacientes y con estudios de licenciatura incompleta 1 paciente.

OCUPACIÓN.- 21 pacientes se encontraban estudiando, 3 sin ocupación y 1 estudiaba y trabajaba al mismo tiempo.

ESTADO CIVIL.- Todos los pacientes fueron solteros.

RELIGIÓN.- 23 pacientes eran católicos, 1 sin religión y 1 era protestante.

LUGAR DE ORIGEN.- 21 pacientes eran originarios de la Ciudad de México y 4 del Estado de México.

En cuanto a su estructura familiar, 12 pacientes pertenecían a una familia nuclear completa, 10 pacientes vivían con la madre y hermanos y 3 con la familia extensa.

Acercas de qué lugar ocupaban entre sus hermanos, la mayor frecuencia correspondía al primogénito con 13 pacientes, seguidos de los últimos hijos de sus respectivas familias (5 del total de los pacientes), y los 7 restantes ocupaban diversos lugares dentro de la jerarquía de los hermanos.

## **II. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO SUICIDA**

LUGAR DEL INTENTO. Todos los intentos suicidas se llevaron a cabo en el domicilio.

**HORA DEL INTENTO.** La mayoría de los pacientes realizaron el intento en horas de la tarde (13/25), 9 durante la noche y 3 por la mañana.

**MÉTODO.** En cuanto al método utilizado para el intento, 23 ingirieron medicamentos diversos y 2 se seccionaron venas periféricas, siendo en su mayor frecuencia que las mujeres utilizaron medicamentos.

**MOTIVOS APARENTES.** Los motivos aparentemente desencadenantes del intento suicida fueron en 18 casos los conflictos familiares agudos, en 3 pacientes se encontró antecedentes de desesperanza, angustia en 2 pacientes y en un casos, una combinación de conflictos familiares y desesperanza.

**ANTECEDENTES SUICIDAS.** Seis pacientes tenían un intento suicida previo y en uno de los casos, dos intentos.

**FANTASÍAS POSTMORTEM.** Hubo 17 pacientes que verbalizaron la convicción de que la muerte resolvería sus problemas, mientras 8 expresaron su deseo de castigar a los padres.

Acerca de la intencionalidad suicida, sólo 3 avisaron de ésta a sus familiares, mientras que los restantes 22 no lo informaron hasta ser descubiertos.

### **III. DATOS DEL SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO.**

**TRATAMIENTO.** Del total de los pacientes, 13 recibieron psicoterapia de corte psicodinámico, 1 paciente requirió además manejo con antidepresivos y 11 no continuaron su atención.

**EVOLUCIÓN.** En 12 pacientes observamos mejoría clínica de la problemática origen del intento, 12 pacientes dejaron de acudir (11 desde el inicio y 1 a las 4 semanas de tratamiento). Se reportó reincidencia en un caso, que no volvió a acudir a nuestra institución.

#### **IV. ANTECEDENTES FAMILIARES.**

##### **A. CARACTERÍSTICAS PATERNAS**

**EDAD:** La mayor frecuencia se encontró entre los 40 y 45 años, con una media de 40.

**ESCOLARIDAD:** Se encontró nueve padres con educación primaria, 7 con educación superior, 4 en secundaria y 2 en preparatoria.

**OCUPACIÓN:** La mayoría eran empleados., seguido por obreros en 7 casos, 16% profesionistas y 2 comerciantes.

**ENFERMEDADES:** En diez casos se refirió el antecedente de abuso de alcohol.

**ANTECEDENTES SUICIDAS:** Se reportó el caso de un padre con intento suicida y en otro caso, el tío de un paciente.

##### **B. CARACTERÍSTICAS MATERNAS:**

**EDAD:** la edad mínima correspondió a 32 años y la máxima a 42, con una media de 36 años.

ESCOLARIDAD: 11 casos con estudios primarios, 8 con estudios secundarios, 4 con preparatoria, un caso con educación superior y otro sin educación alguna.

OCUPACIÓN: 13 madres eran dedicadas al hogar, 8 comerciantes y 4 laboraban como empleadas domésticas.

ENFERMEDADES: Depresión en 9 casos y ansiedad en 7.

ANTECEDENTES CON INTENTO SUICIDA: en dos casos la madre fue quien presentó el intento suicida, en un caso la abuela, así como también dos tíos maternos.

NIVEL SOCIOECONÓMICO FAMILIAR: Nivel bajo en 15 casos, medio en 9 y alto sólo en uno.

ESTRUCTURA FAMILIAR: Disfunción crónica en 6 casos, y en 5 casos se reportó divorcio de los padres.

## **DISCUSIÓN**

De acuerdo a los resultados obtenidos por las encuestas realizadas a los pacientes adolescentes con intento de suicidio, vemos que la mayoría son de sexo femenino, sin antecedentes de abuso sexual en mayor frecuencia. Sólo se refirió este antecedente en un caso, y fue reportado por un varón, por lo que en este estudio no puede ser considerado como el factor precipitante mencionado en la literatura.

Se encontró además que los desencadenantes se debieron más a problemas disfuncionales crónicos de la familia de origen, entre ellos el divorcio de los padres, lo que trae como consecuencia en estos casos, algunos síntomas depresivos en los pacientes, aunque éste no es el problema fundamental, ya que la impulsividad aquí ha jugado un papel muy importante.

En los reportes de la literatura se menciona además en los adolescentes el abuso de alcohol y los trastornos depresivos como los dos grupos de diagnóstico más comunes entre los pacientes con intento de suicidio. Sin embargo, en nuestro estudio encontramos este antecedente sólo en dos casos.

Llama la atención la facilidad con la que los pacientes tienen acceso a la gran variedad de medicamentos utilizados en los intentos suicidas.

Los reportes de nuestros pacientes sugieren que deben considerarse como factores de riesgo:

Sexo femenino, ausencia del padre en el hogar, ideas suicidas presentes, trastorno mental diagnosticado (en particular de tipo afectivo), uso de sustancias, trastorno disruptivo de conducta y antecedentes de intentos suicidas previos.

Las características que se presentaron con mayor frecuencia en nuestro estudio fueron:

Sexo femenino, disfunción familiar crónica (estando sólo uno de los padres o ambos, aunque se agudiza en el divorcio), patología psiquiátrica en los padres,



poca planeación, impulsividad, síntomas depresivos, ser primogénito y tener problemas de adaptación previos.

Otros datos importantes encontrados, de acuerdo con la tablas de correlación, son:

A pesar de ser una familia nuclear completa, ésta es disfuncional y se relaciona con la presencia de diagnóstico psiquiátrico en el paciente.

Los conflictos familiares son también un detonante cuando se tiene un diagnóstico psiquiátrico.

El ser primogénito presenta además una correlación con el diagnóstico psiquiátrico, y éste, con la poca planeación en los pacientes.

No se reportó una correlación entre planeación y el seguimiento terapéutico.

Si el paciente presentó un primer intento de suicidio, en algunos casos no parece importante seguir un tratamiento, aunque en otros casos es indispensable continuar con el mismo, notándose la colaboración de la familia que es pilar importante para su continuidad.

Por último, llama la atención que los pacientes que en el momento del intento suicida dejaron un mensaje, son los que posteriormente continuaron con el tratamiento psiquiátrico.

## **CONCLUSIONES**

El perfil del paciente que acude con mayor frecuencia al Instituto Nacional de Pediatría por intento suicida es: mujeres, adolescentes, con una edad media de 15.7 años, estudiantes de secundaria, solteras, católicas, originarias de la Ciudad de México, insertas en familias nucleares completas, primogénitas.

En cuanto a las características del intento, en la mayoría de los casos, se realiza por las tardes, en el hogar, ingiriendo medicamentos, a causa de conflictos familiares, visualizando la muerte como la forma de resolver sus problemas, siendo la primera vez que lo intentan, y sin informar a la familia de esta acción.

Posterior a su ingreso al Servicio de Urgencias, el 52% de los pacientes aceptaron el tratamiento psiquiátrico, pero lo abandonan a corto plazo, desconociéndose el motivo.

La edad media de los padres está en los 40 años, con una frecuencia bimodal en cuanto a la escolaridad, de ocupación empleados, con antecedentes de abuso de alcohol en el 40% de los casos.

La madre presenta una edad media de 36 años, de escolaridad baja, dedicada a las labores del hogar, con datos clínicos de ansiedad o depresión durante la entrevista.

Encontramos además que los adolescentes que intentaron el suicidio presentaron rasgos muy altos de impulsividad, sin datos de planeación.

Se debe insistir que el intento suicida representa siempre una conducta desadaptativa que debe considerarse como un factor de riesgo a futuro, o de

presentar dificultades de adaptación en edad adulta. Por lo tanto, es imprescindible que en todos los adolescentes que realizan un intento suicida, sea cual fuere el método utilizado o el motivo aparente, se realice una valoración del estado psíquico del joven y de la situación familiar, además de la búsqueda de una patología psiquiátrica de base.

De acuerdo a nuestro estudio, será necesario realizar proyectos de investigación en adolescentes con intento suicida, con el fin de determinar qué proporción de ellos llegarán a desarrollar trastornos psiquiátricos en la vida adulta, de qué clase son estos trastornos y qué características diferenciales presenta éste grupo y aquellos del grupo que no intentan el suicidio.

### **RECOMENDACIONES**

1. Tomar seriamente todo intento suicida.
2. La motivación puede ser banal para el valorador, pero esto no determina el riesgo.
3. Los factores de riesgo mencionados anteriormente deben ser tomados en cuenta, como parte del perfil.
4. No necesariamente el adolescente con intento suicida debe ser catalogado como deprimido, ya que puede ser impulsivo y por ello intentarlo.
5. Buscar otras alteraciones psiquiátricas en los pacientes con intento suicida.

6. Dado que el problema del suicidio entre adolescentes está en incremento, es necesaria mayor acuciosidad en la valoración del estado mental del adolescente cuando se le entreviste por cualquier causa.
7. El profesional de la salud debe conocer las variantes del desarrollo normal que puedan llevar a esta conducta.
8. Cuando se detecten adolescentes con riesgo deben ser canalizados al experto en Salud Mental para recibir tratamiento, insistiendo siempre ante la familia sobre la necesidad de este tratamiento para intentar impedir el abandono del mismo y reincidencia en el intento.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Ulloa Fresia CH. Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 1993; 64: 272-6.
2. Shaffer D, Piacentini J. Suicide and attempted suicide. En: Rutter M, Taylor E, Hersov L. *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994: 407-24.
3. Marttunen MJ, Henrikson M, Lanquist J. Psychosocial stressors more common in adolescent suicides with alcohol abuse compared with depressive adolescent suicides. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 490-7.
4. Mardomingo Sanz MJ. Suicidio e intentos de suicidio. En: *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1994: 499-519.
5. Fergusson LM. Childhood circumstances, adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zealand cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 612-21.
6. Andrews J, Levinson P. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 655-62.
7. Mardomingo Sanz MJ, Catalina Zamora ML, Flores G, Parra Cejudo E, Espinoza García A. Intentos de suicidio, trastornos psiquiátricos y acontecimientos vitales en niños y adolescentes. *Acta Ped Esp* 1993; 51: 746-50.
8. Goodyear Y, Kelvin Y, Gatzonis S. Recent undesirable life events and psychiatric disorders in childhood and adolescence. *BRJ Psychia* 1985; 147: 517-23.

9. Paykel ES, Prusoff BA, Myers JK. Suicide attempts and recent life events: a controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32: 327-33.
10. Jacobsen LK, Rabinowitz Y, Popper MS, Solomon DA, Pfeffer C. Interviewing prepubertal children about suicidal ideation and behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 439-52.
11. Adams DM, Overholser JC, Lehnert KL. Perceived family functioning and adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 498-507.
12. Pfeffer CR. Assessment of suicidal children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*. Vol 12. No. 4. December 1989.
13. Harrington RC, Fudge H, Rutter ML, Bredenkamp D, Groothes C, Pridman J. A test of continuities with data from a family study. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 627-33.
14. Pfeffer C, Hurt SW. Suicidal children grow up: suicidal episodes and effects of treatment during follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 225-30.
15. Marttunen MJ, Aro H, Lonquist JK. Adolescent suicide: endpoint of longterm difficulties. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 649-54.
16. Hazell P, O'Connell D, Heathcock, Robertson J, Henry D. Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a meta-analysis. *BMJ* 1995; 310: 897-901.
17. Rodríguez Ramos P, Díaz Vega JL, San Sebastián J, Sordo L, Mardomingo Sanz MJ. Estudio preliminar de la paroxetina en adolescentes con trastornos depresivos. *Rev Ped Esp* 1995; 16: 21-30.

No.	VARIABLE NAME	CATEGORY NAME	CATEGORY FREQUENCY	TOTAL FREQUENCY
2	EDAD	GPO 12-15	15	25
		GPO 16-19	10	
3	SEXO	MASCULINO	4	25
		FEMENINO	21	
4	ESCOLARIDAD	NINGUNA	0	25
		PRIMARIA	3	
		SECUNDARIA	14	
		PREPA	7	
		SUPERIOR	1	
5	OCUPACION	ESTUDIAN	21	25
		TRABAJAN	0	
		AMBAS	1	
		NINGUNO	3	
6	EDO. CIVIL	SOLTERO	25	25
		CASADO	0	
		UNION LIB.	0	
7	RELIGION	SIN RELIGION	1	25
		CATOLICA	23	
		NO CATOLICA	1	
8	LUG. ORIGEN	D.F.	21	25
		EDO. MEX.	4	
		OTROS	0	
9	VIVE CON	PAD. HERM.	12	25
		MADRE HER.	10	
		FAM. EXT.	3	
		OTRO FAM.	0	
10	NUMERO HIJO	UNICO	2	25
		PRIMERO	13	
		SEGUNDO	3	
		TERCERO	2	
		MENOR	5	

No	VARIABLE NAME	CATEGORY NAME	CATEGORY FREQUENCY	TOTAL FREQUENCY
11	PADRE	VIVO NO VIVO SI	2 23	25
13	ESCOLAR. PADRE	NINGUNA PRIMARIA SECUNDARIA PREPA SUPERIOR	0 9 4 2 7	22
14	OCCUPACION PADRE	EMPLEADO COMERC OBRERO PROFESIONISTA	8 2 7 4	21
15	MADRE	VIVA NO VIVA SI	0 25	25
17	ESCOLAR. MADRE	NINGUNA PRIMARIA SECUNDARIA PREPA SUPERIOR	1 11 8 4 1	25
18	OCCUPACION MADRE	HOGAR EMP. DOMES. COMERCIANTE	13 4 8	25
19	NIVEL SOCIO ECON.	ALTO MEDIO BAJO	1 9 15	25
20	ENF. FIS. PADRE	ENF. PAD. NO ENF. PAD. SI	20 2	22
21	ENF. FIS. MADRE	ENF. MAD. NO ENF. MAD. SI	24 1	25
22	ENF. MENT. PADRE	DEPRESION PSICOS ALCOHOL FARMACO	0 0 10 0	10



No.	VARIABLE NAME	CATEGORY NAME	CATEGORY FREQUENCY	TOTAL FREQUENCY
11	PADRE	VIVO NO VIVO SI	2 23	25
13	ESCOLAR. PADRE	NINGUNA PRIMARIA SECUNDARIA PREPA SUPERIOR	0 9 4 2 7	22
14	OCCUPACION PADRE	EMPLEADO COMERC OBRERO PROFESIONISTA	8 2 7 4	21
15	MADRE	VIVA NO VIVA SI	0 25	25
17	ESCOLAR. MADRE	NINGUNA PRIMARIA SECUNDARIA PREPA SUPERIOR	1 11 8 4 1	25
18	OCCUPACION MADRE	HOGAR EMP. DOMES. COMERCIANTE	13 4 8	25
19	NIVEL SOCIO ECON.	ALTO MEDIO BAJO	1 9 15	25
20	ENF. FIS. PADRE	ENF. PAD. NO ENF. PAD. SI	20 2	22
21	ENF. FIS. MADRE	ENF. MAD. NO ENF. MAD. SI	24 1	25
22	ENF. MENT. PADRE	DEPRESSION PSICOS ALCOHOL FARMACO	0 0 10 0	10

No.	VARIABLE NAME	CATEGORY NAME	CATEGORY FREQUENCY	TOTAL FREQUENCY
23	ENF. MENT. MADRE	DEPRESION	9	16
		PSICOS	0	
		ALCOHOL	0	
		FARMACO	7	
24	PERDIDA FAMILIAR	POR SEP.	6	14
		MUERTE	2	
		DIVORCIO	5	
		CAMB. DOM.	1	
25	PADECE ENF. FIS. I/O MENTAL	EF PAC NO	13	25
		EF PAC SI	12	
26	UTILIZA ALG. TIP. DE DROGA	NINGUNA	22	25
		ALCOHOL	2	
		TABACO	0	
		1+2	0	
		OTROS	1	
27	VICTIMA DE ABUSO	ABUSO NO	24	25
		ABUSO SI	1	
28	FAM. CON INTENTO SUICIDA	NINGUNO	18	25
		PADRE	1	
		MADRE	2	
		HERMAN.	0	
		TIO MAT.	2	
		TIO PAT. ABUELA	1 1	
29	HORA DEL INTENTO	MAÑANA	3	25
		TARDE	13	
		NOCHE	9	
30	LUGAR DEL INTENTO	CASA	25	25
		ESCUELA	0	

No.	VARIABLE NAME	CATEGORY NAME	CATEGORY FREQUENCY	TOTAL FREQUENCY
31	METODO UTILIZADO	MEDICINA SEC. VENA ARMA	23 2 0	25
32	PLANEACION	PLAN. NO PLAN. SI	16 9	25
33	SE DIO SIN PENSAR	SE DIO NO SE DIO SI	9 16	25
34	PORQUE INTENTO SUICIDARSE	DEESP. CONF. FAM. PROBLEMA ENJOJO RUPTURA 0+1 0+2 0+3 0+4 1+2	3 14 2 4 0 0 0 1 0 1	25
35	FANTASIAS	ARREPAD SOLUCION	8 17	25
36	INTENTOS ANTERIORES	NINGUNO UNO DOS	18 6 1	25
37	METODO ANTERIOR	NINGUNO MEDICINA SEC. VENA ARMA	18 4 2 1	25
38	RECADO	NOTA NO NOTA SI	22 3	25
39	SEGUIMIENTO	NINGUNO PSICOTER FARMACO AMBOS	11 13 1 0	25
40	EVOLUCION	DEJO ACUD. MEJ. TRAT. MEJ. ALTA TRASLADO REINC.	12 12 0 0 1	25

TABLA No.1

NUMERO DE HIJO  
VS  
DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

		NUMERO DE HIJO					FRECUENCIA
		UNICO	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	MENOR	
DIAGNOSTICO	NO	1	8	1	1	2	13
PSIQUIATRICO	SI	1	5	2	1	3	12
TOTAL		2	13	3	2	5	25

TABLA No. 2

ESTRUCTURA FAMILIAR  
VS  
DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

		ESTRUCTURA FAMILIAR				FRECUENCIA
		PAADRE/ HNOS	MADRE/ HNOS	FAMILIA EXTENSA	OTROS FAMILIARES	
		DIAGNOSTICO	NO	5	5	
PSIQUIATRICO	SI	7	5	0	0	12
TOTAL		12	10	3	0	25

TABLA No 3

CAUSA INMEDIATA  
VS  
DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

		CAUSA INMEDIATA							FRECUENCIA
		DEBESPE- RANZA	CONFLICTOS FAMILIARES	PROBLEMA	ENOJO	RUPTURA	0+1	0+2	
DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO	NO	2	6	1	2	0	0	0	11
	SI	1	8	1	2	0	0	0	12
TOTAL		3	14	2	4	0	0	0	23

TABLA No. 4

CON QUIEN VIVE VS PLANEACION

		CON QUIEN VIVE				FRECUENCIA
		PADRES HNOS	MADRE HIJOS	FAMILIA EXTENSA	OTRO FAMILIAR	
PLANEACION	NO	10	6	0	0	16
	SI	2	4	3	0	9
TOTAL		12	10	3	0	25

TABLA No. 5

PLANEACION  
VS  
DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

		PLANEACION		FRECUENCIA
		NO	SI	
DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO	NO	9	4	13
	SI	7	5	12
TOTAL		16	9	25

TABLA No. 6

SEGUIMIENTO VS PLANEACION

		PLANEACION		FRECUENCIA
		NO	SI	
SEGUIMIENTO	NINGUNO	6	5	11
	PSICOTERAPIA	9	4	13
	FARMACOT.	1	0	1
	AMBOS	0	0	0
	TOTAL	16	9	25

TABLA No 7

SEGUIMIENTO VS INTENTOS PREVIOS

		INTENTOS PREVIOS			FRECUENCIA
		NINGUNO	UNO	DOS	
SEGUIMIENTO	NINGUNO	8	2	1	11
	PSICOTERAP.	9	4	0	13
	FARMACOT.	1	0	0	1
	AMBOS	0	0	0	0
TOTAL		18	6	1	25

TABLA No. 8

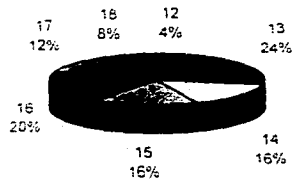
SEGUIMIENTO VS NOTA O RECORD

		NOTA O RECORD		FRECUENCIA
		NO	SI	
SEGUIMIENTO	NINGUNO	10	1	11
	PSICOTERAPIA	11	2	13
	FARMACOT.	1	0	1
	AMBOS	0	0	0
TOTAL		22	3	25

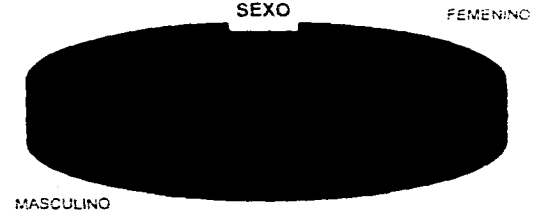
IDENTIFICACION

EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	OCUPACION	EDO CIVIL
12	MASCULINO	NINGUNA	ESTUDIANT	SOLTERO
13	FEMENINO	PRIMARIA	TRABAJA	CASADO
14		SECUNDARI	AMBAS	UNION LIBR
15		PREPARATO	NINGUNA	
16		SUPERIOR		
17				
18				

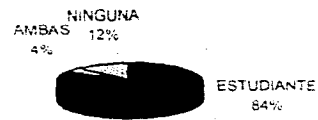
EDADES



SEXO



OCUPACION



ESCOLARIDAD

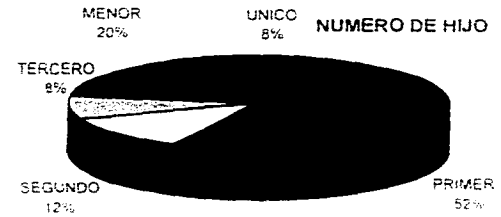
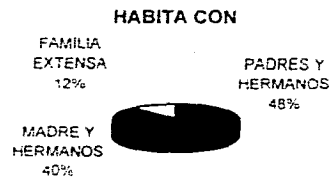
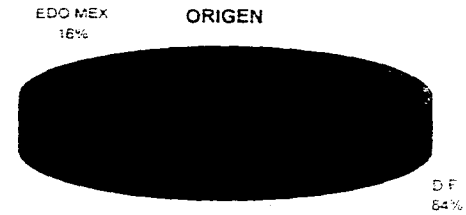
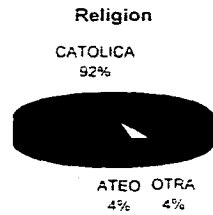




IDENTIFICACION

RELIGION	ORIGEN	HABITA	NUMERO DE HIJO
ATEO	DF	PADRES Y H	UNICO
CATOLICA	EDO MEX	MADRE Y H	PRIMERO
OTRA	OTROS	FAMILIA EXT	SEGUNDO
	DESCONOCI	OTROS FAM	TERCERO
		DESCONOCI	MENOR

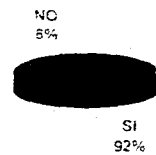
NIVEL SOCIOECON
ALTO
MEDIO
BAJO



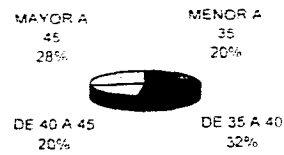
PADRES

VIVE		EDAD DEL PADRE		ESCOLARIDAD DEL PADRE		TRABAJO DEL PADRE		ENFERMEDAD FISICA DEL PADRE		ENFERMEDAD MENTAL DEL PADRE	
SI	13	MENOR A 35	5	NINGUNA	0	EMPLEADO	8	NO	20	DEPRESION	0
NO	2	DE 35 A 40	8	PRIMARIA	9	COMERCIANTE	2	SI	8	ALCOHOLISMO	0
DESCONOCIDO	0	DE 40 A 45	5	SECUNDARIA	4	OBRAERO	7	DESCONOCIDO	3	FARMACODEPENDE	10
		MAYOR A 45	7	PREPARATORI	2	PROFECIONISTA	4			DESCONOCIDA	15
				SUPERIOR	7	DESCONOCIDO	4				
				DESCONOCIDA	3						

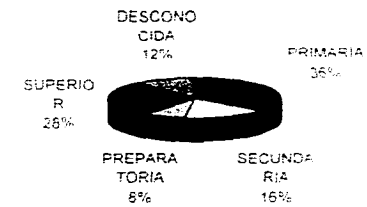
PADRE VIVO



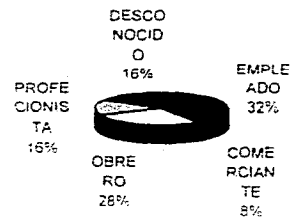
EDAD DEL PADRE



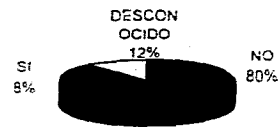
ESCOLARIDAD DEL PADRE



TRABAJO DEL PADRE



ENF. FISICA EN PADRE



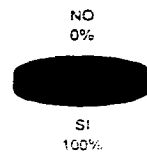
PATOLOGIA MENTAL EN PADRE



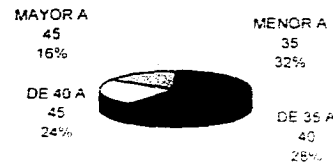
PADRES

VIVE	EDAD DE LA MADRE	ESCOLARIDAD DE LA MADRE	OCCUPACION	ENFERMEDAD FISICA	ENFERMEDAD MENTAL
SI	2 MENOR A 35	8 NINGUNA	1 EMPLEADO	13 NO	24 DEPRESION
NO	8 DE 35 A 40	7 PRIMARIA	11 COMERCIANTE	4 SI	1 PSICOSIS
DESCONOCIDO	4 DE 40 A 45	6 SECUNDARIA	8 OBRERO	8 DESCONOCIDO	0 ALCOHOLISMO
	4 MAYOR A 45	4 PREPARATORIA SUPERIOR	2 PROFESIONISTA	0	7 ANSIEDAD
		1 DESCONOCIDA	1 DESCONOCIDO	0	9 DESCONOCIDA
		3			

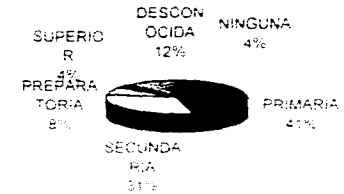
MADRE VIVA



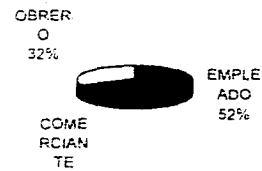
EDAD DE LA MADRE



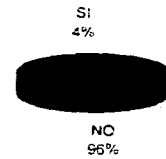
ESCOLARIDAD DE LA MADRE



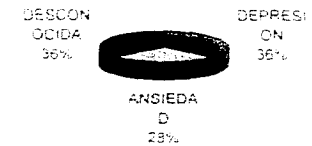
TRABAJO DE MADRE



ENF. FISICA EN MADRE



PATOLOGIA MENTAL EN MADRE



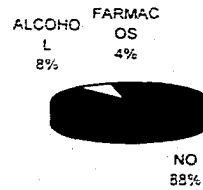
INTENTO

ORA DEL INTENTO	CANTIDAD	METODO	PLANEAMIENTO	SIN PENSAR	MOTIVO	FANTASIAS							
MANANA	3	CASA	25	MEDICINAS	23	NO	16	NO	9	DESESPERANZA	3	ARREPENTI	8
TARDE	13	ESCUELA	0	SECCION DE	2	SI	9	SI	15	FAMILIARES	14	SOLUCION	17
NOCHE	9			ARMA DE FU	0					ESCOLARES	2		
										ENOJO	4		
										RUPTURA	0		
										DESCONOCIDA	0		
										DESESP Y FAM	0		
										SESESP Y ESCOLAR	1		
										DESESP Y ENOJO	0		
										DESESP Y RUPTURA	0		
										FAMILIARES Y ESCOLA	1		

ENTOS ANTERIO	METODO	NOTA
NO	18 NINGUNO	18 NO
UNO	6 MEDICINAS	3 SI
DOS	1 SECCION D	3
MAS	0 ARMA DE FU	1

SEGUIMIENTO	EVOLUCION
NO	11 DEJO DE ACUDIR
PSICOTERA	13 MEJORIA EN TRATAMIE
FARMACOT	1 MEJORIA Y ALTA
AMBAS	0 TRANSLADO
	1 REINCIDENCIA

DEPENDENCIA



INTENTOS PREVIOS

