

1124129
24.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MEDICA . PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

INTENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES ATENDIDOS POR
ACCIDENTES Y VIOLENCIAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
PEDIATRICAS

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE : ESPECIALIZACION EN
PSIQUIATRIA

P R E S E N T A :

DRA. MARVELIA SALDIVAR HERRERA

TUTORES:

Juan Manuel Saucedo Garcia
DR. JUAN MANUEL SAUCEDA GARCIA

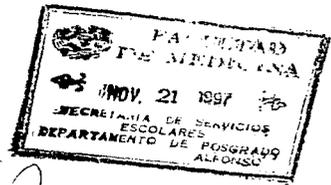
Jorge Pena Ortega
DR. JORGE PENA ORTEGA

TEORICO

PSICOLOGIA
MEDICA

METODOLOGICO

DEPTO. DE PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL



MEXICO D.F. 1997

TESIS CON
FALTA 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.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

TITULO DEL PROYECTO :

**INTENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES ATENDIDOS POR ACCIDENTES Y
VIOLENCIAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRICAS**

ASESORES :

TEORICO : DR JUAN MANUEL SAUCEDA GARCIA .

PSIQUIATRA INFANTIL , JEFE DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE PEDIATRIA
CMN SXXI , IMSS . PROFESOR DE PSIQUIATRIA DE LA UNAM

METODOLOGICO : DR JORGE PEÑA ORTEGA

PSIQUIATRA . PROFESOR DE PSIQUIATRIA DE LA UNAM

TESISTA :

DRA MARVELIA SALDIVAR HERRERA

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE PSIQUIATRIA

COLABORADORES :

DR ALEJANDRO RUIZ GOMEZ

JEFE DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN SXXI IMSS

DR MIGUEL ANGEL MONTOYA CABRERA

JEFE DEL SERVICIO DE ADMISION CONTINUA IIP CMN SXXI IMSS

LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO

***SERVICIO DE ADMISION CONTINUA Y DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HOSPITAL
DE PEDIATRIA CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI IMSS***

INDICE

- 1. I. RESUMEN.**
- 2. INTRODUCCION.**
- 3. ANTECEDENTES.**
- 4. JUSTIFICACION.**
- 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**
- 6. OBJETIVOS.**
- 7. HIPOTESIS.**
- 8. MATERIAL Y METODOS.**
- 9. RESULTADOS.**
- 10. DISCUSION Y CONCLUSIONES.**
- 11. BIBLIOGRAFIA.**
- 12. ANEXOS.**

RESUMEN

INTRODUCCION

El interés por el intento suicida es constantemente estimulado debido a que la incidencia de ésta evento de ha generalizado a los sectores más jóvenes de la población, por lo que se requiere efectuar más investigaciones al respecto para identificar factores subyacentes que contribuyen al caso.

MATERIAL Y METODOS

En nuestro estudio efectuamos una investigación en base a un diseño tipo encuesta en el servicio de admisión continua y salud mental del Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI IMSS, en un periodo comprendido de Noviembre 1994 a Marzo de 1996, incluimos en el estudio a 138 pacientes pertenecientes al grupo de niños y adolescentes, se captaron a pacientes con lesiones provocadas por accidentes y violencias; efectuamos un análisis de toda la muestra enfocándonos a factores individuales, ambientales y sociales, asociados a estos. Detectamos en el grupo de adolescentes una prevalencia significativa de intentos suicidas, por lo que efectuamos en este grupo etario un estudio de casos y controles. Comparamos en estos grupos factores asociados que consideramos de interés con relación al intento suicida.

RESULTADOS

En el número total de casos predominó el género masculino, el grupo etario más afectado fué el preescolar. En cuanto al mecanismo de lesión 53 casos tuvieron como causa externa la ingesta accidental.

El intento suicida se encontró en 15 adolescentes, prevalencia de 11% del número total de la muestra (13 mujeres y 2 varones).

CONCLUSIONES

Se requiere incrementar la investigación en relación a los problemas de las lesiones ocasionadas por accidentes y violencias, identificar factores precipitantes para establecer medidas de prevención y control de las mismas, desde el punto de vista epidemiológico, así como evaluar factores psicosociales, individuales, que intervienen en la generación de las mismas.

INTRODUCCIÓN

El interés por el suicidio y por el intento del suicidio es constantemente estimulado, debido a que se ha visto que su incidencia se ha generalizado a los sectores más jóvenes de la población los cuales previamente no presentaban una frecuencia significativa, esto ha incrementado la necesidad de conocer las causas subyacentes que contribuyen a este problema principalmente en el adolescente.(6).

Se requiere incrementar la investigación, no sólo desde el punto de vista epidemiológico si no la evaluación de los factores psicosociales, ambientales que intervienen en el individuo que lo lleva a atentar contra si vida.

De acuerdo con reportes de la organización mundial de la salud, se calcula que cada día se cometen por lo menos 1000 suicidios en países desarrollados de Europa y América. El suicidio está considerado como una de las cuatro principales causas de defunción, reportándose como la tercera causa de mortalidad entre la población adolescente, se atribuyen 5000 muertes por año en este grupo etario, reportándose que la media de edad en general de los suicidas es de 15 años, que la mujeres adolescentes son las que con más frecuencia atentan contra su vida, sin embargo son los hombres adolescentes los que tienen mayor probabilidad de completar el suicidio en comparación con las mujeres.(6).

Se ha encontrado también que los intentos suicidas se presentan aproximadamente 70 veces más que los suicidios consumados, factor este primordial para determinar el riesgo suicida.(5).

El presente trabajo es el resultado de un análisis de casos que demandaron atención médica en el servicio de admisión continua Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS, incluyéndose en la investigación, tanto lesiones provocadas por mecanismos accidentales como intencionales.

Del total de casos estudiamos al grupo de adolescentes que se registraron como intentos suicidas, efectuamos un análisis de los factores que se encontraron asociados al acto, para tratar de ampliar el conocimiento de la dinámica y la relación de éstos con el evento, encaminado lo anterior al propósito de comprender y ayudar a esta población que tanto lo necesita.

ANTECEDENTES

EL SUICIDIO ES CONSIDERADO COMO UNO DE LOS FENÓMENOS PSICOSOCIALES DE SUMA IMPORTANCIA A NIVEL MUNDIAL EN EL ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO HUMANO POR LAS DIVERSAS Y COMPLEJAS MANIFESTACIONES QUE PRESENTA¹

LAS CAUSAS DEL SUICIDIO SON MÚLTIPLES Y COMPLEJAS SIGUEN CONSIDERÁNDOSE COMO UN ENIGMA DE LA NATURALEZA HUMANA.²

EL INTERÉS QUE HA DESPERTADO EL DESCUBRIR LOS MOTIVOS SUBYACENTES DEL INTENTO SUICIDA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS, DERIVA DEL INTENTO OBSERVADO DE ESTE FENÓMENO PRINCIPALMENTE ENTRE LOS ADOLESCENTES, LO CUAL HA GENERADO PREOCUPACIÓN ESPECIALMENTE EN LOS PADRES, MAESTROS, QUE TIENE CONTACTO CON ADOLESCENTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD PÚBLICA³

ESTE EVENTO HA SIDO OBJETO DE CONSIDERACIÓN Y ESTUDIO SOBRE TODO APARTIR DE QUE OCURRIERA CON BASTANTE FRECUENCIA EN TIEMPOS DE LOS ARISTOCRATAS ROMANOS. *VOLTAIRE* INFIRIO QUE ELLO SE DEBÍA A LA FALTA DE CONTROL SOCIAL. *DURKHEIM* DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIOLOGICO DEFINE AL SUICIDA COMO UN SER EGOISTA Y ANOMICO (NOMOS = LEY). *GIBBSY* Y *MARTIN* PROPONEN LA PERDIDA DEL ESTATUS COMO CAUSA DEL SUICIDIO³

LA BÚSQUEDA PARA COMPRENDER EL SUICIDIO ABARCA DIVERSOS CAMPOS, SE HAN POSTULADO DIVERSOS MODELOS EXPLICATIVOS, *CLUM* Y *COLS* PROPONEN

QUE LA IDEACION Y EL RIESGO SUICIDA SE INCREMENTAN CUANDO UNA PERSONA CON BAJA CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO O RIGIDEZ COGNOSCITIVA, VIVE SITUACIONES ESTRESANTES QUE LE PRODUCEN SENTIMIENTOS DE DEPRESION DESESPERANZA Y CONDUCTAS SUICIDAS.

GARLAND Y ZIGLER IDENTIFICARON LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO: DESEQUILIBRIO EN LOS NEUROTRANSMISORES Y PREDICTORES GENETICOS, TRANSTORNOS PSIQUIATRICOS, BAJA CAPACIDAD PARA RESOLVER PROBLEMAS, ABUSO SEXUAL Y FISICO, PROBLEMAS DE IDENTIDAD Y PREFERENCIAS SEXUALES, ACCESO A ARMAS DE FUEGO, ABUSO DE SUSTANCIAS ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDIO Y LAS FASES DE LA LUNA*

DIAZ DEL GUANTE Y MOLINA PROPONEN UNA PERSPECTIVA NEUROPSICOLOGICA DEL SUICIDIO, OPINAN QUE LAS PERSONAS CON TENDENCIA SUICIDA SON DIFERENTES EN CUANTO A QUE EXPERIMENTAN INTENSAMENTE LA SOLEDAD. EN LOS ESTADOS UNIDOS TIENE ACTUALMENTE MARCADORES BIOLÓGICOS PARA PREDECIR LAS IDEAS SUICIDAS: LA PRUEBA DE SUPRESION DE DEXAMETAZONA, MENCIONANDOSE ALTERACION EN LA SINTESIS DE NEUROTRANSMISORES (SEROTONINA, NORADRENALINA). ESTOS MISMOS AUTORES PRESENTAN UN RESUMEN DE LA TEORIA COGNOSCITIVA DEL SUICIDIO ESTABLECIENDO QUE HAY 3 CAUSAS DE SUICIDIO DEPENDIENDO DE LAS MOTIVACIONES SUBYACENTES ESTAS SON:

1. NECESIDAD DE COMUNICARSE: LA FRUSTRACION COMUNICACIONAL SE ASOCIA EN LA DESCONFIANZA DE LA PALABRA EMPEÑADA Y LA INEFECTIVIDAD DE LA COMUNICACION VERBAL. EL SENTIMIENTO DE CULPA CAUSADO POR UNA

COMPRESION EMPATICA DE OTRA PERSONA ES MAGNIFICADO POR UNA FORMA EXTREMA DE MASOQUISMO : EL SUICIDIO.

2. LA COHESION SOCIAL : EL SUICIDIO SE RELACIONA CON EL VALOR DE PERTENENCIA , ESPECIALMENTE CON LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE APRECIO LEALTAD , AMOR ETERNO O AMISTAD VERDADERA
3. EL MANTENIMIENTO DEL ESTATUS : TAMBIEN SE DENOMINA "EL PAPEL NARCISISTA" ESTO ES LA INTENSA IDENTIFICACION DEL YO CON EL YO PROFESIONAL U OCUPACIONAL. EL ROL NARCISISTA IMPULSA EL SUICIDIO CUANDO SE COMETE UN GRAVE ERROR EN EL DESEMPEÑO DEL PAPEL ASUMIDO POR UNO MISMO O POR OTRO QUE ES EL RESPONSABLE.

MARTINEZ Y SALTIJERAL LLEVARON A CABO UNA REVISION BIBLIOGRAFICA . ACERCA DE INTENTO SUICIDA EN MEXICO EN NIÑOS, PERO NO ENCONTRARON DATOS EN NUESTRO PAIS . POR LO QUE PUBLICARON SOLO DATOS Y TEORIAS DE OTROS PAISES . MENCIONAN QUE LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN LOS NIÑOS PUEDEN DEBERSE A TENSIONES CAUSADAS POR UN DIVORCIO, SEPARACION, O MUERTE DE ALGUNO DE LOS PADRES , CONSIDERANDO QUE LOS NIÑOS PARASUCIDAS PRESENTAN MAS PROBLEMAS DE INDOLE PSIQUIATRICO QUE LOS NO PARASUCIDAS⁵

DE ACUERDO A LA OMS, EL SUICIDIO EN LA NIÑEZ ES LA MUERTE AUTOPROVOCADA QUE OCURRE ANTES DE LOS 15 AÑOS . COMO ETIOLOGIA DE MUERTE ES RARO ANTES DE LOS 15 AÑOS , EXTREMADAMENTE RARA ANTES DE LOS 11 AÑOS . EL INTENTO SUICIDA Y LOS GESTOS AUTODESTRUCTIVOS EN CAMBIO SON MAS FRECUENTES SOBRE TODO ENTRE LOS ADOLESCENTES EN

MUCHOS DE LOS CASOS SE TRATA DE PACIENTES DEL SEXO FEMENINO CUYO INTENTO HA SIDO PRECIPITADO POR ALGUNA MEDIDA DISCIPLINARIA , O POR FRACASOS AMOROSOS O ESCOLARES CONSIDERANDOSE TAMBIEN COMO FACTOR PRECIPITANTE LA TENSION PREMENSTRUAL QUE FAVORECE EL DESEQUILIBRIO EMOCIONAL⁶

SE DEFINE COMO SUICIDIO CONSUMADO A TODA AQUELLA PERSONA QUE HA DECIDIDO PONER FIN A SU VIDA O QUE ACTUA BAJO UN IMPULSO REPENTINO UTILIZANDO EL METODO MAS EFECTIVO A SU ALCANCE Y ASEGURANDOSE QUE NADIE INTERFIERA , ENTONCES SE DICE QUE ES UN SUICIDIO CONSUMADO , SI SOBREVIVE SE DICE QUE FUE UNA ACCION FRUSTRADA , FRACADASA Y SE LE DENOMINA INTENTO DE SUICIDIO. SE CONSIDERA COMO PROPOSITO UNICO LA MUERTE , SIN EMBARGO EXISTEN INTENTOS DE SUICIDIO CONSIDERADOS FICTICIOS COMO UN MEDIO PARA MANIPULAR EL AMBIENTE . EN AMBOS CASOS EL INTERES DE LOS INVESTIGADORES SE BASA EN DESCUBRIR LOS MOTIVOS SUBYACENTES PARA DE ESTA MANERA COMPRENDER PREDECIR Y MODIFICAR ESTE COMPORTAMIENTO COMO UNA HERRAMEINTA UTIL DE PREVENCION QUE TENDRIA APLICABILIDAD EN EL CAMPO DE LA SALUD PUBLICA⁷.

EN MEXICO SE PRESENTAN ALGUNAS PARTICULARES EN RELACION A OTROS PAISES PRINCIPALMENTE EN ADOLESCENTES NO CONOCIENDOSE DEL TODO SU VERDADERA FRECUENCIA YA QUE POR EVITAR EL ESTIGMA SOCIAL MUCHAS FAMILIAS PRESENTAN CAUSA LA CAUSA DE MUERTE COMO ACCIDENTAL .

EXISTEN DATOS INDICATIVOS DE LA EVOLUCION DEL SUICIDIO COMO CAUSA DE MUERTE PARA LA POBLACION MEXICANA EN EL CASO DE LA POBLACION MENOR

DE 15 AÑOS SOLO APARTIR DE LA SEGUNDA MITAD DE LA DECADA DE LOS 70 SE COMIENZAN A REPORTAR CASOS DE SUICIDIO EN HOMBRES Y MUJERES .

LA TASA DE SUICIDIOS EN LA POBLACION DE 15 A 19 AÑOS PASO DE 1.49 A 2.83 ENTRE 1970 A 1990 POR CADA 100 000 HABITANTES, MOSTRANDO UN AUMENTO DEL 90% .⁴

LA EVOLUCION ASCENDENTE DEL SUICIDIO ASI COMO LOS CAMBIOS SOCIALES CONCOMITANTES TALES COMO EL INCREMENTO EN LA URBANIZACION , LA MIGRACION , LA DISOLUCION DE LAS REDES FAMILIARES TRADICIONALES , EL AUMENTO EN EL CONSUMO DE DROGA POR LOS JOVENES Y LOS CAMBIOS EN EL PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL PAIS , LLEVAN A PENSAR QUE ESTE ES UN MOMENTO ADECUADO PARA REALIZAR MAS INVESTIGACIONES AL RESPECTO.

JUSTIFICACIÓN

La suicidiología empírica se encuentra sobrecargada de datos desordenados y carentes de congruencia teórica debido a que los factores participantes son confusos y su aplicación resulta dudosa, siendo necesario que la futura obtención de información sea sometida a métodos estadísticos fidedignos.(14).

En los últimos años, la morbi - mortalidad- debida a causas externas o violentas han merecido cada vez más atención como problema de salud pública.(17).

Desde el punto de vista clínico es importante establecer factores asociados al intento suicida antes de hacer recomendaciones terapéuticas, esto no siempre es posible en los servicios de urgencias debido a la premura con la que deben tomarse las decisiones, lo cual dificulta emitir un diagnóstico inicial al hacer una evaluación médica del paciente.(5), (11),(31)

En el servicio de admisión continua del Hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI, con frecuencia demandan atención médica pacientes con lesiones diversas ocasionadas por accidentes y violencias, incluido en este último rubro el intento suicida.

Consideramos de importancia efectuar una adecuada valoración de la conducta suicida y determinar factores de riesgo, como factores demográficos y aspectos clínicos asociados para establecer medidas preventivas enfocadas al problema, identificar factores que se asocian al intento suicida contribuiría a aportar información que nos ayudaría a prevenir el creciente aumento en las tasas de suicidio, por lo anterior se hace indispensable continuar efectuando investigaciones encaminadas a identificar factores subyacentes al evento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México el suicidio se presenta como causa de muerte en 554 casos en 1970 para ambos sexos, y 2603 casos en 1994. Durante este periodo la tasa de suicidios en ambos sexos pasó de 1.13 en 1970 a 2.89 por 100,000 habitantes en 1994, lo cual representó un aumento de 156%. En población menor de 15 años, solo a partir de la mitad de los 70's se comienza a reportar eventos de suicidio en hombres y mujeres, la tasa de suicidios en la población de 15 a 19 años, se incrementó de 1.49 a 2.83 por 100,000 habitantes entre 1970 y 1990 mostrando un aumento del 90%.(12),(13).

Este consistente incremento del suicidio invita a estudiar características asociadas al suicidio, por lo que planteamos las siguientes preguntas de investigación:

1.- ¿ QUE PREVALENCIA TIENE EL SUICIDIO ENTRE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR LESIONES OCASIONADAS POR ACCIDENTES Y VIOLENCIAS EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN CONTINUA DEL HOSPITAL DE PEDIATRIA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI ?

2.- ¿ LOS PASIENTES ATENDIDOS POR INTENTO SUICIDA TIENEN CARANTERISTICAS PERSONALES, SOCIALES Y AMBIENTALES DIFERENTES A LOS PACIENTES ATENDIDOS POR CAUSAS DISTINTAS A LOS ANTERIORES ?

OBJETIVOS

- *Determinar la prevalencia de intento suicida en pacientes que acuden por accidentes y violencias al servicio de urgencias del Hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI.*
- *Analizar las características de los adolescentes atendidos en admisión continua del Hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI por intento suicida vs otros accidentes y violencias.*
- *Comparar factores ambientales, sociales, individuales asociados al intento suicida en los adolescentes con el grupo etario control que no intentó el suicidio.*

HIPOTESIS GENERAL

Los pacientes con intento suicida tienen características diferentes a los pacientes sin intento suicida.

1. La edad y el sexo son factores de importancia en la ocurrencia el intento suicida.
2. Los factores sociodemográficos se encuentran asociados al intento suicida en los adolescentes.
3. El intento suicida tiene una prevalencia significativa en pacientes demandantes de atención por lesiones ocasionadas por accidentes y violencias en el servicio de admisión del Hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI.
4. Los factores ambientales se encuentran estrechamente relacionados con el intento suicida en el adolescente.

HIPOTESIS NULA

Los adolescentes que intentan suicidio tienen características similares en comparación con los adolescentes atendidos por otro tipo de lesiones ocasionadas por accidentes y violencias.

MATERIAL Y METODOS

La presente investigación se efectuó en base a un diseño tipo encuesta en el servicio de admisión continua del Hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI, durante el periodo comprendido de Noviembre de 1994 a Marzo de 1996. En el estudio se incluyeron 138 pacientes pertenecientes al grupo de niños y adolescentes para obtener la información planteada en los objetivos y las variables de estudio propuestas, se captaron a pacientes con lesiones provocadas por mecanismos accidentales y violencia, conceptualizándose el término "*accidente*" como acontecimiento que ocurrió por casualidad y no puede controlarse, y el reconocimiento de "*lesiones violentas*" como trastornos que pueden describirse con criterios epidemiológicos y que son susceptibles de controlarse y evitarse, ocasionadas por otra persona o por el individuo así mismo, incluidos en este último rubro los intentos suicidas.(15),(16),(24),(25).

Las entrevistas fueron realizadas por médicos adscritos al servicio de urgencias, previamente capacitados en coordinación con personal del servicio de salud mental de la misma institución. Se obtuvo la información directa entrevistando a los pacientes o indirecta proporcionada por sus acompañantes, empleando formatos diseñados específicamente para el estudio, considerándose factores propios del individuo, sociales y ambientales incluyéndose las siguientes variables:

FACTORES PROPIOS DEL INDIVIDUO			
VARIABLE	CONCEPTUALIZACION	OPERACIONALIZACION	ESCALA
Género	Sexo al que pertenece el individuo.	Se calificará masculino y femenino.	Cualitativa nominal.
Edad	Años de vida del individuo.	Se medirá en años cumplidos.	Cuantitativa ordinal.

FACTORES SOCIALES

VARIABLE	CONCEPTUALIZACION	OPERACIONALIZACION	ESCALA
Edad del Padre.	Años de vida del Padre del lesionado.	Se determinará en promedio del total de los casos.	Cuantitativa ordinal.
Edad de la Madre.	Años de vida de la Madre del lesionado.	Se determinará en promedio del total de los casos.	Cuantitativa ordinal.
Escolaridad del Padre.	Nivel de escolaridad del Padre.	Se clasificarán con o sin Licenciatura.	Cualitativa ordinal.
Escolaridad de la Madre.	Nivel de escolaridad de la Madre.	Se clasificarán con o sin Licenciatura.	Cualitativa ordinal.
Ocupación del Padre.	Actividad que desempeña el Padre.	Se clasifica con o sin empleo.	Cualitativa ordinal.
Ocupación de la Madre.	Actividad que desempeña la Madre.	Se clasifica con o sin empleo.	Cualitativa ordinal.
Composición de la Familia.	Tipo de integración familiar.	Familia completa o incompleta.	Cualitativa ordinal.
Encargado del lesionado.	Persona responsable del lesionado en el momento del evento.	Se clasifica en Padre, Madre, ambos, familiares, otros.	Cualitativa nominal.

FACTORES AMBIENTALES

VARIABLE	CONCEPTUALIZACION	OPERACIONALIZACION	ESCALA
Procedencia.	Lugar de donde proviene el lesionado.	Se incluye domicilio, escuela, HGZ, vía pública.	Cualitativa nominal.
Medio de traslado.	Tipo de transporte que se utilizó para el traslado del lesionado.	Se determina si acudió por sus propios medios, ambulancia.	Cualitativa nominal.
Tiempo de traslado	Lapso transcurrido del lugar del evento a la unidad médica.	Tiempo transcurrido entre el accidente y la atención médica.	Cualitativa nominal.
Estancia	Tiempo que permaneció en admisión.	Tiempo transcurrido en admisión.	Cuantitativa nominal.
Mecanismo de lesión.	Causa externa generadora de la lesión.	Se determina el tipo de evento que ocasionó la lesión.	Cualitativa nominal.
Lugar del accidente.	Area física en el la que sucedió el incidente.	Lugares, se incluyen: vía pública domicilio, escuela, otros.	Cualitativa nominal.

INTENTO SUICIDIO.

De acuerdo a los objetivos trazados, analizamos la muestra de adolescentes de ambos sexos con intento suicida, comparándolo con un grupo etario similar con lesiones debidas a otro tipo de accidentes y violencias. La variable dependiente fué: *intento suicida* y se dicotomizó en otros grupos, incluyéndose las variables dependientes analizadas en el total de los pacientes en estudio, utilizando además variables específicas asociadas al grupo de adolescentes.

VARIABLES ANALIZADAS EN ADOLESCENTES			
VARIABLE	CONCEPTUALIZACION	OPERACIONALIZACION	ESCALA
Intento suicida.	Acción encaminada a terminar con la propia vida.	Presencia o Ausencia.	Proporción.
Género	Sexo al que pertenece el adolescente.	Se medirá comparándola entre los dos grupos de adolescentes.	χ^2 y OR
Edad	Años de vida del adolescente.	Se medirá comparándola entre los dos grupos de adolescentes.	χ^2 y OR
Edad del Padre.	Años de vida del Padre del adolescente	Se determinará comparándola entre los dos grupos.	Prueba T de Student.
Edad de la Madre.	Años de vida de la Madre del adolescente	Se determinará comparándola entre los dos grupos.	Prueba T de Student.
Escolaridad del Padre.	Nivel de escolaridad del Padre.	Se comparará entre los dos grupos de adolescentes.	Exacta de Fisher.
Escolaridad de la Madre.	Nivel de escolaridad de la Madre.	Se comparará entre los dos grupos de adolescentes.	Exacta de Fisher.
Composición de la Familia.	Tipo de integración familiar.	Familia completa o incompleta en todo el grupo.	χ^2 y Exacta de Fisher.
Encargado del adolescente	Persona responsable del adolescente en el momento del evento.	Se analizará en todo el grupo de adolescentes	χ^2 y Exacta de Fisher.
Envío	Medio utilizado por el adolescente para llegar a la unidad.	Propios medios, ambulancia.	χ^2 y Exacta Fisher.
Tiempo de traslado.	Lapso transcurrido del lugar del evento a la unidad médica.	Se analizará en todo el grupo de adolescentes	U de Mann-Whitney
Ubicación del intento suicida.	Lugar donde se realizó el acto.	Se incluyen domicilio: cocina, recámara, azotea, baño.	Cualitativa nominal.
Mecanismo del intento suicida.	Método utilizado para efectuar el acto.	Se analiza el tipo de método utilizado.	Cualitativa nominal.
Estación del año.	Epoca en que se realizó el acto.	Se clasifica de acuerdo a la estación.	Cualitativa nominal.
Día de la semana.	Día en que tuvo lugar el evento.	Se determina el día de la semana.	Cualitativa nominal.
Tratamiento utilizado.	Tipo de manejo que se le dió al paciente en urgencias.	Se analiza el tratamiento indicado.	Cualitativa nominal.
Turno.	Hora del día en la que ocurrió el acto.	Evaluamos por turno: Matutino, Vespertino y Nocturno.	Cualitativa nominal.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizaron las siguientes escalas de medición: análisis simple (frecuencia y proporción), medidas de tendencia central (media, mediana, moda), medidas de dispersión (intervalo, desviación estándar). El resto de la metodología se describió en las variables.

RESULTADOS:

De los 138 pacientes en estudio en cuanto al sexo 70 correspondían al sexo masculino (51%) y 68 al sexo femenino (49%), con mediana de 5 años con intervalo de (0 a 16).

En la distribución por grupo etario no se observaron diferencias de relevancia, predominando en la muestra los preescolares N= 39 (28%), lactantes N= 37 (27%) (ver gráfica No. 1).

La **PROCEDENCIA** de los pacientes en frecuencia fué:

PROCEDENCIA		
LUGAR	NUMERO	PORCENTAJE
1.- HGZ IMSS D.F.	80	58%
2.- DOMICILIO	32	23%
3.- HGZ FORANEOS	16	12%
4.-OTROS HOSPITALES	7	5%
5.-VIA PUBLICA	2	1%
6.-ESCUELA	1	1%

La **ESTANCIA** del paciente en el servicio de admisión continua fué con un intervalo de 30 minutos a 4 días, y mediana de 17 horas.

TRASLADO DEL PACIENTE.

En cuanto al los medios que utilizó el paciente para despalzarse del lugar del incidente al hospital, la mayor parte llegó por sus propios medios, le siguieron en frecuencia los que fueron trasladados en ambulancias del IMSS, (ver tabla).

TRASLADO DEL PACIENTE		
MEDIOS	NUMERO	PORCENTAJE
PROPIOS MEDIOS	77	56%
AMBULANCIA IMSS	56	41%
AVION	3	2%
OTRAS AMBULANCIAS	2	1%

TIEMPO DE TRASLADO:

Mediana de 30 minutos con rango de 10 minutos a 10 horas.

MECANISMO DE LESION:

En cuanto a la causa externa generadora del evento, encontramos que la causa principal fué la ingesta accidental, seguida en orden de frecuencia por caídas, traumatismo directo e intento suicida.

MECANISMO DE LESION

CAUSA EXTERNA	NUMERO	PORCENTAJE
INGESTA ACCIDENTAL	53	38%
CAIDAS	24	17%
TRAUMATISMO DIRECTO	15	11%
INTENTO SUICIDA	15	11%
YATROGENIA	5	4%
DESCONOCIDO	5	4%
CHOQUE	4	3%
ATROPELLAMIENTO	3	2%
INTRODUCCION ACC.	3	2%
ASFIXIA	3	2%
QUEMADURAS	1	1%
ABUSO DE ETILICOS	1	1%
PICADURA DE ALACRAN	1	1%

Se identificó a un grupo de 15 pacientes que corresponde a un 11% del total de los casos con lesiones ocasionadas por terceras personas.

LUGAR DEL ACCIDENTE:

En cuanto al área física en la que sucedió el evento, la mayor parte ocurrió en el domicilio distribuyéndose de la siguiente manera:

LUGAR DEL ACCIDENTE		
LUGAR	NUMERO	PORCENTAJE
DOMICILIO	105	76%
RECAMARA	40	29%
ESTANCIA	16	12%
COCINA	14	10%
PATIO	12	9%
AZOTEA	10	7%
VIA PUBLICA	19	14%
OTROS	14	10%

EDAD DEL PADRE:

Fué en promedio de 33.5 años \bar{X} con desviación estándar (D E) = 8.27.

EDAD DE LA MADRE:

Promedio \bar{X} fué de 31.9 años con desviación estándar (D E) = 8.0

ESCOLARIDAD DEL PADRE:

En cuanto al nivel académico del padre se presenta la siguiente tabla:

ESCOLARIDAD DEL PADRE		
LICENCIATURA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	24	17%
NO	114	83%

ESCOLARIDAD DE LA MADRE:

Encontramos predominio de madres sin licenciatura. La distribución se muestra a continuación:

ESCOLARIDAD DE LA MADRE		
LICENCIATURA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	29	21%
NO	109	79%

OCUPACION DEL PADRE:

De acuerdo al análisis se ha determinado un mayor índice de padres con empleo.

OCUPACION DEL PADRE		
	NUMERO	PORCENTAJE
CON EMPLEO	131	95%
SIN EMPLEO	7	5%

OCUPACION DE LA MADRE:

Con respecto al número de madres con empleo remunerado se nota un gran diferencia en comparación con los padres.

OCUPACION DE LA MADRE		
	NUMERO	PORCENTAJE
CON EMPLEO	62	45%
SIN EMPLEO	76	55%

COMPOSICION DE LA FAMILIA:

De acuerdo al estudio realizado se llegó a los resultados siguientes:

COMPOSICION DE LA FAMILIA		
TIPO DE FAMILIA	NUMERO	PORCENTAJE
COMPLETA	122	89%
INCOMPLETA	16	11%

ENCARGADO DEL ACCIDENTADO:

En la mayoría de los casos estudiados se encontró que las madres tuvieron el índice más alto a este respecto:

ENCARGADO DE ACCIDENTADO		
RESPONSABLE	NUMERO	PORCENTAJE
MADRE	88	64%
PADRE	9	6%
AMBOS	9	6%
ABUELA	9	6%
HERMANOS	7	5%
MAESTROS	6	4%
TIOS	5	4%
OTROS	5	4%

INTENTO SUICIDA

Del total de pacientes se analizaron factores de interés en los pacientes con intento suicida. Este grupo de pacientes ocupan *el tercer lugar* en la muestra estudiada, esto es, pacientes admitidos por violencias o accidentes con un 11% de *prevalencia*. (Ver gráfica 2)

Si se toma en cuenta *el grupo etareo*, todos los casos con intento suicida se presentaron en la *adolescencia*, ocupando el primer lugar en ese grupo con prevalencia del 50% (15 de 30) Siguiendo en frecuencias el traumatismo CE en 5 casos, intoxicación no intencional en 5 casos y diversos en 5 casos más.

La *edad* de presentación del intento suicida en varones fué de 12.5 años (2 casos) y en mujeres la media fué de 14 años, la desviación estándar (D E)= 1.08. Insuficiente la muestra para establecer diferencias, aún cuando se aprecia una tendencia de presentación de intento suicida a edades más tempranas en el varón.

Sexo: Tomando en cuenta la relación del intento suicida y el sexo del individuo, se observó un OR de 0.12 IC 95%: 0.20, 0.58 en el hombre, infiriendo que el sexo masculino tiene un papel protector para la presentación del intento suicida $p=0.001$ (X^2) y la mujer tiene un OR = 7.4 (IC 95%, 0.98, 69.9) veces más riesgo de intentar suicidio. Comparando los casos de los adolescentes con intento suicida y el grupo control encontramos los siguientes resultados: Riesgo relativo= 3.25 (IC 95%, 0.90, 11.70).

En cuanto a la *edad del padre*, se analizó comparativamente en el grupo de adolescentes, resultando un promedio de 42.8 años desviación estándar (D E) 6.29 del grupo de adolescentes con intento suicida vs un promedio de 42.5 desviación estándar (D E) 4.25 del grupo control. Sin diferencias estadísticamente significativas.

Por lo que respecta a la *edad de la madre* de adolescentes con intento suicida (I S), fué de 40.6 desviación estándar (D E) 5.16 vs 41.2 desviación estándar (D E) 6.0 de la edad de la madre del grupo sin intento suicida. Sin relevancia estadística.

Para la *escolaridad del padre*, se dicotomizó en padres con y sin licenciatura comparándose nuevamente el grupo etario de jóvenes adolescentes, encontrándose 9 casos de I. S. en 23 padres sin licenciatura y 6 en 7 padres con licenciatura una $p=0.040$ (probabilidad exacta de Fisher). Un OR de 9.3 (IC 95%; 0.82, 243). En cuanto a la relación de la escolaridad del padre y el sexo predominante del grupo (femenino), encontramos los siguientes resultados: Un OR de 3.75 (IC 95%, 0.26, 110); con Fisher Exacta de 0.27. Sin relevancia estadística.

En respecto a la *escolaridad de la madre* encontramos que: En los pacientes con I. S. se observaron 4 casos de I. S. cuando la madre tenía licenciatura: Riesgo Relativo = 2.36 (1.51 RR 3.70), prueba Exacta de Fisher 0.04, siendo esta de valor estadístico significativo.

En cuanto a la *ocupación de los padres*, no encontramos diferencias estadísticamente significativas.

En el caso de *composición de la familia*, encontramos en todos los adolescentes los siguientes resultados: OR= 1.38 (IC 95%;0.22,8.70) prueba Exacta de Fisher 0.50, sin relevancia significativa.

Responsable del accidentado: No hubo diferencias significativas en cuanto a la persona responsable en ambos grupos de adolescentes estudiados: Prueba Exacta de Fisher 0.32 OR = 2.36(IC 95% ;0.28, 23.48)

Procedencia o envío: Sin significancia estadística χ^2 no significativa OR=1.0 (IC 95%, 0.17,5.89).

Tiempo de traslado: Se utilizó para analizarlo la prueba U de Mann Whitney en el grupo de intento suicida con $p = 0.05$. Detectándose tendencia a que esos pacientes se trasladen más rápidamente al hospital.

Ubicación del intento suicida: Todos se realizaron en el domicilio del paciente, la distribución en orden de frecuencia y porcentaje fué la siguiente:

LUGAR	NUMERO	PORCENTAJE
RECAMARA	7	46%
COCINA	4	26%
BAÑO	2	13%
AZOTEA	2	13%

Método utilizado: Todos intentaron el suicidio mediante la ingestión de productos tóxicos, de los cuales sobresalen el uso de *psicotrónicos* en 8 casos (53%),

Estación del año: En este rubro analizamos a los adolescentes con intento suicida, los resultados fueron los siguientes: 3 casos (20%) realizaron el acto en el otoño, y 12 (80%) en invierno. Al compararlo con el grupo control, no encontramos diferencias estadísticamente significativas.

Día de la semana: En los casos que estudiamos de I.S. no encontramos datos estadísticos de relevancia en cuanto a la predominancia del día de la semana en que se realizó el evento. Los resultados fueron los siguientes:

DIAS	NUMERO	PORCENTAJE
MARTES	4	26%
VIERNES	3	20%
SABADO	3	20%
MIERCOLES	2	13%
LUNES	1	7%
JUEVES	1	7%
DOMINGO	1	7%

Tratamiento utilizado: Se analizó el los 15 pacientes que intentaron suicidio el tipo de manejo indicado en el servicio de admisión continua. Los resultados son los siguientes:

TRATAMIENTO		
TIPO	NUMERO	PORCENTAJE
DIALISIS G. I. + ANTIDOTO	7	46%
DIALISIS G. I.	4	26%
DIALISIS G.I. + LAVADO		
GASTRICO	2	13%
CARBON ACTIVADO	1	7%
LAVADO GASTRICO + AZUL		
DE METILENO	1	7%

Los resultados obtenidos en el estudio corroboran lo que se ha analizado con relación al incremento del intento suicida en adolescentes, en las últimas décadas (7, 12, 13, 18, 19), mencionándose múltiples factores que generan en el adolescente el atentar contra su vida. Estudios previos efectuados evalúan la historia socio-psicológica y el contexto del desarrollo de la adolescencia, combinándose una serie de problemas que se remontan al pasado, sobre todo en la infancia que se activan en la adolescencia (6).

En el grupo de pacientes evaluados en nuestra estudio detectamos una prevalencia del 11% de intentos suicidas en un grupo de 138 niños y adolescentes atendidos por lesiones ocasionadas en accidentes y violencias. Se observó un predominio importante del sexo femenino, todos fueron en adolescentes; inferimos de acuerdo a resultados que en este estudio el sexo masculino parece ser un factor protector del intento. De interés también el hecho de que todos los actos fueron efectuados en el domicilio del paciente, encontrando que un porcentaje importante de adolescentes con intento eran hijos de padres con licenciatura, posiblemente esta asociación pueda derivarse de que los padres profesionistas exigen al adolescente demandas que en ocasiones le son difíciles de satisfacer.

Consideramos también como otra posibilidad el hecho de que a este tipo de progenitores debido a sus compromisos profesionales no presten atención a la relación con los hijos desde el punto de vista afectivo. Significativo también el hecho de que en estos pacientes (I. S) el traslado se realizó en un lapso de tiempo significativamente menor en relación al grupo control y realizado por sus propios medios, posiblemente debido a sentimientos de culpa de sus progenitores al percatarse del acto, si descartarse el factor impulsividad por parte del adolescente al realizar el intento. Detectamos también el fácil acceso que se tiene a los medicamentos principalmente a los psicofármacos, cuya ingestión intencional fué el método predilecto utilizado para intentar el suicidio.

Debido al tipo de estudio realizado: retrospectivo, tipo encuesta, efectuado en un servicio de urgencias mediante un diseño previamente elaborado, nuestro estudio adolece de limitaciones, debido primordialmente a la premura con la que este tipo de pacientes requiere de la atención en el servicio. Investigar antecedentes como el temperamento del niño, su nivel de desarrollo, la funcionalidad de la familia, la historia psicológica, la presencia de síntomas psicopatológicos, rasgos de carácter, conflictos escolares, amorosos, respuesta del adolescente ante situaciones de estrés, alteraciones emocionales en su periodo pre-menstrual, intentos suicidas previos mencionados como factores de riesgo para intentar suicidio, aportarían información significativa en asociación al intento suicida.

En cuanto a las lesiones ocasionadas accidentalmente se requiere establecer estrategias de prevención debido a los efectos catastróficos que implican sobre la vida y la salud de los niños. Hemos de comprender el papel que corresponde a los agentes, víctimas y ambiente en las lesiones y establecer medidas de control para las mismas (25).

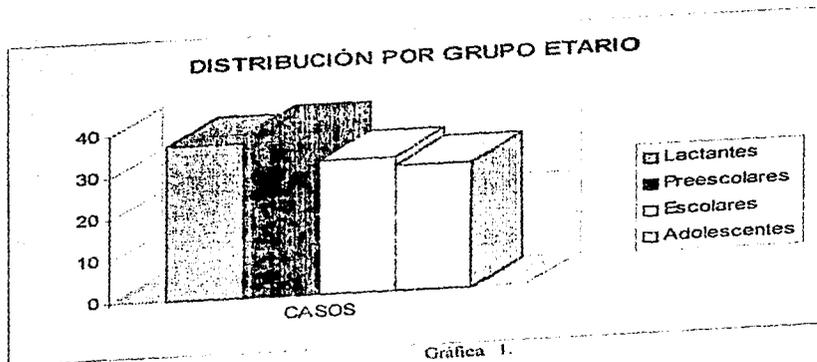
En conclusión se comprueba la necesidad de continuar estudios de investigación respecto al suicidio siendo necesario en el futuro la obtención de información en relación directa con proyectos de ensayo con fundamento teórico, buscar nuevas estrategias pues continúa existiendo confusión en cuanto a los factores participantes. (14,21)

De interés también planear estrategias de rehabilitación psicológica para el paciente suicida y continuar investigaciones con respecto al resultado de las mismas, quizá mediante el planeamiento de estrategias que vayan más allá de la aplicación de escalas e inventarios, sugeriríamos indicadores fisiológicos y bioquímicos. (22)

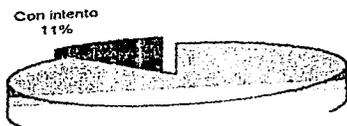
BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Heman C. Consideraciones metodológicas de la investigación sobre intento suicida, Enseñanza e investigación en psicología (1982) págs. 95-107.
- 2.- Martínez Lanz Saltijeral Terroba. Revisión del tema : "Intento de suicidio en los niños: un fenómeno psicosocial", Salud mental, v.8, No.2, Junio 1985.
- 3.- Terroba y Cols. Factores clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y con el suicidio consumado. Salud mental, v.9, No.1, Marzo 1986.
- 4.- Gómez, Lolas; Barrera. Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida. Salud mental, v.14, No. 1, Marzo 1991.
- 5.- González-Forteza, Jimenez Tapia, Gómez Castro. Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1995.
- 6.- Terroba, Heman, Saltijeral, Martínez L. El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. Saludmental, v.28, No.1, Enero-Febrero 1986.
- 7.- González-Forteza y Cols. Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. Salud mental, v.19, suplemento Abril 1996.
- 8.- Jinich H. Suicidio. Simposio, v.119, No.9, Septiembre 1983.
- 9.- El incomprensible acto de suicidio. Sociología Octubre 1979
- 10.- Corlay Noriega y Cols. Intentos de suicidio en el hospital de especialidades CM La Raza: análisis de los casos atendidos de 1986 a 1988. Revista médica IMSS, v 28, N5/6 1990.
- 11.- Saucedo J M. El niño que intenta el suicidio. Re. Med. IMSS, v 21:203, 1983.
- 12.- Gómez C., Borges G. Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. Salud mental, v 19, No.1, Marzo de 1996.
- 13.- Borges y Cols. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Salud pública, v38, No. 3, 1996
- 14.- Gorenc K D y Cols. Clasificación del riesgo en el intento suicida. Instituto Central de Salud Mental Mannheim, RFA.
- 15.-Hijar Medina y Cols. Violencia y lesiones. Salud mental, v.15, No.1, Marzo de 1992.
- 16.- Hijar Medina y Cols. Mortalidad por accidentes, violencias y envenenamientos en el D.F. de 1970 a 1982. Salud pública, v 28, No. 4, 1986
- 17.- Yunes J. Mortalidad por causas violentas en la región de la América. Bol Of Sanit Panam 114(4), 1993.
- 18.- García R., Tapia A. Epidemiología del suicidio en el estado de Tabasco en el periodo 1979-1988. Salud mental, v. 13, No.4, Diciembre 1990.
- 19.- Gutiérrez T., Solís-Cámara. El suicidio en San Luis Potosí (1975-1984): un enfoque epidemiológico psicosocial. Salud mental v.12, No.4, Diciembre 1989.
- 20.- Cavazos-Ortega y Cols. Años de vida potencial perdidos: su utilidad en el análisis de la mortalidad en México. Salud pública de México, v. 31, No 5, Septiembre-Octubre 1989.
- 21.- Gómez R, Saucedo G. el intento de suicidio y el ciclo menstrual: revisión de 200 casos. Rev. Méd. Del IMSS 17:293,1978.
- 22.- León Díaz delGuantel y Cols. Rehabilitación psicológica para el paciente suicida: la terapia NaiKan. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana.
- 23.- Hijar Medina. Accidentes, violencias, y lesiones traumáticas. Nuevo enfoque para el uso y análisis de los términos. Ensayo Salud pública de México. Aprob. 19 -Abril-1991, v.33, No.3, Mayo-Junio 1991.
- 24.- Hijar Medina y Cols. Mortalidad por homicidio en niños. México 1979-1990. Salud pública de México, v.36, No. 5 Septiembre - Octubre 1994.
- 25.- Guyer B. enfoque epidemiológico de lesiones infantiles. Clínicas pediátricas de Norteamérica, 1984.
- 26.-M. Lewinson, Rode P. Psychosocial Characteristics of Adolescents with a history of suicide attempt. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 32:1,January 1993.
- 27.- J.Martunen, M. Aro. Precipitant Stressors in adolescent suicide. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36:6 November 1993.
- 28.- L. Rich , Rickettes E. Some differences between men and women who commit suicide. Am J Psychiatry, 145:6 June 1988.

- 29.- Spirito A., Lewander J. Emergency department assessment of adolescent suicide attempts: Factors related to short-term follow-up outcome. *Pediatric Emergency Care*, v.10, No.1, February 1994.
- 30.- Beautrais A. Joyce, P. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35:9 Septiembre 1996.
- 31.- Borst, S, Noam G. Developmental Psychopathology in suicidal and nonsuicidal adolescent girls. *J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 32:3, May 1993.
- 32.- Montoya Cabrera Miguel A. Intoxicaciones en Pediatría. Academia Mexicana de Pediatría, A.C.parte A, libro 3, México 1996.



PREVALENCIA DE INTENTO SUICIDA



EPIDEMIOLOGIA DE ACCIDENTES Y VIOLENCIAS EN NIÑOS.

1. NOMBRE: _____
2. SEXO:
 FEMENINO. MASCULINO.
3. EDAD:
 LACTANTE. PRE-ESCOLAR. ESCOLAR. ADOLESCENTE.
4. PROCEDENCIA:
 DOMICILIO. ESCUELA. GUARDERIA. VIA PUBLICA.
 DOMICILIO VECINOS. DOMICILIO FAMILIARES. OTROS.
5. FECHA DE INGRESO: _____
6. FECHA DE EGRESO: _____
7. ATENCION INICIAL (LUGAR): _____
8. ESTANCIA:
 DIAS. HORAS.
9. ENVIO:
 PROPIOS MEDIOS. AMBULANCIA IMSS. OTRAS AMBULANCIAS
 HELICOPTERO. AVION. OTROS MEDIOS.
10. TIEMPO DE TRASLADO:
 HORAS. MINS.
11. DIAGNOSTICO DE ENVIO: _____
12. TRATAMIENTO: _____
13. MECANISMO DEL ACCIDENTE:
 CAIDA. ATROPELLAMIENTO. CHOQUE. TRAUMA DIRECTO
 QUEMADURA. ABUSO. PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO.
 ASFIXIA. DESCONOCIDO.
INGESTION: ACCIDENTAL. AUTOMEDICACION. YATROGENICA
 INTENTO SUICIDA.
14. LUGAR DEL ACCIDENTE:
 VIA PUBLICA. DOMICILIO. ESCUELA. GUARDERIA.

() DOMICILIOS VECINOS. () DOMICILIOS DE OTROS FAMILIARES.

() OTROS.

DOMICILIO: () RECAMARA. () COCINA. () ESTANCIA. () AZOTEA.

() PATIO. () ESCALERA. () BAÑO. () SE IGNORA.

15. EDAD DEL PADRE:

() 15 a 25 AÑOS. () 26 A 35 AÑOS. () 36 A 45 AÑOS.

() MAS DE 46 AÑOS.

16. EDAD DE LA MADRE:

() 15 A 25 AÑOS. () 26 A 35 AÑOS. () 36 A 45 AÑOS. () MAS DE 46 AÑOS.

17. ESCOLARIDAD DEL PADRE:

() ANALFABETA. () PRIMARIA INCOMPLETA. () PRIMARIA COMPLETA

() SECUNDARIA INCOMPLETA. () SECUNDARIA COMPLETA.

() PREPARATORIA INCOMPLETA. () PREPARATORIA COMPLETA. () LICENCIATURA.

18. ESCOLARIDAD DE LA MADRE:

() ANALFABETA. () PRIMARIA INCOMPLETA. () PRIMARIA COMPLETA

() SECUNDARIA INCOMPLETA. () SECUNDARIA COMPLETA. () PREPA-

RATORIA INCOMPLETA. () PREPARATORIA COMPLETA. () LICENCIA-
TURA.

19. OCUPACION DEL PADRE:

() DESEMPLEADO. () OBRERO. () TECNICO. () EMPLEADO ADMINIS-
TRATIVO. () COMERCIANTE. () ESTUDIANTE. () PROFESIONISTA. ()

() OTROS.

20. OCUPACION DE LA MADRE:

() LABORES DEL HOGAR. () OBRERA. () EMPLEADA ADMINISTRATIVA

() COMERCIANTE. () PROFESIONISTA. () OTROS.

21. ESTADO CIVIL:

() CASADOS. () UNION LIBRE. () DIVORCIADOS. () SEPARADOS.

() VIUDO. () MADRE SOLTERA.

() DOMICILIOS VECINOS. () DOMICILIOS DE OTROS FAMILIARES.

() OTROS.

DOMICILIO: () RECAMARA. () COCINA. () ESTANCIA. () AZOTEA.

() PATIO. () ESCALERA. () BAÑO. () SE IGNORA.

15. EDAD DEL PADRE:

() 15 a 25 AÑOS. () 26 A 35 AÑOS. () 36 A 45 AÑOS.

() MAS DE 46 AÑOS.

16. EDAD DE LA MADRE:

() 15 A 25 AÑOS. () 26 A 35 AÑOS. () 36 A 45 AÑOS. () MAS DE 46 AÑOS.

17. ESCOLARIDAD DEL PADRE:

() ANALFABETA. () PRIMARIA INCOMPLETA. () PRIMARIA COMPLETA

() SECUNDARIA INCOMPLETA. () SECUNDARIA COMPLETA.

() PREPARATORIA INCOMPLETA. () PREPARATORIA COMPLETA. () LICENCIATURA.

18. ESCOLARIDAD DE LA MADRE:

() ANALFABETA. () PRIMARIA INCOMPLETA. () PRIMARIA COMPLETA

() SECUNDARIA INCOMPLETA. () SECUNDARIA COMPLETA. () PREPA-

RATORIA INCOMPLETA. () PREPARATORIA COMPLETA. () LICENCIATURA.

19. OCUPACION DEL PADRE:

() DESEMPLEADO. () OBRERO. () TECNICO. () EMPLEADO ADMINISTRATIVO. () COMERCIANTE. () ESTUDIANTE. () PROFESIONISTA. ()

() OTROS.

20. OCUPACION DE LA MADRE:

() LABORES DEL HOGAR. () OBRERA. () EMPLEADA ADMINISTRATIVA

() COMERCIANTE. () PROFESIONISTA. () OTROS.

21. ESTADO CIVIL:

() CASADOS. () UNION LIBRE. () DIVORCIADOS. () SEPARADOS.

() VIUDO. () MADRE SOLTERA.

22. ENCARGADO DEL ACCIDENTADO:

ME MADRE. PADRE. ABUELO(A). TIO(A). HERMANO
MENOR DE EDAD. HERMANO MAYOR DE EDAD. DOMESTICA.
 VECINOS. OTROS.

23. CONTROL DEL NIÑO SANO:

IMSS. ISSSTE. MED. GRAL. PED. PART. OTROS_
 NO.

24. USO DE TOXICOS:

MEDICAMENTOS. SUSTANCIAS QUIMICAS.

25. VIA DE ADMINISTRACION:

VIA ORAL. OTROS.

26. TIEMPO DE ADMINISTRACION:

MINS. HORAS. DIAS.

27. CANTIDAD O DOSIS:

MGS. GRS. MLS. LTS.

28. PRESENTACION DEL TOXICO:

ENVASE ORIGINAL. ENVASE CLANDESTINO. ENVASE DE
REFRESCO. OTROS.

29. SITIO DE ADQUISICION:

FARMACIA SECTOR PUBLICO. FARMACIA PRIVADA. TIENDA
DE AUTOSERVICIO. OTROS.

30. ANIMALES (TIPO):

PICADURA. MORDEDURA.

31. LUGAR DE LA AGRESION:

DOMICILIO. VIA PUBLICA. DOMICILIO DE FAMILIARES. (
 DOMICILIO DE AMISTADES. ESCUELA. GUARDERIA.
 OTROS.

32. REGION ANATOMICA: _____

33. PLANTAS (TIPO):

() VIA ORAL. () TOPICA. () INHALADA. () OTRA.

34. SINTOMAS PRINCIPALES: _____

35. DIAGNOSTICOS DEL SERVICIO:

AL INGRESO: _____

AL EGRESO: _____

36. FECHA DE ALTA: _____

37. TIEMPO DE ESTANCIA:

() HORAS. () DIAS.

38. MONITOREO Y MANEJO:

() LABORATORIO. () GABINETE. () ULTRASONIDO. () TOMOGRAFIA

() OTROS _____

() DIALISIS GASTROINTESTINAL. () LAVADO GASTRICO. () INTUBA

CION. () ANTIDOTOS. () ANTAGONISTAS. () ESTEROIDES. ()
BLOQUEADORES H2. () DIURETICOS. () OTROS _____

ENDOSCOPIA: () VIAS DIGESTIVAS. () VIAS RESPIRATORIAS. ()
EXTRAC

() EXTRACCION POR SONDA. () OTROS _____

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

() SI () NO.

TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO: _____

FECHA: _____