

11237-2.3.3
96



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

CARACTERISTICAS DE INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO
EN PEDIATRIA *Medica.*

PRESENTA

DR. EDUARDO MARIO GONZALEZ VELASQUEZ

HERMOSILLO, SONORA

FEBRERO DE 1998.

264565

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado e Investigación

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

"CARACTERISTICAS DE INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES"

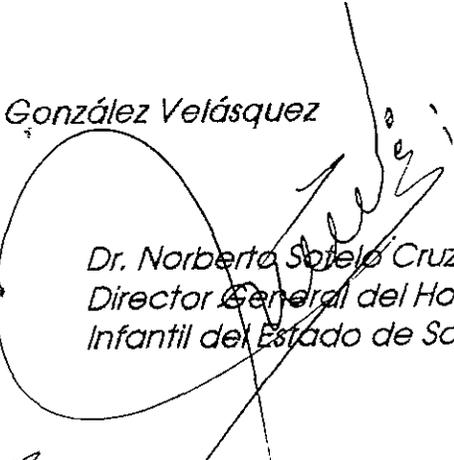
Tesis

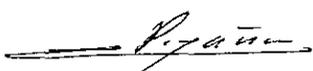
Que presenta, para obtener
el título en Pediatría:

Dr. Eduardo Mario González Velásquez


Dr. Ramiro García Álvarez
Director de Enseñanza e
Investigación, y Profesor
Titular del Curso.




Dr. Norberto Sojelo Cruz
Director General del Hospital
Infantil del Estado de Sonora


Dra. Elba Vázquez Pizaña
Jefe del Servicio de Medicina de la Adolescencia
Asesor de Tesis

Hermosillo, Sonora Febrero de 1998.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

*POR DARMELA OPORTUNIDAD
DE VIVIR Y PREPARARME PARA
EL SERVICIO DE MIS HERMANOS.*

A MIS PADRES:

*EJEMPLO DE AMOR, LUCHA Y
CONSTANTE ORACIÓN A
NUESTRO SEÑOR, POR EL
BIENESTAR DE SUS HIJOS.*

A MI ESPOSA:

*QUIÉN HA ILUMINADO MI VIDA.
MI ETERNA COMPAÑERA.*

A MI HIJA KARLA:

*BENDICIÓN DE DIOS QUE SIEMPRE LLEVO
EN EL CORAZÓN.*

A MIS SUEGROS;

*DAVID Y M.A. DEL SOCORRO;
POR SU APOYO INCONDICIONAL.*

A MIS HERMANAS;

POR SU FÉ Y CONFIANZA EN MÍ.

ESPECIALMENTE A MI ASESORA:

*DRA. ELBA VÁZQUEZ; RESPONSABLE Y
DEDICADA A LA INVESTIGACIÓN, QUIÉN
GRACIAS A SU ANHELO ESTE TRABAJO,
HOY ES REALIDAD.*

INDICE

	No. Pag.
Introducción.....	1
Objetivos.....	26
Material y métodos.....	27
Resultados.....	30
Discusión.....	61
Conclusiones.....	76
Bibliografía.....	79
A n e x o s.....	82

INTRODUCCION.

DEFINICION.- Conducta suicida.- Es aquélla que lleva a cabo por intención, quitarse la vida; lo primero en aparecer, es la idea "quiero matarme", esta idea puede quedarse solo en esto, y luego desaparecer, o continuar elaborándose en cuanto a la forma de quitarse la vida; de aquí al intento de suicidio, puede solo haber un paso y luego transformarse en suicidio consumado. (1)

Ideación suicida.- Emerge como una entidad, cuando una persona habla, escribe o piensa como suicida, sin intención o deseo consciente de consumar el acto, pero mostrando en esta forma el comienzo de una lucha por contener el impulso autodestructivo en germen. (2)

Es un síntoma frecuente e inespecífico, que refleja el nivel de conflicto interno, se asocia a desesperanza y pobre autoestima, con el intento de suicidio, la depresión y abuso de drogas. (3)

Suicidio.- La palabra suicidio, proviene del latín Sui (si mismo) y cium (muerte; del verbo coedere; matar). Es decir, darse muerte así mismo. La enciclopedia Británica, define al suicidio "como el acto voluntario e intencional de autodestrucción" y por ampliación de daños a otros (una forma de suicidarse, sería hacerse matar). (2)

Muñoz, define al suicidio como el acto de quitarse la vida y lograrlo, la preocupación de matarse, los intentos, y en general la conducta

directamente propia destructiva, forman parte del mismo fenómeno y debe de reconocerse como el fenómeno más letal de Psiquiatría. (4)

HISTORIA. El suicidio se ha encontrado en la historia de la humanidad desde siempre, los documentos históricos y literarios más antiguos hablan del suicidio entre diversos pueblos de la tierra.

La biblia menciona suicidios, como los de Sansón, Aristófilo y Eleazar. La Génesis dice: "si una persona se mata a sí misma, es lo mismo que si matara a otra persona. (Lazard y Sulkes, 1978).

En china, además de los funcionarios públicos deseosos de substraerse por la muerte voluntaria, antes que sufrir la vergüenza de una ejecución pública. Se cita el suicidio de 500 filósofos de la escuela de Confucio, que no quisieron sobrevivir la pérdida de sus libros sagrados.

En Africa, el suicidio del gran Sesostris, inconsolable por haber sufrido la pérdida de la vista a edad avanzada, y de los generales cartagineses Almicar, Almicón y Aníbal; a quién fue contraria la muerte en armas.

En los numidas, que después de degollar a sus mujeres y a sus hijos, se lanzaron en masa sin armas, hacia los romanos que les dieron muerte. (Márquez Amezcua. 1983).

En algunos pueblos se temía la posible venganza de los individuos que se suicidaban, consecuencia de este temor, era la costumbre de clavar contra el suelo por medio de un vástago, el cadáver del suicida, de decapitarlo, de amputarle las extremidades, etc. Así, en el Siglo IV, los

atenienses cortaban la mano del suicida y la enterraban en un lugar distinto al resto de cadáver para impedir que el muerto pudiese vengarse haciendo uso de ella. (Márquez. Amezcua. 1983)

También muchos pueblos se defienden de la persecución del espíritu del suicida, siguiendo distintos procedimientos. En Pomerania y en Rusia Oriental los suicidas eran enterrados en el mismo lugar de su muerte y no en el cementerio local; cuando alguien se veía obligado a pasar por tal sitio, tenía que arrojar una piedra o un palo para que el suicida lo dejase tranquilo. (Márquez y Amezcua. 1993).

El primero de los documentos acerca del suicida en Grecia, es el de la Yocasta, madre de Edipo, que como es ampliamente divulgado y retomado por la literatura psicoanalítica, al casarse con él y enterarse posteriormente de que es su hijo, se suicida ahorcándose desesperada, como una solución honorable a su situación. También son numerosos los casos de suicidios célebres entre los romanos. Durante el imperio, el número de suicidios aumentó considerablemente; presentándose en todas las clases sociales, que no pudieron soportar la pérdida de libertades, las crueldades de los gobernantes, etc. Así encontramos que los escritos de esa época, hablan del suicidio como una verdadera epidemia que abarca todos los estratos de la sociedad, lo mismo a hombres que a mujeres. (2)

El suicidio es empleado en África, entre los Batús, como una especie de revancha; si un individuo tiene una deuda que no ha pagado, el acreedor se puede suicidar y la culpa y la revancha recae sobre su deudor.

El suicidio se practica en el Japón: el Hara-kiiri; que fue el resultado del militarismo medieval, auspiciado por el deseo de los nobles de escapar a la humillación de caer en manos enemigas.

Una forma indirecta de suicidio, pero cuyos resultados son los mismos, es la práctica del Amok entre algunos grupos de Malasia y las Filipinas; según lo cual el afectado se dedica a asesinar y a luchar en algunos de estos enfrentamientos. Esto mismo se practica entre los mahometanos del sur de las Filipinas o indios orientales. (2)

En algunas de nuestras culturas prehispánicas como la maya, se ha encontrado la existencia del suicidio. No así para el mundo Náhuatl, para el que no existe referencia específica de la práctica del suicidio en forma establecida, como en el caso de los mayas, que lo acostumbraban por medio del ahorcamiento y parecía no condenable en lo absoluto. Esta práctica se dió a conocer por Diego de Landa, a través de sus escritos en que se mencionan: "Decían también y lo tenían por muy cierto, que iban a esta su gloria los que se ahorcaban", y así había muchos que con pequeñas ocasiones de tristeza, trabajos o enfermedades se ahorcaban para salir de ellas e ir a su gloria, donde decían, los venía a llevar la Diosa del ahorcamiento, que llamaban Ixtab. (Márquez y Amezcua.1983).

Bajo la influencia de las ardientes convicciones religiosas del nacimiento del cristianismo, se dieron innumerables casos de fieles que provocaron a los verdugos, buscando deliberadamente su muerte. La iglesia naciente se vió obligada a contener este ímpetu de muerte voluntaria. Estas enseñanzas hicieron que en la edad media, al ser la iglesia dueña absoluta de las almas y voluntades, fuesen raros los casos de suicidios o al menos divulgados; sin embargo, algunos escritores afirman que en esta época se presentaron numerosos suicidios en los conventos, motivados por las ideas ascéticas. (Márquez y Amezcua. 1983)

En el siglo XI, parece ser que una multitud de judíos, perseguidos con inaudita violencia, pusieron ellos mismos, fin a sus vidas.

En el siglo XVI, dado el gran interés por el estudio de la antigüedad y sobre todo la admiración que existía hacia los suicidios de la Grecia y la Roma clásicas, unidos al quebrantamiento que produjo la reforma y las corrientes escépticas, aumentan las tendencias de suicidio.

Por otro lado en las Islas de Salomón, de la Melanesia; cuando un joven muere, la mayoría de las mujeres de su familia, considera como una obligación el matarse. Para ello se atontan con jugo de una planta y se ahorcan cerca del cadáver del joven. Y, el motivo del suicidio es el deseo de acompañarla a la otra vida y rodearle allí de amor y de cuidados. (Márquez y Amezcua. 1983).

En la religión maya se creía que después de la muerte había otra vida mejor de la cual gozaba el alma al apartarse del cuerpo. Esta vida futura se dividía en buena, mala, penosa y descanso. Los viciosos iban a la mala y penosa, los que llevarán una forma buena de vida, iban a la buena y deleitosa.

Habían descansos que debían alcanzarse por los buenos y consistían en lugares deleitables, donde había leche, miel y comida en abundancia. En dichos lugares los muertos pasaban una feliz vida de descanso y holgazanería de una ceiba a la que llamaban "Yaxche". Los malos iban a un lugar más bajo que era el infierno y lo llamaban "Mitnal". Los que se ahorcaban cuando estaban tristes o por cuestiones de trabajo iban a ésta "su gloria", donde los llevaba Ixtap, la de la cuerda, que era la Diosa de la Ahorca. (Rodríguez Sala de Gómez Gil. 1974).

En el Siglo actual, se han presenciado también épocas de crisis suicidógenas, principalmente después de la primera guerra mundial, y en los años de difíciles situaciones económicas; sobre todo en aquéllos países afectados por las inflaciones y la desocupación. El suicidio se manifiesta de manera general en casi todos los pueblos, y posiblemente alcance proporciones mas alarmantes entre los considerados países civilizados que entre los primitivos, pero aún así no deja de presentarse con alguna frecuencia. (2)

El suicidio rebasa las fronteras y el tiempo, pues aparece prácticamente en todas las civilizaciones y épocas históricas, aunque genere con frecuencia sentimientos de rechazo y crítica. Algunas religiones lo prohíben en forma explícita y su ejecución trae consigo en varios países acciones legales importantes.

En la historia de México se pueden mencionar dos casos trascendentales de suicidio: 1) El tercer Emperador mexica Chimalpopoca, quién se ahorcó dentro de una jaula, antes de aceptar ser vasallo de los tecpanecas. 2) El cadete del Colegio Militar, que se tiró al vacío envuelto en su bandera para no entregarla al enemigo. Se podría decir que estos dos actos de suicidio son similares: fueron actos de heroísmo y dignidad, según Durkheim (1897). Como quiera que sea el suicidio consumado, ha sido un fenómeno poco estudiado en México. (5)

EPIDEMIOLOGIA.- Durante este período la tasa de suicidios en ambos sexos, pasó de 1.13 por 100 mil habitantes en 1970 a 2.89 por 100 mil habitantes en 1994; con aumento del 156% para ambos sexos. Sin embargo, el aumento en la población masculina se vió su tasa incrementada en el 169% durante el período, contra el 98% para la población femenina. (6)

Ocupando en 1990 el suicidio, la cuarta causa de muerte para el grupo etario de 15 a 24 años (No.586), sólo superada por los homicidios, accidentes en vehículo y por ahogamiento. (7)

El índice de suicidio para los varones es de 17.3 por 100 mil habitantes, y para las mujeres es de 5.4 por 100 mil habitantes; la raza blanca duplica la posibilidad de suicidarse, sobre otras razas. En Estados Unidos de América, el suicidio ocupa la segunda causa de muerte, provocando aproximadamente la muerte de 5000 jóvenes cada año. En países de alto grado de desarrollo como el Japón, se ha incrementado su tasa en estas edades por el nivel de competencia para ocupar un lugar en las escuelas superiores. (8, 9)

Entre los distintos estados de la República Mexicana, en 1994, los estados de Tlaxcala y México, registraron las tasas más bajas, mientras que las más altas se registraron en Tabasco y Campeche; la parte suroeste del país muestra las tasas más elevadas, y la zona centro, es la de menor incidencia. (6)

Los hombres superan a las mujeres en cuanto a completar el suicidio por más de 3 a 1. Las mujeres sobrepasan a los hombres en cuanto a los intentos de suicidio por 7 a 1. Parte de esta disparidad puede atribuirse al método empleado para suicidarse. Los hombres prefieren armas de fuego o ahorcarse, sobre métodos menos letales como la sobredosis de medicamentos o cortarse las venas, los cuales son preferidos por las mujeres. (8)

Factores de riesgo para intento de suicidio en el adolescente.

Muchas de las víctimas del suicidio acuden a una Clínica de Primer Nivel, poco tiempo antes de su intento. La razón de su visita puede ser: modificaciones de peso o apetito, fatiga, disminución de la concentración, fallas en la escuela y abuso en las drogas. Usualmente la causa subyacente es la depresión.

La valoración del riesgo de este problema debe de incluir: religión, residencia, economía, disponibilidad de método, sexo, raza, relaciones familiares y perfil psiquiátrico completo.

El envío a un Psiquiatra está indicado cuando se considere que un paciente corre el riesgo en caer en este problema.

El Médico, debe de desarrollar la capacidad de detección de estos pacientes, por esta razón se ha estructurado la siguiente lista de riesgos para el suicidio: (8)

- 1.- Religión: sin tabúes, contra el suicidio.
- 2.- Residencia: asentamiento urbano.
- 3.- Economía: desempleo alto.
- 4.- Disponibilidad de método: acceso a automóvil, armas de fuego, drogas, medicamentos potencialmente letales.
- 5.- Sexo: los hombres lo completan más frecuentemente que las mujeres, pero éstas lo intentan más.

6.- Raza: en orden de frecuencia; hombres blancos, negros y de otras razas, mujeres blancas, negras y de otras razas.

7.- Relaciones familiares: hogar con un solo padre, pobres relaciones familiares, falta de hermanos o parientes.

8.- Perfil psiquiátrico: depresión, comportamiento externo, incapacidad para afrontar el estrés, tendencia a la alineación y aislamiento. (8, 10)

Métodos diagnósticos.- La evaluación de un intento de suicida, ha de ser realizado por Personal capacitado y con experiencia; más no siempre hay las condiciones óptimas; por lo tanto en los Servicios de Urgencias Pediátricas, los médicos en entrenamiento y los adscritos, deben de tener parámetros generales para considerar un alto o bajo riesgo suicida, como los señalados en el Cuadro No.1

Cuadro No. 1

PARAMETROS DE ALTO Y BAJO RIESGO PARA JOVENES CON CONDUCTA SUICIDA.

Parámetros	Riesgo alto	Riesgo bajo
Predicibilidad del joven	baja	alta
Circunstancias de la conducta suicida	solo planeado método letal	cerca de alguien plan menos cuidadoso método de reducida letalidad
Intento de morir	alto	bajo
Psicopatología	presente y grave	ausente y leve
Mecanismo de Coping	juicio pobre escaso control de impulsos gran desesperación	buen juicio buen control de impulsos reducida desesperación
Comunicación	gran impotencia	reducida impotencia
Apoyo familiar	pobre y ambivalente	buen apoyo
Estrés ambiental	inconsistente	consistente
	alto	bajo

Una de las premisas que siempre ha de tener en mente quién se encuentre frente a un paciente con ideación suicida o intento suicida, es que el paciente debe de estar hospitalizado hasta que sea evaluado correctamente y el riesgo suicida haya desaparecido. (11)

Otra escala de riesgo suicida, es la desarrollada por W. Poldinger, de la Clínica Psiquiátrica en Bosle Switzerlando; la escala de Poldinger, representa la interdependencia de varios factores (35 de todos ellos), expresados en los puntos 0=no; 1= un poquito y, 2= muy alto. Todos los

números correspondientes en la parte alta de la escala, también son encerrados en un círculo. Todos los números correspondientes en los puntos de la intersección de la columna vertical y los números del renglón horizontal son también encerrados en el círculo. La correlación de los puntos por línea, son sumadas a la derecha de cada línea y los subtotales marcados en la columna derecha. Después los subtotales son sumados para obtener la puntuación total. Este total representa el grado de riesgo suicida. (2)

Los pacientes son categorizados en tres subgrupos, de acuerdo a sus respectivas puntuaciones. De acuerdo a como fueron hechas estas categorías por Poldinger, son:

- 0 a 90 – bajo riesgo suicida.
- 91 a 160 – mediano riesgo suicida
- 160 en adelante – alto riesgo suicida.

En 1983, los Psicoterapeutas: Esperanza Márquez y Raúl Amezcua, del instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia de la Cd. de México, retoman la escala de Boldinger y tras una minuciosa investigación bibliográfica adecúan los factores originales de un total de 35, que eran para adulto y se adecúan a la problemática adolescente, tomando sólo 34 factores a calificar, como se muestra en Cuadro No.2

En los anexos se darán ejemplos de dicha escala de riesgo suicida y su calificación, dadas en un estudio para tesis presentada en la Universidad

Escala de identificación del paciente de alto riesgo suicida

n caso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34			
1 Hombre			1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2			
2 Mujer			0	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2			
3 Primera vertiente(12a 15años)																																					
4 Segunda vertiente (16 a 18 años)						0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2		
5 Tercera vertiente (19 a 24 a)																																					
6 Poca o ninguna religiosidad						1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
7 Desorganización familiar																																					
8 Falta de comunicación con los padres						1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
9 Riñas familiares constantes							1	1	1	1	2	1	2	2	2	0	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	
10 Ausencia de figura parental								1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	
11 familia destruida									2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
12 Sentimientos de rechazo familiar										1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
13 Enfermedad psiquiátrica de la familia																																					
14 Perdida temprana de objeto amoroso (divorcio, muerte, separación)												1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	
15 Perdida reciente de objeto amoroso (evento precipitante)															2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	
16 Dificultades escolares																2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
17 Dificultades financieras																	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
18 Solitario-Abandono																	1	1	1	1	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19 Aislado																																					
20 Intentos anteriores de suicidio																																					
21 Pensamientos-amenazas suicidas																																					
22 Suicidios en la familia o medio ambiente																																					
23 Agresión reprimida -inhibida																																					
24 Alcohólico (ocasional/abuso medio)																																					
25 Abuso de drogas ocasional																																					
26 Depresión																																					
27 Equivalentes depresivas																																					
28 Manifestaciones psicopatas																																					
29 Patrones neurotícos de comportamiento																																					
30 Alcohólico crónico (severo)																																					
31 Toxicomania																																					
32 Enfermedades psiquiátricas graves																																					
33 Impulsividad																																					
34 Tratamientos psiquiátricos anteriores																																					

del Noroeste, que presentó la Lic. en Psicología Martha Elena Blanco el año de 1990. (2)

Tras la adecuación de Márquez, las 35 variables originales se redujeron a 34 y son las siguientes:

Las dos primeras variables de la escala de clasificación suicida, serán en referencia al sexo (masculino: 1; femenino: 2). Se ha encontrado que sin lugar a dudas y a pesar de las diferencias socioculturales estudiadas, el sexo masculino obtiene un más alto porcentaje en cualquiera de las tres vertientes (1ª. de 12 a 15 años; 2ª. de 16 a 18 años y 3ª. de 19 a 24 años)

En cuanto a suicidios completos, los hombres lo logran más, en una proporción que vá del doble al triple que las mujeres.

En cuanto a los intentos, son las mujeres las que intentan un mayor número de veces, lo que ha ido aumentando en la misma proporción que los suicidios en los últimos 25 años.

Punto: 3, 4 y 5 se refieren a la edad de los sujetos, sobre estos hemos averiguado que existe un aumento considerable conforme se avanza en la tercera vertiente adolescente; ya que mientras que en la primera es muy escaso menos de 6 en 100 mil; la diferencia entre la mediana adolescencia y la tardía, es decir entre los grupos de 15 – 24 años, es muy notoria: 4 por 100 mil contra 8.4 en la tardía.

Punto 6.- Religión: se ha encontrado que aquéllos que intentan el suicidio son en general menos religiosos (Dominmo. 1981)

Con lo que respecta al punto 7; familia y sus relaciones con ella, no puede ser reducido solo a dificultades y ha de ser subdividido en varios aspectos que son relevantes.

Punto 7.- Desorganización familiar; en lo que respecta a un consenso de normas, factor detectado como importante y presente en las familias de un alto porcentaje de adolescentes suicidas (Corder. 1974).

Punto 8.- Sentimientos de falta de comunicación con padres; las cuales han sido perturbadas durante la infancia y que se toman mas evidentes en la adolescencia, como severos huecos en la comunicación familiar.

Punto 9.- Riñas familiares constantes; parejas y familias completas en permanente desacuerdo y disputa, en muchas ocasiones con agresiones físicas en los que se vé envuelto el adolescente (Davidson. 1972)

Punto 10.- Ausencia de la figura parental significativa; no necesariamente por carencia real, sino por la imposibilidad para identificarse como un padre cálido y aceptante incondicional (Wenz. 1979)

Punto 11.- Familia destruída; en el que se incluyen los abandonos físicos de alguno o ambos padres, o la colocación del niño en otra familia (tíos, etc.), por la destrucción de la familia original (Schurt. 1964)

Punto 12.- Sentimiento de rechazo familiar; en especial el parental, que finca las bases para resentir posteriores rechazos, los que pueden llevar al suicidio al adolescente. (Litman. 1963).

Punto 13.- Enfermedad psiquiátrica familiar.

Por lo que toca a los siguientes puntos, éstos se encuentran íntimamente relacionados con el abandono real o fantaseado de un objeto amoroso (ya se trate de un padre, familiar, pareja, amigo, etc.) pérdida que casi siempre es reciente y se enlaza con las anteriores y más importantes sufridas durante la infancia temprana (Barter. 1968)

Factor considerado como el evento precipitante de mayor significación en el suicidio de los adolescentes (Rosenkrantz. 1978)

- En esta escala se dividirá en dos variables:

Punto 14.- Las pérdidas de objeto tempranas (pérdida temprana de objeto amoroso, divorcio, muerte, separación, etc.)

Punto 15.- Pérdidas recientes (de objeto amoroso, precipitantes); las cuales se encontraron en un estudio como eventos precipitantes en un 63% de la población estudiada y mencionada también en otros estudios. (Toolan. 1969)

Punto 16.- Dificultades escolares; se ha encontrado que algunos suicidios lo cometieron adolescentes con problemas escolares.

Punto 17.- Dificultades financieras; se encontró que de nueve factores estudiados, el estrés socioeconómico juega un papel importante en la dinámica suicida.

Punto 18.- Solitario. Abandonado; el adolescente se ha encontrado en un alejamiento de la familia, un alejamiento social y un encerrarse en sí

mismo, lo cual lo hace solitario empobreciendo su relación social.
(Davidson. 1972)

Punto 19.- Aislados; se habla de aislamiento, el adolescente suicida, se siente desesperado, apático, inseguro y rechazado, por lo que aísla
(Schurt. 1968)

Punto 20.- Intentos anteriores de suicidio; de la escala, que se refiere a los "intentos anteriores de suicidio", el adolescente suicida hace más intentos que el adulto, dato que se encontró en varios artículos.

Punto 21.- Los pensamientos y amenazas suicidas; son el punto 21 de la escala, algunos autores puntualizan que no existe diferencia significativa entre pensamiento y amenazas suicidas.

Punto 22.- Suicidios en la familia o medio ambiente que rodea al adolescente; se encontró que es frecuente el intento de suicidios en algunos de los padres adolescentes.

El adolescente sufre un impacto importante al suscitarse un suicidio, en su familia o medio ambiente, ya que hay una inadecuada movilidad de sus catexias que lo hacen manejar su hostilidad en forma ambivalente.
(Corder. 1974)

Punto 23.- Agresión reprimida, inhibida; no hay datos que amparen este postulado, pero es digno de tomarse en cuenta, ya que el suicidio en sí es una agresión autoinfligida.

Punto 24.- El alcoholismo (ocasional/abuso medio)

Punto 25.- Abuso de drogas ocasional.

Punto 24 y 25, son mencionados por diferentes Autores que los consideran importantes, esencialmente al correlacionarse por el comportamiento impulsivo, también se menciona al alcoholismo. (Durheim. 1974)

Punto 26.- Depresión; el aspecto depresivo en los adolescentes suicidas es de primordial importancia y es tratado en la mayoría de las publicaciones especializadas.

Cuando el adolescente se siente infeliz y deprimido, sus manifestaciones podrán ser quejas psicósomáticas, comportamiento insolente, actos delictivos y otras agresiones, tratando de ocultar su tristeza y los deseos que siente por herirse a sí mismo.

Punto 27.- Equivalentes depresivas; constituyen de algún modo una defensa ante la depresión y por consiguiente un rasgo suicida menor que debe ser tomado muy en cuenta.

Punto 28.- Manifestaciones psicopáticas; la personalidad psicopática debe de tomarse en cuenta como manifestaciones psicopáticas de reciente aparición, que podrán darnos una evidencia de la gravedad del conflicto que provoca dicha conducta.

Punto 29.- Patrones neuróticos de comportamiento; es indispensable distinguir entre un adolescente patológico y la patología propia del adolescente, ya que los adolescentes presentan patrones que pueden ser considerados como neuróticos y no siempre lo son.

Punto 30.- Alcoholismo crónico y severo

Punto 31.- Toxicomanías; en nuestra revisión hemos encontrado al alcoholismo y al abuso de drogas mencionado como tal y relacionado como ya se explicó en los puntos 25 y 26.

Punto 32.- Enfermedades psiquiátricas graves; es importante, dado que el brote esquizofrénico puede ocurrir durante la adolescencia, es esta una enfermedad a considerar en la psicopatología del adolescente, ya que se ha encontrado frecuentemente precedido al comportamiento suicida. En esta patología pueden existir alucinaciones que inducen al adolescente psicótico a atentar contra su propia vida, y, en períodos lúcido al percatarse de lo grave de su enfermedad.

Punto 33.- Impulsividad; se refiere al adolescente con pobre control de impulsos, puede precipitar un intento suicida fatal, aunque en ocasiones no es su intención lograrlo. Esta actitud impulsiva se presenta como resultado de decepciones, frustraciones y enojo (Lethgeri. 1980)

El adolescente tiene manifestaciones agresivas que no pueden manejar y se convierten en equivalentes depresivas, tales como la propensión a accidentes, el comportamiento antisocial, etc. (Miller. 1975)

Punto 34.- Tratamiento psiquiátrico anteriores; se explicó anteriormente cuando se aclaró la relevancia de la esquizofrenia en el adolescente patológico.

En un estudio realizado en Toronto, a lo largo de siete años, fue significativo el que más de la mitad de los pacientes tenían antecedentes de tratamientos psiquiátricos. (Garfinkel. 1982)

Se ha comprobado que en los intentos de suicidio, existe la presencia de un diagnóstico psiquiátrico, cuando menos en su mayor parte, cuadros depresivos de impulsividad o cuadros mixtos, por lo que la mayoría de los jóvenes con este diagnóstico se le realiza valoración psiquiátrica y se le realiza diagnóstico según los criterios por el manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, denominada DSM IV. Así mismo, se realiza a los progenitores el cuestionario de comportamiento del niño (Child Behavior Checklist), denominada CBCL, que consta de 138 Items o síntomas psicopatológicos. Se consideró que la conducta impulsiva agresiva, forma parte de los siguientes diagnósticos del DSM IV: Trastornos disociales, trastorno en el control de impulsos, trastornos por déficit de atención con impulsividad, reacciones adaptativas con síntomas conductuales y trastorno límite de la personalidad. (12 y 13)

Los síntomas de estas entidades clínicas, están incluidas en lo general dentro del síndrome de externalización de CBCL. La depresión por otra parte, es el síntoma principal de entidades psiquiátricas, como: depresión mayor, trastornos distímicos, trastornos bipolares y depresiones adaptativas incluidas, por lo general en el síndrome de internalización del CBCL. (12)

La ideación suicida, es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno, se asocia con la desesperanza y falta de autoestima, con el intento de suicidio y el abuso de sustancias. En algunos estudios se ha evaluado parte de la versión por medio de cuatro reactivos que forman parte de la cédula de centros de estudios epidemiológicos CESD, en su versión para adolescentes, ya probada en estudiantes mexicanos, con buenos resultados. (3, 14, 15, 16)

Para la valoración de la depresión mayor, además de los estudios ya mencionados se han utilizado escalas como la Hamilton, los Criterios de DSM IV para trastorno depresivo mayor y en un estudio llevado en Buenos Aires, se han tomado criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) 10ma. Edición, para la depresión grave. (1, 12, 13)

En Uruguay, se ha tomado como factor de importancia la desesperanza en la Génesis, no solo de conducta autoagresivas como el suicidio, sino otras conductas alternadas como el alcoholismo y la dependencia a las drogas, por lo que se han tomado políticas de prevención tomando como instrumento la escala de desesperanza de Beck (EDB), la cual se explora a través de 20 Items, si se obtiene un puntaje mayor de 10, se considera de riesgo para conductas autoagresivas. (17)

En estudios recientes se informa de puntajes significativos más altos en la historia de agresión de aquéllos sujetos que han intentado suicidarse. Ambos patrones conductuales se relacionan con la disminución de ácido

5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefaloraquídeo, un indicador de la función serotoninérgica. Los pacientes que han intentado suicidarse por medios más activos y violentos, tienen niveles más bajos de 5-HIAA. Además tienen una rápida habituación en la conductividad de la piel y tienen puntajes más altos de psicotismo y evitación de la monotonía. Estos hallazgos son muy importantes, porque señalan que hay relación desde el punto de vista psicobiológico, entre la depresión, la conducta suicida y la impulsividad, respecto a la serotonina. (18)

La genética ha aportado conocimientos al describir alteraciones en el Cromosoma X II. (1)

Terranova y Saltijeral, intentaron probar la funcionalidad del método (autopsia psicológica), que evaluara los aspectos psicológicos y sociales del suicidio, por medio de una entrevista con algún familiar cercano del occiso. Analizando 10 suicidios cometidos en el área metropolitana del Distrito Federal (cinco hombres y cinco mujeres) de 14 años en adelante. En cada uno de los casos, entrevistaron a dos familiares cercanos. Aplicaron un cuestionario psicosocial y tres escalas más (la escala de evaluación clínica, diseñada por Zung; la escala de suicidio diseñada por Beck, pretendieron si la escala también era confiable para suicidios consumados, y la escala del Instituto Mexicano de Psiquiatría, con el objeto de evaluar el comportamiento del informante durante la entrevista).

Los resultados de confiabilidad que obtuvieron en los diferentes instrumentos utilizados, demostraron que sí es confiable recurrir a terceras personas para obtener información sobre el suicida; aunque también tiene limitaciones, como la distorsión de la información. Para solucionar esto, aplicaron el instrumento de dos personas cercanas al occiso, con lo que el análisis de consistencia-inconsistencia, demostró un índice elevado de congruencia en los datos proporcionados por los dos informantes; con esto, concluyeron que este método es confiable para estudiar al suicidio en forma indirecta. (4)

TRATAMIENTO.- La conducta suicida en México en los niños y adolescentes, es un fenómeno tanto de interés para Pediatras y Médicos de Servicios de Urgencias, como para Clínicos de Salud Mental (Psiquiatría, Psicólogos, Trabajadores Sociales). En el Servicio de Urgencias, además de recibir el tratamiento de las consecuencias del acto autoagresivo, se debe someter a una investigación inicial de sus condiciones psicológicas, recibir apoyo emocional y posteriormente son referidos a la Consulta externa de Psiquiatría. Los pacientes llegan con regularidad al Servicio de Urgencias con diagnóstico de intento de suicidio, una vez resuelta la urgencia médica, surge la interrogante para el Médico de primer contacto ¿qué hacer, lo doy de alta o lo dejo internado unos días más?. En varias ocasiones el personal médico puede manifestar reacciones hostiles hacia el paciente o los padres, muy probablemente este tipo de respuesta

contribuya a perder la objetividad y el juicio clínico, dificultando la toma de decisiones adecuadas. Aún cuando el intento de suicidio no ocasione la muerte, esta conducta se debe de considerar como una urgencia médica psiquiátrica, y como tal se debe de atender. (4, 12)

Se debe de considerar la letalidad del método empleado, lo cual puede ser indicador del deseo o no de morir; aunado a la reacción del paciente una vez que recobra el conocimiento, si es de enojo o malestar por haber sido salvado, se considera que el paciente aún está en el riesgo de volverlo a intentar, si la reacción es de culpa o arrepentimiento y desesperación, es indicador de mejor pronóstico en cuanto a la conducta suicida. (4)

En la sala de Urgencias, mientras sea valorado por el servicio de Psiquiatría, se darán indicaciones para el cuidado y protección del paciente, se mantendrá alejado de materiales peligrosos y se evitará dejar solo al paciente, y a la brevedad posible se deberá valorar por el servicio de psiquiatría. (4)

Se recomienda la utilización de psicofármacos, como los antidepresivos tricíclicos (ADT), si es que la causa del intento es una depresión mayor bien identificada; de estos fármacos se recomienda la Amitriptilina, a pesar de sus efectos anticolinérgicos; la Imipramina no es recomendable, ya que algunos autores han informado que aumenta el impulso vital y esto podría llevar en forma inmediata otro intento suicida; además de que los efectos sedantes de la Amitriptilina son útiles en una primera instancia; para los

adolescentes se ha sugerido la Fluoxentina y el Aprazolam, con buenos resultados. Es también aconsejable proporcionar psicoestimulantes como el Metilfenidato, cuando existen contraindicaciones de los ADT, si la causa primaria corresponden a síntomas psicóticos, que han llevado al intento de suicidio es recomendable la utilización de neurolépticos. Aunado a este apoyo, es necesario recordar que la psicoterapia es un elemento indispensable y de una utilidad importante en el pronóstico del sujeto, no importa que tipo sea o que su trato teórico la fundamente, ya que hay una gran variedad. (11)

PRONOSTICO.- Considerando que estos pacientes en la mayoría de los casos acude a una clínica de primer nivel poco antes del intento, el Médico deberá de desarrollar la capacidad de detección de estos pacientes y el envío a un Psiquiatra, está indicado cuando se considere que un paciente corre el riesgo de caer en este problema. (8)

En caso de hospitalización, es importante considerar el hecho que durante el primer año de egresado, aproximadamente el 50% lo volverán a intentar y de éstos, entre el 1 y 2% lograrán su propósito de suicidio consumado, y entre el 18 al 25% lo intentarán nuevamente antes de que pasen dos años de haberlo intentado por primera vez. (4)

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Conocer las características de intento de suicidio en los adolescentes que acuden al Hospital Infantil del Estado de Sonora.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo de los adolescentes que acudieron para su atención al Hospital Infantil del Estado de Sonora, por presentar intento de suicidio.

Para la realización del estudio se solicitará una lista al archivo clínico de los pacientes que egresaron con diagnóstico de intento de suicidio en los diferentes servicios, de ambos sexos y en edades comprendidas de 10 a 19 años y en el período comprendido de enero de 1993 a diciembre de 1997.

Analizando las diferentes variables especificadas e incluyendo una escala para "Identificación del paciente del alto riesgo suicida", originalmente para adultos por el Dr. Poldinger, adecuada por los Psicoterapeutas Esperanza Márquez y Raúl Amezcua, para su uso en adolescentes.

Los parámetros a analizar, fueron:

- Casos anuales
- Edad y sexo
- Actividades: escolaridad (relaciones escolares y aprovechamiento), estado civil, trabajo, religión, uso de alcohol y drogas, presencia de padecimiento crónico, tratamiento actual.
- Nivel socioeconómico y procedencia
- Características familiares (estructura, tipo, funcionalidad)
- Antecedentes de los padres: edad, escolaridad, tipo de trabajo.

- Apoyo , comunicación y relaciones de afecto y control familiar.
- Antecedente familiar de intento de suicidio, alcoholismo, problemas psiquiátricos.
- Características del intento: intento de suicidio previo, pensamiento suicida, disponibilidad de arma, uso de alcohol y drogas al momento del intento, factores desencadenantes, nota suicida.
- Lugar, hora, día, estación del año y mes en que se realizó el acto.
- Método empleado en el intento de suicidio.
- Factores de riesgo (escala para la identificación del paciente con alto riesgo suicida)
- Clasificación de riesgo suicida.
- Conducta de riesgo
- Evaluación clínica y psiquiátrica
- Perfil psiquiátrico
- Diagnóstico psiquiátrico
- Exámenes de laboratorio
- Tratamiento
- Estancia hospitalaria
- Condiciones de egreso
- Pronóstico
- Conducta adoptada después del intento.
- Seguimiento

- Escala para la identificación del paciente con alto riesgo suicida.

RESULTADOS

El número de casos con intento de suicidio presentados en los cinco años de estudio, fue de 30 casos; en 1993 se presentaron tres casos (0.4%); en 1994, seis casos (0.7%); en 1995, seis casos (0.7%); en 1996, siete casos (0.6%); y, en 1997, ocho casos (0.8%), con una tasa total de 0.7%. (Cuadro No.1)

Encontramos que el intento de suicidio se presentó en 22 mujeres y ocho hombres, con una relación femenino-masculino de 3.3 a 1. (Cuadro No.2)

La distribución por grupos de edad de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, muestra que el grupo más afectado es el de 15 a 19 años de edad en ambos sexos, con una media de 15.2 años; una moda de 16 años como se muestra en el Cuadro No. 3

Las características sociodemográficas de los pacientes estudiados muestran que tenían Primaria completa dos casos (6.6%); Primaria incompleta nueve casos (30%); Secundaria incompleta 11 casos (36%); Preparatoria incompleta cuatro casos (13.3%); se ignoraba en cuatro casos (13.3%). Referían tener malas relaciones escolares con compañeros y maestros en dos casos; el aprovechamiento escolar se refería bueno en seis casos; regular en tres casos; malo en cinco casos y se desconocía en 16 casos.

El estado civil de los pacientes fue: soltero en 26 casos; divorciado en un caso y se desconocía en tres casos.

Tres adolescentes trabajaban y recibían sueldo y participaban en la manutención familiar; 22 de los casos pertenecían a la religión católica (73%) y, en ocho casos se ignoraba (27%).

Tenían antecedente de alcoholismo en seis casos (20%), y uso de drogas en 11 casos (36%). Presentaban patología crónica en dos casos (6.6%), no mencionándose, tratamiento actual.

El medio socioeconómico era bajo en 29 casos (96.6%); medio en un caso (3.4%); provenían de medio urbano 29 casos (96.6%); rural un caso (3.4%).

(Cuadro No.4)

La clasificación de la familia en estructura fue nuclear en 21 casos (70%); uniparental, seis casos (20%); extensa modificada en dos casos (6.6%) y extensa en un caso (3.3%).

El tipo de familia era rígida en nueve casos (30%); permisiva en ocho casos (26.6%), y se ignoraba en 13 casos (43.4%).

La familia fue disfuncional en 21 casos (70%); funcional en cuatro casos (13.3%), como se muestra en el Cuadro No. 5

De los antecedentes escolares; en el padre era analfabeta en un caso, primaria completa en un caso, secundaria completa: un caso y estudios profesionales: un caso. Se desconocía escolaridad en 26 casos (86.6%); la

madre era analfabeta en un caso; primaria incompleta en un caso; secundaria completa en cuatro casos y, se desconocía en 24 casos.

El trabajo al que se dedicaba el padre: era empleado en 18 casos; jornalero: dos casos; profesionista: un caso y, se desconocía en nueve casos. La madre se dedicaba al hogar en 19 casos; era empleada en cinco casos, y se desconocía en seis casos.

Se referían pobres relaciones familiares en 25 casos y falta de hermanos y parientes en siete casos. La frecuencia de lazos enriquecedores estuvo presente en tres casos; ausente en dos casos; aislada en 17 casos. Se desconoce en ocho casos.

La relación de afecto, fue por la madre en nueve casos; por el padre en un caso y se ignoraba en 20 casos. La disciplina se ejercía por la madre en 11 casos; por el padre en un caso y por otros familiares en dos casos. Se ignoraba en 16 casos. Cuadro No. 6

Como antecedente familiar importante, existía antecedente de suicidio en dos padres por ahorcamiento, no se presentó antecedente de intento de suicidio. Existía antecedente de alcoholismo en 10 padres y una madre; sólo se mencionó problemas psiquiátricos en un caso.

Las características que presentaron los pacientes fueron las siguientes: Intento de suicidio, previo en siete casos (23.3%), pensamiento suicida: 13 casos (43.3%), uso de alcohol y drogas al momento del suicidio en 20 casos (66.6%)

El factor desencadenante fue por motivo familiar en 15 casos (50%), familiar y escolar en dos casos (6.6%), amoroso: un caso (3.3%). Se desconoce en 10 casos (33.3%). No se dejó nota suicida en ningún caso.

Cuadro No. 7

Se presentó ideación suicida en 13 pacientes, refiriéndose tiempo de evolución de horas en dos casos, meses en dos casos, años en dos casos. Se ignoraba en siete casos.

El lugar dónde se realizó el acto, fue : recámara 11 casos (36.6%); el baño: cuatro casos (13.3%). Se desconoce en 15 casos (50%).

La hora en que se realizó el acto fue: de 6:00 a 12:00 en un caso (3.3%); 12 a 18.00 en 11 casos (36.6%); 18 a 24:00 en 10 casos (35.3%); 24 a 06:00 en siete casos (23.5%). Se desconoce en un caso (3.3%).

El día de la semana en que se realizó el acto, fue: lunes, un caso (3.3%); martes, cuatro casos (13.3%), miércoles, cuatro casos (13.3%); jueves, nueve casos (30%); viernes, seis casos (20%); sábado, cuatro casos (13.3%); domingo, dos casos (6.6%).

La estación del año fue: primavera, en siete casos (23.3%), verano: 11 casos (36.6%); otoño: cinco casos (16.6%); invierno: siete casos (23.3%), como se muestra en el Cuadro No. 8

El mes del año en que se realizó el intento de suicidio fue: enero, tres casos; febrero, abril y mayo: dos casos cada uno; junio y julio: cuatro casos cada uno; agosto, cinco casos; septiembre, tres casos; octubre, cuatro casos;

noviembre y diciembre, un caso cada uno. No se presentó ningún caso en el mes de marzo, como se muestra en el Cuadro No. 9

El método utilizado para el intento de suicidio fue: por intoxicación en 23 casos (76.7%), inhalación en dos casos (6.6%), ingesta de órganos fosforados, dos casos (6.6%), ingesta de vidrio un caso (3.3%), ahorcamiento, un caso (3.3%) y, cortarse las venas, un caso (3.3%).

De los medicamentos utilizados en la intoxicación, los utilizados por orden de frecuencia fueron: benzodiazepinas: nueve casos; benzodiazepina combinada: cuatro casos; acetaminofén combinado: dos casos, y acetilsalicílico, antihistamínico, pentoxifilina, metoprolol, norfenefrina y perfenazina, en un caso cada uno, y, combinados en dos casos.

El método por inhalación se utilizó thinner en un caso, y ácido muriático en un caso, como se muestra el Cuadro No. 10 .

Se muestran los factores de riesgo de acuerdo a la escala de identificación del paciente de alto riesgo suicida, se especifica en los Items presentes en cada caso y el número de pacientes que presentó el mismo factor de riesgo.

No se presentó en ningún caso antecedente de familia destruída (Items 11), agresión reprimida-inhibida (Item 23), manifestaciones psicópatas (Item 28), patrones neuróticos de comportamiento (Item 29). (Cuadro No. 11)

Los principales factores de riesgo encontrados de acuerdo a la escala de identificación del paciente de alto riesgo suicida, fueron: desorganización

familiar en 23 casos (77%); falta de comunicación con los padres en 20 casos (67%); riñas familiares constantes en 18 casos (60%); solitario-abandonado en 16 casos (53%); aislado en 15 casos (50%); sentimientos de rechazo familiar en 14 casos (47%); ausencia de figura parental en 13 casos (43%); pensamientos, amenazas suicidas en 13 casos (43%); pérdida temprana de objeto amoroso en 11 casos (37%); impulsividad en ocho casos (27%) y otros. (Cuadro No. 12)

La calificación encontrada de acuerdo a la escala de medición del paciente con riesgo suicida, fue de bajo riesgo (0-90) en 10 casos (33.3%); mediano riesgo (90-160) en siete casos (23.3%); alto riesgo (160 ó más) en 13 casos (44.3%). Mostrando la calificación por caso en Cuadro No.13

Otras conductas de riesgo observadas fueron: conducta antisocial, seis casos; alcoholismo: seis casos, presencia de patología crónica: dos casos. De los seis casos de alcoholismo, tres casos eran alcoholismo crónico, la frecuencia de alcohol fue de 15 días en dos casos y diariamente en un caso. La edad de inicio del mismo fue de 15 años en dos casos. Se ignoraba en cuatro casos.

Existía antecedente de alcoholismo en 12 casos: 10 padres y una madre. De los 11 adolescentes que referían uso de droga se desconocía la edad de inicio y la frecuencia de uso fué diario en cinco casos; semanalmente tres casos; esporádicamente un caso y se ignoraba en dos casos.

La evaluación clínica y psiquiátrica se muestran en el Cuadro 14 y 15.

Al realizar la evaluación inicial se encontró que el perfil psiquiátrico en los adolescentes se manifestaba por la presencia de depresión en 16 casos, impulsividad: 10 casos, estado predominantemente triste: nueve casos, comportamiento autoagresivo: nueve casos, sentía que no podía quitarse la tristeza: nueve casos, tendencia a la alineación y aislamiento; siete casos, estrés psicosocial: seis casos, pensó que su vida era un fracaso: tres casos, ansiedad intensa: tres casos.

Al realizar la valoración por psiquiatría, el diagnóstico psiquiátrico fue: depresión en siete casos (23.3%); depresión e impulsividad en tres casos (10%); depresión mayor en tres casos (10%); impulsividad en un caso (3.3%); crisis del adolescente un caso (3.3%). No se especificó en 14 casos, como se muestra en el Cuadro No. 16.

Dentro de los exámenes de laboratorio realizados, tenemos que en 25 casos se realizó biometría hemática (83.3%), en tres casos electrolitos séricos (10%), pruebas de funcionamiento hepático en dos casos (6.6%), TP y TPT en un caso (3.3%). De éstos, presentaron alteraciones el caso No.5 con leucocitosis de 19,000, y un caso (No.26), con presencia de hiponatremia de 129. (Cuadro No. 17)

El tratamiento médico en los pacientes fue el siguiente: iniciaron alimentación a su ingreso cinco adolescentes, de los cuales solo lo hicieron después de lavado gástrico dos pacientes.

Permanecieron en ayuno 25 pacientes, con administración de soluciones parenterales en 27 pacientes, el lavado gástrico se realizó en 19 casos y se aplicó carbón activado en un caso, ranitidina en cuatro casos y diferentes medicamentos en 14 casos.

Se indicó psicoterapia individual y/o familiar en 12 pacientes, fue necesaria la aplicación de medicamentos psicotrópicos en tres pacientes, de los que se indicaron fluvoxamina y venlafaxina en un caso, imipramina en un caso y lorazepam en un caso. Cuadro No 18.

De los pacientes valorados por el Servicio de Higiene mental, fueron evaluados por psiquiatría 12 casos y por psicología ocho casos; 10 casos no fueron evaluados por ninguna de las dos áreas.

La estancia hospitalaria en los adolescentes fue en un día en 16 casos; dos días en cuatro casos; cuatro, cinco, seis, siete, 11 y 18 días en un caso. Cuadro No. 19

Las condiciones de egreso fué por mejoría en 25 de los pacientes (83.3%); fueron cinco casos los que continuaron su manejo en otra Institución: dos casos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, un caso en el Hospital "Carlos Nava", un caso en la Unidad de Terapia Infantil, y, un caso en Amewy. Cuadro No. 20

En cuanto al pronóstico, 17 de los casos fueron catalogados bueno para la vida y la función (56.6%), y en cuatro casos se mencionó bueno para la vida y reservado para la función (13.3%); en nueve casos se omitió. La

conducta que adoptaron los pacientes después del intento, fue culpabilidad en 19 casos (63.3%) y de enojo en un solo caso. En 10 casos se desconocía.

Los pacientes al ser egresados, recibieron indicación de acudir a Consulta externa en 20 casos; al Servicio de Higiene mental en 23 casos, 14 casos a Psiquiatría y nueve a Psicología. Ninguno de los pacientes acudió a valoración posterior a ningún servicio.

Cuadro No. 1

INCIDENCIA INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES EN EL HIES.

Enero 1993 a Octubre 1997

AÑO	No.	INGRESOS	Tasa
1993	3	820	0.4
1994	6	865	0.7
1995	6	858	0.7
1996	7	1110	0.6
1997	8	947*	0.8
TOTAL	30	4600	0.7

* En 1997, se registraron hasta el mes de octubre.

Cuadro No. 2

EDAD Y SEXO EN 30 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

E D A D	<u>Sexo</u>		TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
12		1	1	3.4
13		1	1	3.4
14	3	3	6	20
15	1	7	8	26.6
16	4	5	5	16.6
17		5	5	16.6
TOTAL	8	22	30	100.

Cuadro No. 3

GRUPO DE EDAD Y SEXO EN 30 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

S E X O					
Grupo de edad	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL
10 – 14	3	10	6	20	9
15 – 19	5	16.6	16	53.4	21
Total	8	27	22	73.3	30

Moda 16 años Media 15.2 años

Relación femenino-masculino: 3.3-1

Cuadro No. 4

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS EN 30 ADOLESCENTES CON
INTENTO DE SUICIDIO

CARACTERISTICA	No.	%
ESCOLARIDAD		
• Primaria completa	2	6.6
• Primaria incompleta	9	30
• Secundaria incompleta	11	36
• Preparatoria incompleta	4	13.3
• Se ignora	4	13.3
NIVEL SOCIOECONOMICO		
• Bajo	29	96.6
• Medio	1	3.4
PROCEDENCIA		
• Urbano	29	96.6
• Rural	1	3.4

Aprovechamiento escolar. **Bueno: 6 casos; regular. 3 casos; bajo: 5 casos.**

Cuadro No. 5

CLASIFICACION DE LA FAMILIA EN 30 ADOLESCENTES CON INTENTO DE
SUICIDIO

CLASIFICACION	No.	%
ESTRUCTURA:		
• Nuclear	21	70
• Uniparental	6	20
• Extensa modificada	2	6.6
• Extensa	1	3.3
TIPO		
• Rígida	9	30
• Permisiva	8	26.6
• Se ignora	13	43.4
FUNCIONALIDAD		
• Disfuncional	21	70
• Funcional	4	13.3
• Ignora	5	16.7

Cuadro No. 6

RELACIONES DE AFECTO Y CONTROL EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE
SUICIDIO

	<u>No.</u>	<u>%</u>
AFECTO		
• Madre	9	30
• Padre	1	3.3
• Ignora	20	67
CONTROL		
• Madre	11	36.6
• Otros *	2	6.6
• Padre	1	3.3
• Ignora	16	53.5

* tíos y abuelos

Cuadro No. 7

CARACTERISTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO EN 30 ADOLESCENTES

CARACTERISTICA	No.	%
Intento de suicidio previo	7	23.3
Pensamiento suicida	13	43.3
Uso de alcohol y drogas *	20	66.6

FACTORES DESECADENANTES

Familiar	15	50
Familiar/escolar	2	6.6
Impulsividad	2	6.6
Amoroso	1	3.3
Se desconoce	10	33.3

* alcohol 4 casos; drogas 16 casos

Cuadro No. 8

CARACTERISTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO EN 30 ADOLESCENTES

CARACTERISTICA	No.	%
LUGAR DONDE SE REALIZO ACTO:		
• Recámara	11	36.6
• Baño	4	13.3
• Se desconoce	15	50.3
HORA EN QUE REALIZO ACTO:		
• 6:00 a 12:00	1	3.3
• 12:00 a 18:00	11	36.6
• 18:00 a 24:00	10	35.3
• 24:00 a 6:00	7	23.5
• Desconocido	1	3.3
DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIO EL ACTO:		
• Lunes	1	3.3
• Martes	4	13.3
• Miércoles	4	13.3
• Jueves	9	30.0
• Viernes	6	20.0
• Sábado	4	13.3
• Domingo	2	6.6
ESTACION DEL AÑO:		
• Primavera	7	23.3
• Verano	11	36.6
• Otoño	5	16.6
• Invierno	7	23.3

Cuadro No. 9

MES DEL AÑO EN EL CUAL SE REALIZO EL INTENTO DE SUICIDIO EN 30 ADOLESCENTES

M E S	No.	%
Enero	3	10
Febrero	2	6.6
Marzo		
Abril	2	6.6
Mayo	2	6.6
Junio	4	13.3
Julio	4	13.3
Agosto	5	16.6
Septiembre	3	10
Octubre	4	13.3
Noviembre	1	3.3
Diciembre	1	3.3
Total	30	100.0

Cuadro No. 10

METODO UTILIZADO EN EL INTENTO DE SUICIDIO EN 30 ADOLESCENTES

METODO	No.	%
INTOXICACION:	23	76.7
Benzodiazepinas	9	
Benzodiazepinas/combinado	4	
Acetaminofen/combinado	2	
Ac. Acetilsalicílico	1	
Antihistamínico	1	
Pentoxifilina	1	
Metoprolol	1	
Norfefrina	1	
Perfenazina	1	
Combinados	2	
INHALACION:	2	6.6
Thiner	1	
Ac. Muriático	1	
INGESTA ORGANOS FOSFORADOS	2	6.6
INGESTA VIDRIO	1	3.3
AHORCAMIENTO	1	3.3
CORTARSE VENAS	1	3.3
TOTAL	30	100.

Cuadro No. 12

FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN 30 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

FACTOR DE RIESGO	No.	%
Hombre	8	26.6
Mujer	22	73.3
• Primera vertiente (12 a 15 años)	16	53
• Segunda vertiente (16 a 18 años)	13	43
• Tercera vertiente (19 a 24 años)	1	3.3
Desorganización familiar	23	77
Falta de comunicación con los padres	20	67
Riñas familiares constantes	18	60
Solitario-abandono	16	53
Depresión	16	53
Aislado	15	50
Sentimientos de rechazo familiar	14	47
Ausencia de figura parental	13	43
Pensamientos-amenazas suicidas	13	43
Pérdida temprana de objeto amoroso (divorcio, muerte, separación)	11	37
Abuso de drogas ocasional	11	37
Toxicomanía	10	33
Impulsividad	8	27
Dificultades escolares	7	23
Intentos anteriores de suicidio	7	23
Dificultades financieras	6	20
Alcoholismo (ocasional/abuso medio)	6	20
Enfermedades psiquiátricas graves	5	17
Pérdida reciente de objeto amoroso (evento precipitante)	4	13
Poca o ninguna religiosidad	3	10
Suicidios en la familia o medio ambiente	3	10
Alcoholismo crónico (severo)	3	10
Tratamientos psiquiátricos anteriores	3	10
Enfermedad psiquiátrica de la familia	2	6.6
Equivalentes depresivas	1	3.3

Cuadro No. 13

ESCALA DE CLASIFICACION DE RIESGO SUICIDA EN 30 ADOLESCENTES CON
INTENTO DE SUICIDIO

CASO	BAJO (0-90)	MEDIANO (90-160)	ALTO (160 ó más)	CALIFICACION
1			1	252
2		1		146
3	1			17
4	1			84
5	1			44
6		1		106
7	1			0
8	1			62
9	1			1
10		1		160
11			1	226
12		1		105
13			1	222
14	1			1
15		1		152
16	1			19
17			1	210
18			1	230
19		1		130
20			1	217
21			1	358
22			1	424
23	1			3
24			1	380
25			1	275
26			1	440
27		1		152
28			1	198
29	1			59
30			1	202
TOTAL	10 (33.3%)	7 (23.3%)	13 (44.3%)	

Cuadro No. 14

CUADRO CLINICO EN 30 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

No. caso	DATOS	CLINICOS
1 Trimer	Hipertermia y faringe hiperémica	
2 Intoxicación	Vómito, cefalea, dolor abdominal	
3 Intoxicación	Somnolencia, vómito, pérdida, estado de conciencia y sialorrea	
4 Intoxicación	Incoordinación en los movimientos, marcha atáxica, dislalia, pupilas midriáticas, hiporefléxicas y somnolencia	
5 Intoxicación	Cefalea, dolor abdominal	
6 Intoxicación	Hiporeactiva, somnolente, faringe hiperémica	
7 Acido muriático	Disfagia, vómito y náuseas	
8 Intoxicación	Cefalea, alteración en el comportamiento y desorientada	
9 Organofosforado	Hipodinamia, hiporexia, pálida, tos.	
10 Intoxicación	Somnolencia y falta de respuesta a estímulos dolorosos.	
11 Intoxicación	Somnolencia, sialorrea, vómito, trismus.	
12 Intoxicación	Somnolencia, mala respuesta a estímulos dolorosos, pupilas midriáticas e hiporefléxicas, reflejos teotendinosos disminuidos	
13 Intoxicación	Tinnitus, dolor en epigastrio, náuseas	
14.- Intoxicación	Somnolencia, pérdida de conocimiento previo a ingreso	
15.- Intoxicación	Sin alteraciones	
16.- Intoxicación	Temblores generalizados, falta de sensibilidad en lengua, sialorrea, hiporeactiva, cefalea, incoherente, inquieta, agresiva.	
17.- Intoxicación	Deprimido, llanto fácil, ansiedad, somnoliento, hiporeactivo, pupilas mióticas.	
18.- Organofosforado	Vómito, irritabilidad, diarrea, dolor abdominal, convulsiones	
19.- Ingesta Vidrio	Dolor abdominal y mareo	
20.- Intoxicación	Cefalea, náuseas, dolor abdominal	

21.- Corte de venas

Somnolienta, pupilas midriáticas, heridas en ambas muñecas de aproximadamente 3 a 4 cms., interesando tejido celular subcutáneo y piel.

22.- Intoxicación

Rash cutáneo y áreas de alopecia.

23.- Intoxicación

Vértigo, somnolencia, hiporeactiva

24.- Intoxicación

Depresión respiratoria, glasgow de 4, pupilas midriáticas, hiporeactivas, reflejos osteotendinosos ausentes (traslado de Tucson)

25.- Intoxicación

Irritabilidad, nerviosismo

26.- Arma blanca

Síncope, alteraciones de la conciencia, letárgico, desorientado

en las tres esferas, palidez de tegumentos, pupilas hiporefléxicas, aliento alcohólico, herida en abdómen a nivel de hipocóndrio de lado derecho con salida de epíplon.

27.- Intoxicación

Vómito, somnolencia

28.- Ahorcamiento

Cianosis generalizada, pérdida de conciencia previa, protrusión

de lengua, somnoliento, con marcas de soga en cuello, con presencia de dolor y limitación de movimientos.

29.- Intoxicación

Somnoliento, atribulado, pupilas midriáticas.

30.- Intoxicación

Desorientación, discapacidad motriz, desviación de la mirada, contractura de los músculos del cuello, alteraciones en la marcha, palidez de tegumentos, laterización de los movimientos de la cabeza (giratorio)

Cuadro 15

Evaluación mental en 22/30 adolescentes con intento de suicidio

n caso	evaluación
1.- M 14 a	Intoxicación Bien orientado temporoespacialmente, y en persona. pensamiento y lenguaje de curso, y contenido normales. contesta solo a lo que se le cuestiona., no hay lateralizaciones senso-perceptuales, conserva sus memorias, estado es depresivo.
2.- F 14 a	Inhalación thinner- dinámica familiar con disfunción severa, desorganizada. padre alcoholico. con trastornos de la conducta. agresión física hacia su familia hace 3 meses inicia con sentimientos de soledad, desesperanza, llanto frecuente. ideas rumiantes de muerte
3.- F 16 a	Intoxicación-buen estado general, disposición al interrogatorio, se muestra ansiosa por irse por responsabilidad de exámenes finales. sin problemas familiares. manifestos. solo ocasionalmente rebelde, pero en general conducta buena.
4.- F 17 a	Intoxicación -no valorado
5.- F 17 a	Intoxicación-buen estado genral y animico, manifiesta temor.
6.- F 15 a	Intoxicación- no se encuentran alteraciones a nivel de la dinámica familiar. pero si intento de origen manipulatorio en base a síndrome de contagio de 2 o 3 amigas, 1 con suicidio(1993) y dos con intento de suicidio, además con poca tolerancia a la frustración y baja capacidad de la demora.
7.- F 12 a	Acido muriatico- no valorado
8.- F 16 a	Intoxicación - se minimizan problemas familiares. ,pero se advierte gran tensión familiar por conducta neurotica del padre. cosecuente al alcoholismo cronico.(tiene 4 años que no toma) ,problema de aprendizaje, y disartria lo cual trae a ella problemas de personalidad. probablemente situaciones caoticas que alteran a toda la familia, ya que existen otros miembros con alteraciones de la conducta.
9.- M 15 a	Organo fosforado- no valorado, traslado IMSS
10.- F 17 a	Intoxicación-buenas condiciones generales. con conflictos familiares. se el imp'ide salir con sus amistades. ella no ovedece hace lo que quiere. ignora por que se tomo las pastillas.
11.- M 16 a	Intoxicación- no valorado
12.- F 15 a	Intoxicación- caracter depresivo. reactiva y cooperadora a la entrevista. con lenguaje de buen curso y contenido. memoria global bien establecida así como su juicio. bajo estado de animo tendiendo a la tristeza y llanto.acoso y abuso sexual por parte del padrastro. lo que la lleva a la ingesta de benzodiazepinas .impulsivamente
13.- F 15 a	Intoxicación- refiere haber tomado pastillas por haber visto al novio con otra muchacha. caracter deprimido.presencia de nauseas mareo. problemas en el dinamica familiar, no hay buena comunicacion, vive con su padrastro. alcoholico. abandono los estudios en 6to año de primaria.
14.- F 17 a	Intoxicación- no valorado
15.- F 14 a	Intoxicación- paciente adolescente con personalidad inmadura. con poca tolerancia a la frustración. y poca capacidad de demora. impulsiva en una estructura familiar disfuncional. por loque ella ante una situación de estres. desarrolla intento de suicida impulsiva. como una forma de llamar la atencion al padre poca o nula funcionalidad de la figura paterna. presencia de datos de depresión.
16.- F 16 a	Intoxicación - tomo el medicamento por equivocación. se refiere tensión la cual fue secundaria al divorcio de sus padres.
17.- M 16 a	Intoxicación- no valorado
18.- F 15 a	Orgasmo fosforado-con conflictos con la madre y sus familiares. Bajo rendimiento escolar. se queja de desatención de lospadres. de mal trato físico y mental. tendencia a la autoagresión física. comunicación inadecuada entre madre e hija. no existe estabilidad en el ambiente. inestabilidad de la paciente pues los intentos de suicidio previo han sido por impulsividad. problemas sentimentales y pleitos familiares por haber reprobado materias
19.- M 14 a	Ingesta de vidrio-con actitud impulsiva. con problemas para la estructura de la personalidad. , inmaduro. alteraciones en la dinámica familiar. con probable patron por aumento de consumo de alcohol por parte de la madre.función neurológica sana.
20.- F 15 a	Intoxicación- ingesta de pastillas posterior a discusión con la madre. funciones mentales integras. area afectiva labil con humor depresivo.manifestando por deseo de muerte. Es una adolescente con problemas en la estructura de la personalidad pobre control de impulsos y baja capacidad de demora

21.- F 14 a Corte de venas- separada de su marido desde los 14 años. escolaridad hasta 5to año. familia disfuncional. rendimiento escolar pobre. es adicta a mariguana, inhalantes, benzodiazepinas., a tenido problemas con la autoridad, y antecedentes de 2 intentos de suicidio., presenta personalidad distimica. y conducta antisocial. se observa atenta y cooperadora. mu labil llora fácilmente

22.- F 15 a Intoxicacion-cooperador. conflictos frecuentes con el padre. . desea separacion de la madre de el. especialmente cuando usa alcohol. tiene am. stacos que usan drogas, es rebelde y grosera con todos en su casa. la madre refiere preocupacion por malas compañías. se quita el cabello y se lo come. Presenta conducta antisocial y deficiencia mental, con CI del 64%,altos niveles de ansiedad, ideación suicida.refiere que si ella muere su padre escarmentara y abandonara su casa.

23.- F 15 a Intoxicacion -no valoracion directa, la madre ignora el motivo de intento de suicidio, pero la describe como rebelde y conflictiva

24.- F 16 a Intoxicacion-paciente con segundo intento de suicidio. con consumo de drogas, marihuana, cocaína, alcohol. tener problemas de celos con la madre. va que piensa que sostiene relaciones amorosas con el padrastro. Tiene ideas recurrentes de muerte. tiene heridas en ambos antebrazos. tendencia a la desesperanza. visio n en tunel, siente que la muerte es la unica salida a su sufrimiento. no hay disfunción neurologica, referencia Hospital Nava por alto riesgo suicida.para mejorar su estado afectivo y desintoxicación.

25.- F 17 a Intoxicacion-familia disfuncional inicialmente por separación de los padres y posteriormente suicidio del padre hace 3 años. vive con su abuela. ya que la madre la abandono, intento de suicidio con pentoxifilina, personalidad inmadura, con poca tolerancia a la frustración, y baja capacidad de demora. en el area afectiva ansiedad moderada, humor depresivo.

26.- M 16 a Arma blanca- cuenta con antecedente de intento de suicidio anterior (intento cortarse las venas) hace un año aproximadamente. posterior a ruña familiar y bajo efecto de alcohol y cannabis, hay muchas posibilidades de pobre control de impulsos. cuenta con predisposición genetica. el padre se suicido hace 10 años con metodo ahorcamiento. con antecedente de alcoholismo y abandono familiar. Su madre fallecio hace 5 años. refiere dos hermanos con trastornos depresivos. ambos iniciaron posterior a la muerte de sus padres. Uso de alcohol, cannabis, inhalación de thiner, benzodiazepinas. Examen mental con actitud cooperadora.orientado parcialmente en tiempo lugar y espacio, lenguaje congruente coherente tono bajo. su afecto es deprimido, juicio pobre aún con parcial conciencia de la enfermedad

27 - F 13 a Intoxicacion -el motivo del intento fue que recibio llamada de atención lo cual la adolescente considero injustificado y falso por lo cual toma medicamento diferentes areas de su esfera mental conservadas. aun sin embargo es el area afectiva. talento bajo. humor depresivo. pobre control de impulsos. baja capacidad de demora, y poca tolerancia a la frustración.

28 M 14 a Intoxicacion- presencia de multiples factores de riesgo, ausencia de figura paterna.medio ambiente desfavorable. inasistencia escolar. familia disfuncional. pobre tolerancia a la frustración, drogadicción (restol, marihuana, Thiner), poco cooperador. ansioso. bien orientado en las 3 esferas mentales. estado depresivo. valoración por AMEWI ,se recomienda no dejarlo solo.

29 F 16 a Intoxicacion.no valorado

30 M 16 a Intoxicacion. no valorado

8 adolescentes no fueron valorados por Higiene mental.

Cuadro No. 16

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO EN 16/30 CASOS DE ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO	No.	%
Depresión *	7	23.3
Depresión/impulsividad	4	13.3
Depresión mayor **	3	10
Impulsividad	1	3.3
Crisis del adolescente	1	3.3
No especificado	14	46.6
TOTAL	30	100.0

* Un caso acompañado de impulsividad, déficit mental, conducta antisocial

** Un caso acompañado de impulsividad.

Cuadro No. 17

EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADOS EN 30 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

EXAMEN	No. casos	%
Biometría hemática *	25	83.3
Electrolitos **	3	10
Pruebas de función hepática	2	6.6
Pruebas de función renal	2	6.6
TP y TPT	1	3.3

* caso 5: leucocitosis de 19,000

** caso 26: hiponatremia 129.

TRATAMIENTO RECIBIDO EN 30 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

N CASO	DIETA*	AYUNO	SOLUCIONES	LABADO GASTRICO	CARBON ACTIVADO	RANITIDINA	MEDICAMENTOS**	PSICOFARMACOS***	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	PSICOTERAPIA FAMILIAR
1		*	*	*			*		*	
2	*		*	*			*			
3		*	*	*			*			
4		*	*	*			*			
5		*	*	*			*		*	
6		*	*	*			*			
7		*	*	*			*			*
8		*	*	*			*			*
9		*	*	*			*			
10		*	*	*			*			
11		*	*	*			*			
12		*	*	*			*			
13	*		*	*			*			
14		*	*	*			*			
15		*	*	*			*		*	
16		*	*	*			*			*
17		*	*	*			*			
18		*	*	*		*	*		*	
19	*		*	*		*	*		*	
20	*	*	*	*		*	*		*	*
21		*	*	*		*	*		*	*
22	*		*	*		*	*		*	*
23		*	*	*		*	*		*	
24		*	*	*		*	*	*	*	*
25		*	*	*		*	*	*	*	*
26		*	*	*		*	*	*	*	*
27		*	*	*		*	*	*	*	*
28		*	*	*		*	*	*	*	*
29		*	*	*		*	*	*	*	*
30		*	*	*		*	*	*	*	*
total	5	25	27	19	1	4	16	3	12	7

*al ingreso

**por infeccion agregada y/o profilactico

***flivoxamina y ventilaaxna (caso 18 organofosforado), imipramina (caso 21 corte de venas), Lorazepam (caso 24 intoxicacion, traslado de tucson)

Cuadro No. 19

ESTANCIA HOSPITALARIA EN 30 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

DÍAS	No.	%
1	16	53
2	4	13.3
3	4	13.3
4	1	3.4
5	1	3.4
6	1	3.4
7	1	3.4
11	1	3.4
18	1	3.4
TOTAL	30	100.0

Rango: 1 a 18

Cuadro No. 20

CONDICIONES DE EGRESO EN 30 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

CONDICIONES DE EGRESO	No.	%
Mejoría	25	83.3
Transferencia*	5	16.7
Defunción		
TOTAL	30	100.0

- IMSS, dos casos; Hospital "Carlos Nava", un caso; Unidad de Terapia Infantil, dos casos. (uno, al Programa AMEWY).

DISCUSION

El suicidio se ha estudiado desde muchos puntos de vista: filosófico, religioso, legal, epidemiológico, genético, psiquiátrico y psicológico; solo por mencionar los aspectos más importantes.

Es indudable que en los últimos años se ha detectado en mayor número la presencia de estados depresivos en los niños y los adolescentes y, secundariamente se ha reflejado en las conductas suicidas en estos grupos de edad. (4)

En México, la mayoría de los estudios realizados sobre la conducta suicida, se refieren a suicidio consumado, menos sobre intento de suicidio y, muy poco sobre ideación suicida. Falta estudiar a los niños y profundizar más el estudio de los adolescentes. (7)

En el HIES, en el período de cinco años, ingresaron al Servicio de Urgencias 30 adolescentes por intento de suicidio, con una tasa de 0.7, de acuerdo al total de ingresos de adolescentes al hospital; cabe aclarar que es un Hospital Pediátrico, y que en Hermosillo hay Unidades especializadas para atender este tipo de problemas, como son: Hospital Psiquiátrico "Carlos Nava", Hospital "Cruz del Norte" (Unidad de Terapia Infantil UTI), es este último hay un Programa "AMEWI", que tiene como objetivo la atención integral a menores de nueve a 15 años, farmacodependientes mediante

un equipo multidisciplinario integrado por Médicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, que atienden también a este tipo de pacientes.

La Organización Mundial de la Salud, establece que las políticas de atención al adolescente, sean orientadas a cinco grupos de enfermedades.

Traumatismos por muertes y violencia, embarazo precoz y parto, problemas crónicos de la infancia, afecciones de origen en la pubertad y adolescencia y **trastornos psicosociales**. Estableciendo esto por las principales causas de muerte en los adolescentes, que son:

Muertes por accidentes y violencia, muertes maternas y **suicidios** (19)

De acuerdo a los estudios epidemiológicos realizados, se tiene que el índice de suicidios para varones (17.3 por 100 mil) es triple, en comparación con mujeres (5.4 por 100 mil).

Las personas de raza blanca (12.1 por 100 mil), casi duplican la posibilidad de suicidarse en comparación con otras razas (6.7% por 100 mil). (8)

Elorriaga, hizo una recopilación de datos de la década de los años 60's. Señala que los estados que presentan mayor proporción de suicidios al principio de la década, fueron: Chihuahua, Distrito Federal y Veracruz. Al final de la década, el Distrito Federal pasó al primer lugar; Chihuahua al segundo y Veracruz al tercero. (5)

Sin embargo, existen diferencias en cuanto a las tasas registradas entre los distintos estados de la República Mexicana. En 1994, los estados de

Tlaxcala y México, registraron las tasas más bajas, mientras que las más altas se reportaron en Tabasco y Campeche. La parte del Suroeste del país muestra tasas más elevadas y la zona centro es la de menor incidencia. (6)

Encontramos que el intento de suicidio se presentó en 22 mujeres y ocho hombres; con una relación femenino-masculino de 3.3 a 1; de esta manera superando el sexo femenino, como lo mencionan algunos Autores, que aunque los hombres superan a la mujer en cuanto a completar el suicidio por más de 3 a 1, las mujeres sobrepasan a los hombres en los intentos de suicidio por 7 a 1; parte de esta disparidad, puede atribuirse al método empleado, ya que los hombres prefieren métodos violentos, como: ahorcarse o utilizar armas de fuego, y, las mujeres: métodos menos letales, como sobredosis medicamentosa o cortarse las venas. (7, 8)

De acuerdo a la distribución por grupos de edad, realizada por la Organización Mundial de la Salud, se mostró que el grupo etario más afectado en nuestro estudio, es el de 15 a 19 años de edad, en ambos sexos. Aunque la conducta suicida es relativamente infrecuente en edades menores de 12 años, la prevalencia se incrementa de modo considerable durante la adolescencia media y tardía, constituyendo la tercera causa de muerte entre los 15 y 24 años, la tendencia en el intento de suicidio también se incrementa con la edad, con un punto elevado entre los 13 y 14 años (11). Refiriendo algunos Autores, una edad promedio 13.8 años (12)

En nuestro estudio, habían realizado primaria completa 6.6%; incompleta 30%; secundaria 31%; preparatoria 13.3%; se ignora en el resto de los casos. Dos pacientes refieren malas relaciones con sus compañeros y maestros, el aprovechamiento escolar se conoció en 14 casos, de los cuales era malo en cinco casos y se desconocía en 16 casos.

En un estudio de 21 niños y adolescentes, se encontró que la escolaridad de ellos era en el 71%, media básica; en 10%, media superior; y 19% básica. (7)

El estado civil de nuestros pacientes, en la mayoría de los casos se refería: soltero el 86.6%; divorciado en un caso, y, se desconocía en tres casos.

De acuerdo a Cabildo y Eiorriaga, analizando el suicidio de 1954 a 1963, encontramos que en orden descendente, los divorciados son los que más se suicidan, le siguen los solteros, los casados, los que viven en unión libre y finalmente los viudos. Cabe hacer la aclaración, que este estudio se realizó en suicidio consumado. (5)

De las actividades realizadas, tres adolescentes trabajaban, recibían salario y participaban en la manutención familiar. La religión se refiere católica en el 73%, se relaciona que la poca religiosidad es factor de riesgo para el intento suicida. (2, 8)

Tenían antecedentes de alcoholismo en seis casos (20%) y uso de drogas en el 36%; se ha mencionado que el alcoholismo y el uso de drogas es

importante, especialmente al correlacionarse con el comportamiento impulsivo, (Durheim. 1974) (2)

En un estudio realizado en el Distrito Federal en ocho Hospitales de Urgencias de la Cd. de México, en la población adulta, con intento de suicidio; se encontró que el 44% bebió alcohol seis horas antes de intentar suicidarse; 28% obtuvo estimaciones positivas (mayor de 10 mg. De alcohol/100 ml. de sangre) en la prueba del aliento. (5)

La mayor parte de los factores sociales relacionados con las tasas de suicidio, también influyen sobre las tasas de intento de suicidio: relaciones escolares, desempleo, homicidios, afiliación religiosa, así como cambios en el beber de alcohol y uso de drogas. (18)

El medio socioeconómico que predominó fue en el 96% bajo; este dato pudiera explicarse, ya que la mayoría de los pacientes que acuden a esta Institución, pertenecen a un estrato socioeconómico bajo.

Pero, no hay que olvidar como el alto desempleo se refleja en un conflicto interno, asociado con la desesperanza, depresión e intento de suicidio (16).

Así mismo, estamos acorde con estudios realizados en el Hospital Infantil "Dr. Federico Gómez", en el año de 1997, en el cual el medio socioeconómico que predominó fue bajo con un 57%. (7)

En un estudio en 80 suicidios consumados por personas mayores de 14 años, representativos de los 345 suicidios en el Distrito Federal ocurridos en 1980 que habían sido registrados en el Servicio Médico Forense, el 59%

provenían de nivel socioeconómico bajo, y estaba integrado por 48 hombres y 38 mujeres, cuya media de edad era de 34 años, el 43% eran casados y el 31% solteros.

La información se obtuvo por medio de una entrevista personal, de algún familiar cercano o amigo del suicida, de acuerdo al método de la autopsia psicológica. Este método fue propuesto por diferentes investigadores del Centro de Prevención de Suicidios de Los Angeles, California.

Inicialmente su objetivo era establecer los casos en que era dudoso el veredicto de suicidio. En esta década de los 80's, para obtener la reconstrucción de la vida del suicida poniendo énfasis, sobre todo en las situaciones familiares y personales unos días antes de que llevara a cabo el suicidio. (5)

De los casos estudiados, predominó el medio urbano (96.6%) y en un sólo caso, era rural.

Se ha mencionado que uno de los factores que aumenta el riesgo suicida, es tener un asentamiento urbano, aunque se menciona que el suicidio en los adolescentes está presente en todos los estratos económicos y sociales. Los jóvenes que se dan cuenta de no ser una alegría para sus padres, son incapaces de ser alegres para ellos mismos; bajo estas circunstancias pueden buscar un escape a una vida infeliz o intentar la autodestrucción para manifestar su hostilidad. (8)

De acuerdo a la estructura familiar: el 70% correspondió a familia nuclear y disfuncional, seguida de familia uniparental, extensa modificada y extensa. Se menciona que el mayor índice de intento de suicidio en familiar uniparentales, con pobres relaciones familiares, falta de hermanos o parientes. (8)

La relevancia de los problemas familiares en varios estudios, al comprobarse clínicamente la existencia de disfunciones en la dinámica familiar. Los datos que se aportan en diferentes estudios, muestran una vez más la relevancia de las ligas familiares en medio mexicano, en dónde su influencia es tan elevada, para bien y para mal. (7)

La disfuncionalidad familiar en lo que respecta al consenso de normas, factor importante y presente en las familiar de un alto porcentaje de adolescentes suicidas. (2, 8, 10)

La mitad de todos los suicidas adolescentes, mencionan una larga historia de intensas y amargas peleas con sus padres. El joven dependiente, que se siente frustrado, debido a la incapacidad para encarar directamente los problemas, puede en determinado momento, intentar suicidarse. (8)

En la mayoría de los casos, se desconocía la escolaridad de los padres (86.6% el padre y, el 80% en la madre), el aporte económico era por el padre en el 70% de los casos y, la madre se dedicaba al hogar en el 63.3%. Existía el antecedente de suicidio por ahorcamiento de dos padres, referente a los suicidios en la familia y en el medio ambiente que rodea al

adolescente, se encuentra que es frecuente el intento de suicidio en algunos de los dos padres del adolescente. (2)

Había intento de suicidio previo en 23.3%, pensamiento suicida 3.3% y uso de alcohol y drogas al momento del suicidio en 66.6%.

En un estudio realizado en 619 varones para investigar ideas suicidas y posibles factores de riesgo, incluyendo depresión, se encontró que: 80% no había tenido ideas de intento de suicidio, el 16.8% refirió haberlas tenido alguna vez, y, el 3.1% dijo haber planeado el suicidio.

La frecuencia de quiénes habían planeado suicidarse, fue más alta entre los que tenían depresión grave 25%; moderada 12.2% y, leve 3.5% y, entre los que no tenían 0.5%. Se usó un análisis multivariado, determinándose una asociación significativa entre las ideas de suicidio y antecedentes de depresión anterior, consumo de marihuana y medicamentos no recetados, temperamento triste en la infancia y conflictos sentimentales. (1)

El factor desencadenante del intento suicida fue predominantemente familiar en el 50%, problemas familiares y escolares asociados: 6.5%; amoroso 3.3%. Los sitios más frecuentes dónde se llevó a cabo el intento fue en la recámara y el baño; la hora más comúnmente observada, fue de 12:00 a 18:00 hrs. en el 36.6%; seguida de 18:00 a 24:00 35.3% y 24:00 a 06:00 23.5%.

El día de la semana que predominó fue el jueves, seguido de viernes, martes, miércoles, sábado, domingo y lunes; la estación del año que predominó fue: verano, seguidas de primavera, invierno y otoño.

Los meses del año más frecuente del estudio, fueron: agosto, seguido de junio, julio y octubre; en menor frecuencia: abril, mayo, noviembre y diciembre.

Se menciona que el factor desencadenante mayormente encontrado en nuestra cultura, es por motivo familiar (regañones, peleas, golpes), con menor frecuencia: problemas escolares, conflictos amorosos y sociales (hostigamiento de vecinos); a este respecto, a diferencia con los países sajones, donde los factores desencadenantes más comunes son los de tipo amoroso.

En un estudio realizado de 21 adolescentes para investigar el lugar, hora, día de la semana, estación del año y mes en que se realizó con más frecuencia el intento de suicidio se encontró: la recámara, en el 43%, seguido por el baño en el 24%, como lugar predominante para realizar el acto suicida. En cuanto a la hora, predominó el horario de 18:00 a 24:00 hrs.: 48%; seguido de las 12 a 18:00, 19%. Se refieren los meses de diciembre a marzo con mayor incidencia y predominó la estación de invierno en el 81%. Así mismo se observó que la mayor parte de suicidios ocurren en los meses de invierno, seguidos por el verano, quizá relacionado con el

agravamiento de la depresión, que resulta de la alteración biorrítmica en los trastornos de afecto durante estos meses. (7)

Jiménez y Colaboradores, dieron datos de un estudio llevado a cabo en el Distrito Federal, en el cual se observó un predominio por parte de los hombres en cuanto a suicidio consumado (4 a 1), y mayor frecuencia entre los sujetos de menos de 35 años (65%). La recámara fue dónde se produjo la mayor parte de suicidios, durante las primeras horas del día, principalmente de 8 a 9 horas (6%); hubo mayor incidencia durante los últimos días de la semana, especialmente viernes (17%); durante la segunda mitad del año se registró el mayor número de suicidios, especialmente en el otoño (27%). (5)

El método utilizado por el grupo de nuestros pacientes predominó la intoxicación medicamentosa: 76.7%; inhalación: 6.6%; ingesta órganos fosforados: 6.6%; ahorcamiento y cortarse las venas: 3.3%; dentro de las intoxicaciones predominaron la benzodiazepinas: 43.3%, seguidos de otros medicamentos como acetaminofen, acetilsalicílico, antihistamínicos, pentoxifilina, metoprolol, norfenefrina y combinados.

Se ha corroborado que el método más comúnmente empleado, es la intoxicación por medicamentos, lo cual se explica porque habitualmente en todos los hogares existen reserva de los fármacos consumidos por algún familiar o el mismo paciente. Llama la atención la elevada frecuencia del empleo de medicamentos que tienen efecto sobre el sistema nervioso

central, pues los más utilizados son: benzodiazepinas, anticomociales y neurolépticos. (7). Entre otra información, tenemos que las mujeres utilizan más sustancias tóxicas y psicofármacos para intentar suicidarse, mientras que los hombres prefieren ahorcarse o por armas de fuego. (5, 8)

De los factores de riesgo suicida encontrados de acuerdo a la escala de identificación, tenemos que en orden de frecuencia se presentó: desorganización familiar, falta de comunicación de los padres, riñas familiares, abandono, rechazo familiar, ausencia de figura parental, amenaza de suicidio, pérdida de objeto amoroso, toxicomanía, impulsividad y otros.

De acuerdo a la calificación, la mayoría de los casos calificó alto riesgo suicida, además de presencia de conductas de riesgo, como: conducta antisocial, alcoholismo, y patología crónica.

De lo anterior expuesto, deberemos de considerar algunas características familiares: la desorganización familiar, es el factor detectado como importante y presente en las familias de alto porcentaje adolescentes suicidas. (Corder. 1974)

La falta de comunicación con los padres, las cuales han sido perturbadas durante la infancia y se tornan mas candentes en la adolescencia, como severos huecos en la comunicación familiar.

Parejas y familias completas en permanente desacuerdo y disputa, en muchas ocasiones con agresiones físicas en los que se vé involucrado el adolescente (Davison. 1972)

Ausencia de figura parental significativa, no necesariamente por carencia real, sino por la impulsividad para identificarse con el padre cálido, aceptante e incondicional (Wenz. 1979)

Los abandonos físicos de alguno o ambos padres, o la colocación del niño en otra familia (tíos, etc.) por la destrucción de la familia origina (Schurt. 1964) y, por último sentimientos de rechazo familiar en especial el parental que finca las bases para resistir posteriores rechazos.

La pérdida real o faantaseada de un objeto real o fantaseoso, ya se trate de un padre, familiar, pareja, amigo, etc., pérdida que casi siempre es reciente y se enlaza con las anteriores y más importantes sufridas durante la infancia temprana. (Barter. 1968)

Factor considerado como el evento precipitante de mayor significación en el suicidio de los adolescentes (Rosenkrantz. 1978). Estas pérdidas serán tempranas (divorcio, muerte, separación) y recientes (objeto amoroso). (2)

De la evaluación clínica y psiquiátrica, diremos que ésta se relacionara con el método empleado y los antecedentes previos del adolescente, tomando en cuenta que muchas de las víctimas acuden a una clínica de primer nivel, poco tiempo antes del intento. La razón de la visita puede ser modificaciones en el peso o apetito, fatiga, disminución de la

concentración, fallas a la escuela y abuso de drogas. Usualmente la causa subyacente puede ser depresión.

La valoración del riesgo de este problema debe de incluir: religión, residencia, economía, disponibilidad de método, sexo, raza, relaciones familiares y perfil psiquiátrico. (8)

El diagnóstico psiquiátrico fue en orden de frecuencia: depresión, depresión e impulsividad y depresión mayor.

La depresión figura entre las alteraciones más comunes que han de evaluar los médicos en el Servicio de Urgencias, en pacientes con intento de suicidio. Un aspecto importante en estos casos, es el intento de suicidio anterior. Se encontró la presencia de algún trastorno mental en la mayoría de los casos, como trastornos depresivos mayores, dependencia a drogas, alcoholismo y esquizofrenia. Así mismo, se encuentran enfermedades como: epilepsia y alguna otra enfermedad física.

El trastorno depresivo mayor, se diagnostica con criterios que marca el DSM IV y la Escala de Hamilton. (13)

Los exámenes y el tratamiento inicial, fueron de acuerdo a las condiciones clínicas y el mecanismo utilizado para el intento suicida.

La estancia hospitalaria en el 80% fue de 72 horas; las condiciones de egreso fueron en el 83% por mejoría; hubo cinco transferencias a Instituciones especializadas en estos casos. El pronóstico fue bueno para la vida y la función en el 56.5% de los casos.

Es importante tomar en cuenta que durante el primer año de egresado, el 50% volverán a intentarlo y entre el 18 y el 25% lo intentarán antes de que pasen dos años.

En la escala, sobre la expectativa de morir o vivir, que evalúa en un continuo la severidad de la ideación suicida, encontraron que en los últimos seis meses, 8% de la población de los tres Servicios hospitalarios, habían sentido que no valía la pena vivir; 7% habían atravesado por situaciones que los habían hecho desear dejar de existir; 6% había pensado durante los últimos meses que valía más morir que seguir viviendo; 3% había estado a punto de intentar suicidarse; y, 2% había intentado quitarse la vida durante los últimos seis meses. Al comparar estos datos, con los del año anterior, encontraron que había aumentado el porcentaje de los intentos de suicidio, ya que el 4% lo había intentado por lo menos, una vez más; 2%, dos veces y, 1%, tres ó más veces. (5)

La conducta que adoptaron los pacientes después del intento, fue de enojo en un caso y culpabilidad en 19 casos (63.3%).

Al enfrentarse el Médico a un adolescente con intento suicida, considerará la letalidad del método utilizado, la cual puede ser indicador del deseo o no de morir, aunado a valorar la reacción inicial del paciente, una vez que recobra el conocimiento; si la reacción es de enojo y malestar por haber sido salvado, se considera que este paciente aún está en riesgo de volver a intentarlo. Si la reacción mostrada por el o la adolescente es de

depresión, culpa y arrepentimiento por lo que hizo, puede ser indicador de un mejor pronóstico, en cuanto a la conducta suicida.

CONCLUSIONES

- 1.- Fueron 30 casos, con una incidencia de 0.7%.
- 2.- Hay predominio del sexo femenino, sobre el masculino; con una relación de 3:1; siendo el grupo de edad más afectado el de 15 a 19 años.
- 3.- La escolaridad fue de educación media en 41%, provienen de medio socioeconómico bajo: 96.6% y, pertenecían a zona urbana en el 96.6%.
- 4.- La familia era nuclear y disfuncional en el 70%.
- 5.- Presentó intento de suicidio previo en el 23.3%; antecedentes de ideación suicida en 43.3%; uso de alcohol y drogas al momento del intento, en el 66.6% y factor desencadenante fue problema familiar en el 50%.
- 6.- El lugar dónde se realizó el intento de suicidio fue en la recámara 36.6%; la hora más frecuente fue: 12:00 a 24:00 hrs. en el 71.9%; el día de la semana: jueves 30% y la estación del año: verano 36.6%
- 7.- Los meses más frecuentes en el que se realizó el intento de suicidio, fueron de junio a octubre : 66.7%.
- 8.- El método utilizado en el acto suicida fue: intoxicaciones 76.7%, seguida de inhalación, ingesta de órganos fosforados, ingesta de vidrio, ahorcamiento y cortarse las venas, de las intoxicaciones, el medicamento más utilizado fueron benzodiazepinas.
- 9.- El diagnóstico psiquiátrico en orden de frecuencia fue: depresión, depresión-impulsividad y depresión mayor.

10.- En la escala de clasificación de riesgo suicida, los factores más frecuentemente encontrados fueron; desorganización familiar, falta de comunicación con los padres, riñas familiares constantes, solitario, abandono y depresión.

11.- De acuerdo a la escala de clasificación, calificaban con alto riesgo suicida el 44.3%, mediano riesgo 23.3% y bajo riesgo 33.3%.

12.- La estancia hospitalaria, fué de 72 horas en el 79.6%

13.- Las condiciones de egreso, fueron por mejoría 83.3%, y se transfirieron a otra institución el 16.7%.

PROPUESTAS

- 1.- El manejo del adolescente con intento, debe de ser integral e interdisciplinario, con la participación de psicóloga, psiquiatras, trabajadores sociales y personal del servicio de medicina del adolescente.

- 2.- Todo paciente con intento de suicidio, no puede ser ambulatorio hasta llevar a cabo las evaluaciones necesarias y el riesgo suicida haya desaparecido.

- 3.- Concientizar a padres y pacientes de su problemática para llevar un mejor control ambulatorio por los diferentes servicios.

- 4.- Realización de nuevos estudios prospectivos de Intento de Suicidio en el Adolescente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Serfaty E, Kelmendi VJ, Andrade JH, Aguila H, Boffi Boggero H, Masautis A, Foglia L.: Ideas de suicidio y factores de riesgo en varones, con residencia en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. 1992. BINASSS. 1994; 72: 233-245.
- 2.- Blanco MM.: Suicidio en el adolescente. Tesis: Universidad del Noroeste. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Psicología. Hermosillo, Sonora. 1991: 1-63.
- 3.- López E, Medina M, Villatoro J, Juárez F, Carreño S, Berenzon S, Rojas E.: La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. Salud Mental. 1995; 18; 4: 25-32.
- 4.- Muñoz FS.: Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia en su primer contacto con el médico pediatra. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1997; 54: 167.168.
- 5.- Gómez CC, Borges G.: Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. Salud Mental. 1996. 19; 1: 45-65.
- 6.- Borges G., Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R.: Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Salud Pública. 1996; 38; 3: 197-206.
- 7.- Saucedo GJ, Montoya CM, Higuera RF, Maldonado DJ, Anaya SA, Escalante GP.: Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia: ¿Síntoma

de depresión o impulsividad agresiva?. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1997; 54: 169-175.

8.- White G, Murdock RT, Richrson GE.: Suicidio en adolescentes. Physician Assistant. 1991; 108: 11-15.

9.- Escobedo CE, Hernández GR, Villegas SR, Ortega GS.: Frecuencia de intoxicaciones en un Hospital General de la Ciudad de México. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1989; 46; 8: 559-563.

10.- Pietropinto A.: Suicide in adolescents. Survey medical aspects of human sexuality. 1985; 19; 6: 159-170.

11.- Vázquez MC. Intento de suicidio. EM: Shen JY. Medicina de la adolescencia. Manual moderno. 1983: 814-817.

12.- Gómez JA, Cárdenas NR, Alonso VF, Morales CM, López GA: Intento de suicidio en adolescentes. Bol Med. Hosp. Infant Mex. 1994: 51; 11: 701-705.

13.- Fierros GE: Trastorno depresivo mayor: su relación con el intento de suicidio. Salud Mental. 1997; 1; 2: 5-7.

14.- González FC, Andrade PP.: La relación de los hijos con los progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. Salud Mental. 1995; 18; 4: 41-48.

15.- Medina MM, López LE, Villatoro JA, Juárez F, Carreño S, Shoshana B, Rojas E.: La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias.

Resultados de una encuesta en la población estudiantil. Anales Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1994: 7-13.

16.- González FC, Jiménez TA, Gómez CC.: Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1995: 135-139.

17.- Viscardi N, Hor F, Dajas F: Alta tasa de suicidio en Uruguay. II Evaluación de la desesperanza en adolescentes. Rev. Med. Uruguay. 1994; 10; 2: 79-91.

18.- Gómez A, Lolas F, Barrera A.: Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida. Salud Mental. 1991; 14; 1: 25-31.

19.- Fernández PF: Panorama de salud de la población adolescente. Boletín de la Asociación Mexicana de la Salud de la Adolescencia. 1993; No.1: 5-6

A N E X O S

ANEXO 1
ESCALA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE DE ALTO RIESGO SUICIDA

No. caso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34		
1 Hombre	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2		
2 Mujer	0	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2		
3 Primera veriente (12 a 15 años)	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2			
4 Segunda veriente (16 a 18 años)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2			
5 Tercera veriente (19 a 24 años)																																				
6 Poca o ninguna religiosidad																																				
7 Desorganización familiar																																				
8 Falta de comunicación con los padres	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2		
9 Riñas familiares constantes																																				
10 Ausencia de figura parental																																				
11 Familia destruida																																				
12 Sentimientos de rechazo familiar																																				
13 Enfermedad psiquiátrica de la familia																																				
14 Pérdida temprana de objeto amoroso (divorcio, muerte, separación)																																				
15 Pérdida reciente de objeto amoroso (evento precipitante)																																				
16 Dificultades escolares																																				
17 Dificultades financieras																																				
18 Solitario-abandono																																				
19 Aislado																																				
20 Intentos anteriores de suicidio																																				
21 Pensamientos amenazados suicidas																																				
22 Suicidios en la familia o medio ambiente																																				
23 Agresión repentina-inhibida																																				
24 Alcohollismo (ocasional/abuso medio)																																				
25 Abuso de drogas ocasional																																				
26 Depresión																																				
27 Edivolentes depresiva																																				
28 Manifestaciones psicópatas																																				
29 Patrones neuróticos de comportamiento																																				
30 Alcohollismo crónico (severo>)																																				
31 Toxicomanía																																				
32 Enfermedades psiquiátricas graves																																				
33 Impulsividad																																				
34 Tratamientos psiquiátricos anteriores																																				

2
136

ANEXO 2
ESCALA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE DE ALTO RIESGO SUICIDA

No. caso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
1 Hombre	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2
2 Mujer	0	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	
3 Primera vertiente (12 a 15 años)	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
4 Segunda vertiente (16 a 18 años)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
5 Tercera vertiente (19 a 24 años)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
6 Poca o ninguna religiosidad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
7 Desorganización familiar	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
8 Falta de comunicación con los padres	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
9 Rintas familiares constantes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
10 Ausencia de figura parental	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
11 Familia destruida	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
12 Sentimientos de rechazo familiar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
13 Enfermedad psiquiátrica de la familia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
14 Pérdida temprana de objeto amoroso (divorcio, muerte, separación)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
15 Pérdida reciente de objeto amoroso (evento precipitante)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
16 Dificultades financieras	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
17 Dificultades escolares	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
18 Solitario-abandono	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
19 Aislado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
20 Intentos anteriores de suicidio	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
21 Pensamientos amenazados suicidas	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
22 Suicidios en la familia o medio ambiente	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
23 Agresión repetida-inhibida	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
24 Alcoholismo (ocasional/abuso medio)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
25 Abuso de drogas ocasional	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
26 Depresión	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
27 Equivalentes depresiva	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
28 Manifestaciones psicópatas	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
29 Patrones neuróticos de comportamiento	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
30 Alcoholismo crónico (severo>)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
31 Toxicomanía	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
32 Enfermedades psiquiátricas graves	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
33 Impulsividad	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
34 Tratamientos psiquiátricos anteriores	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	

2
13