

11237



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

“INCIDENCIA DE PACIENTES PEDIATRICOS CON
DIAGNOSTICO DE INTENTO DE SUICIDIO”

**TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PRESENTA LA
DRA. MARIA CRISTINA ZENON MARTINEZ
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA MEDICA**



ISSSTE

ASESOR DE TESIS: DR. JORGE ZUÑIGA ILLESCAS

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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





Dr. Julio César Díaz Becerra
Coordinador de Capacitación,
Desarrollo e Investigación





M. en C. Hilda Rodríguez Ortiz
Jefe de Investigación

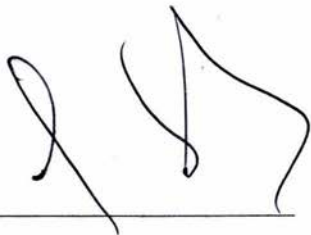


Dr. Luis Alcázar Alvarez
Jefe de Enseñanza





Dr. Baltazar Barragán Hernández
Profesor Titular del Curso



Dr. Jorge Zúñiga Illescas
Asesor de Tesis



Dr. Sergio B. Barragán Padilla
Vocal de Investigación

INDICE

	Páginas
Agradecimientos.....	1
Resumen.....	2-3
Introducción.....	4-9
Material y Método.....	10
Resultados.....	11-22
Discusión.....	23-24
Conclusiones.....	25
Bibliografía.....	27

AGRADECIMIENTOS:

A mis Padres ,por su amor, por ser parte de mi inspiración y fortaleza.

A Alonso, por su forma de ser y compartir mis sueños.

A mis Abuelitos, por su ejemplo y cariño.

A mi Tía Rosa, por su confianza y comprensión.

A Mayra y Chava, por contar con Ustedes siempre.

A Emilia, Iván, Raúl, Jorge, Brenda, Edith, Itzel, Juan Carlos, Gilberto, Aldo, Karina, Eduardo B., Julio, por su sinceridad, amistad y complicidad... que dure hasta el final de los tiempos.

A Poncho, Merit, Claus, Susy, Sony y Sayra, por que lo nuestro ya es una hermandad.

Al Dr. Baltazar Barragán, por confiar en mí y enseñarme a no rendirme a pesar de las circunstancias.

A mis niños, Tere, Charly, Facus, Bere, Adris, Grace, Elva, Liz, por esos momentos...dificiles, por su aprecio y sobre todo, por dejarme aprender de ustedes cada día.

A Cony, por siempre tener una sonrisa y ese apoyo incondicional.

Al Dr. Alfonso, Dra. González, Dr. Zúñiga, Dra. Pineda, Dr. Esquivel, Dr. Rodríguez, y a todos mis maestros, por su paciencia y ayudarme a ser mejor cada día.

A los niños, por que por ellos y para ellos seguiré adelante.

GRACIAS

RESUMEN:

Se ha observado un incremento en los actos suicidas de niños y adolescentes. Es importante determinar las características sociodemográficas y los tipos más frecuentes de psicopatología de esa población.

Diseño: Es un estudio observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo.

Material y Métodos: Participaron pacientes menores de 18 años que acudieron al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" con diagnóstico de intento de suicidio en el período del 1º enero 2002 al 31 de diciembre 2003, valorados por Paidopsiquiatría. Se llenó una hoja de recolección de datos donde se preguntaban características sociodemográficas, circunstancias del intento de suicidio, métodos empleados y tipo de psicopatología.

Resultados: Se estudió a 53 pacientes, predominando mujeres 84.9% sobre varones 15.1%, con edades entre 9 y 17 años, el mes de mayor incidencia fue Mayo 16.9%; 85% es población estudiantil; 32.1% tenían por lo menos un intento de suicidio previo, el método más empleado 67.9%, fue la ingesta de medicamentos; 73.5 % acudió a un servicio de salud dentro de las primeras 6 Hrs. 66% utilizó la recámara para realizar el acto suicida, un 90.5% tiene diagnóstico psiquiátrico, sólo el 17% no presenta disfunción familiar. El factor precipitante más común fue el conflicto familiar en un 62.2%.

Conclusiones: Estos resultados comprueban la necesidad de establecer estrategias preventivas a corto y mediano plazo para la identificación oportuna de los grupos de alto riesgo en base a las características sociodemográficas que se configuraron en riesgo para la ideación suicida e iniciar así la promoción de la salud emocional para la población pediátrica.

SUMMARY:

An increment has been observed in the suicidal acts in children and adolescents; is very important to determine the social and demographic characteristics and the most important psychopathology type in that group.

Design: It's an observational, transversal, retrospective and descriptive study.

Methodology: Participated patients smaller than 18 years old, that went to the Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", with suicide intent diagnosis, in the period between January 1st. 2002 and December 31st. 2003, valued by the Paidopsiquiatric service. A data leaf was filled with the social and demographic characteristics, suicide intent circumstances, used methods and psychopathology type.

Results: We studied 53 patients, prevailing women (84.9%) than men (15.1%), both groups between 9 and 17 years old, the month of more incidence was May (16.9%), 85% are students, 32.1% had a least a previous suicide intent, the more employee method was drugs overdose (67.9%), 73.5% went to the health service inside the first 6 hours, 66% made it in their room, 90.5% has psychiatric diagnosis, 17% doesn't present family dysfunction, the common factor was the family conflict (62.2%).

Conclusions: These results confirm the necessity to establish preventive strategies in the short and medium term for the opportune identification of the high risk groups based on the social and demographic characteristics that were configured in risk for the suicidal idea and begin the promotion of the emotional health for the pediatric population.

INTRODUCCIÓN:

El suicidio constituye un drama en la vida del hombre, conduce a reflexionar sobre qué es y que significa la existencia.(1)

Farberow NL y Shneiman ES señalan que hay cuatro clases de muerte: la natural, la accidental, el homicidio y el suicidio, aquí se incluyen también los intentos de suicidio y las actividades extremadamente peligrosas que ponen en peligro la vida de la persona .(2)

La palabra suicidio significa *sui* (si mismo) *cidium* (matar). El suicidio consumado, se refiere al acto autoinflingido con el propósito de quitarse la vida, y haber muerto; el parasuicidio se refiere a conductas o pensamientos relacionados con la propia muerte pero sin morir: como el intento suicida (cualquier acto de autoperjuicio realizado con intenciones destructivas aunque estas sean vagas o ambiguas), la planeación suicida, la ideación suicida (en la que hay pensamientos relacionados con quitarse la vida o producirse daño voluntariamente), ideas de muerte (tener deseos de morir sin pensar en quitarse la vida), etc.; el proceso suicida incluye ambos rubros, el gesto suicida es un acto de auto lesión pero no tiene el propósito de autodestrucción, por lo general se usa como método de manipulación o para llamar la atención (acting out). El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, variando sus características de acuerdo con la estructura socioeconómica (3,4,5,6).

Stengel postula que hay dos concepciones personales bajo las cuales intentar quitarse la vida parece ser la mejor alternativa, primera, cuando el curso de los acontecimientos es tan obvio que no tiene caso esperar el desenlace, en estas circunstancias la realidad de la persona es llevada hasta el fatalismo, aquí el suicidio generalmente tiene éxito. La segunda, cuando todo parece totalmente impredecible, de tal manera que la única cosa definida que puede hacer una

persona es abandonar su realidad, en esta generalmente la decisión de la persona suele quedar a nivel de intento.(2)

El suicidio tiene una génesis multifactorial, se pueden agrupar los “factores suicidógenos” en las siguientes categorías.

- 1) Factores biológicos
- 2) Factores socioculturales
- 3) Factores psicológicos y
- 4) Factores mixtos o ambientales

Hay algunos puntos comunes en la trayectoria del suicidio: las bases biológicas de la depresión son independientes de la edad, y se asocian con bajos niveles de neurotransmisores como la serotonina o la dopamina, así como de sus metabolitos. (7)

Psicológicamente la depresión y la baja autoestima son importantes en cualquier grupo de edad, quienes la sufren, la perciben como una sensación emocional ,más que como un malestar físico. El riesgo suicida se eleva cuando la depresión se acompaña de desesperanza y soledad. Estos son los predictores más importantes del intento suicida y de los suicidios consumados, más que la propia depresión.(7)

Los estudios de los riesgos que provienen del ambiente indican que las experiencias familiares negativas incrementan el riesgo de suicidio. Los abusos de cualquier tipo y las separaciones por muerte o divorcio de los padres son factores de estrés vitales muy relacionados con el suicidio. La acumulación de eventos vitales negativos, especialmente cuando incluyen pérdidas incrementan la posibilidad de una respuesta suicida. Así mismo, la existencia de dispositivos de destrucción como las armas en el hogar, aumenta la posibilidad de suicidio en todos los grupos de edad. (2)

Se ha observado en casi todo el mundo que los hombres suelen suicidarse en mayor número que las mujeres (en una proporción de tres por uno), en tanto que las mujeres lo intentan más, los hombres tienden a emplear el ahorcamiento y las armas de fuego, mientras que las mujeres se inclinan por las sustancias.(8)

No hay estadísticas generales sobre intentos de suicidio en ningún país, pero se estima que de cada 100 000 habitantes lo intentan 100 al año, lo que es 10 veces mayo a la tasa de suicidio. La repetición del intento también es frecuente, entre el 25 y 40% de los suicidios ya había intentado suicidarse en ocasiones anteriores. Entre el 1 y 2 % de ellos logra su propósito al año siguiente de haberlo intentado; lo que representa un riesgo 100 veces mayor que el de la población general. Entre el 18 y el 25% lo intentará nuevamente antes que pasen 2 años de la primera vez . (9)

El suicidio es un problema creciente en México que principalmente afecta a los hombres de edad avanzada, en 1999, la tasa de mortalidad en México, por suicidio fue de 3.4 por 100 000 habitantes: 5.8 hombres y 1.0 mujeres. Los datos de la Secretaría de salud indican que de 1970 a 1998, el suicidio se incrementó en 215%, lo que representa 229% en los hombres y 165% en las mujeres. (16)

Sin embargo desde 1976 es un fenómeno que afecta también a la población infantil y escolar ; actualmente existen pocos registros estadísticos oficiales, periódicos y sistemáticos sobre los intentos y los suicidios consumados en la población adolescente , la fuente primaria sobre el suicidio consumado es el INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática), que reúne la información de los certificados de defunción y la difunde por medio de la publicación de los Anuarios estadísticos de los Estados Unidos Mexicanos. Por su parte la dirección General de estadística de la secretaría de Salud presenta anualmente información sobre las causas de muerte, recabadas por el INEGI, desglosándolas por edad, sexo y entidad federativa. Por otro lado, la Procuraduría de Justicia y los Ministerios Públicos son otra fuente de información, debido a que el suicidio y el intento suicida requieren de la

investigación legal de estas instituciones. Esta multiplicidad de fuentes ha dado lugar a cierta incongruencia en los resultados y en las tendencias, reportados por los diferentes investigadores. Los estudios recientes muestran que algunos de los registros estadísticos sobre la conducta del suicidio en México son poco confiables.(10)

Especialmente grave es la situación que se observa en las estadísticas sobre el intento de suicidio. La multiplicidad de las fuentes de registro y el hecho de que no sea obligatorio reportarlo, da lugar a que, en ocasiones, se presenten subregistros e información contradictoria. Borges demostró que en el Ministerio Público están subregistrados los intentos de suicidio, ya que su número en un año determinado es menor que el de los suicidios consumados, lo que no concuerda con la historia natural del suicidio , por ejemplo, en 1997 se reportaron 3 370 suicidios reportados en toda la república, pero según el INEGI, solo se reportaron 340 intentos de suicidio en el mismo año; algunos estudios realizados en el país mencionan este subregistro de los intentos de suicidio, por ejemplo Heman encontró 250 casos de intentos de suicidio en los hospitales de urgencias del D.F., mientras que en los registros oficiales no se reportó ninguno. Otro problemas proviene de la Procuraduría de Justicia, la cual a veces impide acceder a la información sobre los intentos de suicidio "por tratarse de información confidencial"(10).

Por lo tanto, los registros sobre los intentos de suicidio no indican el estado actual ni el desarrollo de este fenómeno en nuestro país. Sin embargo aunque estos registros tienden a estar subreportados, los perfiles epidemiológicos de ambos actos van en aumento y ya son reconocidos como un problema de salud pública en nuestro país.(3)

La ideación suicida y el acto suicida en los adolescentes son problema de salud, que en las últimas décadas se han incrementado considerablemente tanto en México como en otros países .(9)

En el caso de niños y adolescentes, esta conducta tiene implicaciones sobre el momento cronológico en que se efectúa, que es el principio de la vida, cuando al individuo le falta experiencia.(7)

Actualmente, México es un país conformado principalmente por niños y jóvenes. Con base en el XI Censo General de Población y Vivienda, señala que el 38.6% de la población era menor de 14 años y el 29.6% estaba entre los 15 y 29 años, es decir, la población mexicana de 0 a 29 años, representaba dos terceras partes de la población total del país (68.2%), según datos reportados por el Gobierno de la Ciudad de México (1999) en 1995 esta entidad concentraba 9.3% de la población del país y más de la mitad de ésta tenía entre 0 y 29 años (58.8%), donde la tasa hombre-mujer es de 1:1. (11)

El intento suicida se relaciona inversamente con la edad. Los jóvenes lo intentan más y lo completan menos, mientras que los mayores lo intentan menos y lo completan más .(7)

En la práctica, los intentos de suicidio se observan casi siempre después de pubertad, pero también hay casos de niños menores de 10 años, el factor de riesgo más importante es el inicio de la pubertad, debido al aumento de la producción de hormonas de maduración sexual. Este proceso ocurre en un período de años, pero aumenta la cantidad de conflictos emocionales que pueden incrementar el riesgo de suicidio. La frecuencia de esta conducta entre los post-púberes es más alta que entre los pre-adolescentes En el caso de niños y adolescentes, esta conducta tiene implicaciones sobre el momento cronológico en que se efectúa, que es el principio de la vida, cuando al individuo le falta experiencia.(7)

La impulsividad incrementa esta posibilidad hasta los 14 años. Estos chicos son especialmente impulsivos y violentos en sus conductas suicidas más que otros grupos de edad (14)

La correlación entre disfunciones familiares que se expresan con golpes, malos tratos, alcoholismo de los padres, etc y el suicidio de los adolescentes es alta. Los adolescentes suicidas están por lo general aislados socialmente, tienen pobres relaciones con compañeros, son impopulares, y con cierta frecuencia se vuelven adicto al alcohol o a otras drogas.(7)

Los signos de alarma de los adolescentes difieren mucho de los otros grupos: cambian sus hábitos, tienen problemas escolares graves, abandonan la escuela a veces anuncian el evento y en ocasiones comienzan a regalar sus pertenencias.(14)

Así, la prevalencia del intento suicida entre la población adolescente varía de 3% a 8.3% en el total de la población. La literatura internacional indica prevalencias de 2.2%. Es la segunda causa de muerte en menores de edad según informes de estudios en países desarrollados.(6)

El área de salud no puede seguir postergando su participación en el conocimiento real del problema, insistiendo en la necesidad de que el abordaje del mismo debe hacerse bajo la perspectiva multi e interdisciplinaria.(9)

Es evidente la necesidad de orientar una mayor atención a este problema, y así resultan oportunos los esfuerzos profilácticos y preventivos respecto a esta condición que se va configurando ya como un problema de salud pública. Es necesario no perder de vista la importancia del contexto social, identificando a los grupos de población de alto riesgo para establecer estrategias preventivas (12).

En el presente trabajo se trata de coleccionar algunos datos con la mayor precisión posible para conocer y analizar las características sociodemográficas y factores más comunes relacionadas con los pacientes pediátricos con intento de suicidio para que sirva como fundamento en la creación de programas efectivos para establecer estrategias preventivas a corto y mediano plazo.

MATERIAL Y METODOS:

Se trata de un estudio observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo.

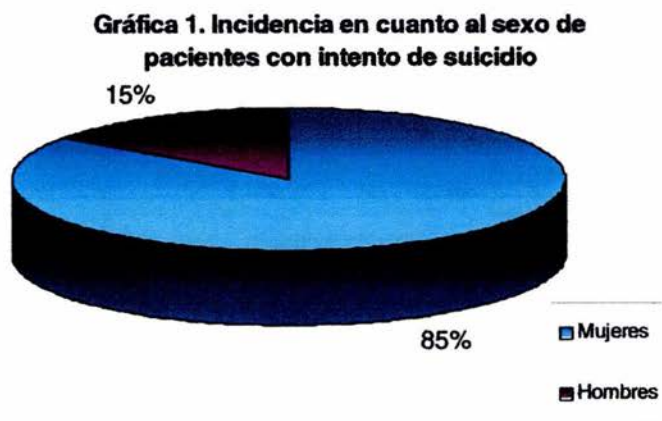
Grupo de estudio: todo paciente pediátrico que acudió al HRLALM con diagnóstico de intento de suicidio en el período de enero 2002 a diciembre 2003, de cualquier sexo, menor de 18 años, y que reuniera criterios de inclusión que consistía en valoración por el servicio de Medicina del Adolescente y Paidopsiquiatría.

Se acudió al archivo Médico para realizar el llenado de la hoja de recolección de datos donde se preguntaba edad, sexo, fecha de la consulta, escolaridad, nivel socioeconómico, intento suicida previo, Ideación suicida antes y después, causa de intento suicida, tiempo en acudir al hospital, lugar del acto, fecha del acto, hora del acto, método utilizado, diagnóstico y tratamiento establecido por Paidopsiquiatría, referencia a otra unidad, enfermedades subyacentes, situación familiar.

RESULTADOS:

De un total de 62 pacientes registrados con diagnóstico de intento de suicidio se excluyeron 9 por no contar con el expediente en archivo.

Dentro de las características sociodemográficas de la muestra, predominaba el sexo femenino con 45 pacientes (84.9%) con respecto al masculino 8 pacientes (15.1%) (gráfica 1).

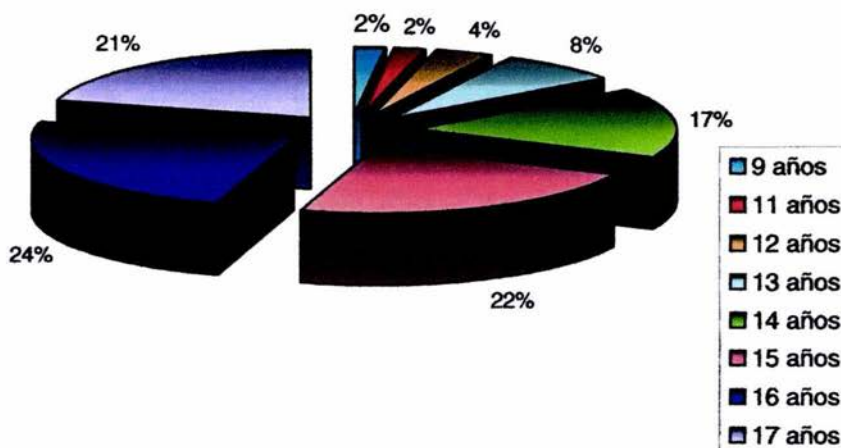


Con respecto a la edad, ésta, va desde los 9 años hasta los 17 años, siendo la edad más frecuente 16 años con 24.5% (13), siguiéndole 15 años con 22.6% (12), 17 años 20.7% (11), 14 años 16.9% (9), 13 años con 7.5%, 12 años con 5.7% (2), 9 y 11 años con 1.8% (1) respectivamente. (cuadro 1, gráfica 2)

Cuadro 1

EDAD EN AÑOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE %
9	1	1.8%
11	1	1.8%
12	2	5.7%
13	4	7.5%
14	9	16.9%
15	12	22.6%
16	13	24.5%
17	11	20.7%

Gráfica 2. Prevalencia según edad, de pacientes con intento de suicidio

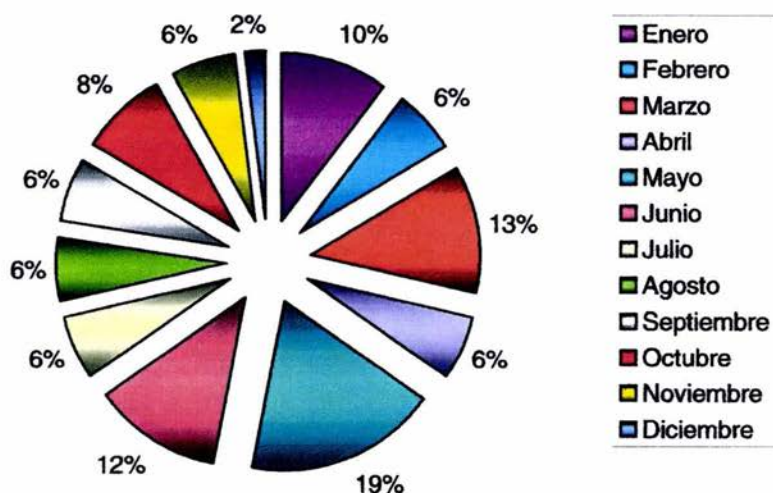


En cuanto a la prevalencia correspondiente a cada mes Mayo presenta mayor incidencia con 9 pacientes, 16.9%, seguido de Marzo, Junio y Octubre con 11.3% (6) respectivamente, a Enero le corresponde el 9.4% (5), posteriormente Noviembre con 7.5% (4), Febrero, Abril, Julio, Agosto y Septiembre con 5.7% (3) respectivamente, para finalizar Diciembre con el 3.7% (2). (cuadro 2, gráfica 3)

Cuadro 2

MES	No. PACIENTES	PORCENTAJE %
Enero	5	9.4%
Febrero	3	5.7%
Marzo	6	11.3%
Abril	3	5.7%
Mayo	9	16.9%
Junio	6	11.3%
Julio	3	5.7%
Agosto	3	5.7%
Septiembre	3	5.7%
Octubre	6	11.3%
Noviembre	4	7.5%
Diciembre	2	3.7%

Gráfica 3. Prevalencia de pacientes con intento de suicidio por mes



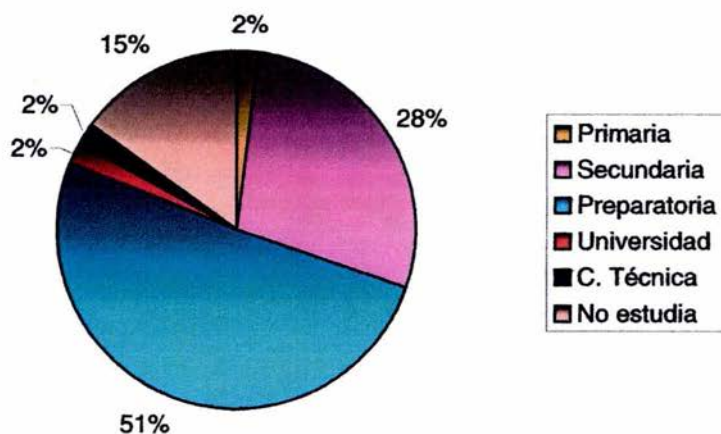
En cuanto a la escolaridad, el 49% (27) se encuentra dentro de la Educación Media Superior: 16.9% (9) cursando el primer año de preparatoria, el 20.7% cursando el segundo año, y el 13.1% cursa el tercer año; en segundo lugar se encuentra la secundaria con un 24.5%, el primer año lo cursa el 5.7%(2), el

segundo año un 13.2% (7), y el tercer año 11.3% (6); Un 15% (8) de los pacientes no estudia, y a la universidad (1er. semestre), Primaria y Carreras Técnicas solamente el 1.8% (1) acude, respectivamente. (cuadro 3, gráfica 4)

Cuadro 3

GRADO ESCOLAR		No. DE PACIENTES	PORCENTAJE %
Primaria		1	1.8%
Secundaria	1°.año	2	5.7%
	2°.año	7	13.1%
	3er.año	6	11.3%
Preparatoria	1°.año	9	16.9%
	2°.año	11	20.7%
	3er.año	7	13.1%
Universidad		1	1.8%
Carrera Técnica		1	1.8%
No estudia		8	15%

Gráfica 4. Incidencia de escolaridad en pacientes con intento de suicidio



El 32.1% de los pacientes tenían por lo menos un intento de suicidio previo (16.9%(9) un intento previo, 13.2% (7) 2 intentos previos, 1.8% (1) 3, 4 y 6 intentos previos respectivamente; El 67.9% era el primer intento de suicidio. (gráfica 5)

Gráfica 5. Incidencia de intentos de suicidios previos en pacientes con intento de suicidio



En cuanto a la ideación suicida antes del acto, el 43.3% (23) refiere sí la tenía y el 56.6% (30) no la tenía. Y la ideación suicida después del acto un 86.6% (46) ya no la presentaba y el 13.2 % (7) persistía con ella. (cuadro 4)

Cuadro 4

IDEACIÓN SUICIDA		No. PACIENTES	PORCENTAJE %
Antes	SI	23	43.3%
	NO	30	56.6%
Después	SI	7	13.2%
	NO	46	86.8%

En cuanto al tiempo que tardaron en acudir a un servicio médico después del acto suicida, el 73.5% (39) lo hizo dentro de las primeras 6 hrs, el 16.9% (9) acudió dentro de los primeros 30 minutos, el 11.3% (6) lo hizo dentro de la primera

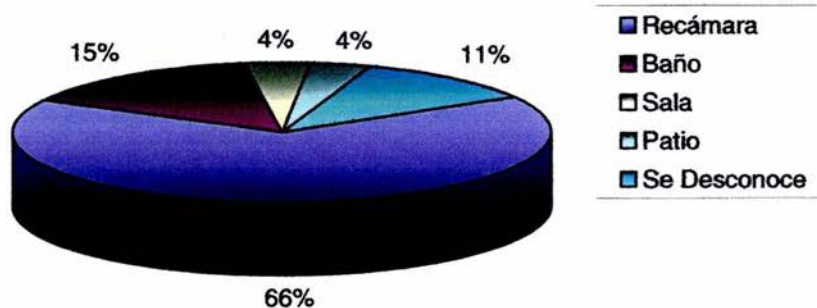
hora, el 7.5% (4) dentro de las primeras 2 horas, el 20.7% (11) acudió dentro de las 3 hrs siguientes, otro 11.3% (4) dentro de las 4 horas posteriores, el 3.7% dentro de las 5 hrs siguientes, el 5.7% (3) dentro de las 6 hrs posteriores, el 3.7% después de las 7 horas, el 7.5% (4) dentro de las siguientes 8 hrs, el 1.8% hasta las 10 hrs, el 5.7% 12 hrs después un 3.7%(2) y hasta 24 hrs después otro 3.7% (2). (cuadro 5)

Cuadro 5

No. HORAS DESPUÉS QUE ACUDEN A MEDICO	No. PACIENTES	PORCENTAJE %
< 30 minutos	9	16.9%
1 hora	6	11.3%
2 horas	4	7.5%
3 horas	11	20.7%
4horas	4	11.3%
5 horas	2	3.7%
6 horas	3	5.7%
7 horas	2	3.7%
8 horas	4	7.5%
10 horas	1	1.8%
12 horas	3	5.7%
18 horas	2	3.7%
24 horas	2	3.7%

En cuanto al sitio que utilizan los pacientes para la realización del acto suicida un 66% lo realiza en la recámara, mientras que un 15% lo realiza en el baño, el 3.7 % (2) en la sala y el patio respectivamente y un 11.3% se desconoce.

Gráfica 6. Porcentajes de los sitios más utilizados para realizar el acto suicida.



En cuanto a la hora del día donde se realiza con mayor frecuencia el intento suicida el 69.8%(37), lo realizó de las 20 a las 24 hrs, quedando los porcentajes como muestra el cuadro 6.

Cuadro 6

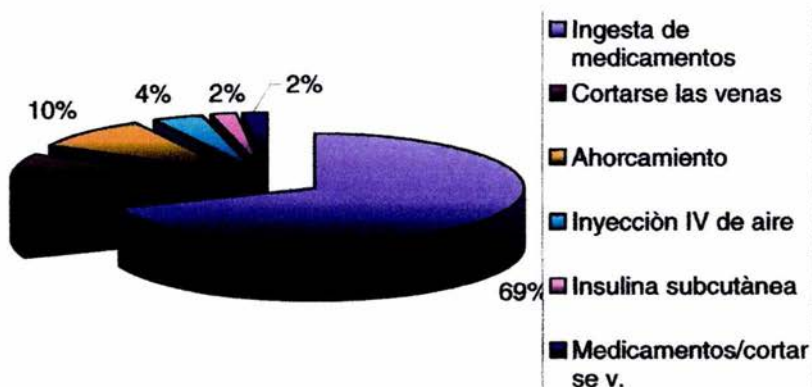
HORA DE REALIZACIÓN	No. PACIENTE	PORCENTAJE %
01	1	1.8%
07	1	1.8%
09	2	3.7%
13	1	1.8%
14	2	3.7%
15	1	1.8%
16	3	5.7%
17	2	3.7%
18	2	3.7%
19	1	1.8%
20	9	16.9%
21	7	13.2%
22	10	18.8%
23	6	11.3%
24	5	9.4%

El método más utilizado fue la ingesta de medicamentos 67.9% (36), seguida de cortarse las venas 13.2% (7), ahorcamiento 9.4% (5), método mixto (intoxicación medicamentosa + cortarse las venas) 3.7% (2), arma blanca (apuñalamiento) 1.8% (1), inyección intravenosa de aire 1.8% (1), Aplicación de insulina subcutánea (1.8%)(1). (cuadro 7 y gráfica 7)

Cuadro 7

METODO	No. PACIENTE	PORCENTAJE %
Ingesta de Medicamentos	36	67.92%
Cortarse las venas	7	13.2%
Ahorcamiento	5	9.4%
Inyección IV de aire	2	3.7%
Insulina subcutánea.	1	1.8%
Medicamentos/cortarse V.	1	1.8%

Gráfica 7. Métodos más utilizados en el intento suicida

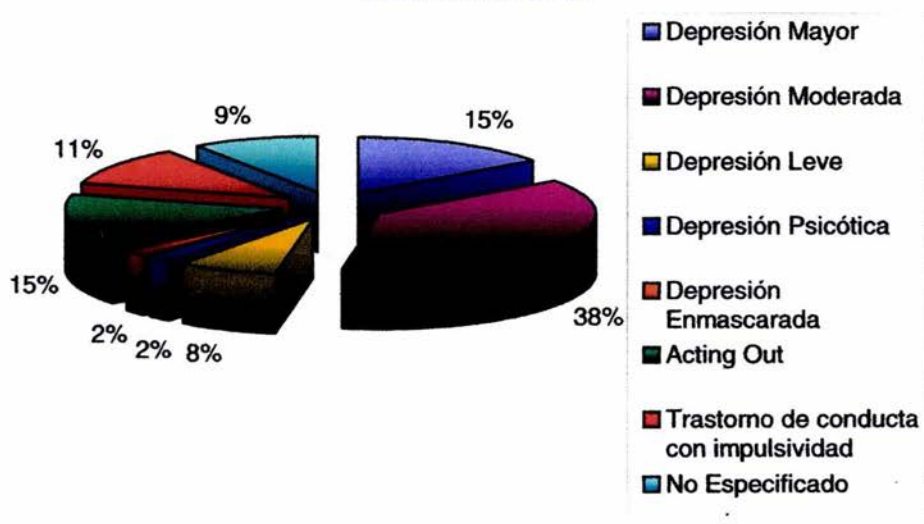


En el 90.5% (48) de los pacientes se logró establecer un diagnóstico paidopsiquiátrico, de los cuales el 37.7% (20) es depresión moderada, el 15% (8) corresponde a depresión mayor y Acting Out respectivamente, el 11.3% (6), presenta trastorno de conducta con impulsividad, en un 7.5% (4) se reporta trastorno depresivo leve, 1.8% (1) para depresión psicótica y lo mismo para depresión enmascarada, en un 9.4% (5) no se logró establecer un diagnóstico específico. (cuadro 8, gráfica 8)

Cuadro 8

DIAGNOSTICO PAIDOPSIQUIATRICO	No. PACIENTES	PORCENTAJE%
Depresión Mayor	8	15%
Depresión Moderada	20	37.7%
Depresión Leve	4	7.5%
Depresión Psicótica	1	1.8%
Depresión Enmascarada	1	1.8%
Acting Out	8	15%
Trastorno de conducta con impulsividad	6	11.3%
No Especificado	5	9.4%

Gráfica 8. Diagnóstico Paidopsiquiátrico en pacientes con intento de suicidio

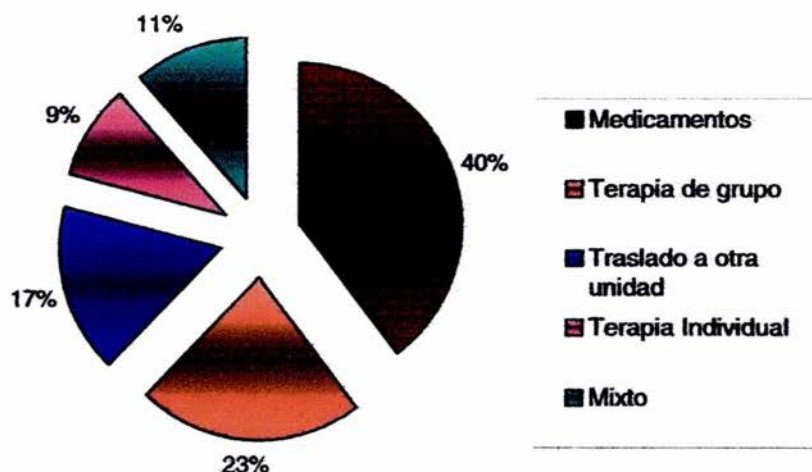


Con respecto al tratamiento utilizado el resultado fue de la siguiente manera: el 39.6% se manejó con medicamentos y terapia individual, el 22.6% (12) recibió terapia de grupo, un 16.9% se trasladó al Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro, el 11.3 % (6) recibió manejo mixto (terapia de grupo y manejo con medicamentos), y el 9.4% (5) se manejó únicamente con terapia individual. (cuadro 9, gráfica 9)

Cuadro 9

TRATAMIENTO ESTABLECIDO	No. PACIENTES	PORCENTAJE %
Medicamentos	21	39.6%
Terapia de grupo	12	22.6%
Traslado a otra unidad	9	16.9%
Terapia Individual	5	9.4%
Mixto	6	11.3%

Gráfica 9. Tratamiento establecido a los pacientes con diagnóstico de intento de suicidio



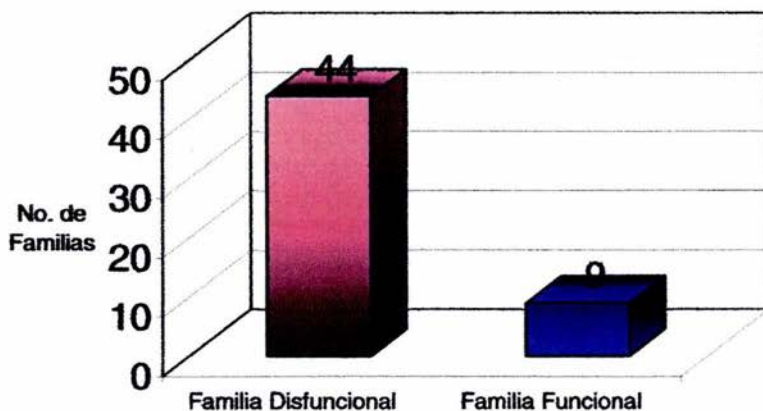
En cuanto a las enfermedades concomitantes se encontraron solamente en el 45.2% (24), de las cuales el asma es la más frecuente con 5.7% (3), seguida de la rinitis alérgica, depresión mayor, alteraciones en la conducta, déficit de atención, epilepsia, depresión moderada con 3.7% (2), y solo con 1.8% (1), trastornos de la personalidad, hipotiroidismo congénito, sinusitis, artritis reumatoide, bulimia. El abuso sexual se encontró en un 7.5% (4).

En cuanto a las familias de los pacientes se investigó el estado civil de los padres de los cuales el 39.6% (21) se encuentra divorciado, el 26.4% (14) separados, un 22.6% (12) casados, en unión libre y viudos(as) un 5.7% (3) respectivamente; en cuanto a la funcionalidad familiar el 83% (44) tiene una familia disfuncional, y solamente un 17% (9) tiene buena dinámica familiar. (cuadro 10, gráfica 10)

Cuadro 10

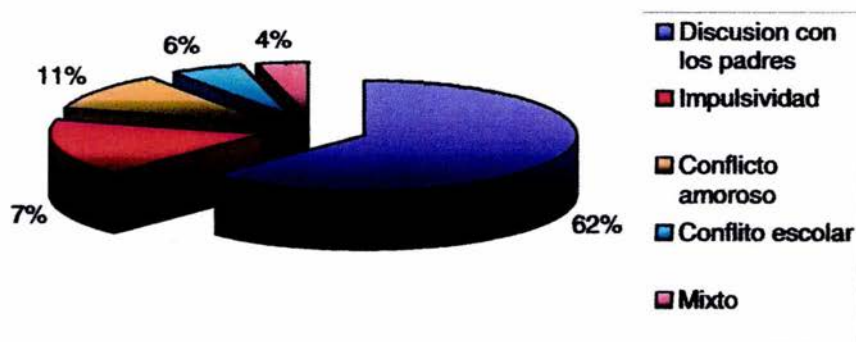
EDO. CIVIL DE LOS PADRES	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE %
Divorciados	21	39.6%
Separados	14	26.4%
Casados	12	22.6%
Unión Libre	3	5.7%
Viudos (as)	3	5.7%
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	No. FAMILIAS	PORCENTAJE %
Familia Disfuncional	44	83%
Familia Funcional	9	17%

Gráfica 10. Funcionalidad de las familias de los pacientes con intento de suicidio



En cuanto a los motivos que desencadenaron que los pacientes decidieran realizar el acto suicida se encuentra con un 62.2% (33) la discusión con los padres, posteriormente un 16.9% (9) lo ocupa la impulsividad, el 11.3% (6) un conflicto amoroso, los conflictos escolares representan el 5.7% (3), y conflictos mixtos 3.7% (2). (gráfica 11)

Gráfica 11. Motivos que desencadenaron el intento suicida



DISCUSIÓN:

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, el intento de suicidio en la edad pediátrica, es más frecuente en el sexo femenino, lo cual concuerda con hallazgos de estudios realizados. La edad en la que se presentó con mayor frecuencia es de 15 y 16 años, en pacientes con escolaridad media superior, en comparación con otros estudios donde se refiere mayor incidencia entre los 12 y 14 años, con escolaridad media básica.

En edades más tempranas es poco común, en este estudio encontramos pacientes desde los 9 años, en esta etapa el niño ya tiene bien definido lo que es el concepto de muerte. Al iniciarse la adolescencia el niño abandona los valores de los padres, busca su independencia emocional y su autonomía, sin contar con suficientes recursos psicológicos para enfrentar las frustraciones, además de que siente con gran intensidad sus emociones.

En nuestro estudio existía antecedente de intento de suicidio previo en el 32.1%, es decir en 17 adolescentes, se han realizado pocos reportes de los dobles o más intentos de suicidio en adolescentes, sobretodo en registros de literatura inglesa y francesa, sin embargo parece ser más frecuente de lo que se espera.

En cuanto al método utilizado encontramos una similitud con la reportada en la literatura, la ingesta de medicamentos es por mucho la forma más frecuente de intento de suicidio, lo cual se explica porque habitualmente en todos los hogares existen reservas de todos los fármacos consumidos por algún familiar, e incluso el mismo paciente.

En la literatura se reporta que la mayor parte de los intentos ocurren en los meses de invierno, sin embargo en nuestro estudio la mayor incidencia ocurrió en Mayo-Junio (primavera-verano), meses en que se llevan a cabo los

exámenes finales en las escuelas. Con respecto a la hora, se coincide con otros estudios, de lo cual se infiere que al concluir sus actividades diarias, el paciente no logra encontrar estímulos en el medio que lo rodea y se sumerge en una soledad, que lo impulsa hacia la autodestrucción.

Es significativo que la mayoría de los pacientes contaba con un diagnóstico psiquiátrico, lo cual está de acuerdo con las observaciones en la literatura en el sentido de que los jóvenes con trastornos psiquiátricos presentan un riesgo suicida 200 veces más elevado que el encontrado en la población general. Los diagnósticos revelan que entre los condicionantes del acto suicida destacan los cuadros depresivos y aquellos con síntomas impulsivos, así como el acting out (llamar la atención). La depresión constituye un riesgo importante para intentar o consumir el suicidio, aunque no se trate de un factor necesario.

La relevancia de los problemas familiares quedó establecida al comprobarse clínicamente la existencia de disfunciones en la dinámica familiar. Esto coincide con el hecho de que en la mayoría de los casos hubo conflictos familiares como factores desencadenantes del intento suicida; a diferencia con estudios realizados en países sajones, donde los factores precipitantes más comunes son de tipo amoroso. Los datos de este estudio muestran la relevancia de las ligas familiares en el medio mexicano donde su influencia es tan acentuada, para bien y para mal.

CONCLUSIONES:

De acuerdo al estudio realizado se concluye que las características predominantes en los pacientes pediátricos con intento de suicidio son:

1. El sexo más afectado fue el femenino.
2. El rango de edad más frecuente de los 15 a los 17 años.
3. La escolaridad media superior (preparatoria) o equivalente.
4. El mes donde se reportó mayor incidencia es en Mayo.
5. El horario más frecuente de realización del acto suicida fue de las 20 hrs a las 24 hrs.
6. Un tercio de los pacientes tenían antecedente de intentos de suicidio previos.
7. El método más usado es la ingestión de medicamentos.
8. Los motivos desencadenantes más frecuentes del intento suicida son los conflictos familiares.
9. La depresión es el principal diagnóstico paidopsiquiátrico.
10. La disfunción familiar es una característica muy frecuente en las familias de los pacientes con intento de suicidio.

Por lo que el área de salud no puede seguir postergando su participación en el conocimiento real del problema, insistiendo que el abordaje del mismo debe hacerse bajo la perspectiva multidisciplinaria, implementando mejores servicios de salud mental para niños y adolescentes, incluyendo el desarrollo de programas educativos, de prevención y de detección temprana.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Rivera Martínez C., Análisis criminológico del suicidio en el Distrito Federal. En: Psiquiatría 1998.14 (1): 33-44.
2. Tercero Quintanilla G., Perfil psicológico de adolescentes que intentaron suicidarse. En: RevMexPed 1999; 66 (5):197-202.
3. González Forteza C. Ramos Lira L. Vignau Brambila L., El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. En: Sal Ment 2001.24(6):16-25.
4. Aguilera Fernández M. Leyvas Pérez M., Intentos suicidas y suicidios consumados. En: ActPedMex 2003; 24(5): 316-322.
5. Saucedo García JM., El intento de suicidio en menores de edad. En: Rev Med IMSS 1998; 37 (2): 85-87.
6. Platas Vargas E. Saucedo García JM, Higuera Romero F., Funcionamiento psicosocial en menores que intentan el suicidio. En:Psiqu 1998.14 (2) :51-55.
7. Sánchez Guerrero O., Comprensión del suicidio del adolescente a través de conceptos del desarrollo. En: ActPedMex 2003; 24(5): 312-315.
8. González Forteza C. Berenzon S. Jiménez A., Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes. En: Salud Mental. Número Especial 1999. pp 145-153.
9. Vazquez Pizaña E. González Velásquez E. Rojo Quiñonez A., Intento de suicidio en adolescentes. En: Bol Hosp Infant de Sonora 1996.(2) :77-85.

10. Mondragón M. Borges G. Gutiérrez R., La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. En: Sal Ment 2000. 24(6): 4-15.
11. González Forteza C. Villatoro Velásquez J. Alcántar Escalera M.E., Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. En: Sal Ment 2002. 25(6); 1-12.
12. Saucedo García JM, Montoya Cabrera MA, Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia ¿ síntoma de depresión o de impulsividad agresiva?. En Bol Med Hosp Inf Mex 1997. 54(4):169-175.
13. Osornio Castillo L., Intento de suicidio en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar. En ArchMedFam 2001; 3(2): 33-39 .
14. González Forteza C. Berenzon S. Tello Granados A., Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. En: Sal Pub Mex 1998. 40(5): 430-437.
15. Celis De la rosa A., La salud de adolescentes en cifras. En: Sal Pub Mex 2003. 45(supl 1) :153-166.
16. Ajdacic Gross V. Wang J. Bopp M., Are seasonalities in suicide dependent on suicide methods? A reappraisal. En: Soc Scie Med 2003. 57:1163-1172.
17. Borges G. Rosovsky H. Gómez C., epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. En: Sal Pub Mex 1996; 38:197-206.