



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**“FACTORES ASOCIADOS AL INTENTO DE
SUICIDIO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL
INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA:

ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA

PRESENTA:

DRA. MYRENIA ALCANTAR MEJIA

HERMOSILLO, SONORA

AGOSTO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**“FACTORES ASOCIADOS AL INTENTO DE
SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL
INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA ”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA**

PRESENTA:

DRA. MYRENIA ALCANTAR MEJIA

DR. LUIS ANTONIO GONZALES RAMOS

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA

DR. VICTOR MANUEL CERVANTES VELAZQUEZ

**DIRECTOR GENERAL DEL HIES E
INVESTIGACIÓN H.I.E.S.**

DR. RAMIRO GARCÍA ÁLVAREZ

PROFESOR TITULAR CURSO UNIVERSITARIO

ASESOR:

DRA. ELBA VÁZQUEZ PIZAÑA

**JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL
ADOLESCENTE**

AGOSTO 2010

ÍNDICE

	Pag
Problema	1
Planteamiento del problema	2
Marco teórico	3
Objetivos	17
Material y métodos	18
Resultados	21
Discusión	49
Conclusión	54
Bibliografía	55
Anexo 1	60

RESUMEN

Introducción: La Organización Mundial de la Salud define el intento de suicidio como un acto de resultado no fatal en el que un individuo inicia un comportamiento no habitual que sin la intervención de los demás le causa daño.

Objetivo: Determinar los factores asociados al intento de suicidio en adolescentes en el Hospital Infantil del Estado de Sonora

Material y métodos: Estudio retrospectivo, de adolescentes con intento de suicidio atendidos en el Servicio de Medicina del adolescente del Hospital Infantil del Estado de Sonora. En el periodo de mayo 1998 a agosto del 2009. A todos los adolescentes se les efectuó una entrevista, la información se capturo en una hoja de cálculo Excel versión XP

Resultados: fueron 170 adolescentes 154 mujeres 90.5% y 16 hombres 9.4%, el promedio de edad de 14.9 años. Antecedentes familiar en orden de frecuencia fueron alcoholismo 84 casos 49.4%, seguida de patología crónica, violencia familiar, trastornos psiquiátrico, familia desintegrada, intento de suicidio. Antecedentes personales depresión 118 casos 69.4%, equivalentes depresivas 112 casos 65.8%, intento de suicidio previo 92 casos 54.1% seguido de toxicomanías, alcoholismo, abuso sexual, trastorno psiquiátrico, patología crónica. Otros factores asociados fueron falta de comunicación con los padres 116 casos 68.2%, desorganización familiar 108 casos 63.5% y poca o ninguna religiosidad 104 casos 61%. La causa desencadenante fue discusión familiar 47 casos 27.6%, el sitio del acto la recámara 65 casos 53%, el método empleado fue la ingesta de medicamentos 119 casos 70% el mas empleado fue la benzodiacepina y analgésico. El diagnostico psiquiátrico fue depresión 41 casos 24.1%.

Conclusión: El intento de suicidio se asocia a factores sucesos negativos de vida siendo de mayor importancia los del área familiar y personal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio es un problema de salud pública que ha aumentado en las últimas décadas, siendo la tercera causa más importante de muerte de jóvenes de 15 a 24 años. Se ha calculado que los intentos suicidas se presentan aproximadamente 70 veces más que los suicidios consumados y se ha identificado al intento como uno de los mejores predictores del suicidio consumado **(35)**

De acuerdo a literatura mundial y en nuestro país, se reporta que el intento de suicidio se esta incrementando cada vez mas entre los adolescentes, y hay discrepancias entre los factores de riesgo asociados al intento de suicidio, por lo que es necesario realizar un diagnostico y tratamiento oportuno, considerando que la depresión se encuentra asociada a este problema frecuentemente. **(34)**

En la actualidad se ha incrementado el interés en el estrés debido a que cada vez lo reportan más individuos como un padecimiento, o bien, como detonante de diversas alteraciones, en una investigación de los sucesos de vida “estresantes” se mencionan las situaciones estresantes, encontrando que presentaron sucesos negativos con un promedio de 19.3 eventos. El area mas afectada fue la familiar, esto confiere riesgo en la sintomatología depresiva y la conducta suicida **(35)**

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud define el intento de suicidio como un acto de resultado no fatal en el que un individuo inicia un comportamiento no habitual que sin la intervención de los demás le causa daño. Ideación suicida se refiere a los pensamientos de muerte o daño realizados por uno mismo y suicidio es el acto destructivo, autoinflingido fatal, con el objeto de morir (1, 2)

La Organización mundial de la salud mostró en el año 2001 un incremento del 62% en la tasa de mortalidad por suicidio en los últimos 15 años convirtiéndose México en el 6to país con tasa de crecimiento mas alto en suicidio en el periodo 1980 – 1999, en el año 2002 las tasas mas altas de suicidio en adolescentes se encuentran en Lituania, Rusia y Nueva Zelanda . Entre 1990 y 2000 el incremento fue del 150% para la población entre 5 y 14 años de edad, y del 74% entre la población de 17 a 24 años. La prevalencia mas elevada la presentan los estados de Chihuahua con 2.4%, seguida de Michoacán 1.8% y Tabasco con 1.79%, siendo los estados con menor prevalencia Jalisco, Guanajuato y Tlaxcala . Actualmente México ocupa el 4to lugar en América Latina en cuanto al numero de suicidios, siendo los primeros Cuba, Colombia y Brasil (3, 4, 2)

De acuerdo con datos del gobierno de Sonora y el Instituto Sonorense de la Juventud entre el periodo 1985-1999, 47% de los suicidios registrados los llevaron a cabo adolescentes. En Estados Unidos el suicidio permanece como la 3er causa de muerte entre los adolescentes, en un año 2 millones de adolescentes intentan suicidio en este país, presentando el 19% antecedente de intento de suicidio en el año previo a su ingreso (3, 5)

En Bogotá el suicidio es la segunda causa de muerte violenta, un 50% de las víctimas tienen entre 11 y 28 años de edad. En un estudio realizado en Perú en el año 2008 en 530 adolescentes entre 12 y 19 años se observó que un 33% presentó algún cuadro del espectro de ideación suicida, 31% deseaba morir, 21% pensó quitarse la vida y 18% ya había intentado suicidarse. En Europa atribuyen el incremento en la tasa de suicidio en adolescentes a que antes no se reportaban los casos como muertes por suicidio por cuestiones morales y religiosas, a que el nivel socioeconómico ha sufrido cambios, al incremento en educación terciaria en las mujeres, a disminución de los valores morales, y a que cada vez hay más familias desintegradas y mayor uso de tóxicos, lo cual también se ha incrementado (6, 7, 8)

El suicidio es un trastorno heterogéneo en el cual la propensión al comportamiento suicida implica procesos neurobiológicos entre los cuales se encuentran disminución de la neurotransmisión serotoninérgica en la región prefrontal ventral cerebral, zona que involucra el afrontamiento del estrés y la integración de la emoción. El suicidio y el comportamiento suicida parecen tener transmisión familiar, independientemente de transmisión de trastornos psiquiátricos mayores, algunos estudios realizados en adoptados y gemelos sugiere que el comportamiento suicida se transmite genéticamente y puede ser mediado por la transmisión de fenotipos; En gemelos la tasa de heredabilidad es del 21 – 50%, y en la población general es del 30%, parte de la heredabilidad se debe a alteraciones en el sistema de la serotonina sobre todo en la corteza prefrontal, alteraciones en los receptores, en la enzima triptófano hidroxilasa, alteraciones en los genes de la monoamino oxidasa y del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal, la asociación con alteraciones en la monoaminoxidasa se ha encontrado sobre todo en hombres (9, 10, 11, 12)

En una revisión realizada en Canadá en el año 2005 encontraron como factor de riesgo el acné severo como causa de depresión y suicidio sobre todo por el uso de isotetrinoína fármaco que a su vez causa depresión. En Colombia estudian a universitarios y determinan como factor de riesgo el “efecto de identificación” que refieren como conducta suicida que precipita otros intentos en un grupo de adolescentes con características similares lo cual se refiere a suicidio por imitación, de 197 menores de edad estudiados 4% presentaron ideación suicida, 2% ya tenían un intento previo y 30% presentaron riesgo de imitación; en USA se determina a esta imitación fenómeno “cluster” donde hay varios intentos e incluso suicidios con similitudes geográficas, temporales, tratándose de adolescentes expuestos a un mismo medio de comunicación o incluso con exposición personal a un suicidio (13, 6, 13)

En Chile realizan un estudio en el año 2008 donde aplican cuestionarios a pacientes entre 14 y 19 años de edad, 19% había intentado el suicidio en el último año, las ideas suicidas fueron más frecuentes en las mujeres y comprueban que los adolescentes con menor autoestima, mayor impulsividad, con problemas de cohesión familiar y menor apoyo social tienen mayor suicidalidad. En el año 2010 en España se toma como muestra 504 adolescentes con intento de suicidio y se encuentra que este es más frecuente en mujeres, las cuales tenían disfunción familiar y poca comunicación con los padres (15, 16)

En Colombia entre el año 2003 y 2005 se estudian 96 pacientes entre 11 y 18 años de edad con intento de suicidio, la edad más frecuente fue a los 16 años, 81% eran mujeres, 32% tenían problemas con sus maestros, 43% provenían de familia nuclear, el 18% eran hijos únicos, en el 83% primogénitos, en el 83% el factor desencadenante fueron los problemas

familiares, y el dx mas frecuente realizado por psiquiatría fue el de trastorno adaptativo, seguido de disfunción familiar y depresión (17)

En un artículo de revisión publicado en el año 2008 en USA se menciona como factores de riesgo para comportamiento suicida experiencias tempranas adversas como son abuso sexual, físico, pérdida temprana de objeto amoroso y trastorno de la personalidad cluster B (12)

En Uganda estudian a 370 jóvenes entre 12 y 18 años en el periodo 2005, donde comparan la ideación suicida con al afrontamiento al estrés, obtienen como resultado que las mujeres presentan mayor ideación suicida al tener mayor estrés social y con la pareja, mientras que en los hombres solo aumentó su ideación suicida el estrés con la pareja, en otro estudio realizado en Uganda en estudiantes el 21% de los hombres y 23% de las mujeres habían cometido intento de suicidio en los últimos 12 meses, y asocian el consumo de alcohol únicamente con las mujeres con intento de suicidio. En el 2007 se realiza un estudio en correccionales de USA en jóvenes de 15 años y encuentran como factor asociado el uso de solventes inhalados más que el alcohol y otras drogas de abuso (18, 19, 20)

En Nueva Delhi de los jóvenes entre 12 y 19 años de edad un 21% presenta ideas suicidas, un 11% ha intentado suicidio alguna vez en su vida, 20% de ellos intoxicado en el momento, y 42% de ellos no lo planearon (21)

Otros factores de riesgo observados en algunos estudios de USA son conflictos interpersonales y pérdidas como factores desencadenantes, el uso de tóxicos, desordenes mentales, entre más severo sea este mayor riesgo de intento de suicidio, otros padecimientos crónicos sobre todo diabetes mellitus y epilepsia (2)

En el 2008 se publica que no toda ideación o comportamiento suicida se debe a depresión ya que en un estudio 28% de los pacientes acepto sentirse triste y desesperanzado casi todos los días en las últimas 2 semanas (21, 22)

En China a diferencia de lo que sucede en el resto de los países se ha encontrado que las mujeres consuman mas el suicidio que los hombres, sobre todo en las áreas rurales (2)

En el Hospital Infantil de México, se identifican como factores de riesgo ser del sexo femenino siendo estas las que intenta mas el suicidio pero son los hombres los que mas lo consuman, similar a lo encontrado en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr Juan Navarro de la secretaria de salud se observo que de 65 pacientes estudiados con intento de suicidio 56 eran mujeres, con edad promedio de 15 años, 57% tenían padres separados y 2 terceras partes de los pacientes estaban deprimidos. En el 2006 se realiza otro estudio en México donde se comparan la depresión y la impulsividad encontrando que esta más asociada la depresión con el intento de suicidio en adolescentes que la impulsividad y esta fue más diagnosticada en hombres que en mujeres (1)

En el 2003 se publica un articulo en la revista Salud mental que coincide con los estudios ya mencionados en que son las mujeres las que intentan mas el suicidio siendo los hombres los que mas logran consumarlo, siendo los motivos desencadenantes mas frecuentes los problemas familiares, soledad, tristeza, y depresión (23)

En el 2007 se publica un estudio realizado en Guanajuato donde se estudian casos de suicidio en pacientes entre 8 y 14 años de edad, la mitad sufría de violencia familiar, 41% con maltrato físico, 31% psicológico, 3% abuso sexual y 10% negligencia (24).

En el año 2007 se realiza un estudio en la Universidad de Harvard donde pretenden realizar un test de asociación implícita de autolesión como predictor de ideación e intento de suicidio en adolescentes, donde se valoraba sobre todo factores demográficos y desordenes psiquiátricos, 2 jóvenes intentaron suicidio en los 6 meses de seguimiento posterior a la realización del test, cuyos resultados habían sido considerablemente mayores al resto del grupo que no cometió suicidio (25).

Entre los factores protectores del suicidio se encuentran el tener habilidades sociales que le permitan al adolescentes integrarse a grupos, poseer confianza en si mismo, tener capacidad de autocontrol, tener buena autoestima, buena autoimagen y autosuficiencia, desarrollar inteligencia y habilidades para resolver problemas, saber buscar ayuda en momentos difíciles, ser receptivo a las experiencias ajenas, mantener buenas relaciones interpersonales y tener el apoyo de los familiares, tienen menos tendencia a la ideación suicida, los indígenas, vivir en áreas rurales, los casados o que viven en unión libre y la escolaridad avanzada (26, 4)

En Suecia se publica en el año 2006 que los métodos mas utilizados son el ahorcamiento, arma de fuego, intoxicación y precipitación. En USA los métodos más utilizados son en orden de frecuencia arma de fuego, ahorcamiento y envenenamiento. En Cuba los medicamentos mas utilizados son las benzodiazepinas, seguidas de barbitúricos, antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivos, analgésicos, antibióticos y antihistamínicos. La Universidad de Veracruz realiza un estudio en escuelas del estado de Sonora y encuentran que los métodos mas utilizados son intoxicación por medicamentos en un 55%, corte de venas y precipitación (27, 2, 28, 3)

Las primeras medidas a seguir en un paciente que ingresa bajo cualquier padecimiento provocado por intento de suicidio al servicio de urgencias son colocar al paciente en un lugar seguro, fuera de objetos y sustancias letales, estabilizar al paciente de acuerdo al método usado, realizar una buena historia clínica cuando se esté en condiciones de la intervención, lo cual es crucial en el manejo posterior, la historia debe de incluir información acerca de ideación, plan, intentos de suicidio previos, accesos a armas letales o ciertos fármacos con alto potencial de intoxicación, enfermedad psiquiátrica, uso de drogas, enfermedades psiquiátricas o intento de suicidio, relación con los familiares, orientación sexual, estresores psicosociales recientes, razones para vivir, nota de suicidio, sustancias usadas previo al intento, método. Una vez recabada esta información se da un manejo mas dirigido al problema del paciente. Debe ser valorado por psicología, psiquiatría y en medicina del adolescente para establecer un manejo integral, así poder decidir en conjunto el egreso del paciente cuando se considere fuera de peligro. (5)

La serotonina y algunos de sus receptores se encuentran alterados tanto en el suicida como en el deprimido, los pensamientos suicidas pueden ocurrir o incrementarse en los primeros días de cualquier tratamiento antidepresivo, en varios estudios de metanálisis se acepta que hay un aumento de suicidalidad en niños usuarios de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, a pesar de que la farmacoterapia reduce las morbimortalidad en el suicidio la suicidalidad es un trastorno complejo que va mas allá de las acciones de los antidepresivos. (29)

Cualquiera que sea la causa que motiva a los adolescentes a autolesionarse o tratar de quitarse la vida estos no poseen un “control absoluto” de su vida y muerte, hay quienes han

sobrevivido a la autolesión aun teniendo una franca convicción y propósito de morir y hay quienes han muerto sin que este fuera su propósito real. (23)

En el Hospital Infantil del Estado de Sonora se han realizado diferentes estudios en adolescentes relacionados con factores que se asocian al intento de suicidio en adolescentes. **Cuadro 1 a 6**

Cuadro 1

AUTOR	Dra. Elba Vázquez Pizaña, Dr. Eduardo Mario Gonzáles Velázquez
NOMBRE	Características de intento de suicidio en adolescentes
OBJETIVO	Conocer las características de suicidio en adolescentes que acuden al Hospital Infantil del Estado de Sonora
MATERIAL	Estudio retrospectivo, transversal, observacional de los pacientes que ingresaron al Hospital Infantil del Estado de Sonora en el periodo del primero de Enero de 1993 al 1 de Diciembre de 1998, incluyendo a todos los adolescentes de 10 a 18 años. Se analizan las siguientes variables: edad, sexo, factor desencadenante, medio socioeconómico, procedencia, escolaridad, tipo de familia, relaciones de afecto y control, factores de riesgo asociados, características del intento, método utilizado, diagnóstico psiquiátrico, estancia hospitalaria, tratamiento, condiciones de egreso y evolución.
RESULTADOS	En los 5 años ingresan 4811 adolescentes, 30 con intento de suicidio con una tasa de 0.6%, 22 fueron mujeres y 8 hombres, 70% tenían de 15 – 18 años, moda de 16 años, 23% tenían intento de suicidio previo, 43% tenían pensamiento suicida, 66% tenían abuso de alcohol y drogas, 13% uso drogas y alcohol al momento del suicidio, en 6.7% había antecedente familiar de suicidio, 33% tenían padre alcohólico. La causa desencadenante fue motivo familiar en el 50%, impulsividad en 33%. El medio socioeconómico fue bajo en 96.6% . 96% tenían primaria o secundaria incompleta, 13% preparatoria incompleta. La familia era nuclear en el 70%, uniparental en 20% y extensa en 10%, disfuncional en el 70%. Se encontró desorganización familiar en 77%, falta de comunicación en 67%, riñas familiares constantes en 60%, depresión en 53%, ausencia de figura parental en 43%. 73% eran católicos. El lugar mas frecuente fue la recámara en 36%, entre las 12 y 24hrs 70%, los días jueves y viernes 50%, en verano 36%. El método mas utilizado fue la intoxicación 76%, con benzodiacepinas en 9 casos. No se especifico diagnóstico psiquiátrico en 46% de los casos.
CONCLUSION	Teniendo en cuenta los resultados se considera necesario a nivel profesional no perder la oportunidad de detectar presencia de ideas de suicidio en adolescentes que consulten profesionalmente. Hay que tener presente la asociación entre depresión e ideas de suicidio en adolescentes. Tomando en cuenta las siguientes características de vulnerabilidad: temperamento triste en la infancia, antecedente de depresión, conflictos sentimentales y consumo de drogas, alertar a familiares y adultos en contacto con adolescentes sobre los factores de riesgo detectados con e fin de incitarlos a buscar ayuda.
BIBLIOGRAFIA	<i>“Características de Intento de Suicidio en Adolescentes en el Hospital Infantil del Estado de Sonora”</i> . Tesis recepcional de: Dr. Eduardo Mario González Velázquez (Pediatria). Febrero 1998: 1 – 83 Vázquez PE, González VM, Rojo QA, Figueroa LR. Intento de Suicidio en adolescentes . Bol Med Hosp Infant Edo.1998;15 (2): 77-84 (30,31)

Cuadro 2

AUTOR	Dra. María Lourdes Pérez Hernández
NOMBRE	Depresión asociada con intento de suicidio en la adolescencia
OBJETIVO	Determinar los factores asociados al intento de suicidio de los adolescentes que acuden para su atención al Hospital Infantil del Estado de Sonora.
MATERIAL	Se realizó un estudio prospectivo, transversal y descriptivo de los adolescentes que acudieron para su atención por intento de suicidio en el periodo del 1 de octubre del 2001 al 31 de julio del 2002. Las variables fueron: antecedentes personales, familiares, factores asociados al intento, características del intento de suicidio y evolución. Se utilizó un instrumento auto – aplicable y validado para adolescentes.
RESULTADOS	Fueron 20 adolescentes. La edad promedio de presentación fueron 15 años con predominio del sexo femenino: relación 1.5:1; originarios de Hermosillo 15 casos 75%; presentando antecedentes de suicidios y/o suicidio en la familia en 5 casos 25% y en el paciente intento de suicidio en 10 casos 50%. El factor desencadenante fue familiar en 10 casos 50%; el lugar donde se realizó el acto fue en el baño en siete casos 35%; de 12:00 – 18:00hrs. en 8 casos 40%; el día lunes en 6 casos 30%; los meses fueron en abril y mayo en 8 casos 40% y la estación primavera en 9 casos 60%. La reacción inicial: arrepentimiento en 11 casos 55%. Tenían equivalentes depresivos 19 casos 95%; antecedentes de depresión 17 casos 85%. Calificaron para depresión por Birlson 14 casos 70%. Se confirmó el diagnóstico de depresión por psicología y/o psiquiatría en 10 casos 50%. Recibieron manejo hospitalario en 15 casos 75%, el promedio de estancia fue: un día. Egresaron por mejoría en 14 casos 93.3%. La evolución posterior al evento fue buena en 19 casos 95%.
CONCLUSION	Un intento de suicidio no debe de ser considerado como un evento aislado y sin trascendencia; exige una atención integral interdisciplinaria y multidisciplinaria.
BIBLIOGRAFIA	<i>“Relación de depresión y factores asociados con el intento de suicidio en la adolescencia”</i> . Tesis recepcional de: Dra. María Lourdes Pérez Hernández (Pediatria). Hospital Infantil del Estado de Sonora. Hermosillo Sonora a Septiembre 2002: 1 – 76 (32)

Cuadro 3

AUTOR	Elba Vázquez Pizaña , Ignacio Fonseca Chon, Juan Ramón Padilla Villarreal, María Lourdes Pérez Hernández , Norberto Gómez Rivera
NOMBRE	Estudio comparativo de adolescentes con intento de suicidio y sanos para determinar la utilidad de la escala de Birleson para el diagnóstico de depresión.
OBJETIVO	Determinar la utilidad de la Escala de Birleson para el diagnóstico de depresión en adolescentes con intento de suicidio y sanos
MATERIAL	Se realizó un estudio comparativo, en el periodo comprendido del 1 de diciembre de 2001 al 31 de marzo del 2004, comparando los adolescentes con intento de suicidio y sanos, seleccionados al azar con características similares en edad y sexo. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, factores socioculturales, factores de riesgo suicida, diagnóstico, tratamiento y evolución. Se utilizó la escala de Birleson la cual tiene un punto de corte de 15 para el diagnóstico de depresión. Para el análisis estadístico se utilizó chi cuadrada y T de student.
RESULTADOS	Se estudiaron 120 adolescentes , 60 con intento de suicidio y 60 sanos, predominó el sexo femenino, el promedio de edad fue de 14 años; originarios de Hermosillo 76%, predominó la religión católica 75%. La diferencia de los grupos fue que en adolescentes con intento de suicidio presentaron significancia estadística con los siguientes factores de riesgo: problemas familiares, toxicomanías, trastornos psiquiátricos, familia disintegrada y violencia familiar, en cuanto a los factores personales se encontró en equivalentes depresivas, depresión, intento de suicidio previo, disfunción familiar.
CONCLUSIÓN	Existen diferencias importantes en los 2 grupos de adolescentes, principalmente en los factores de riesgo familiar y depresivos. La escala de Birleson tiene gran utilidad para valorar la intensidad o nivel de depresión en adolescentes. Un adolescente con intento de suicidio debe tener una atención multidisciplinaria.
BIBLIOGRAFIA	<i>“Estudio comparativo de adolescentes con intento de suicidio y sanos para determinar la utilidad de la escala de Birleson para el diagnóstico de depresión”</i> . Tesis recepcional de: Dr. Juan Ramón Padilla Villarreal (Pediatria). Hospital Infantil del estado de Sonora. Septiembre 2004: 1-85. Vázquez PE, Fonseca ChI, Padilla VJ, Pérez HM, Gómez RN. <u>Diagnostico de Depresión con la Escala de Birleson en Adolescentes con Intento de Suicidio y Sanos.</u> Bol Cli Hosp. Infant Edo Son 2005;22(2):107-118 (33,34)

Cuadro 4

AUTOR	Dra. Eloisa Del Carmen García Grijalva
NOMBRE	Sucesos de vida en adolescentes con intento de suicidio
OBJETIVO	Conocer los sucesos de vida negativos presentes en adolescentes con intento de suicidio
MATERIAL	Estudio prospectivo, de agosto 2004 a marzo de 2006 de adolescentes con intento de suicidio atendidos en el Hospital Infantil del Estado de Sonora. Analizando datos sociodemográficos, familiares y personales, factores asociados y características del intento. Se utilizó instrumento auto-aplicable y validado de Sucesos de vida, para identificar los eventos negativos. Considerando puntuación anormal valores de T65 a 69 y de mayor riesgo >T69.
RESULTADOS	<p>Fueron 32 adolescentes, con edad promedio 15 años, predominaron mujeres relación 7:1, medio urbano 30(93.8%), medio socioeconómico medio 24(75%), antecedente familiar psiquiátrico 5(15.6%) e intento de suicidio 2(6.3%). En lo personal depresión 17 casos 53.1% e intento de suicidio previo 15 casos 46.9% y conducta de suicidio recurrente 5(15.6%). El factor desencadenante fue familiar 21(65.6%), ocurrió en hogar 26(81.6%). El diagnóstico fue depresión 13(72.2%). Manejo hospitalario en 23(71.9%), con estancia promedio de 2.5 días.</p> <p>Los adolescentes presentaron sucesos negativos con un promedio de 19.3 eventos; las áreas con más eventos estresantes de lo esperado fueron familiar</p> <p>19(59.4%), personal 17(53.1%) y problemas de conducta 14(43.4%) y puntuación mayor de T69 en familiar 13(40.6%), escolar 11(34.4%) y personal 10(31.3%), con riesgo para el adolescente de presentar alguna alteración en su salud.</p>
CONCLUSIONES	El intento de suicidio se asocia a sucesos negativos de vida siendo de mayor importancia los del área familiar y personal.
BIBLIOGRAFIA	<u>Sucesos de vida en adolescentes con intento de suicidio</u> . Tesis recepcional de: Dra. Eloisa del Carmen García Grijalva. (Pediatria). Hospital Infantil del Estado de Sonora. Octubre 2006: 1-98 (35)

Cuadro 5

AUTOR	Dr. Ángel Abraham Martínez Chacón
NOMBRE	Sucesos de vida en adolescentes con problemas emocionales
OBJETIVO	Conocer los sucesos de vida negativos presentes en adolescentes con problemas emocionales.
MATERIAL	Estudio prospectivo de agosto 2004 a diciembre 2007 de adolescentes con problemas emocionales. Se utilizo instrumento auto-aplicable y validado de Sucesos de vida, para identificar los eventos negativos. Considerando puntuación anormal valores de T65 a 69 y de mayor riesgo >T69.
RESULTADOS	Fueron 119 adolescentes con un predominio del sexo femenino 96 casos 80%, estudiaban 115 (96.6%). Fueron atendidos en orden de frecuencia por Intento de Suicidio 30 (25.2%), Depresión 28 (23.5 %), Ansiedad 24 (20 %), Trastornos de alimentación 18 (15.1%), Problemas de conducta 14 (12%) y Bajo rendimiento escolar 5 (4.2%). Los sucesos de vida negativos de alto riesgo fueron en orden de frecuencia familiares 48(40.3%), problemas conducta 27 (22.7%), salud 25(21%), personales 25 (21%), escolares 23(19.3%), sociales 20 (16.8%) y logros y fracasos 14 (11.7%). Con un promedio de 14
CONCLUSIONES	La familia debe de estar capacitada para fortalecer la espiritualidad, religiosidad, interioridad, resiliencia, valores y habilidades para la vida (sociales, cognitivas y control de emociones) en la adolescencia
BIBLIOGRAFIA	<u>“Sucesos de vida en adolescentes con problemas emocionales”</u> Tesis recepcional de: Dr. Ángel Abraham Martínez Chacón. (Pediatria). Hospital Infantil del Estado de Sonora. Enero 2009: 1-55 (36)

Cuadro 6

AUTOR	Dra Deborah Marlene Félix Saldaña
NOMBRE	Estudio de depresión en adolescentes con la escala de CES – D - R
OBJETIVO	Comparación del índice de depresión de una población de adolescentes atendidos en la consulta ambulatoria del Hospital General de San Luis Río Colorado Sonora y una población de adolescentes sanos que radica en San Luis Río Colorado
MATERIAL	Estudio comparativo transversal en el periodo comprendido de 1ero de marzo al 25 de junio del 2009. Se incluyeron 50 adolescentes que acudieron para su atención al Hospital General de San Luis Río Colorado Sonora de manera ambulatoria y 50 adolescentes sanos escogidos aleatoriamente en condiciones similares de edad y sexo. Se les aplico el cuestionario “Escala de depresión del Center for Epidemiologic Studies” (CES – D – R)
RESULTADOS	Fueron 100 adolescentes, 50 enfermos y 50 sanos, 44 hombres y 56 mujeres. De los cuales 1% presento evento depresivo, mientras que el 82% del total se encontraron en border line para depresión. Las áreas negativamente mas afectadas en el grupo de adolescentes enfermos fue la somatización y en el grupo de adolescentes sanos fue el área que representa la sensación de actividad retardada
CONCLUSIONES	Los adolescentes pediátricos ya sean enfermos ambulatorios o sanos presentan la misma posibilidad estadística de depresión y si bien solo se detecto un adolescente en depresión el 82% calificaron para riesgo de depresión
BIBLIOGRAFIA	“Estudio de depresión en adolescentes con la escala de CES – D – R” Tesis recepcional de Dra Deborah Marlene Felix Saldaña (pediatra) Agosto 2009: 1-60 (37)

OBJETIVOS

General.- Cuáles son los factores asociados al intento de suicidio en adolescentes en el Hospital Infantil del Estado de Sonora

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo de adolescentes que acudieron para su atención por intento de suicidio al servicio de adolescentes del Hospital Infantil del Estado de Sonora. En el periodo comprendido de mayo de 1998 a agosto 2009.

A todos los adolescentes se les efectuó una entrevista con énfasis en factores sociodemográficos obteniéndose los siguientes datos personales: Edad, sexo, escolaridad, factores predisponentes del intento suicida (psicológicos, familiares, escolares y sociales), historia personal y familiar de trastornos psiquiátricos, disfunción familiar, historia de abuso sexual o físico, tratamientos psiquiátricos previos y actuales.

Del intento se evaluaron circunstancias, método utilizado, intento previo, pensamiento suicidas recientes, conocimiento de la fatalidad el acto y premeditación.

La información se capturo en una hoja de cálculo Excel versión XP y el Las variables analizadas son:

1. Edad
2. Sexo
3. Escolaridad
4. Estado civil
5. Ocupación
6. Procedencia
7. Medio socioeconómico
8. Religión
9. Estructura familiar

10. Antecedentes familiares:

- a. Tipo de familia
- b. Madre: Edad, escolaridad, ocupación.
- c. Padre: Edad, escolaridad, ocupación.
- d. Numero de hermanos
- e. Lugar que ocupa en la familia
- f. Presencia de padre en el hogar
- g. Presencia de madre en el hogar
- h. Mas de 5 personas en la familia
- i. Violencia en la familia
- j. Jefe de familia
- k. 2 o mas miembros de la familia con empleo
- l. Ingresos familiares (clasificación social)
- m. Intento de suicidio y/o suicidios en la familia
- n. Patología crónica
- o. Toxicomanías
- p. Alcoholismo
- q. Problemas psiquiátricos, tratamiento psiquiátrico previo

11. Antecedentes personales.

- a. Toxicomanías
- b. Alcoholismo
- c. Abuso sexual
- d. Patología crónica
- e. Depresión

- f. Problemas psiquiátricos
 - g. Tratamiento psiquiátrico previo y/o actual.
12. Factores asociados al intento de suicidio (depresión)
13. Características del intento de suicidio
- a. Ideación suicida
 - b. Nota suicida.
 - c. Método empleado
 - d. Disponibilidad de método
 - e. Uso de alcohol y/o drogas al momento del intento.
 - f. Intento de suicidio previo. Atención médica, previo al intento.
 - g. Pensamiento-amenaza suicida.
 - h. Hora, día y mes del acto.
 - i. Lugar dónde cometió el acto.
14. Diagnóstico psiquiátrico.
15. Tratamiento
16. Estancia hospitalaria
17. Condiciones de egreso.

RESULTADOS

En el periodo de diez años fueron de 170 casos de intento de suicidio, el mayor número fue en el 2005 con 31 casos 18%, 2002 con 25 casos 15%, 2003 con 22 casos 13%, 2004 con 22 casos 13%. **Cuadro 1**

CUADRO No. 1

NUMERO DE CASOS POR AÑO DE INTENTO SUICIDIO EN ADOLESCENTES

N=170

ITEM	N	%
1998	2	1%
2001	7	4%
2002	25	15%
2003	22	13%
2004	22	13%
2005	31	18%
2006	16	9%
2007	16	9%
2008	11	6%
2009*	18	11%
Total	170	100%

*Agosto 2009

El intento de suicidio se presento en 154 mujeres 90-5% y 16 hombres 9.4%, con una relación de 9.6 a 1, el rango de edad fue de 10 a 19 años de edad, el promedio de edad de 14.9. El mayor número de casos se presento a los 16 años 40 casos 23.5%, seguida de 14 años con 36 casos 21.2%, 15 años con 35 casos 20.6%, 17 años con 27 casos 15.9%.

Cuadro 2

CUADRO No. 2

EDAD Y SEXO EN 170 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	N	%
10	0	1	1	0.6
11	0	4	4	2.3
12	0	6	6	3.5
13	0	16	16	9.4
14	3	33	36	21.2
15	2	33	35	20.6
16	5	35	40	23.5
17	5	22	27	15.9
18	1	3	4	2.3
19	0	1	1	0.6
Total	16	154	170	100

Por orden de frecuencia de Hermosillo procedían 109 casos 64%; de Guaymas 3 casos 2%, al igual que de Cumpas, Bahía de Kino y Costa de Hermosillo; en Sahuaripa y San Pedro el Saucito se presentan dos casos 1% en cada ciudad; y el resto provenían de Mexicali, bachantahui, Nogales, Caborca, magdalena, Huachinera, Aconchi, Villa Pesqueira, Matape, Banamichi, Imuris, Huepac, Navolatos, Sinaloa, no se especifico en 27 de los casos 16%. **Cuadro 3**

CUADRO No. 3

PROCEDENCIA DE 170 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

ITEM	N	%
Hermosillo	109	64%
Poblado Miguel Alemán	3	2%
Guaymas	3	2%
Cumpas	3	2%
Bahía de Kino	3	2%
Costa de Hermosillo	3	2%
Sahuaripa	2	1%
San Pedro el Saucito	2	1%
Agua Prieta	2	1%
Mexicali	1	1%
Bachantahui	1	1%
Nogales	1	1%
Caborca	1	1%

Magdalena	1	1%
Huachinera	1	1%
Aconchi	1	1%
Villa Pesqueira	1	1%
Matape	1	1%
Banamichi	1	1%
Imuris	1	1%
Huepac	1	1%
Navolatos, Sin	1	1%
NoEspecificado	27	16%
Total	170	100%

En relación al medio socioeconómico recibían un poco más del salario mínimo, pertenecían a familia integrada con menos de ocho miembros en la familia 40 casos 23.5% seguida de familias con sueldo mínimo, integrada y mayor de ocho miembros en la familia en 36 casos 21.2%, las otras clasificaciones se presentaron con menor frecuencia y no se especificaron en 69 casos 40.5%

CUADRO No. 4

NIVEL SOCIOECONÓMICO EN 170 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

ITEM	N	%
A	1	0.6
B	3	1.8
C	36	21.2
D	40	23.5
E	5	2.9
F	6	3.5
G	1	0.6
I	1	0.6
J	8	4.7
No especifican	69	40.5
Total	170	100

Fuente: Trabajo social Hospital Infantil e Integral de la Mujer del Estado de Sonora (HIES-HIMES)

Clasificación social HIES

CLASIFICACIÓN	SALARIO	FAMILIA	MIEMBROS	FORANEO
A	UNICO EVENTUAL	INCOMPLETA	>8	+
B	UNICO	INTEGRADA	>8	
C	MINIMO	INTEGRADA	> 8	
D	MAYOR AL MINIMO	INTEGRADA	< 8	
E	SUFICIENTE	INTEGRADA	< 8	
G*	COBERTURA ESCOLAR			
J*	SERVICIO MEDICO O CASO MEDICO LEGAL			
H	NIVEL ALTO			

Clasificación social del Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora (HIMES)

CLASIFICACIÓN	SALARIO	FAMILIA	MIEMBROS	FORÁNEO
A	ÚNICO EVENTUAL	INCOMPLETA	>8	+
B	ÚNICO	INTEGRADA	>8	
C	MÍNIMO	INTEGRADA	> 8	
D	MAYOR AL MÍNIMO	INTEGRADA	< 8	
E	SUFICIENTE	INTEGRADA	< 8	

El promedio de escolaridad fue de 7.3 años, tenían 9 años de escolaridad en 46 casos 27% sabían leer y escribir 167 casos 98.2%. Tenían asistencia escolar al momento del estudio 98 pacientes 57.6%, no tenían otros estudios en 64 casos 37.6%, terminaron la secundaria 16 casos 9.4% y preparatoria 5 casos 2.9%. **Cuadro 5**

CUADRO No. 5

ESCOLARIDAD DE 170 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

N=170

ITEM	N	%
Primaria	5	2.9
Primaria incompleta	16	9.4
Secundaria	16	9.4
Secundaria incompleta	77	45.3
Preparatoria	5	2.9
Preparatoria incompleta	46	27
No especifican	5	2.9
TOTAL	170	100

Promedio de escolaridad : 7.3 años de 164

En relación con los antecedentes familiares, el promedio de edad de las madres fue de 39 años de 163, ya que eran finadas tres y no se especifico edad en cuatro casos. Eran analfabetas 3 casos 1.8%, tenían primaria completa 35 casos 20.5%, secundaria completa 48 casos 28.5% secundaria incompleta 19 casos, preparatoria 10 casos 5.9%, no eran profesionistas en 12 casos 7%, no se especifico en 16 casos 9.4%. Se dedicaba al hogar 91 casos 53.5%.

El promedio de edad de los padres fue de 42.7 años de 145, ya que eran finados 6 casos 3.5% y no se especifico 19 casos 11.1%.

Eran analfabetas 3 casos 1.8%; primaria completa 23 casos 13.5%, secundaria 38 casos 22.3%, preparatoria completa 14 casos 8.2%, profesionistas en 9 casos 5.3%, no se especifico 41 casos 24.1%, trabajaban en 105 casos 61.7%. **Cuadro 6**

CUADRO No. 6

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE 170 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

ITEM	PADRES	%	MADRES	%
Analfabeta	3	1.8	3	1.8
Primaria	23	13.5	22	20.5
Primaria incompleta	28	16.5	22	12.9
Secundaria	38	22.3	48	28.5
Secundaria incompleta	9	5.3	19	11.1

Preparatoria	14	8.2	10	5.9
Preparatoria incompleta	4	2.3	2	1.2
Profesionista	9	5.3	12	7
Técnico	1	0.6	3	1.8
No especifican	41	24.1	16	9.4
Total	170	100	170	100

En lo que respecta a la esfera familiar era familia integrada por padre y madre 72 casos 42.3%, desintegrada 34 casos 20%, eran hijo único en tres casos, el rango de hermanos fue de 1 a 9 con un promedio de 2.2.

Tenían dos hermanos en 63 casos 37%, eran primogénitos en 65 casos 38.2%, el segundo orden en 38 casos 22.3% y el tercer orden en 32 casos 18.8%, había menos de 5 personas en el hogar en 88 casos 51.7%

Había presencia en el hogar de la madre en 138 casos 81.1% y del padre en 92 casos 54.1%. El jefe de familia fue el padre en 52 casos 30.5% y la madre en 49 casos 28.8%, tenía trabajo un integrante de la familia en 69 casos 40.5%.

De los antecedentes de riesgo familiar había antecedentes de alcoholismo en 84 casos 49.4%, tratándose del padre en 43 casos 51%, toxicomanía en 58 casos 34.1%, en el padre 27 casos 46.5%, lo más frecuente fue el tabaquismo en 10 casos 12%.

Tenían familiar con patología crónica en 63 casos 37%, siendo la madre en 12 casos 20%, la patología más frecuente la diabetes mellitus en 32 casos 50.7%. Existía antecedente de trastorno psiquiátrico en 43 casos 25.3%, siendo la depresión en 9 casos 20.9% en la madre en 12 casos 28%.

Tenían algún tipo de violencia familiar psicológica y/o física en 61 casos 35.9% siendo y antecedente de intento de suicidio 22 casos 12.9%. **Cuadro 7**

CUADRO No. 7

FACTORES FAMILIARES EN 170 PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

ITEM	N	%
Familia desintegrada	34	20
Violencia familiar	61	35.9
Alcoholismo	84	49.4
Toxicomanías	58	34.1
Patología crónica	63	37
Trastornos psiquiátricos	43	25.3
Intento de suicidio	22	25.4

De los antecedentes personales eran solteros 152 casos 89.4%, unión libre 5 casos 2.9%, divorciados un caso, no se especifico en 12 casos 7 %. Eran católicos 116 casos 68.6%, cristiana 11 casos 6.4%, sin religión 28 casos 16.4%.

Tenían intentos de suicidio previos 92 casos 54.1%, un intento en 65 casos 42.2%, dos intentos 12 casos 7.8%, tres intentos siete casos 4.7%, cuatro intentos un casos 0.6%, siete intentos 1.3%, veinte un caso 0.6%.

Había antecedente de equivalentes depresivas en 112 casos 65.8%, depresión 105 pacientes 61.8%, toxicomanía 35 casos 20.5%; la más frecuente fue el tabaquismo en 12 casos 34%, alcoholismo 34 casos 20%, antecedente de abuso sexual 31 casos 18.2% (el abusador fue un desconocido en 15 casos 48.3%, familiar 5 casos 16.1% , padrastro 4 casos 12.9%, amigos de la familia 3 casos 9.6%, maestro 2 casos 6.4%). El adolescente tenían algún trastorno psiquiátrico ya diagnosticado 20 casos 11.8%, depresión en 7 casos 35%; estaban bajo tratamiento psiquiátrico 19 casos 11.2% con psicoterapia en 6 casos 31.5%; tenían alguna patología crónica 14 casos 8.2%, siendo mas frecuente la epilepsia con 4 casos 28%.

Cuadro 8

CUADRO No. 8

FACTORES DE RIESGO PERSONALES EN 170 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

ITEM	N	%
Intento de suicido previo	92	54.1
Equivalentes depresivas	112	65.8
Depresión	118	69.4
Toxicomanías	35	20.5
Alcoholismo	34	20
Abuso sexual	31	18.2
Trastorno psiquiátrico	20	11.8
Tratamiento Psiquiátrico	19	11.2
Patología crónica	14	8.2

Dentro de los factores de riesgo asociados al intento de suicidio por orden de frecuencia se presento depresión en 118 casos 69%; falta de comunicación con los padres 116 casos 68.2%, equivalentes depresivas 112 casos 65.2%, tenían desorganización familiar 108 casos 63.5%, poca o ninguna religiosidad 104 casos 61%, impulsividad 99 casos 58.2%, ausencia de figura parental significativa 95 casos 55.8%; intentos de suicidios previos 92 casos 54.1%, perdida temprana de objeto amoroso 90 casos 52.9%, sentimiento de rechazo familiar en 87 casos 51.2%, incapacidad para afrontar el estrés cotidiano 85 casos 50% y otros. **Cuadro 9**

CUADRO No. 9

FACTORES ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN 170 ADOLESCENTES
CON INTENTO DE SUICIDIO

ITEM	N	%
Depresión	118	69
Falta de comunicación con los padres	116	68.2
Equivalentes depresivas	112	65.2
Desorganización familiar	108	63.5
Poca o ninguna religiosidad	104	61
Impulsividad	99	58.2
Ausencia de figura parental significativa	95	55.8
Intentos anteriores de suicidio	92	54.1
Perdida temprana de objeto amoroso	90	52.9
Sentimientos de rechazo familiar	87	51.2

Incapacidad de afrontar el estrés cotidiano	85	50
Riñas familiares constantes	83	48.8
Agua corriente	76	49.7
Familia destruida	75	44.1
Dificultades escolares	75	44.1
Solitario – abandonado	69	40.5
Dificultades financieras	65	38.2
Aislado	61	35.9
Madre menor de 20 al nacer su hijo	57	33.5
Pensamientos o amenazas suicidas	57	33.5
Ansiedad intensa	54	31.8
Fracaso escolar	52	30.5
Agresión inhibida – reprimida	51	30
Perdida reciente de objeto amoroso	40	23.5
Patrones neuróticos de comportamiento	40	23.5
No aceptación imagen corporal	40	23.5
Alcoholismo	35	20.6
Cambio de residencia	34	20
Desempleo	31	18.2
Cambios de escuela	28	16.5
Prácticas religiosas	24	14
Madre soltera	21	12.3
Uso de drogas	20	11.8
Suicidas en la familia o medio ambiente	19	11.2

Manifestaciones psiquiátricas	18	10.6
Antecedentes policiales familiares	18	10.6
Tratamientos psiquiátricos anteriores	16	9.4
Antecedentes policiales	8	4.7
Pertenencia banda juvenil	8	4.7
Enfermedad psiquiátrica grave	7	4.1
Religión evangélica	4	2.4
Hijo adoptivo	1	0.6
Participación en tráfico de drogas	1	0.6

En relación a las características del intento de suicidio el acto fue planeado en 132 casos 77.6%, existía disponibilidad del método 113 pacientes 66.5% y no tomaron precauciones para no ser descubiertos 110 pacientes 64.7%. **Cuadro 10**

CUADRO No. 10

CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO SUICIDA EN 170 PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

ITEM	N	%
Planeado	132	77.6
Disponibilidad de método	113	66.5
No tomo precauciones para no ser descubierto	110	64.7
Con conocimiento de la letalidad	69	40.6
Aislado	65	38.2
Ambivalencia ante la vida y la muerte	58	34.1
Pensamiento suicida	50	29.4
Intento de obtener ayuda	52	30.6
En presencia de alguien	22	12.9
Atención medica	21	12.3
Nota suicida	14	8.2
Uso de drogas y alcohol	12	7

El lugar donde se realizo el acto en orden de frecuencia fue en casa en 120 casos 70.5% en la recamara en 64 casos 53%, seguido de la escuela 11 casos 6.5%, vía pública en 8 casos 4.7 % y no se especifico en 11 casos 6.5. **Cuadro 11**

CUADRO No. 11

LUGAR DE REALIZACIÓN DEL ACTO SUICIDA EN 170 PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

ITEM	N	%
Casa	120	70.5
Escuela	11	6.5
Vía publica	8	4.7
Casa de familiar	6	3.5
Casa de conocido	5	2.9
Trabajo	3	1.8
Casa hogar	3	1.8
Hotel	1	0.6
Hospital	1	0.6
Prisión	1	0.6
No especificado	11	6.5
Total	170	100

El factor precipitante del acto en orden de frecuencia fue una discusión familiar en 47 casos 27.6%, problemas familiares 19 casos 11.1%; discusión con el esposo o le novio en 17 casos 10%; no existía patrón precipitante 2 casos 1.2%; y no se especifico 16 casos 9.4%. Otros factores desencadenantes fueron: depresión/tristeza, problemas escolares, poca comprensión por familiares, problemas por amigos, muerte reciente de persona cercana, restricción de privilegios, alejamiento de objeto amoroso, abuso sexual y enojo. **Cuadro 12**

CUADRO No. 12

FACTOR PRECIPITANTE EN 170 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

ITEM	N	%
Discusión con familiar	47	27.6
Problemas familiares	19	11.1
Discusión novio o esposo	17	10
Depresión/tristeza	16	9.4
No especifican	16	9.4
Problema escolar	6	3.5
Poco comprendido por familiares	5	2.9
Problemas con amigos	5	2.9
Muerte reciente de persona cercana	4	2.3
Restricción de privilegios	4	2.3
Alejamiento de objeto amoroso	4	2.3
Abuso sexual	4	2.3

Impulsividad	4	2.3
Enojo	3	1.8
Ninguno	2	1.2
Violencia familiar	1	0.6
No conforme con apariencia física	1	0.6
Problemas de salud en familiar	1	0.6
Adicción familiar a drogas	1	0.6
Incapacidad de resolver problemas	1	0.6
Escucho voces	1	0.6
Desesperación	1	0.6
Broma	1	0.6
Cefalea	1	0.6
Arraigo	1	0.6
Idea suicida obsesiva	1	0.6
Robo	1	0.6
Total	170	100

El método mas utilizado para realizar el acto en orden de frecuencia ingesta de medicamentos 119 casos 70%, arma blanca 22 casos 12.9%; ahorcamiento 12 casos 7%; no se especifica 2 casos 1.2%. Otros métodos fueron utilización de productos de limpieza, raticidas, combinación de drogas; arma de fuego, precipitación de un segundo piso y precipitación a vehiculo de motor en movimiento. Los medicamentos mas utilizados fueron las benzodiacepinas y los analgésicos en 16 casos 13% respectivamente. **Cuadro 13**

CUADRO No. 13

MÉTODO EMPLEADO EN 170 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

MÉTODO	N	%
Medicamentos	119	70
Arma blanca	22	12.9
Ahorcamiento	12	7
Productos de limpieza	3	1.8
Raticida	3	1.8
Drogas	3	1.8
Arma de fuego	2	1.2
Precipitación	1	0.6
Vitaminas	1	0.6
Vehiculo de motor	1	0.6
Arma blanca y medicamentos	1	0.6
No especifican	2	1.2
Total	170	100

La hora acto suicida por orden de frecuencia fue de las 19:00 a las 23:00hrs con 45 casos 6.5%; de 13:00 a 18:00hrs en 40 casos 23.5%; de 7:00 a 12:00hrs en 35 casos 20.6%; entre las 0:00 a las 6:00hrs en 23 casos 13.5%; y no se especifica 27 casos 15.9%. El promedio fue de 13.7 hrs. **Cuadro 14**

CUADRO No. 14

HORA DEL ACTO SUICIDA EN 170 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

HORA	N	%
19:00 – 23:00	45	26.5
13:00 – 18:00	40	23.5
07:00 – 12:00	35	20.6
00:00 – 06:00	23	13.5
No especifican	27	15.9
TOTAL	170	100

Promedio: 13.7 horas

El día en que se realizó el acto en orden de frecuencia fue martes 20 casos 11.8%, jueves 20 casos 11.8%, lunes 19 casos 11.2%, viernes 17 casos 10%, sábado 17 casos 10%, domingo 17 casos 10%, miércoles 11 casos 6.5% y no se especifica el día del acto en 49 casos 23.8%. **Cuadro15.**

CUADRO 15

DIA DEL ACTO SUICIDA EN 170 PACIENTES CON INTENTO SUICIDA

ITEM	N	%
Martes	20	11.8
Jueves	20	11.8
Lunes	19	11.2
Viernes	17	10
Sábado	17	10
Domingo	17	10
Miércoles	11	6.5
No especifican	49	23.8
Total	170	100

El mes en que se realizo el acto en orden de frecuencia fue abril con 18 casos 10.6%, enero 17 casos 10%; marzo 17 casos 10%, mayo 17 casos 10%, agosto 17 casos, no se especifica en 10 casos 5.8%. **Cuadro 16.**

CUADRO No. 16

MES DEL ACTO SUICIDA EN 170 PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

ITEM	N	%
Abril	18	10.6
Enero	17	10
Marzo	17	10
Mayo	17	10
Agosto	17	10
Junio	15	8.8
Octubre	15	8.8
Julio	13	7.6
Febrero	11	6.5
Noviembre	11	6.5
Septiembre	5	2.9
Diciembre	4	2.3
No especifican	10	5.8
Total	170	100

La reacción inicial fue de arrepentimiento en 74 casos 43.5%, desesperación 37 casos 21.8%; enojo 32 casos 18.8%, no se especifica en 3 casos. Otras reacciones iniciales fueron: indiferencia, depresión/tristeza, frustración, irritabilidad, agresión, frustración, somatización, y ansiedad. **Cuadro 17**

CUADRO No. 17

REACCIÓN INICIAL EN 170 PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

ITEM	N	%
Arrepentimiento	74	43.5
Desesperación	37	21.8
Enojo	32	18.8
Indiferencia	10	5.8
Depresión/tristeza	5	2.9
Irritabilidad	2	1.2
Agresión	2	1.2
Frustración	1	0.6
Cubrir heridas	1	0.6
Somatización	1	0.6
Ansiedad	1	0.6
Ninguna	1	0.6
No especifican	3	1.2
Total	170	100

El diagnóstico psiquiátrico fue depresión en 41 casos 24.1%, se asocia a trastorno alimenticio en 4 casos, a impulsividad en 3 casos, a personalidad límite en 3 pacientes, a duelo en un caso, a patología crónica en un caso, a impulsividad un caso y personalidad límite un caso.

Se diagnóstico impulsividad en 11 casos 4.1%, se asocia a trastorno de la personalidad y poca tolerancia a la frustración en 2 casos, a personalidad inmadura en 2 casos y a ansiedad un caso. Otros diagnósticos psiquiátricos fueron: trastorno límite de la personalidad, trastorno y déficit de atención, trastorno psicótico, personalidad inmadura, retraso mental; trastorno alimenticio asociado a abuso sexual y a epilepsia, poca tolerancia a la frustración, Gilles de la Tourette, demanda de atención, drogadicción y abuso infantil y abandono. no se realiza evaluación en 18 casos 10.6% y no se especifica en 18 casos 10.6%. Se les aplica escala de Birlenson a 145 pacientes, de los cuales se obtiene un puntaje mayor a 14 sugestivo de depresión en 93 pacientes 54.7%.

CUADRO No. 18

DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO EN 170 PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

ITEM	N	%
Depresión	34	20
Impulsividad	11	4.1
Trastorno límite de la personalidad	5	2.9
TDAH	3	1.8
Trastorno psicótico	3	1.2

Personalidad Inmadura	2	1.2
Retraso mental	2	1.2
Trastorno alimenticio	2	1.2
Poca tolerancia a la frustración	2	0.6
Gilles de la tourette	1	0.6
Demanda de atención	1	0.6
Drogadicción	1	0.6
Abuso infantil / abandono	1	0.6
No especifican	70	41.2
Ninguno	18	10.6

Fueron atendidos en forma ambulatoria 115 casos 67.6%, hospitalizados 49 casos 28.8%, realizando lavado gástrico en 28 casos 16.4%. En los adolescentes hospitalizados la estancia fue menor de un día en 41 casos 24.1%, un día 30 casos 17.6%, dos días 17 casos 10%, tres días 7 casos 4.1%, cuatro días 6 casos 3.5%, cinco días tres casos 1.8%, 6 días un caso 0.6%, siete días 2 casos 1.2%, ocho días un caso 0.6%, 16 días un caso 0.6%, no se especifica 12 casos 7%. Con un promedio de 2.8 días.

Todos los adolescentes fueron evaluados por medicina del adolescente, psicología y/o psiquiatría, recibieron psicoterapia 33 casos 19.4%.

El tratamiento psiquiátrico fue el siguiente psicoterapia 12 casos 7.05%, antidepresivo un caso, ansiolítico un caso, antipsicótico un caso, antiepiléptico un caso, antiepiléptico, ansiolítico y anti psicótico un caso, antidepresivo y anti psicótico un caso, sin tratamiento 45 casos 26.4%, no especificado 107 casos. 62.9%

Fueron dos defunciones, una adolescente de 15 años por ingesta de veneno para ratas la cual tuvo unas horas de estancia hospitalaria y un adolescente de 18 años que fue atendido previamente por intento de suicidio asociado a depresión, abandono familiar, niño de la calle, con antecedente de uso de drogas, se encontró colgado con su propia ropa de una viga, tomando esta decisión por presentar una crisis de depresión por falta de droga, que fue encontrado por sus amigos menores de edad.

En el intento previo se refirió a casa de tutores de donde se escapó, él recibió manejo para depresión.

DISCUSIÓN

En el Hospital Infantil del Estado de Sonora en el periodo de 2007 al 2009 se atendieron 47 adolescentes con intento de suicidio que ameritaron hospitalización, la OMS reporta que en el año 2000 se incrementa la tasa de suicidio en un 150% entre los adolescentes, año en el cual presentamos la menor incidencia, pero comparado con los años anteriores se encuentra un aumento en la incidencia de más del 100%, para después disminuir después del año 2005, probablemente la baja incidencia reportada en el periodo 1998 – 2001 se deba a un subregistro y subdiagnóstico de los casos, una de las razones que se exponen en una publicación de Europa como incremento de tasa de suicidio (2,3, 4)

El intento de suicidio predomina en el género femenino, presentándose en 154 casos 90.5% con una relación de 9.1 a 1, lo cual concuerda con la estadística a nivel mundial y con la bibliografía regional revisada. El promedio de edad fue de 14.9 años lo cual indica que el intento de suicidio se presenta a edades más tempranas que en el estudio previo realizado en este hospital hace 11 años donde se reporta la edad de 15 a 18 años. lo cual es similar a otros estudios realizados. (1,15,17, 30,31)

La mayoría de los adolescentes provenían de Hermosillo 109 casos 64%, lo que indica que vivir en medio urbano representa un factor de riesgo para el intento de suicidio lo cual se menciona en un estudio realizado en México donde mencionan varios factores protectores entre ellos vivir en medio rural- (4)

El promedio de escolaridad fue de 7.3 años, muy bajo considerando que la mayoría de los pacientes tenían entre 15 y 18 años de edad, tenían secundaria completa solo 77 casos 45.3%. similar a otros estudios realizados (1,15,17,30,31)

Dentro de los antecedentes familiares encontramos que las madres tenían secundaria completa en 48 casos 28.5%, y los padres en 38 casos 22.3% representando la mayoría lo

que nos indica que los padres también tenían un bajo nivel de escolaridad, a diferencia de Europa donde tienen como factor de riesgo que las mujeres acudían cada vez mas a la educación terciaria (8)

Tenían familia nuclear en 72 casos 42.3% en comparación al 70% encontrado en la publicación de 1998, lo cual nos indica que cada vez hay mas desintegración familiar lo cual representa un factor de riesgo para el intento suicida en adolescentes de este estado, lo cual se expone en otras publicaciones. (1)

Eran primogénitos en 65 casos 38.2% de los pacientes, siendo este menos frecuente en hermanos menores, en un estudio realizado en Colombia también en adolescentes con intento de suicidio donde encuentran que el 83% de los pacientes estudiados eran primogénitos (1, 30, 4)

Dentro de los factores de riesgo familiares mas importantes se encontró el alcoholismo en un 50% de los casos, seguido de patología crónica 63 casos 37% y violencia familiar 61 casos 35.9%, a diferencia de un estudio realizado en Guanajuato donde exponen la violencia familiar como principal factor de riesgo de intento de suicidio en adolescentes (24)

Los factores personales mas importantes fueron en primer lugar el intento de suicidio previo en 154 casos 90% de los pacientes, estos tenían entre 1 y 20 intentos, con un promedio de 2.6 intentos, en el estudio previo realizado en este hospital en 1998 el antecedente de suicidio se presenta solo en un 23% de los pacientes estudiados, otro dato mas que nos confirma que el intento de suicidio es cada vez mas frecuente entre los adolescentes. Al intento de suicidio previo le sigue equivalentes suicidas 116 casos 68% y

depresión 105 casos 61.8%, que es el diagnóstico psiquiátrico previo más frecuente 7 casos 35%, el diagnóstico más frecuente en pacientes que ameritaron atención hospitalaria 41 casos 24.1% y la patología psiquiátrica más encontrada en los familiares 20 casos 20.9% , esto nos muestra la importancia de este factor de riesgo para intento de suicidio en adolescentes y la posible transmisión hereditaria del mismo, al haber factores genéticos asociados a la depresión, en el Hospital Infantil de México se encuentra que dos terceras partes de los pacientes estudiados presentaron depresión (9, 10, 11, 12,30,31)

Otros factores asociados al intento de suicidio fueron falta de comunicación con los padres 116 casos 68.2%, las riñas familiares 83 casos 48%, tenían desorganización familiar 108 casos 62%, lo que refuerza la idea de que los problemas familiares representan un gran actor de riesgo, en Chile toman como factor de riesgo la falta de cohesión familiar había, otros factores de riesgo identificados fueron poca religiosidad en 104 casos 61%, impulsividad en 99 casos 58.2%, presentándose esta tanto en hombre como mujeres sin haber diferencia significativa, a diferencia de un estudio realizado en México en el 2006 donde exponen que la impulsividad es más frecuente en hombres que en mujeres (1,15,30,31)

Entre las características del intento de suicidio se encuentra que el acto se planea en 132 casos 77%, no se toman precauciones para no ser descubierto 110 casos 64% y tuvieron disponibilidad del método 113 casos 66%.

El sitio más frecuente de realización del acto es la casa 120 casos 70%, de los cuales un 64 casos 50% lo intentan en la recámara. El factor precipitante es la discusión con algún familiar 47 casos 27% a diferencia de un estudio realizado en USA donde exponen como

factores desencadenantes los conflictos interpersonales y las pérdidas, pero concuerda con estudios realizados en México donde exponen los problemas familiares como principal factor desencadenante (22, 23)

El método mas empleado es con mucho la ingesta de medicamentos 119 casos 70%, y de estos las benzodiazepinas al igual que el uso de analgésicos 16 casos 9,4% respectivamente, en el estudio previo se mencionan las benzodiazepinas como medicamento mas usado, el aumento en el uso de analgésicos podría deberse a disponibilidad de estos en los hogares. El uso de benzodiazepinas concuerda con estudios realizado en Cuba pero los analgésicos no se encuentran dentro de los principales medicamentos usados como método suicida (1,28,30,31)

En cuestión de la hora de realización del acto suicida no hubo diferencia significativa entre ellas, pero si se encontró menos frecuente el horario entre 00:00 y 6:00hrs. 23 casos 13.5%, en el estudio previo realizado en el Hospital Infantil del Estado de Sonora se encuentra como hora mas frecuente entre 12:00 y 00:00hrs en 70% de los casos. Los días mas frecuentes martes y jueves 20 casos 1.8% respectivamente, lo cual coincide con el estudio ya mencionado en el que reportan el día jueves como el mas frecuente, el menos frecuente resulto ser el día miércoles 11 casos 6.5%. En relación al mes del año se encontró que se presento en enero, marzo y mayo 17 casos 10%, abril 18 casos 10.5%, es cuando se presentaron mas casos de intento suicida sin mucha diferencia importante entre ellos, lo cual nos indica que es mas frecuente en primavera, a diferencia del estudio publicado en 1998 donde se presentaron mas casos en verano, los meses con menos incidencia fueron septiembre 5 casos 2.9% y diciembre 4 casos 2.3%. (30,31)

La reacción inicial posterior al acto mas frecuente fue el arrepentimiento 74 casos 43%, seguido de desesperación en un 37 casos 21.8%.

CONCLUSIONES

En este estudio realizado en 170 pacientes con intento de suicidio en el Hospital Infantil del Estado de Sonora. es más frecuente en mujeres, entre 14 y 17 años de edad, solteras, con asistencia escolar y secundaria incompleta, de religión católica, de medio urbano, y con primer orden de nacimiento.

Dentro de los antecedentes familiares están el alcoholismo en algún familiar y pertenecer a familia disintegrada.

Los factores de riesgo personales que intervienen en intento de suicidio adolescente son tener un intento de suicidio previo, tener equivalentes depresivos o incluso depresión ya diagnosticada.

Que intentan más el suicidio los adolescentes con falta de comunicación con los padres, poca o ninguna religiosidad, impulsividad y ausencia de figura parental significativa.

Los adolescentes deciden intentar el suicidio en casa, específicamente en la habitación siendo el factor desencadenante más común la discusión familiar, el método empleado más comúnmente la ingestión de medicamentos, entre estos benzodiazepinas y analgésicos.

La hora más frecuente es entre las 19:00 y 23:00hrs, y la menos habitual entre las 00:00 y 6:00hrs, preferencia por los días martes y jueves, en los meses de enero, marzo, abril y mayo, siendo menos frecuente en septiembre y diciembre.

La reacción inicial es el arrepentimiento, y el diagnóstico más realizado posterior al acto es la depresión

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Saucedo – García J, Lara – Muñoz M, Focil – Márquez M. Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. Boletín medico hospital infantil de México. 2006; 63.
- 2.- Bridge J, Goldstein T, Brent D. Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of child psychology and psychiatry. 2006; 47(4): 372 – 394.
- 3.- Monge J, Cubilla M, Román R, Valdez E. Intentos de suicidios en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. Psicología y salud. 2007; 17(1): 45 – 51.
- 4.- Borges G, Medina – Mora M, Orozco R, Oueda C, Villatoro G, Fleiz C. Distribución y determinantes sociodemográficos en México. Salud mental. 2009; 32(5): 413 – 425.
- 5.- Kennedy S, Baraff K, Suddath R, Asarnow J. Emergency department management of suicidal adolescents. Annals of emergency medicine. 2004; 43(4): 452 – 460.
- 6.- Pedraza R, Guzmán Y, Rubio H. Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. Revista colombiana de psiquiatría. 2005; 34(1).
- 7.- Cano P, Gutiérrez C, Nizama M. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la amazonía peruana. 2009; 26(2): 175 – 181.
- 8.- Mittendorfer – Rutz E. Trends of youth suicide in Europe during the 1980s and 1990s – gender differences and implications for prevention. JMHG . 2006; 3(3): 250 – 257.
- 9.- Gutiérrez - García A, Contreras C. El suicidio y algunos correlatos neurobiológicos primera parte. Salud mental. 2008; 31(4): 321 – 330.

- 10.- Currier D, Mann J. Stress, genes and the biology of suicidal behavior. *Psychiatric clinics*. 2008; 31: 247-269.
- 11.- Brent D, Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatric clinics*. 2008; 31: 157 – 177.
- 12.- Brodsky B, Stanley B. Adverse Childhood experiences and suicidal behavior, *Psychiatric Clinics*. 2008; 31: 223-235.
- 13.- Hull P, Arcy C. Acne, depression and suicide. *Dermatologic clinics*. 2005; 23: 665 – 674.
- 14.- Insel B, Gould M. Impact of modeling on Adolescent suicidal behavior. *Psychiatric Clinics*. 2008; 31: 296 – 316.
- 15.- Salvo L, Melipillan R. Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista chilena de neuro – psiquiatría*. 2008; 46(2): 115 – 123.
- 16.- Castillo I, Ledo H, Jiménez Y. Caracterización de intentos suicidas en adolescentes en el municipio de Rodas. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y adolescente*. 2007; 7(1): 125 – 142.
- 17.- Pérez – Olmos I, Rodríguez – Sandoval E, Dussan – Buitrago M, Ayala – Aguilera J. Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003 – 2005. *Revista salud pública*. 2007; 9(2): 230 – 240.
- 18.- Pereira M, Flores M. Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y salud*. 2005; 15(2): 221 – 230.

- 19.- Freedenthal S, Vaughn M, Jenson J, Howard M. Inhalant use and suicidality among incarcerated youth. *Drug alcohol depend.* 2007; 90(1): 81-88.
- 20.- Rudatsikira E, Muula A, Siziya S, Twa-Twa J. Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescents in rural Uganda. *BMC Psychiatry.* 2007; 67(7).
- 21.- Sidhartha T, Jena S. Suicidal behaviors in adolescents. *Indian journal of pediatrics.* 2006; 73(9): 783 – 788.
- 22.- Oquendo M, Mann J. Suicidal behavior: A developmental Perspective. *Psychiatric Clinics.* 2008;31: 13-16.
- 23.- González – Forteza C, Arana D, Jiménez J. Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: vinculación autogestiva con los servicios de salud mental. *Salud Mental.* 2008; 31(1): 23 – 27.
- 24.- Páramo D, Chávez – Hernández A. Maltrato y suicidio infantil en el estado de Guanajuato. *Salud mental.* 2007; 30(3).
- 25.- Nock M, Banaji M. Prediction of suicide ideation and attempts among adolescents using a brief performance based – test. *J consult clin psychol.* 2007; 75(5): 707 – 715.
- 26.- Perez S. Manejo de la crisis suicida del adolescente. *Avances en salud mental relacional.* 2005; 1(4).
- 27.- Johansson L, Lindqvist P, Eriksson A. Teenage suicide cluster formation and contagion: implications for primary care. *BMC family practice.* 2006; 32(7): 1-6.

28.- Sanchez I, Lopez I, Ares A., Cruz O, O´farril M. El intento suicida como causa de intoxicación en pediatría. Revista cubana de medicina intensiva y emergencias. 2007; 6(4): 925 – 933.

29.- Gutiérrez – García A, Contreras C. El suicidio y algunos correlatos neurobiológicos segunda parte. Salud mental. 2008; 31(4): 417 – 425.

30.- Gonzáles VE. Tesis: Características de Intento de Suicidio en Adolescentes en el Hospital Infantil del Estado de Sonora. Asesor: Vázquez PE. Febrero 1998: 77 – 84.

31.-Vázquez PE, González VM, Rojo QA, Figueroa LR. Intento de Suicidio en adolescentes. Bol Med Hosp Infant Edo.1998;15 (2): 77-84

32.- Pérez HM. Tesis: Depresión asociada con intento de suicidio en la adolescencia. Asesor: Vázquez PE. Septiembre 2002: 1-72

33.- Padilla VJ. Tesis: Estudio comparativo de adolescentes con intento de suicidio y sanos para determinar la utilidad de la escala de Birleson para el diagnostico de depresión. Asesor: Vázquez PE. 2004: 107 – 118.

34.-Vázquez PE, Fonseca ChI, Padilla VJ, Pérez HM, Gómez RN. Diagnostico de Depresión con la Escala de Birleson en Adolescentes con Intento de Suicidio y Sanos. Bol Cli Hosp. Infant Edo Son 2005;22(2):107-118

35.- García GE. Tesis: Sucesos de vida en adolescentes con intento de suicidio. Asesor: Vázquez PE. Octubre 2006: 1 – 98.

36.- Martínez CA. Tesis: Sucesos de vida en adolescentes con problemas emocionales. Asesor: Vázquez PE. Enero 2009: 1 – 55.

37.- Felix SD. Tesis: Estudio de depresion en adolescentes con la escala de CES – D – R.
Asesor: Vazquez PE. Agosto 2009: 1-60.

ANEXOS

Anexo 1



Hoja de recolección

Intento de suicidio en adolescentes

Nombre _____ edad _____ Expediente _____

Fecha de atención: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Procedencia: _____

Medio socioeconómico (Trabajo Social): _____

Tipo de paciente:(externo/hospitalizado): _____ estancia _____

Religión: _____ Estado civil: _____

Sin escolaridad: sabe leer y escribir () no sabe leer y escribir: ()

Escolaridad: _____ Otros estudios: _____

Asistencia a la escuela: _____

Ocupación: _____ Otras actividades: _____

Antecedentes familiares

Tipo de familia: _____

Madre: edad: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Padre: Edad: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Numero de hermanos: _____ Lugar que ocupa en la familia: _____

Presencia del padre en el hogar: _____ Presencia de la madre en el hogar: _____

Más de cinco personas en la casa: _____ Violencia en la familia: _____

Jefe de familia: _____

Dos ó más miembros de la familia con empleo: _____

Ingresos familiares: _____

Intento de suicidio y/o suicidas en la familia: _____ Patología crónica: _____

Toxicomanías: _____ Alcoholismo: _____

Problemas psiquiátricos: _____

Antecedentes personales:

Toxicomanías: _____ Alcoholismo: _____

Abuso sexual: _____ Patología crónica: _____

Equivalentes depresivas: _____ Depresión: _____

Problemas psiquiátricos: _____

Tratamiento psiquiátrico previo y/o actual: _____

I.- Intento previo de suicidio

Fecha ocurrencia: _____ Sitio: _____

Método empleado: _____ Factor precipitante: _____

Atención médica: _____

Factores de riesgo suicida

- Poca o ninguna religiosidad
- Prácticas religiosas.
- Religión evangélica
- Madre menor de 20 años al nacer su hijo
- Hijo adoptivo
- Madre soltera
- Desorganización familiar
- Falta de comunicación con los padres.
- Riñas familiares constantes
- Ausencia de figura parental significativa
- Familia destruída
- Sentimientos de rechazo familiar
- Pérdida temprana de objeto amoroso (divorcio, muerte, separación)

- Pérdida reciente de objeto amoroso
- Fracaso escolar
- Dificultades escolares
- Cambios de escuela
- Cambios de residencia
- Dificultades financieras
- Desempleo
- Solitario-abandonado
- Aislado
- Intentos anteriores de suicidio.
- Pensamientos y amenaza suicida
- Suicidas en la familia o medio ambiente.
- Agresión reprimida-inhibida
- Alcoholismo (ocasional)
- Abuso de drogas (ocasional)
- Depresión
- Equivalentes depresivas

- () Manifestaciones psicopáticas
- () Patrones neuróticos de comportamiento
- () Enfermedad psiquiátrica grave.
- () Impulsividad
- () Tratamientos psiquiátricos anteriores.
- () Ansiedad intensa.
- () Incapacidad para afrontar el estrés cotidiano.
- () No aceptación de imagen corporal
- () Pertenencia a banda juvenil
- () Participación en tráfico de drogas.
- () Antecedentes policiales
- () Antecedentes policiales en la familia
- () Agua corriente en la vivienda

Características del intento de suicidio

Inicio: _____

Cuadro clínico: _____

Pensamientos suicidas una semana previa

Nota suicida

Uso de alcohol al momento del intento.

Uso de drogas al momento del intento

Aislado

Ante la presencia de alguien

Disponibilidad de método

Ambivalencia respecto a la vida o muerte.

Intento de obtener ayuda durante o después del intento.

Atención médica previa al intento.

Grado de planeación (mal y/o bien planeado): _____

Conocimiento de la fatalidad del acto (desconocido/conocido): _____

Precauciones para que no lo descubran (las tomó/no las tomó): _____

Lugar dónde se realizó el acto: _____

Espacio físico dónde se realizó el acto: _____

Hora/fecha/día/mes del acto: _____

Método utilizado: _____

Factor precipitante: _____

Reacción inicial: _____

Diagnóstico psiquiátrico: _____

Tratamiento médico: _____

Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico: _____

Evolución:

