



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

Frecuencia de Intento Suicida y Características Biopsicosociales en la Población Pediátrica Hospitalizada en el Hospital General Dr. Manuel Gea González. Revisión de 10 años.

TESIS

“QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA”

PRESENTA

Daniela Fernández-Pellón Fernández

Director de Tesis: Dr. Gerardo Flores Nava

Agosto 2013



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.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A mi familia:

Mamá porque tu sonrisa y optimismo que contagian la casa fue la fuerza que me acompañó todas las mañanas, todas las guardias y me ayudó a levantarme cuando creí que ya no podía, te agradezco todo.

Papá, eres un hombre excepcional, trabajador, líder, siempre amable y ecuánime, tu admirable perseverancia es a lo que aspiro algún día.

Gaby, te admiro muchísimo, nunca he aprendido tanto de alguien y con alguien, has sido mi cómplice en esta vida, y mi mejor amiga, la persona que más me hace reír y quien me empuja todos los días, gracias.

A Jackie, Lennon y Mishka, gracias por su lealtad y cariño, y gracias por siempre tener un gesto de felicidad cuando llego, son mi alegría.

A mis abuelos por su cariño, apoyo, preocupación y por creer y confiar en mí.

A ti, mi razón para sonreír, gracias por tu apoyo, por darme tu mano y no soltarla, por tu cariño y amor. “Ever thine, ever mine, ever ours. Beethoven”

A mis amigos incondicionales, gracias por aguantar y seguir a mi lado después de tantos años.

Al Gea González por formarme como médico, como pediatra y como persona; a sus médicos, enfermeras, personal, residentes, y todos los que participaron en esta aventura.

A mis pacientes, por ser un libro abierto, porque gracias a ustedes estoy aquí.

A Chino, Irais, Ale, Espe, Iris: amigos, compañeros, ejemplos, hermanos.

A la Dra. Lorena Hernández gracias por sus enseñanzas y su confianza.

A los médicos adscritos del área de pediatría, mis maestros.

Al Dr. Gerardo Flores Nava por su participación como Director de Tesis.

A la Universidad Westhill, mi alma mater, porque puso el cemento en estos pasos.

“La verdadera sabiduría está en reconocer la propia ignorancia”. Sócrates

Este trabajo fue realizado en el Hospital General Dr. Manuel Gea González y en la Sección de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México bajo la Dirección del Dr. Gerardo Flores Nava.

Este trabajo de Tesis con No. PROT 21-74-2013 , presentado por la alumna Dra. Daniela Fernández-Pellón Fernández se presenta en forma con visto bueno por el Tutor principal de la Tesis Dr. Gerardo Flores Nava, y la División de Investigación Clínica a cargo de la Dra. Elisa Vega Memije con fecha del 1o de Agosto del 2013 para su impresión final.

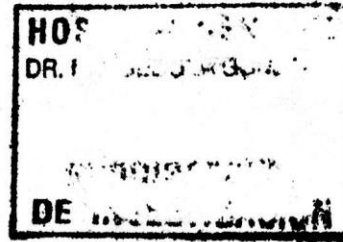
**División de Investigación Clínica
Dra. Elisa Vega Memije**

**Tutor Principal
Dra. Daniela Fernández-Pellón Fernández**

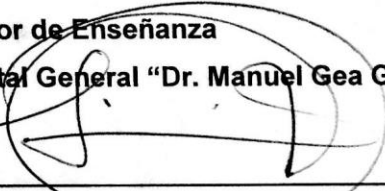
Autorizaciones

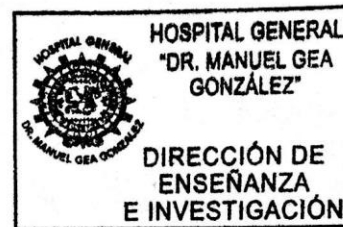
Dra. María Elisa Vega Memije
Subdirección de Investigación
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"



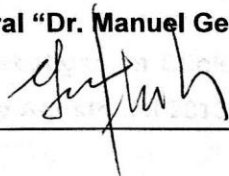


Dr. Octavio Sierra Martínez
Director de Enseñanza
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

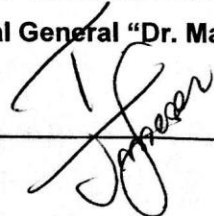




Dr. Gerardo Flores Nava
Asesor de Tesis
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"



Dra. Irma Jiménez Escobar
Profesor Titular de Pediatría
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"



Frecuencia de Intento Suicida y Características Biopsicosociales en la Población Pediátrica Hospitalizada en el Hospital General Dr. Manuel Gea González. Revisión de 10 años.

Colaboradores:

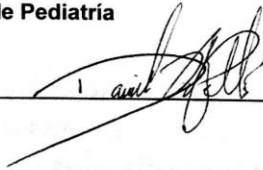
Investigador Responsable: Dr. Gerardo Flores Nava. Jefe de División
Pediatria Clínica

Firma: _____



Investigador Principal: Dra. Daniela Fernández-Pellón Fernández Residente
de Tercer año de Pediatría

Firma: _____



INDICE

| | |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Glosario | 9 |
| Relación de figuras y tablas | 11 |
| Resumen | 13 |
| Abstract | 14 |
| 1. Introducción | 14 |
| 2. Antecedentes | 16 |
| 2.1. Factores de Riesgo para depresión | 17 |
| 2.2. Factores de Riesgo genéticos | 18 |
| 2.3. Suicidio y conducta suicida | 18 |
| 2.4. Autodestructividad | 18 |
| 2.5. Riesgos y Resiliencia | 19 |
| 2.6. Educación | 21 |
| 2.7. Abuso de drogas y otros comportamientos de alto riesgo | 22 |
| 2.8. Evaluación y Manejo de los Riesgos | 22 |
| 2.9. Factores de Riesgo Conocidos | 23 |
| 3. Justificación | 24 |
| 4. Objetivos | 24 |
| 4.1. Objetivo General | 24 |
| 4.2. Objetivos Particulares | 24 |
| 5. Material y Métodos | 25 |
| 5.1. Tipo de estudio | 25 |

| | |
|-------------------------------------------------|----|
| 5.2. Ubicación temporal y espacial..... | 26 |
| 5.3. Criterios de selección de la muestra | 26 |
| 5.4. Variables | 26 |
| 5.5. Tamaño de la muestra..... | 30 |
| 5.6. Análisis estadístico | 30 |
| 5.7. Descripción operativa del estudio..... | 30 |
| 6. Resultados | 31 |
| 7. Discusión..... | 50 |
| 8. Conclusiones..... | 50 |
| 9. Perspectivas..... | 51 |
| 10. Bibliografía | 51 |
| 11. Anexos | 53 |

GLOSARIO

- Suicidio: Privación voluntaria de la vida.
- Intento suicida: Daño autoinfligido con diferente grado de intención de morir o de lesionarse.
- Adolescencia: etapa que va entre los 11 y los 19 años considerándose dos fases, la adolescencia temprana (12 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años).
- Depresión: Trastorno del humor caracterizado por sensaciones de tristeza, desesperación y falta de ánimo explicable por alguna tragedia o pérdida personal.
- Trastorno depresivo mayor: También conocida como depresión mayor, depresión unipolar o depresión clínica, se da en el paciente que tiene uno o más episodios depresivos mayores.
- Trastorno de Personalidad: Son un grupo de afecciones de salud mental en las cuales una persona tiene un patrón prolongado de comportamientos, emociones y pensamientos que es muy diferente a las expectativas de su cultura. Estos comportamientos interfieren con la capacidad de la persona para desempeñarse en las relaciones interpersonales, el trabajo y otros escenarios.
- Adicción: Estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por: una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio; una tendencia al aumento de la dosis; una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos, consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.
- Ahorcamiento: es la muerte violenta producida por la constricción de cuello, ejercida por un lazo sujeto a un punto fijo, y sobre el que ejerce tracción el propio peso del cuerpo.
- Lesión por arma blanca: Son las lesiones producidas por la acción de una punta o filo, sobre la que actúa una energía mecánica.

- Lesión por arma de fuego: Son las lesiones que ocasiona el proyectil a su paso a través de los tejidos del cuerpo humano. Las lesiones varían según la distancia y la zona del cuerpo donde penetra el proyectil.

-

ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

CDC: Center of Disease Control (Centro de Control de Enfermedades)

DSM IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Criterios Diagnósticos.

RELACION DE FIGURAS Y TABLAS

Gráfica 1. Diferencia por sexo

Gráfica 2. Pacientes femeninos y masculinos

Gráfica 3. Edad de Presentación

Gráfica 4. Edad de los Pacientes

Tabla 1. Síntomas: Tristeza

Gráfica 5: Tristeza

Tabla 2. Síntoma: Enojo

Gráfica 6. Enojo

Tabla 3. Síntoma: Anhedonia

Gráfica 7. Anhedonia

Tabla 4. Síntoma: Insomnio

Gráfica 8. Insomnio

Tabla 5 Síntoma: Fatiga

Gráfica 9. Fatiga

Tabla 6: Síntoma: Labilidad Emocional

Gráfica 10. Labilidad Emocional

Tabla 7. Síntoma: Agresividad

Gráfica 11. Agresividad

Tabla 8. Síntoma: Irritabilidad

Gráfica 12. Irritabilidad

Gráfica 13. Diagnóstico Psiquiátrico previo

Tabla 9. Frecuencia de Patología psiquiátrica previa

Tabla 10. Diagnósticos Psiquiátricos

Tabla 11. Seguimiento de Patología Psiquiátrica

Tabla 12. Tratamiento de Patología Psiquiátrica

Tabla 13. Intentos suicidas

Tabla 14. Factor Desencadenante

Gráfica 14. Método de Autolesión

Tabla 15. Método utilizado

Gráfica 15. Medicamentos ingeridos

Tabla 16. Contingencia método utilizado/sexo

Tabla 17. Contingencia método utilizado/patología psiquiátrica

Gráfica 16. Patología y método

Tabla 18. Contingencia Factor desencadenante/sexo

Tabla 19. Relaciones sociales

Gráfica 17. Relaciones sociales

Tabla 20. Dinámica familiar

Gráfica 18. Dinámica familiar

Gráfica 19. Tabaquismo

Gráfica 20. Alcoholismo

Gráfica 21. Drogadicción

Gráfica 22. Escolaridad

Tabla 21. Estadística de días hospitalizados

Tabla 22. Complicaciones del Intento Suicida

RESUMEN

De acuerdo a la OMS la prevención del suicidio es posible. Ha incrementado la tasa de intento e ideación suicida en los últimos años, predominantemente en pacientes adolescentes. El suicidio en México es la 3ª causa de muerte en el grupo de 15 a 19 años, predominando en hombres, sin embargo la acción de autolesionarse sin desenlace mortal es mayor en mujeres. Se dice que el riesgo de repetición del acto es más alto en los 3 a 6 meses posteriores al intento. Por cada suicidio se producen de 10 a 20 intentos. Hay varios factores de riesgo que se documentan para los pacientes con intento suicida.

OBJETIVO: Conocer la frecuencia de intento suicida que requiere manejo intrahospitalario en el departamento de Pediatría del Hospital General Dr. Manuel GeaGonzález.

MATERIAL Y METODO: Se revisaron 65 expedientes, 25 de ellos se corroboró que tuvieron intento suicida, se revisó e integró la información para realizar análisis estadístico, se compararon los resultados.

RESULTADOS: La mayoría fueron mujeres, entre 14 y 15 años, y el método más frecuente fue por medicamentos, más de la mitad de los pacientes tenían diagnóstico previo de patología psiquiátrica, 40% de los pacientes ya habían intentado suicidarse, la mayoría tenían relaciones sociales conflictivas y una familia disfuncional.

CONCLUSIÓN: Se corroboró que es más frecuente el intento suicida en mujeres y en adolescentes, la familia, las relaciones sociales, una patología psiquiátrica.

ABSTRACT

According to WHO suicide prevention is possible. It has increased the rate of attempts and suicidal ideation in recent years, predominantly in adolescents. In Mexico Suicide is the 3rd leading cause of death in the group of 15-19 years, mainly in men, however the action of non-fatal self-harm is greater in women. It is said that the risk of repetition of the act is higher in the 3-6 months after the attempt. For every suicide there are 20 attempts from 10 a. There are several risk factors that are documented for patients attempting suicide.

OBJECTIVE: To determine the frequency of suicide attempts requiring hospital

management in the Department of Pediatrics of the Hospital General Dr. Manuel GeaGonzález. MATERIALS AND METHODS: We reviewed 65 cases, 25 of them confirmed that they had attempted suicide, was revised and integrated the information to perform statistical analysis, we compared the results. RESULTS: Most were women, aged 14 to 15 years, and the most common method was for drugs, more than half of the patients had a previous diagnosis of psychiatric disorders, 40% of patients had attempted suicide, most relationships were social conflict and a dysfunctional family. CONCLUSION: It was confirmed that it is more frequent suicide attempts in women and adolescents, the family, social relations, psychiatric pathology.

1. INTRODUCCION

La palabra suicidio proviene del latín “sui” que significa “sí mismos” y “caedere” que significa “matar”. Se considera un fenómeno complejo, y es un grave problema de Salud Pública y requiere de nuestra atención ya que es una de las principales causas de muerte potencialmente prevenibles. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la investigación más reciente respecto al tema, la prevención del suicidio es posible, sin embargo, comprende una serie de actividades como la provisión de las mejores condiciones de educación para los niños y los jóvenes, tratamiento eficaz de los trastornos mentales, y el control medioambiental de los factores de riesgo. La difusión apropiada de la información, así como campañas de sensibilización del problema serán claves en para que los programas de prevención sean exitosos.

Mundialmente el suicidio es una de las cinco causas de mortalidad en adolescentes y adultos jóvenes, Ha incrementado de forma importante la tasa de intento e ideación suicida en los últimos años, predominantemente en paciente adolescentes. Actualmente el suicidio en México es la 3ª causa de muerte en el grupo de 15 a 19 años, predominando en hombres, sin embargo se ha observado que la acción de autolesionarse sin desenlace mortal es mayor en la población femenina. Se conoce que entre una cuarta y una tercera parte de los adolescentes

que cometen suicidio tuvieron por lo menos un intento previo, lo que hace que el suicidio sea una causa de muerte prevenible. Se dice que el riesgo de repetición del acto es más alto en los 3 a 6 meses posteriores al intento.

Pese a las discrepancias y deficiencias de las diversas fuentes de información, al igual que el subregistro de las estadísticas oficiales se han identificado al grupo poblacional de 15 a 24 años residentes de zonas urbanas como el de mayor riesgo, llegando a ser en este sector la 2ª causa de muerte, superando a los homicidios.

Se calcula que por cada muerte atribuible a esta causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales, sin embargo no contamos con datos fiables sobre su verdadero alcance.

Las cifras oficiales con las que contamos en México sobre intento suicida y suicidio son generados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) cuyos datos se recogen de las 32 entidades federativas.

En Estados Unidos de América hay aproximadamente 500,000 intentos suicidas al año en adolescentes, y hay entre 5,000 y 6,000 suicidios en este grupo etario al año.

La tasa de intento suicida es difícil de determinar ya que hay un subregistro ya que no se reportan los casos, sin embargo se estima que de cada suicidio consumado hay 18 intentos fallidos.

En un informe publicado en el INEGI en el 2007 se registraron 394 intentos de suicidio ocurridos en México. En promedio sucedieron 25 intentos suicidas por mes, lo que es casi un intento al día, recordando que las cifras reales deben estar muy por encima de las conocidas.

Las causas identificadas son el disgusto familiar en primer lugar, le siguen las causas amorosas, problemas económicos, y no se tomaron en cuenta enfermedades psiquiátricas previas, sin embargo en otros estudios, este antecedente es el de más peso y el común denominador en muchos países.

En este país en el 2007 se registraron 3494 suicidios, lo que denota un incremento respecto a informes previos de 34%.

2. ANTECEDENTES

En la sociedad actual, la adolescencia es una etapa de desarrollo prolongada que dura alrededor de 10 años, en general entre los 11 y 22 años de edad. El adolescente atraviesa etapas de desarrollo biológico, así como cambios psicológicos y de funcionamiento social. En este período, la persona alcanza la madurez física y psicológica y la capacidad de vivir en forma independiente. Si bien algunos datos recientes indican que el 75% de los adolescentes y sus familias tiene una experiencia de transición sin problemas, muchos han descrito este período como “tormentoso y generador de estrés”. Los médicos que atienden a adolescentes deben saber de qué manera las influencias de la familia y del grupo de pares afectan al joven a medida que atraviesan distintas etapas de su desarrollo: adolescencia temprana (11-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años).

A diferencia de los amplios conocimientos y extensa literatura acerca de la conducta suicida en adultos, en niños y adolescentes se sabe poco acerca del tema, así como de su epidemiología. El desarrollo del niño y del adolescente se podría conceptualizar como una serie de reorganizaciones en niveles cada vez más altas de complejidad y diferenciación, esto se refiere a la interacción e importancia de ésta de varias esferas, la socioemocional, la biológica, la cognitiva, la lingüística, la representacional y cualquier otra esfera que sea de importancia para cada persona. Varios estudios demuestran que los hallazgos cognitivos y neurocientíficos aclaran que el cerebro del adolescente es aún inmaduro, en especial en la capacidad de autorregulación cognitiva y propositiva de la emoción y del comportamiento. Debido a las transacciones biológicas y sociales de la adolescencia temprana, se puede explicar el porqué en la adolescencia temprana y tardía se asocia el incremento de tasas de comportamientos riesgosos, así como las conductas suicidas.

Es importante destacar que hay investigadores que han demostrado que los jóvenes suicidas tienden a mostrar comportamientos y pensamientos negativos

acerca de la estética, en especial la propia, así como la visión a futuro lo que es similar y asociado a los estados depresivos en cualquier persona.

Hay características destacables que se consideran propias de la etapa prepuberal y puberal que es la tendencia a la baja autoestima y la impulsividad, en mayor o menor proporción dependiendo la persona y su entorno, sin embargo se ha encontrado una incidencia elevada en la relación de pacientes adolescentes con intento suicida y su conducta de mayor impulsividad en la escuela comparándose con compañeros del mismo grado sin antecedente de intento suicida, así como la relación que se da mayormente un intento suicida no planeado, es decir, impulsivo, en hombres que en mujeres adolescentes, que tienden a planearlo y hacerlo como una forma para recibir atención no como impulso. (10)

Los desórdenes depresivos en niños y adolescentes son comunes, pueden interferir en el crecimiento normal, el desarrollo, desempeño académico, las relaciones interpersonales, y son un factor de riesgo significativo para suicidio. Estos desórdenes tienen un amplio espectro de sintomatología, desde síntomas leves hasta depresión severa, esto puede desencadenarse por un factor estresante, y se acompaña de tristeza, irritabilidad, insomnio o hipersomnia, alteraciones del apetito, aislamiento social, ideas, planes e incluso intentos suicidas, El trastorno depresivo es más común en mujeres que en hombres con una relación 3:1. (1)

2.1 Factores de Riesgo para depresión:

Es importante la carga genética, ya que se conoce que hay mayor prevalencia en hijos de padres con depresión, y en estudios de gemelos monocigotos se ha visto una relación del 60% de patología depresiva. Lo más importante es la interacción entre la vulnerabilidad biológica y el estrés ambiental.

Los factores ambientales incluyen abuso, negligencia, abuso de sustancias por parte de los padres, problemas en el hogar, nivel socioeconómico y nivel escolar bajos, pérdida de un padre, hermano o amigo cercano, sexualidad.

2.2 Factores de riesgo genéticos

Los factores de riesgo genéticos tienen un papel de mayor importancia en la depresión de adolescentes, que en la prepuberal. La depresión de un padre contribuye a la vulnerabilidad genética y por incapacidad emocional puede contribuir a un hogar inestable. Nuevas investigaciones sugieren que eventos adversos y la presencia de un acortamiento en el alelo del gen transportador de serotonina resulta en depresión de inicio temprano.

En estudios de neuroimagen se observa disminución de la corteza prefrontal, y de ganglios basales.

La ingesta de algunos medicamentos también tienen relación con desórdenes depresivos, como glucocorticoides, inmunosupresores, isotretinoína, antivirales, así como la presencia de enfermedades crónicas degenerativas.

Las comorbilidades de depresión en niños y adolescentes son ansiedad, déficit de atención e hiperactividad, abuso de sustancias, anorexia y bulimia.

2.3 Suicidio y conducta suicida

Pocos pre púberes cometen suicidio, sin embargo tienen un mayor riesgo de intento suicida posteriormente en la adolescencia y juventud.

La ideación suicida está incrementando en frecuencia, en Estados Unidos de acuerdo a los datos de "Youth Risk Behavior Surveillance System 2005" aproximadamente 16.9% de estudiantes de bachillerato consideraron en algún momento el suicidio y 8.4% lo intentaron.

2.4 Autodestructividad

Hay varios autores como Firestone y Ellis que describen 3 niveles de autodestructividad, la cual es asociada a comportamientos y fuentes distintas. El primero son pensamientos que llevan a la baja autoestima e introversión, se asocian al cinismo, la autonegación, el aislamiento; este es un nivel en el que existe odio hacia sí mismo, causando angustia psicológica y dolor emocional. El segundo nivel son pensamientos contribuyentes al ciclo de adicciones; y hay dos formas, la seducción e involucro hacia la adicción y posteriormente el

sentimiento de culpa por haber “caído en la tentación”. Éstas se consideran conductas microsuicidas ya que pueden acortar la vida de una persona. Hay una correlación significativa entre el abuso de sustancias y el suicidio de acuerdo al estudio del Dr. Lester en el 2000 (11). El tercer nivel es una etapa de autoataque ya que incluye los pensamientos de “ser una carga para los demás”, “sentir que ya nada importa”, comportamiento de autodaño y de riesgos extremos, pensamientos reales de detalles del suicidio (tener un plan), y pensamientos atormentados. (10)

2.5 Características de la población que intentó suicidarse

EL mayor índice de intentos fue de las mujeres con un 59% y el de los hombres de 40.1%. En las mujeres la de 15 a 24 años y en los hombres de 20 a 29 años se da el mayor número de intentos suicidas y de suicidios consumados registrados. Por lo que es la población joven la que necesita mayor prevención, investigación y tratamiento.

La depresión es la patología más asociada al suicidio, esta no se encuentra registrada en la lista de enfermedades de mortandad en nuestro país.

Los trastornos depresivos en niños y adolescentes caen en un espectro que va desde cambios de humor en respuesta a un factor de estrés agudo y penetrante a cambios de estado de ánimo persistente, acompañado por ideación, plan o intención suicida. La depresión es causada probablemente por la interacción entre marcadores biológicos (carga genética) y factores de estrés ambientales. La evaluación se basa en la etapa de desarrollo del niño, con un enfoque en la historia clínica y el estado mental durante la examinación. La evidencia apoya la necesidad de interrogar a los niños y adolescentes preguntas sobre desarrollo psicosocial y no tener la idea de que dichas preguntas serán contraproducentes. Hay trastornos ya conocidos y descritos, sobre todo de la psique que presentan comorbilidad tales como trastornos depresivos, de ansiedad, déficit de atención e hiperactividad, abuso de sustancias y conducta desafiante. Los medicamentos antidepressivos han demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión en los niños y los adolescentes y la fluoxetina debe ser la primera opción de tratamiento en niños y adolescentes con síntomas depresivos. De acuerdo con la CDC (Center

of Disease Control) el suicidio es la tercera causa de muerte en los Estados Unidos entre los adolescentes y adultos jóvenes de 10 a 24 años. (6)

En un centro hospitalario de Uruguay realizaron un estudio en el que determinaron que los intentos de autoeliminación (intento suicida) en menores de 15 años es uno de los motivos de consulta más frecuentes de la esfera psiquiátrica a los que debe enfrentarse el pediatra de urgencia. El estudio se realizó para conocer la incidencia de las consultas por intento suicida en menores de 15 años, las características de su entorno y los métodos empleados. Concluyendo que la incidencia de intento suicida es de 2/1000 consultas anuales. El perfil predominante es el de un menor de entre 12 y 14 años, de sexo femenino, que ingiere fármacos en su domicilio. Entre los menores de 10 años predominan los varones y la utilización de métodos distintos del farmacológico. La constatación de estos patrones de conducta permitirá desarrollar estrategias de prevención. (7)

Existe un importante auge en el interés por parte de los psicólogos y psiquiatras alrededor de los años setentas en cuestión del estudio del suicidio y el involucro de la cognición en este tipo de actitudes, un importante autor de varios artículos, capítulos y libros al respecto es el Dr. Neuringer y sus colaboradores quienes mostraron que los individuos suicidas evalúan la vida y la muerte con más cautela, y son un grupo de personas que ven la muerte de forma más favorable que la vida. (9)

Hay también conclusiones de que existe diferencias entre las estructuras cognitivas y actividades de los individuos suicidas y se reconoce como hipótesis que estos pacientes tienen dificultad al utilizar y depender de recursos internos imaginativos en mayor grado que el resto de la población; también polarizan sus sistemas de valor en mayor grado, son más rígidos y limitados en su pensamiento; y están más orientados en el presente lo que se refleja en su inhabilidad para tener proyectos a futuro. Esto ha tenido un importante valor para el diagnóstico de pacientes con depresión y a los que se evalúa con trastornos ya que es un dato pivote dada la generalidad que representa esta característica en pacientes suicidas. (10)

2.6 Riesgos y Resiliencia

En la cultura actual de globalización se ha perdido el contexto de la familia a nivel mundial, esta situación no excluye a México, que previamente los mexicanos se caracterizaban por ser una cultura familiar; este ambiente de competencia laboral y profesional así como académica da entrada a una identidad de competitividad desde la edad escolar, e incluso antes, y esto ha incrementado la poca tolerancia a la frustración. Si a este tipo de situaciones se agrega que hay factores y antecedentes psicosociales así como influencias tanto de los medios de comunicación como del ambiente de convivencia resulta en un ambiente adverso para los niños y jóvenes en cuestión emocional.

Se ha estudiado la idea de factores protectores, lo que proviene de estudios centrados en niños que parecen funcionar adecuadamente a pesar de que viven en condiciones de riesgo considerable (Cowen and Work, 1988). A estos niños se les llama “resilientes”, “invulnerables”, “competentes” y “resistentes al estrés”. Gran parte de los estudios recientes se han enfocado en la identificación de estos factores y en cómo funcionan, es decir, si son factores independientes, por derecho propio, o si ejercen su efecto primordialmente en presencia de factores de riesgo que es necesario contrarrestar o reducir. Hasta la fecha se han identificado factores protectores individuales, familiares y ambientales, muchos de los cuales, en condiciones “idóneas” funcionan como factores positivos independientes, bien sea que el niño u adolescente enfrente o no enfrente factores de alto riesgo. (Grossman et. Al.1992). Los factores protectores individuales (personalidad) incluyen al autoestima, el control interno hacia los impulsos; los factores protectores familiares incluyen la ausencia de discordia conyugal, la cohesión familiar, y una buena relación con al menos uno de los padres.

2.7 Educación

En América Latina y el Caribe el nivel de educación varía ampliamente entre los países. Hay una gran diferencia también entre la educación impartida en zonas urbanas y en zonas rurales, así como una influencia importante del nivel de

ingreso del país. México presenta la mayor diferencia de clases con respecto al logro educativo de los jóvenes, hay aproximadamente un 80% de jóvenes que han completado por lo menos 10 años de estudios en el medio socioeconómico medio-alto, en contraste con 18% de jóvenes que completan 10 años de estudios en el medio socioeconómico bajo.

2.8 Abuso de drogas y otros comportamientos de alto riesgo

Los estudios que se han realizado hasta el momento varían en cuanto al grupo de edad, se ha observado que mientras mayor sea el grupo de edad, mayor es el riesgo de adoptar comportamientos de riesgo y consecuentemente consumo o abuso de alcohol y drogas. La OPS reconoce que entre los menores y los jóvenes, el tabaquismo es el comportamiento más común y el que con más probabilidades afecta la salud debido a su prevalencia. (Organización Panamericana de la Salud 2000). En México, el 17% del grupo de jóvenes entre 11 y 15 años fuman cigarrillos.

2.9 Evaluación y Manejo de los Riesgos

Los pediatras deben estar entrenados para detectar patología psiquiátrica que puede predisponer a los pacientes a conductas de autolesión.

(Tabla 2 del artículo)

De acuerdo a la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente en el Distrito Federal 85% de los adolescentes que tuvieron un intento suicida tienen antecedente de algún trastorno mental. Por lo que es de vital importancia identificar a las personas con trastornos mentales para dar un tratamiento y manejo oportuno a las conductas de autolesión. En un estudio reciente se hizo la comparación del riesgo de intento suicida entre países desarrollados y en vías de desarrollo, el cual arroja que en países desarrollados los trastornos del estado de ánimo tienen mayor riesgo, mientras en pacientes que habitan en países en vías de desarrollo es de más riesgo tener el antecedente de abuso de sustancias y la falta de control de los impulsos. Por lo anterior es muy importante que los médicos en México deben de tomar en cuenta un amplio espectro de posibles trastornos

mentales al analizar el riesgo de intento suicida en los pacientes y no solo se centren en pacientes con trastornos depresivos. Intervenciones en el ámbito poblacional como el control de sustancias, el control de armas y el promover la educación tendría un impacto importante en México. (2)

2.10 Factores de Riesgo conocidos:

- Un intento previo de suicidio
- Un trastorno psiquiátrico, trastorno depresivo especialmente mayor, trastorno bipolar, trastorno de conducta y consumo de sustancias (alcohol y drogas) y trastornos del uso.
- Comorbilidad psiquiátrica, sobre todo la combinación de los trastornos perturbadores del estado de ánimo y el abuso de sustancias. Comorbilidad psiquiátrica, sobre todo la combinación de los trastornos perturbadores del estado de ánimo y el abuso de sustancias.
- Los trastornos de personalidad (especialmente los trastornos del Grupo B: antisocial, límite, histriónico, narcisista)
- La agresión impulsiva (la tendencia a reaccionar ante la frustración o la provocación con la hostilidad o la agresión)
- La disponibilidad de medios letales
- Sentimientos de desesperanza e inutilidad que a menudo acompañan a la depresión
- Antecedentes familiares de depresión o suicidio
- Pérdida de un padre a la muerte o el divorcio
- Discordancia familiar
- Abuso sexual o físico
- La falta de una red de apoyo, las malas relaciones con los padres o los compañeros y los sentimientos de aislamiento social
- Tratar con la homosexualidad en una familia donde hay falta de apoyo o de la comunidad o el medio ambiente escolar hostil.

“Se ha prestado mucha atención en la literatura relativa a los niños severamente perturbados a la forma en que los padres, especialmente la madres, causan o agravan perturbaciones emocionales. No cabe duda que la desorganización familiar, las actitudes neuróticas y algunos otros problemas personales de los padres contribuyen en gran medida a las perturbaciones emocionales de sus hijos.” Comenta Bruno Bettelheim en su libro “Fugitivos de la vida” en donde hace una selección de 4 casos de pacientes, niños, con depresión, ansiedad e intento suicida que requirieron mantenerse internados en la Escuela Ortogénica Sonia Shankman de la Universidad de Chicago, de la cual el autor era director, y se cuenta su historia y su rehabilitación. (8)

3. JUSTIFICACION

Actualmente no encontramos un estudio o revisión sobre la frecuencia del intento suicida en pacientes en edad pediátrica que han sido hospitalizados por ese motivo en el Hospital General Dr. Manuel Gea González. Los resultados nos mostrarán un panorama epidemiológico un poco más amplio con el fin de realizar estudios encaminados a la prevención del intento de suicidio en la población que atiende el hospital.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL:

Conocer la frecuencia de intento suicida que requiere manejo intrahospitalario en el departamento de Pediatría del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

4.2. OBJETIVOS PARTICULARES:

Comprender cuáles son las características biopsicosociales de estos pacientes, conocer los motivos desencadenantes, las formas de autoagresión, el tratamiento que recibieron en el hospital y sí presentaron secuelas

| Conocimiento | Comprensión | Aplicación | Síntesis | Análisis | Evaluación |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Definir lo que es el intento suicida, los factores de riesgo, su epidemiología, su complejidad y los métodos de prevención. | Comprender al intento suicida como un acto prevenible y con alto índice de morbilidad | Se realizara un análisis de expedientes clínicos para determinar el número de pacientes atendidos en 10 años. | Se evaluará el número de casos, las causas desencadenantes, las edades promedio y las comorbilidades psiquiátricas y biológicas | Realizaremos una comparación con respecto a la epidemiología nacional e internacional y se propondrán nuevas formas de prevención. | Se recabaran los datos y graficarán para evaluar la población en riesgo. |

5. MATERIAL Y METODOS

5.1. Tipo de Estudio

Es un estudio descriptivo y analítico de la población de los pacientes pediátricos que acudieron y se internaron por intento suicida, es retrospectivo, con un análisis de expedientes de 10 años.

Se analizaron todos los expedientes de pacientes que ingresaron al Servicio de Pediatría del Hospital General Dr. Manuel Gea González por intento suicida e intoxicaciones en el período de Enero del 2003 a Diciembre del 2012.

5.2. Ubicación Temporal y Espacial

Revisión de expedientes de pacientes que requirieron atención médica por intento suicida en el Hospital Dr. Manuel Gea González en el periodo de tiempo de enero del 2003 a diciembre del 2012.

5.3. Criterios de Selección de la Muestra

Criterios de Inclusión

Todos los expedientes de pacientes que ingresaron por intento suicida e intoxicación medicamentosa hospitalizados y que se haya corroborado la ideación suicida y la conducta de autolesión.

Criterios de Exclusión

No existen

Criterios de Eliminación

No aplican.

5.4. Variables

Variables para la caracterización de la población.

| | | | |
|------|--------------------------------------------------------------|------------------------|---------|
| Sexo | Característica biológica que distingue al hombre de la mujer | Masculino/ femenino | Nominal |
| Edad | Años cumplidos al momento de recolectar la información | Años | Razón |

Variables para la caracterización de la evolución

| | | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Síntomas emocionales previos al ingreso | Reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a estímulos. | Tristeza, ansiedad, miedo, ira, alegría, asco. | Nominal |
| Patología psiquiátrica | Diagnóstico previamente realizado por especialista | Depresión, ansiedad, limítrofe, opositorista, adicto. | Nominal |
| Patología Crónica Degenerativa | Diagnóstico de alguna enfermedad que requiere seguimiento subsecuente y que puede repercutir en la calidad de vida | Metabólicas Inmunológicas/Reumatólogicas Respiratorias Neurológicas | Nominal |
| Motivo de Intento suicida | Razón desencadenante por la cual realizó la autolesión. | Disgusto familiar/social Frustración Enojo Tristeza Desesperanza | Nominal |
| Forma de autoagresión | Método con el cual se llevó a cabo el intento | Ahorcamiento Ingesta de medicamentos Arma blanca | Nominal |

| | | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------|
| | suicida. | Arma de fuego Asfixia Gas butano Ingesta de cáusticos: Otros | |
| Relaciones sentimentales/sociales | Característica de relaciones interpersonales con semejantes. | Normal Conflictiva | Nominal |
| Dinámica Familiar | Característica de las relaciones entre todos los integrantes de la familia | Funcional Disfuncional | Nominal |
| Familiares con los que vive el paciente | Convive bajo el mismo techo con más personas | Padres Abuelos Tíos Primos Otros | Nominal |
| Abuso/ Uso de sustancias | Presencia de consumo y/o dependencia de sustancias estupefacientes. | Tabaquismo Alcoholismo Drogadicción | Nominal |
| Escolaridad | Grado máximo que tiene de | Analfabeta Primaria Secundaria | Nominal |

| | | | |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| | estudios | | |
| Factores de Riesgo | Antecedentes de importancia para predisponer actitudes y emociones negativas | Abuso Sexual Abuso Escolar Violencia Familiar Intento suicida o suicidio en familiares | Nominal |
| Días de estancia intrahospitalaria | Tiempo de hospitalización | Número de Días | Intervalo |
| Motivo de egreso | Causa por la cual el paciente se da de alta | Mejoría, muerte, traslado, curación, alta voluntaria | Nominal |
| Complicaciones | Comorbilidades que se presentaron en su hospitalización | Si/No Falla hepática Daño neurológico Infección de heridas Psicosis | Nominal |
| Tratamiento | Tipo de medicamentos que se le administraron al paciente | Lavado gástrico Curación Terapia Sedación Medidas anti-amonio Oxígeno | Nominal |

5.5. Tamaño de la Muestra

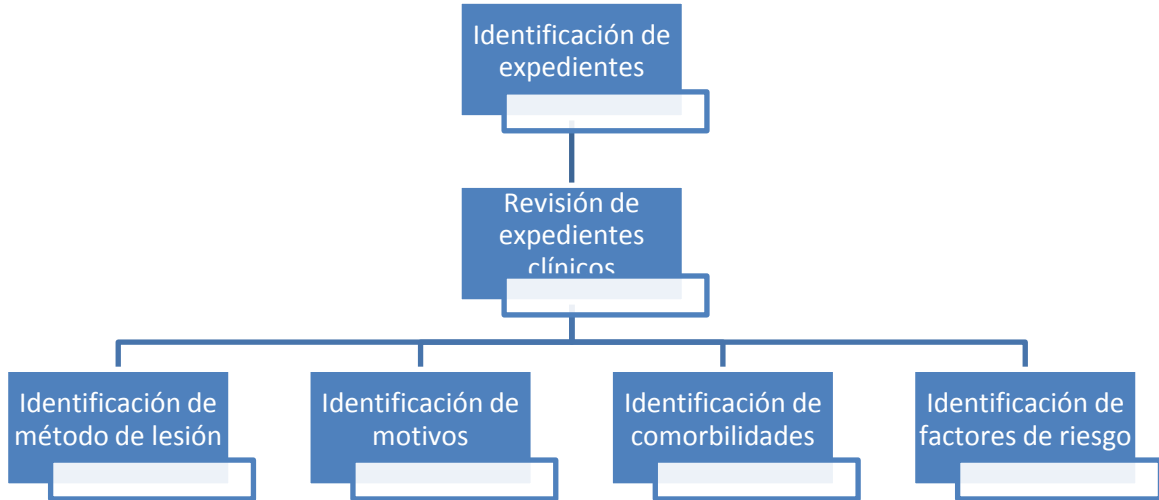
Se revisaron 65 expedientes en total que cumplieron con los criterios de inclusión, se encontraron 10 expedientes depurados, los cuales no fue posible incluir en el estudio, 30 de los pacientes fueron intoxicaciones medicamentosas accidentales y se descartó la ideación y conducta suicida por lo que se cuenta con un universo de 25 pacientes que intentaron suicidarse y requirieron hospitalización por dicho evento.

5.6. Análisis Estadístico

Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión, media, moda, desviación estándar, proporciones, porcentajes y correlaciones entre las variables.

5.7. Descripción Operativa del Estudio

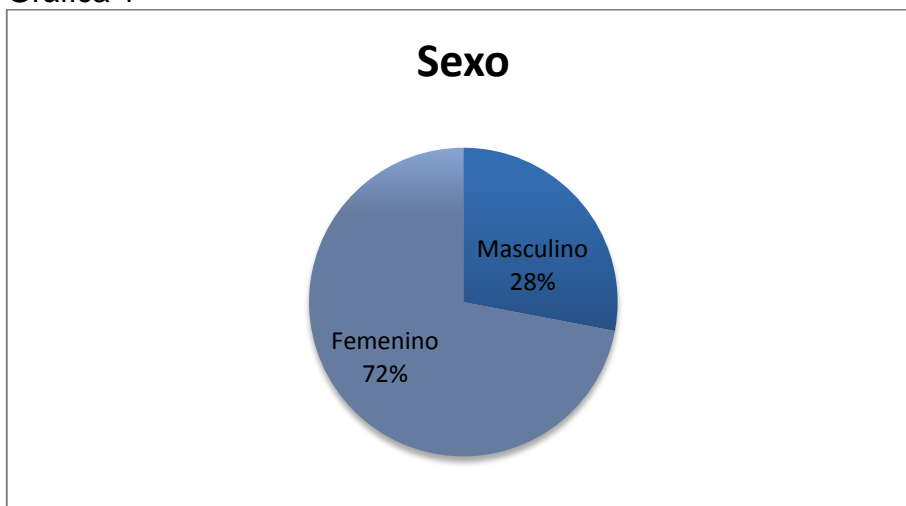
Todos los expedientes de pacientes con antecedente de intento suicida e intoxicación que cumplieron con los criterios de inclusión, se revisaron para determinar si fue intento suicida, el método de lesión, el o los motivos por el cual se lesionaron, los antecedentes biopsicosociales y las edades de los pacientes. Posteriormente se integraron variables dependientes e independientes que se recolectaron en una base de datos para formular gráficas, tablas y correlaciones.



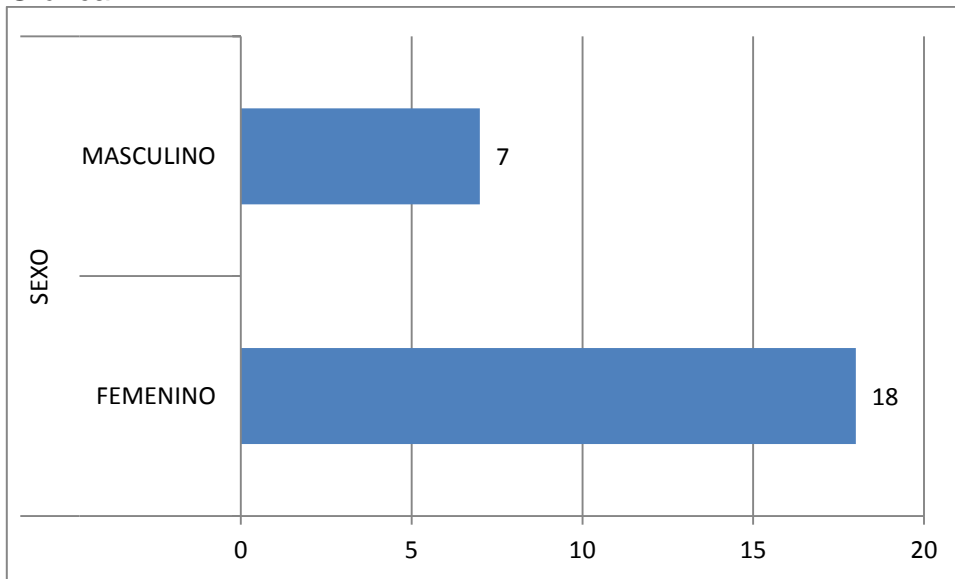
7. RESULTADOS

Este estudio comprobó que hubo mayor número de pacientes internados por intento suicida de sexo femenino, siendo un total de 18 mujeres y 7 hombres, lo que nos da una relación de 72% mujeres y 28% de hombres (Gráficas 1 y 2). Las edades de presentación fueron entre los 12 y los 15 años, con una media de 14 +/- 0.95 años, con las edades más comunes de presentación 14 y 15 años (Gráficas 3 y 4).

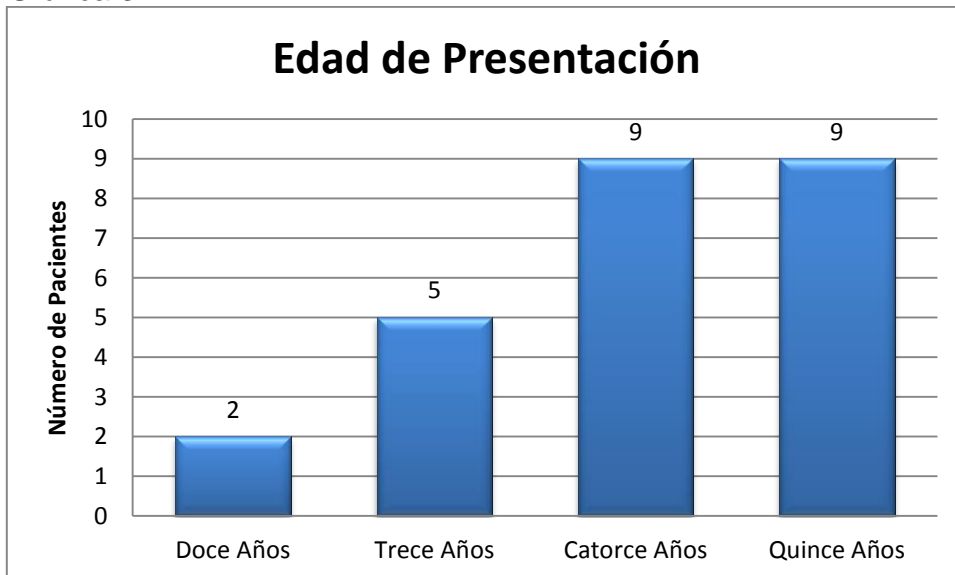
Gráfica 1



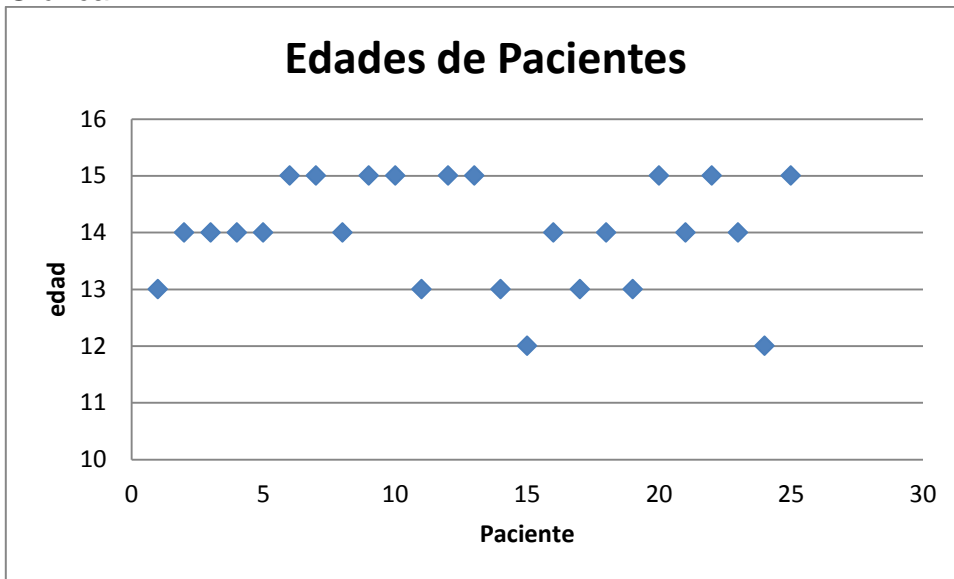
Gráfica 2



Gráfica 3



Gráfica 4



Promedio de edad de los pacientes hospitalizados: 14.5 +/- 0.957

El síntoma emocional de antecedente más frecuente que presentaron los pacientes fue la irritabilidad, ya que 96% de ellos la refirieron, labilidad emocional 76%, anhedonia y tristeza 72%, enojo 60% de ellos, agresividad y fatiga 36% respectivamente, e insomnio sólo 16%; es importante aclarar que en ninguno de los pacientes se presentó o manifestó un síntoma único, ya que la mayoría refirieron 2 o más de estos. Cabe a relucir la frecuencia tan importante de irritabilidad y labilidad emocional ya que casi todos los pacientes tuvieron éste síntoma como antecedente, y no la tristeza como podría llegar a suponerse. (Tablas 1-8, gráficas 5-12)

Tabla 1

Tristeza

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| no | 7 | 28.0 | 28.0 | 28.0 |
| si | 18 | 72.0 | 72.0 | 100.0 |
| Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

Grafica 5

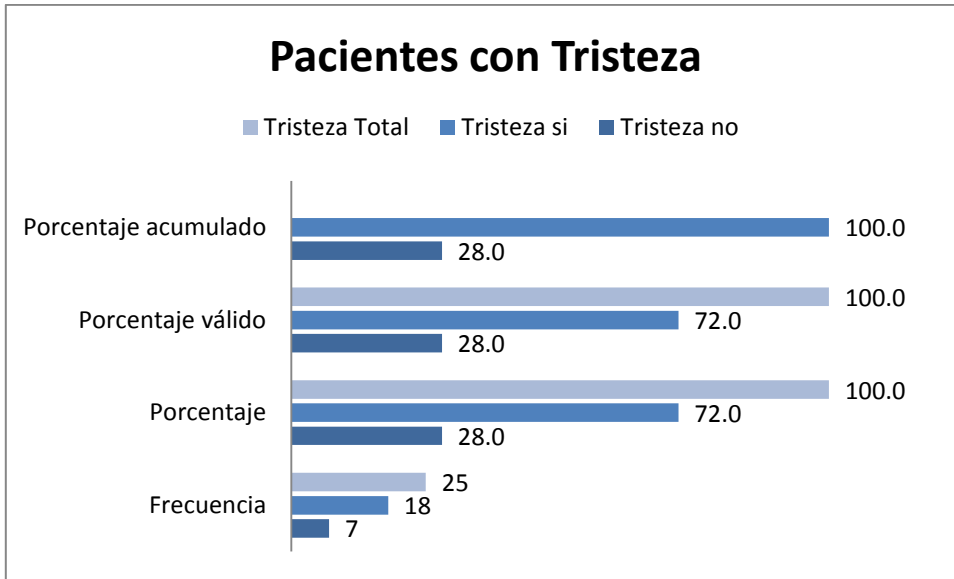


Tabla 2
Enojo

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| no | 10 | 40.0 | 40.0 | 40.0 |
| si | 15 | 60.0 | 60.0 | 100.0 |
| Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

Grafica 6

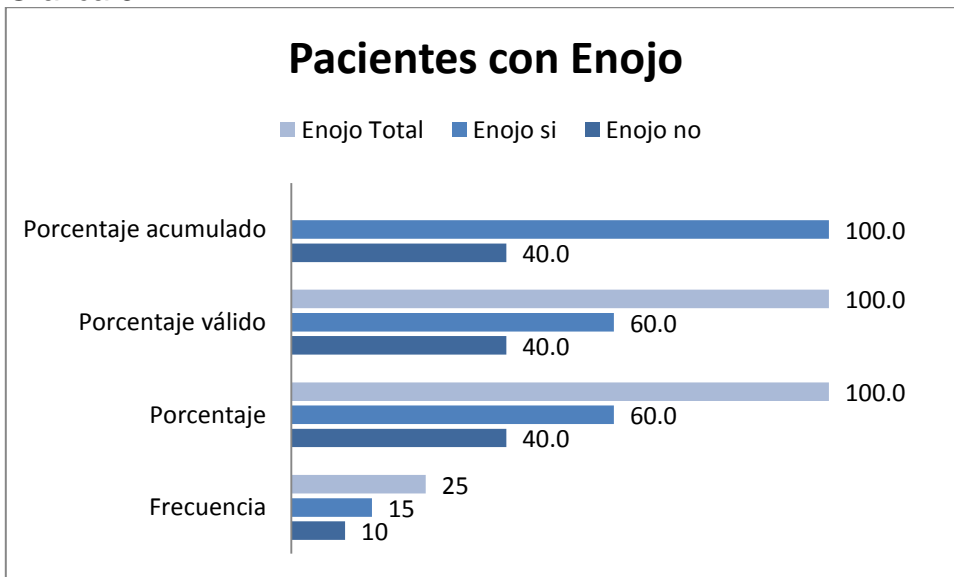


Tabla 3
Anhedonia

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| no | 7 | 28.0 | 28.0 | 28.0 |
| si | 18 | 72.0 | 72.0 | 100.0 |
| Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

Gráfica 7

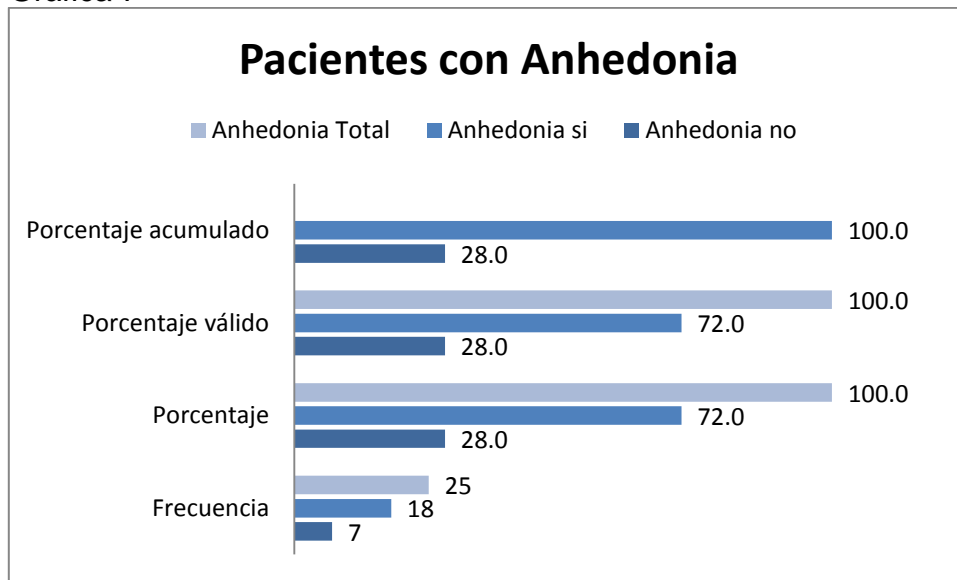


Tabla 4

Insomnio

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| no | 21 | 84.0 | 84.0 | 84.0 |
| si | 4 | 16.0 | 16.0 | 100.0 |
| Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

Gráfica 8

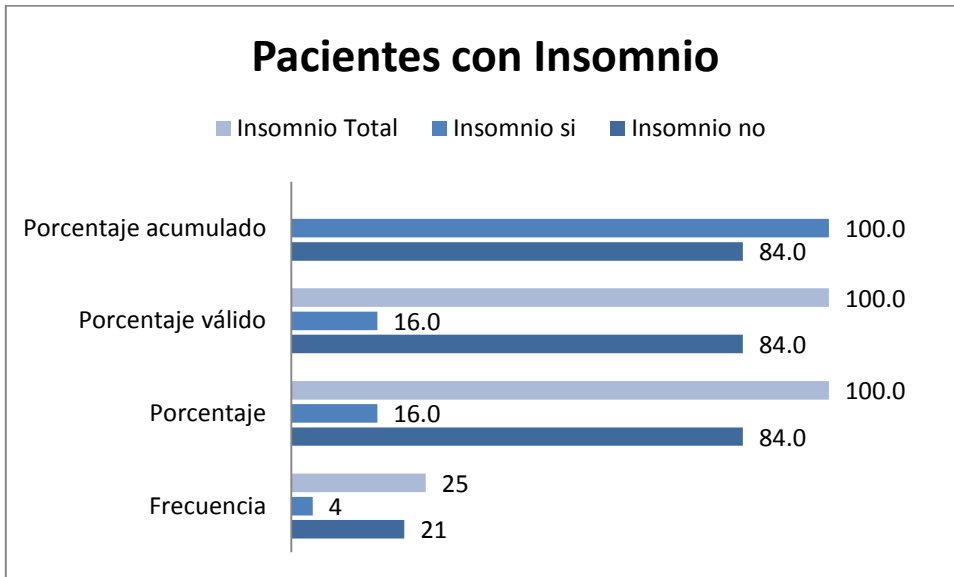


Tabla 5
Fatiga

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| no | 16 | 64.0 | 64.0 | 64.0 |
| si | 9 | 36.0 | 36.0 | 100.0 |
| Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

Gráfica 9

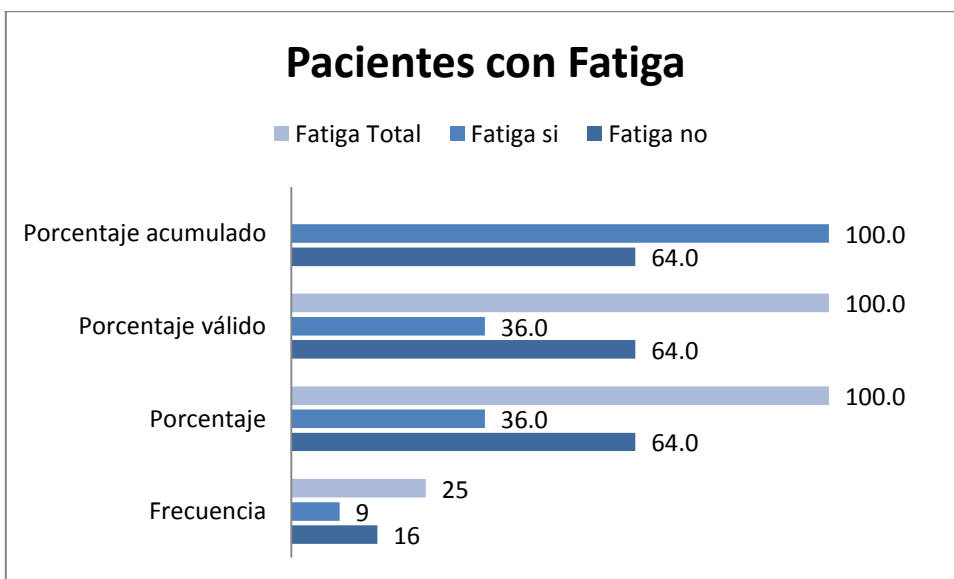


Tabla 6

Labilidad Emocional

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| no | 6 | 24.0 | 24.0 | 24.0 |
| si | 19 | 76.0 | 76.0 | 100.0 |
| Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

Gráfica 10

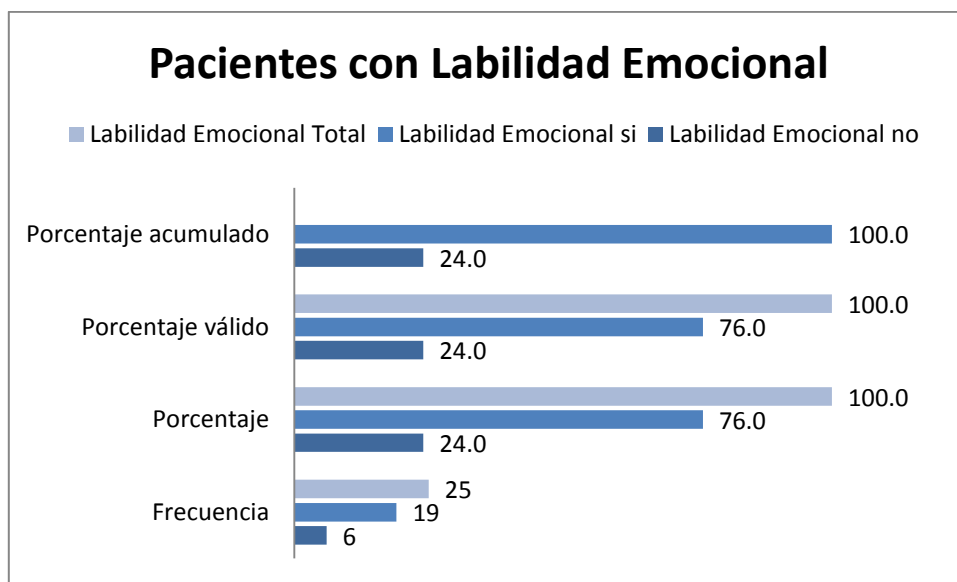


Tabla 7

Agresividad

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| no | 16 | 64.0 | 64.0 | 64.0 |
| si | 9 | 36.0 | 36.0 | 100.0 |
| Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

Gráfica 11

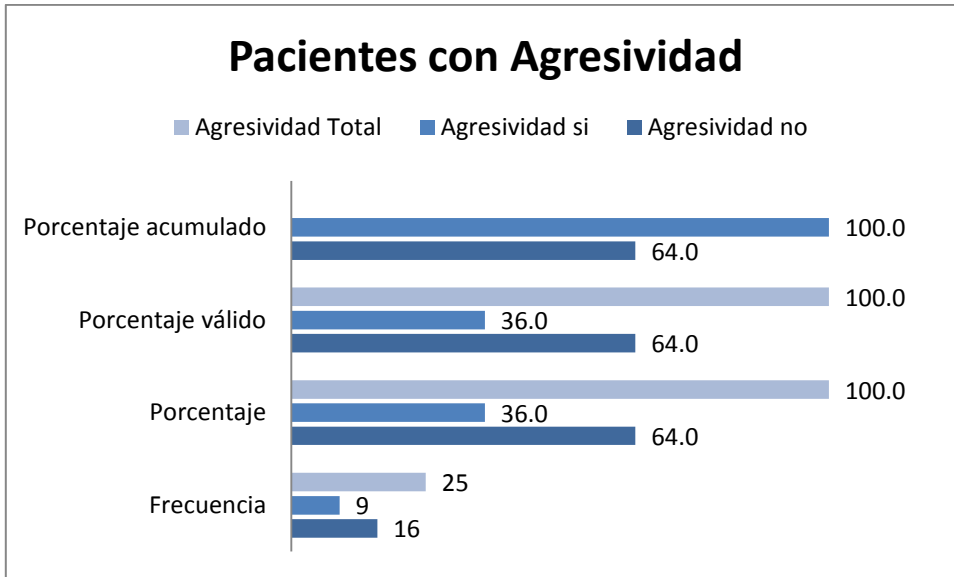
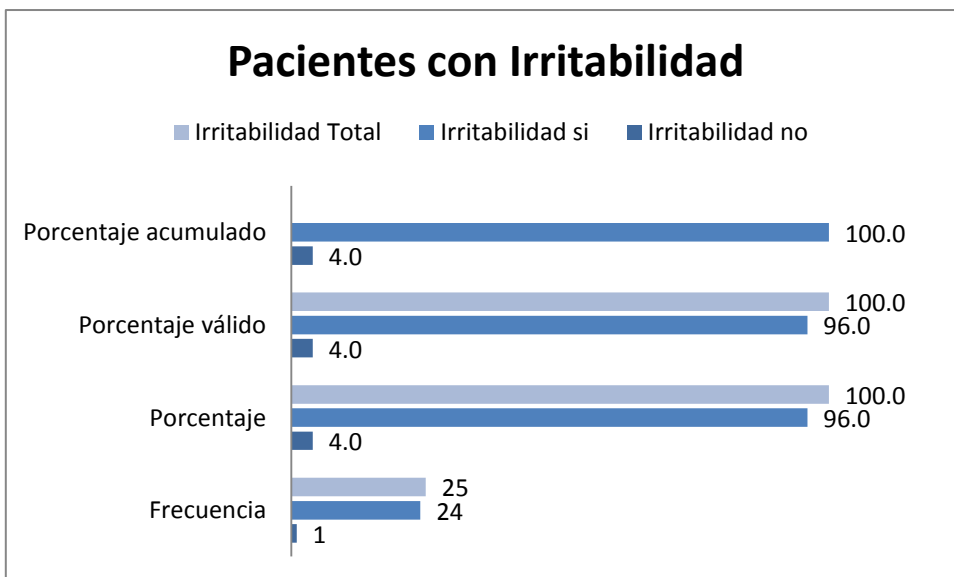


Tabla 8

Irritabilidad

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| no | 1 | 4.0 | 4.0 | 4.0 |
| si | 24 | 96.0 | 96.0 | 100.0 |
| Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

Gráfica 12



Del universo de pacientes (n=25) el 60% tenían un diagnóstico previo de alguna patología psiquiátrica, incluso algunos tenían dos patologías concomitantes, de éstas la más frecuente fue la depresión en 10 de esos pacientes, sin embargo se englobó de acuerdo al DSM IV en trastornos emocionales siendo un total de 40%, 8% tenían diagnóstico de trastorno de personalidad, 16% con trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo estos pacientes también fueron parte del grupo de trastornos emocionales; 8% tenían diagnóstico de algún trastorno de la infancia o de la niñez, y 20% tenían algún tipo de adicción, los cuales también se relacionaron con algunas patologías, de tal modo que 10 de los pacientes tenían sólo una patología psiquiátrica, y otros 5 de ellos tenían 2 o más, lo que hace el total de 15 pacientes que es el 60% previamente comentado. (Gráfica 13, tablas 9 y 10)

Gráfica 13

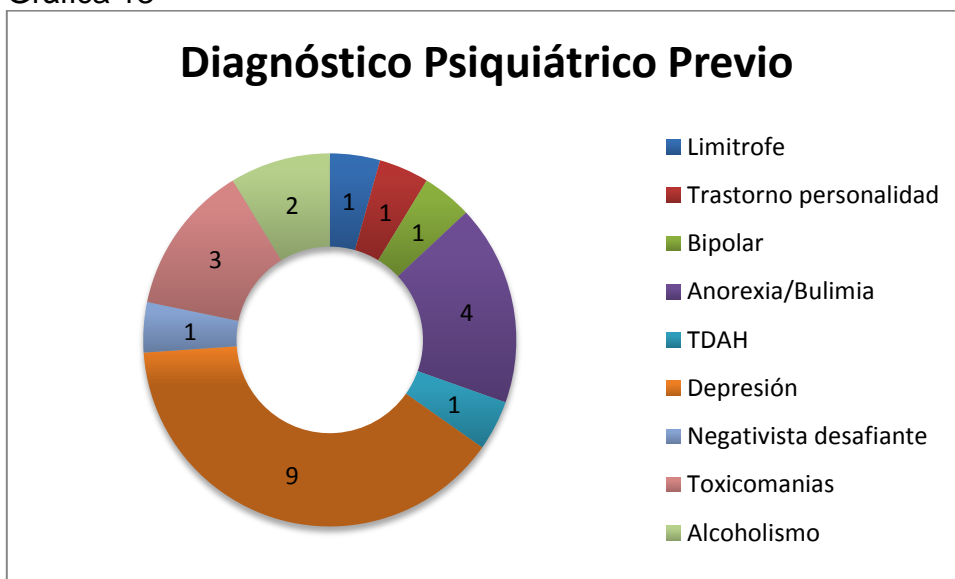


Tabla 9 Patología Psiquiátrica previa

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------------|------------|------------|
| Sin PP previa | 10 | 40.0 |
| T. Personalidad | 2 | 8.0 |
| T. Emocional | 10 | 40.0 |
| T. Infancia, Niñez o Adolescencia | 2 | 8.0 |
| T. Conducta Alimenticia | 4 | 16.0 |
| T. a Substancias | 5 | 20.0 |

Tabla 10 Patología simple/compuesta

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| ninguna | 9 | 36.0 |
| una | 10 | 40.0 |
| dos/más | 5 | 20.0 |
| Total | 24 | 96.0 |
| desconoce | 1 | 4.0 |

Tabla 11
Seguimiento de Patología Psiquiátrica
Psiquiátrica

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----|------------|------------|
| Si | 10 | 40.0 |
| No | 15 | 60.0 |

Tabla 12
Tratamiento de Patología

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| Si | 1 | 4.0 |
| No | 15 | 60.0 |
| Farmacologico | 9 | 36.0 |

De los pacientes previamente comentados, que tenían el diagnóstico de alguna patología psiquiátrica de base únicamente el 40% de ellos se encontraban en seguimiento (la mayoría en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro), de éstos 10 pacientes, 9 se encontraban con tratamiento médico y uno con tratamiento psicológico. (Tablas 11y 12)

Del universo de pacientes, únicamente había 5 con alguna enfermedad considerada como crónica, uno de ellos tenía diagnóstico de asma, la cual estaba controlada y se trataba con rescates de broncodilatador en caso necesario, uno tenía diagnóstico de hepatitis crónica en estudio para lo que estaba con tratamiento de fenobarbital, y 3 pacientes tenían diagnóstico nutricional de obesidad, ninguno de los cuales se encontraba en seguimiento ni en estudio para dicha patología.

Tabla 13

| Intento Suicida | | |
|------------------------|----|-----|
| Primer Intento | 15 | 60% |
| Segundo Intento | 7 | 28% |
| Tercer Intento | 3 | 12% |

El 60% de los pacientes se observó que fue su primer intento suicida, sin embargo 40% ya era otro intento, 28% segundo intento en un año desde el anterior y 12% el tercer intento en un año. (Tabla 13)

En cuanto a los factores desencadenantes la mayoría, es decir, 32% de los pacientes atribuyeron a varias causas el motivo, con un predominio de 23% de factor a la tristeza, en tercer lugar el antecedente de pelea familiar 21%, con frustración y desesperanza 18% respectivamente, enojo 16% y algún disgusto con la pareja 2%. (Tabla 14)

Tabla 14 Factor desencadenante

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| Pelea familiar | 13 | 21.6 |
| Disgusto pareja | 1 | 1.6 |
| Enojo | 10 | 16.6 |
| Frustración | 11 | 18.3 |
| Desesperanza | 11 | 18.3 |
| Tristeza | 14 | 23.3 |
| Dos o más | 19 | 31.6 |
| | 60 | 100.0 |

El método utilizado más frecuente para el intento suicida en nuestro universo de estudio fueron los medicamentos en un 84%, el resto de los métodos fueron arma blanca, ingesta de cáusticos, ahorcamiento e ingesta de raticida 4% respectivamente, (Gráfica 14, tabla 15) y observamos más adelante que de los medicamentos más comúnmente utilizados por esta población se encontraron que 28.5% de ellos ingirieron medicamentos misceláneos, entre estos: antihipertensivos, anticonvulsivos, digitálicos, y antibióticos, y englobando la frecuencia, la carbamazepina y las benzodiazepinas se consumieron en un 23.8% respectivamente, haciéndolas las más frecuentes, otro medicamento fue el paracetamol 14% y por último los psicotróficos (risperidona) 9.5%. (Gráfica 15)

Gráfica 14

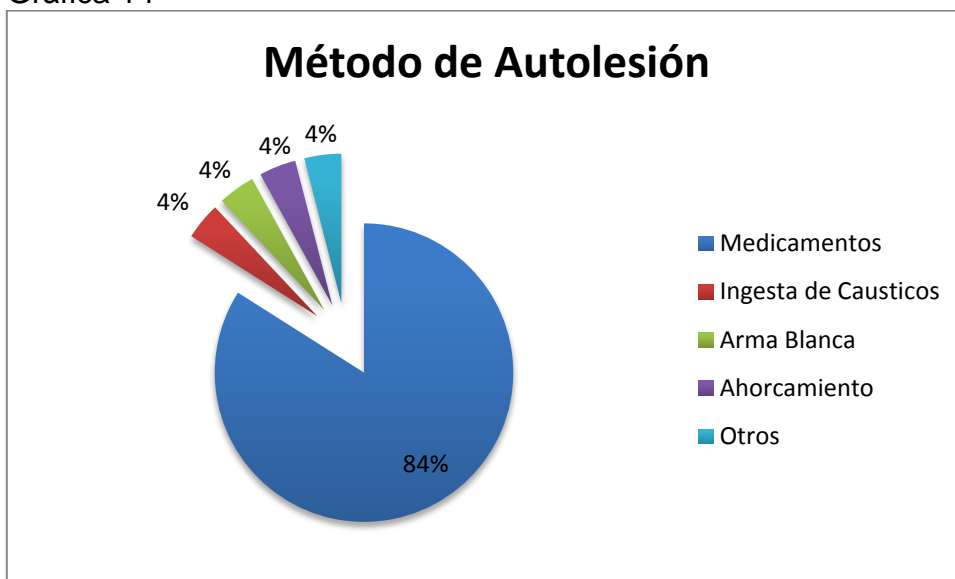


Tabla 15

Método Utilizado

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Ahorcamiento | 1 | 4.0 | 4.0 | 4.0 |
| Arma Blanca | 1 | 4.0 | 4.0 | 8.0 |
| Medicamentos | 21 | 84.0 | 84.0 | 92.0 |
| Causticos | 1 | 4.0 | 4.0 | 96.0 |
| Raticidas | 1 | 4.0 | 4.0 | 100.0 |
| Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

Gráfica 15

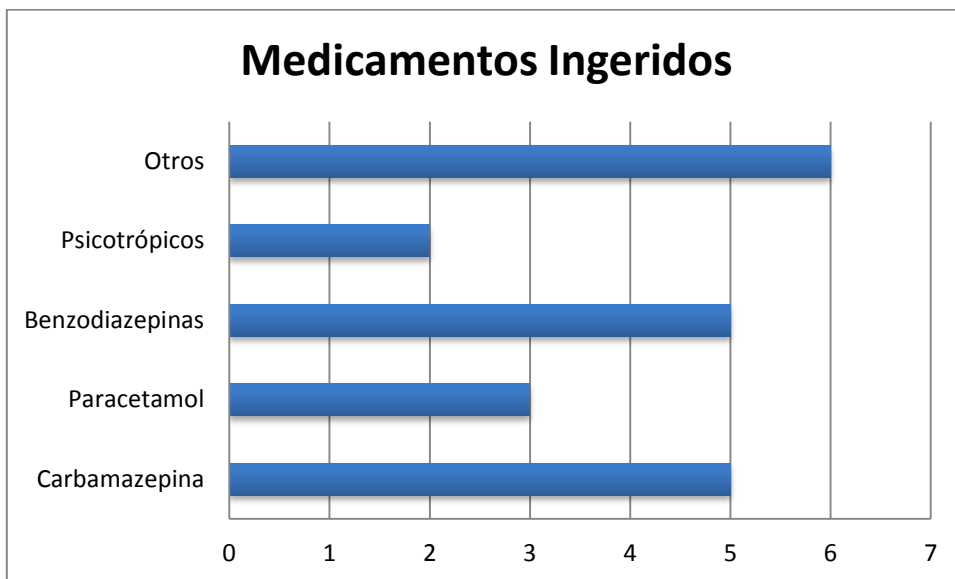


Tabla 16

Tabla de contingencia Método Utilizado * Sexo

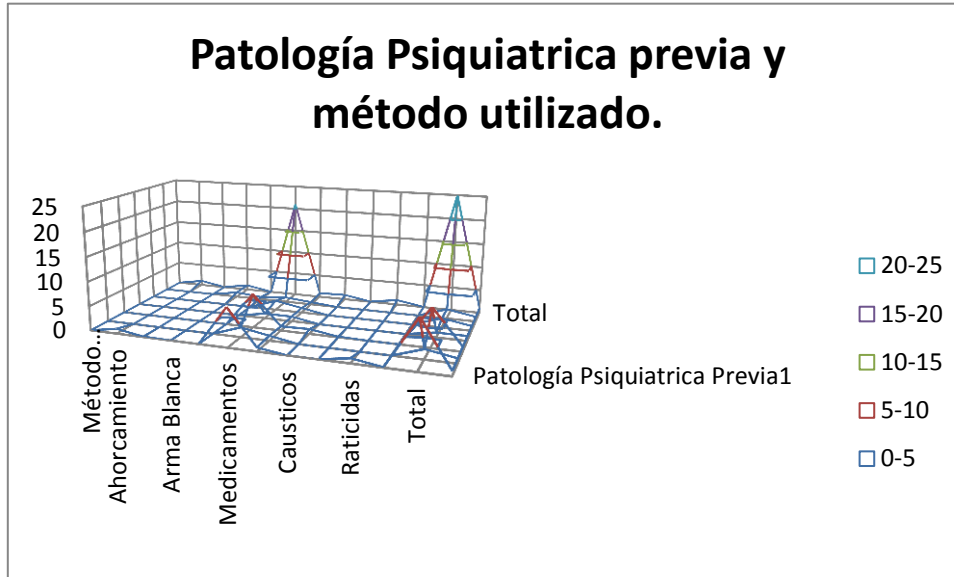
| Método Utilizado | Sexo | | Total |
|------------------|-----------|-----------|-----------|
| | Femenino | Masculino | |
| Ahorcamiento | 0 0% | 1 14% | 1 4% |
| Arma Blanca | 1 6% | 0 0% | 1 4% |
| Medicamentos | 15 83% | 6 86% | 21 84% |
| Causticos | 1 6% | 0 0% | 1 4% |
| Raticidas | 1 6% | 0 0% | 1 4% |
| | | | |

Tabla 17

| Método Utilizado | Patología Psiquiátrica Previa | | | | | | Total |
|------------------|-------------------------------|-----------------|--------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------|------------|
| | Sin PP previa | T. Personalidad | T. Emocional | T. Infancia, Niñez o Adolescencia | T. Conducta Alimenticia | T. a Substancias | |
| Ahorcamiento | 1 10% | 0 0% | 0 0% | 0 0% | 0 0% | 0 0% | 1 4% |
| Arma Blanca | 0 0% | 0 0% | 0 0% | 0 0% | 0 0% | 1 50% | 1 4% |
| Medicamentos | 8 80% | 2 100% | 7 88% | 1 100% | 2 100% | 1 50% | 21 84% |
| Cáusticos | 0 0% | 0 0% | 1 13% | 0 0% | 0 0% | 0 0% | 1 4% |
| Raticidas | 1 10% | 0 0% | 0 0% | 0 0% | 0 0% | 0 0% | 1 4% |
| Total | 10 100% | 2 100% | 8 100% | 1 100% | 2 100% | 2 100% | 25 100% |

No hubo diferencias estadísticas respecto a la presencia de patología psiquiátrica previa y el método utilizado ($p=0.65$). La mayoría de ellos no tenían un diagnóstico previo ($n=10$) y usaron medicamentos para el intento suicida ($n=21$). (Tabla 17, gráfica 16)

Gráfica16



Se observaron más mujeres (n=18) con intento suicida que hombres (n=7). No se encontraron diferencias respecto al tipo de método utilizado entre hombres y mujeres (p=0.44), pero si con respecto al factor desencadenante. En el que los hombres manifestaron más haberlo hecho por pelea o enojo, y las mujeres por tristeza o "dos o más" (p=0.04). (Tablas 16 y 18)

Tabla 18

Tabla de contingencia Factor desencadenante * Sexo

| Factor desencadenante | Sexo | | Total |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|
| | Femenino | Masculino | |
| Pelea familiar | 3 17% | 4 57% | 7 28% |
| Disgusto pareja | 1 6% | 0 0% | 1 4% |
| Enojo | 0 0% | 2 29% | 2 8% |
| Frustración | 1 6% | 0 0% | 1 4% |
| Tristeza | 2 11% | 0 0% | 2 8% |
| Dos o más | 11 61% | 1 14% | 12 48% |

Los factores de riesgo más importantes fueron las relaciones sociales conflictivas, la familia disfuncional, el utilizar alguna droga recreativa y su abuso, así como el tener antecedentes en la familia de alguna patología psiquiátrica o la presencia de abuso sexual, de éstos factores notamos en nuestra población hubo 2 pacientes quienes fueron abusados sexualmente, una paciente con madre bipolar y otro paciente con antecedente de suicidio en la familia, así como otros 2 que tenían hermanos con diagnóstico de depresión mayor.

El 72% de los pacientes mantuvieron relaciones sociales conflictivas, y el 28% tuvieron relaciones normales; y la dinámica familiar en 88% fue disfuncional y 12% es funcional. (Tablas 19, 20, Gráficas 17 y 18)

Tabla 19

Relaciones Sociales

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Normal | 7 | 28.0 | 28.0 | 28.0 |
| Conflictiva | 18 | 72.0 | 72.0 | 100.0 |
| Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

Gráfica 17

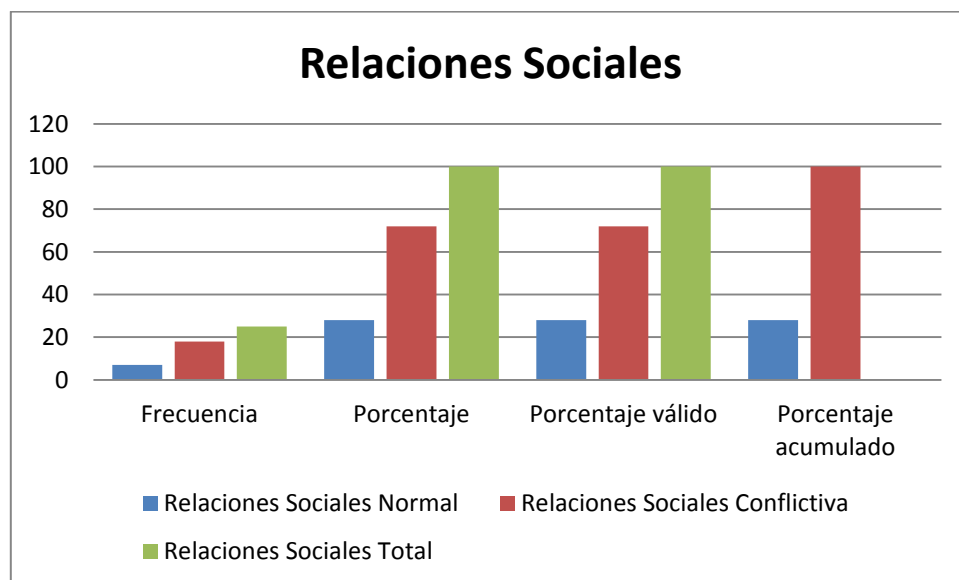
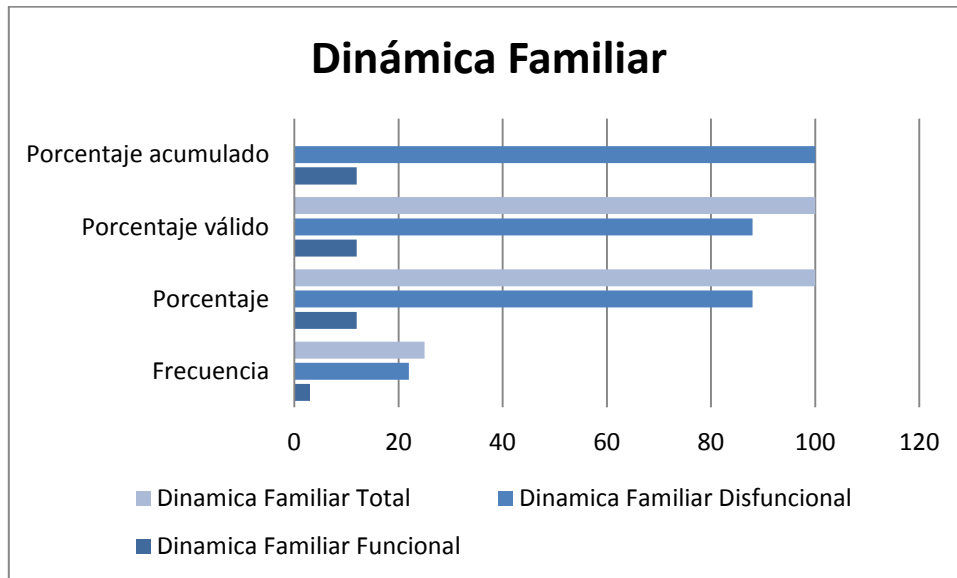


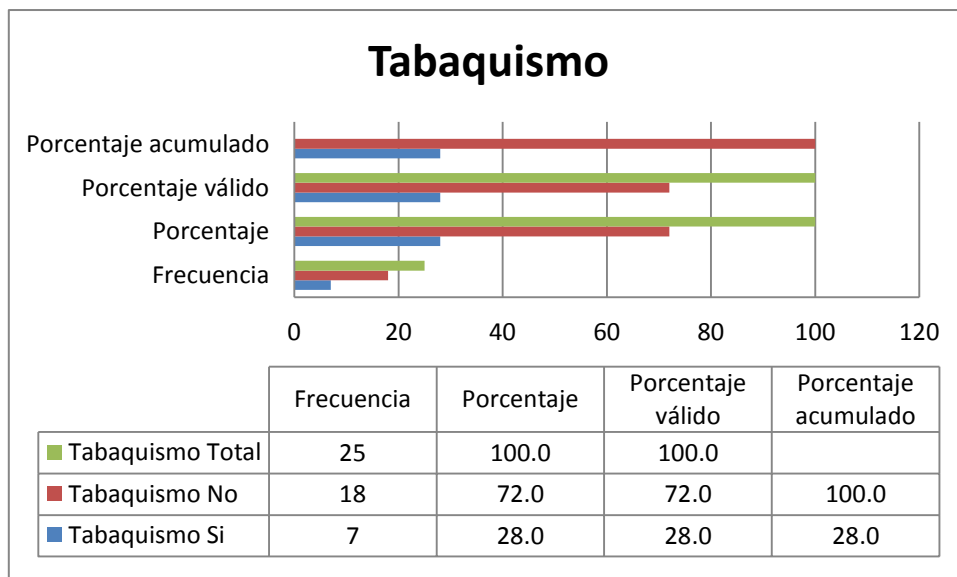
Tabla 20
Dinamica Familiar

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Funcional | 3 | 12.0 | 12.0 | 12.0 |
| Disfuncional | 22 | 88.0 | 88.0 | 100.0 |
| Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

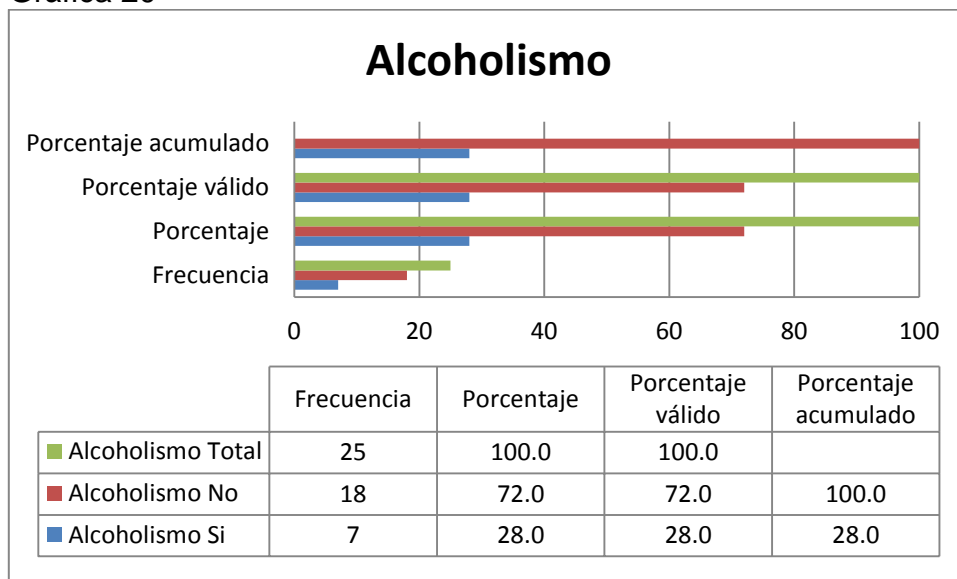
Gráfica 18



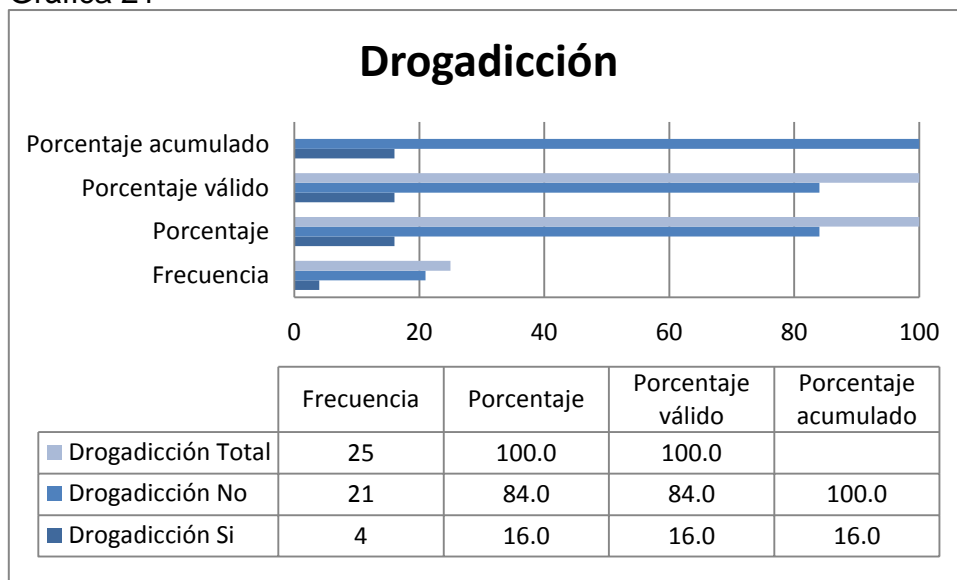
Gráfica 19



Gráfica 20

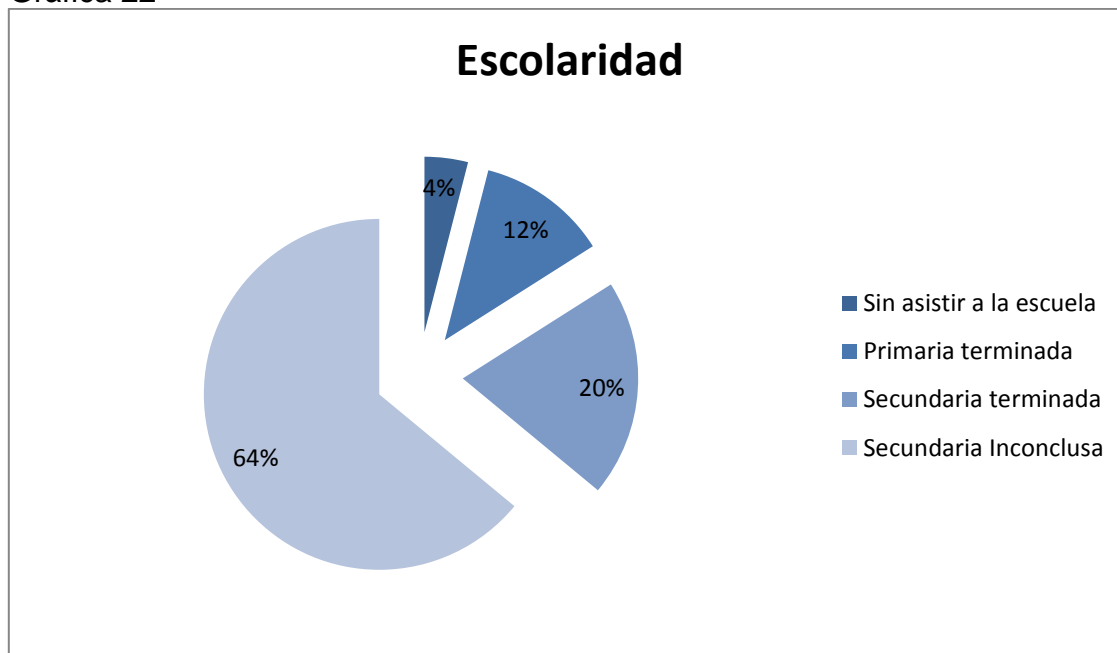


Gráfica 21



El consumo de sustancias recreativas hubo un 28% que consumían tabaco, y 72% no lo consumían, en cuanto a alcohol tenemos la misma frecuencia, 28% lo consumían, y 72% no, y a drogas diversas 16% las consumían y 84% no las consumían. No hubo diferencias en el consumo de sustancias de acuerdo al sexo, aunque la mayoría de ellos consumían tabaco o alcohol. (Gráficas 19,20,21)

Gráfica 22



La población (n=25) presentó un nivel de escolaridad de 64% como secundaria inconclusa o aún acudiendo a ella, 20% terminaron la secundaria, 12% terminaron la primaria y 4%, es decir un paciente no acudió a la escuela. (Gráfica 22)

Tabla 21

Estadísticos descriptivos

| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desv. típ. |
|------------------------|----|--------|--------|-------|------------|
| Días Hospitalizados | 25 | 2 | 8 | 3.36 | 1.578 |
| N válido (según lista) | 25 | | | | |

Todos los pacientes estuvieron hospitalizados en promedio 3 +/- 1.5 días con un mínimo de estancia hospitalaria de 2 y un máximo de 8 días. (Tabla 21)

En cuanto a las complicaciones el 68% de los pacientes no tuvieron ninguna, es decir, se internaron para vigilancia únicamente, 32% (n=8) si las presentaron, dentro de estas 3 pacientes requirieron asistencia en fase III, 2 pacientes requirieron de apoyo aminérgico y 3 pacientes tuvieron daño hepático manifestado por hiperamonemia, estas complicaciones se manejaron intrahospitalariamente y los pacientes mejoraron por lo que se decidió su alta, todos con referencia a Hospital Psiquiátrico Infantil para continuar o iniciar con manejo por parte de paidopsiquiatría y determinar otro tipo de intervención. (tabla 22)

Tabla 22

Complicaciones

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Si | 8 | 32.0 | 32.0 | 32.0 |
| | No | 17 | 68.0 | 68.0 | 100.0 |
| | Total | 25 | 100.0 | 100.0 | |

7. DISCUSION

Hay varios estudios en la literatura que hablan del intento suicida en pacientes adultos, sin embargo son pocos los que hablan de los intentos en niños y adolescentes, los que hablan de esto comentan que es más frecuente el intento suicida en mujeres, y que en la etapa pediátrica la adolescencia es cuando más intentos suicidas hay como se puede observar en este trabajo, donde 84% de la población fueron mujeres. Se comenta que los hombres utilizan métodos más impulsivos y las mujeres son más propensas a la ideación y a la planeación, debido a que el estudio tiene pocos hombres no fue posible observar esta relación. Podemos comentar que así como se revisó en la literatura en nuestros pacientes también fue más frecuente la presencia de relaciones sociales conflictivas y las familias disfuncionales, sin embargo son pocos los pacientes con adicciones. De los factores protectores que comenta la OMS observamos que la escolaridad si estuvo presente en nuestros pacientes, sin embargo la educación en este país no esta regularizada y no se sabe si podemos tomarlo como un factor protector.

Las patologías crónicas y psiquiátricas también se relacionan al intento suicida, esto solo se pudo corroborar para patología psiquiátrica ya que pocos pacientes tenían alguna enfermedad crónica que pudiera desencadenar la autolesión.

8. CONCLUSIONES

Se puede concluir que el intento suicida es un acto que habla indirectamente de varias situaciones, entre estas de problemas en casa, con la gente que lo rodea, con la esfera biopsicosocial y que esta muy relacionada al antecedente de patología psiquiátrica previa.

Es importante que los pacientes que intentan suicidarse tengan una evaluación completa y que los médicos peditras que los atienden sepan que tienen un gran riesgo de volver a cometer el intento por lo que es de vital importancia que estos pacientes sean internados, aún sin que haya presencia de complicaciones biológicas, ya que en cualquier momento pueden volver a cometer alguna autolesión.

9. PERSPECTIVAS

Este trabajo considero que es de importancia debido a que nos muestra una parte del comportamiento de la población con intento suicida y tendencia a autolesionarse y nos deja de enseñanza que los pacientes que intentan suicidarse deben de ser hospitalizados, aun sin presentar alteraciones o complicaciones biológicas, ya que en la esfera de la psique tienen una enfermedad que de acuerdo a lo que las estadísticas describen es alta la probabilidad de que vuelvan a intentarlo y también tienen posibilidad de llegar en algún momento al suicidio.

10. BIBLIOGRAFIA

- 1) El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS.- Organización Mundial de la Salud (www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/print.html)
- 2) Boletín Especial de Salud Mental, La Epidemiología de la Salud Mental en México. Secretaría de Salud y Asistencia (www.salud.gob.mx/conadic/epidism.htm)
- 3) Psic. Alejandro Águila “Estadísticas de intentos de Suicidios y Suicidios”. Cuaderno 9 Edición 2003. INEGI (www.suicidologia.com.mx)
- 4) Carl L. Tishler, PhD, Natalie Staats Reiss, PhD, Angel R. Rhodes, PhD Suicidal Behavior in Children Younger than Twelve: A Diagnostic Challenge for Emergency Department Personnel. ACADEMIC EMERGENCY

MEDICINE 2007; 14:810–818^a 2007 by the Society for Academic Emergency Medicine. ACAD EMERG MED _ September 2007, Vol. 14, No. 9 _ (www.aemj.org)

- 5) Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual.. *Salud Publica Mex* 2010;52:292-304.
- 6) Laura M. Prager Depression and Suicide in Children and Adolescents. *Pediatrics in Review* 2009;30;199 DOI: 10.1542/pir.30-6-199
- 7) Dra. Soledad Pandolfoa, Dr. Martín Vázquez, Dra. Mariana Mása, Dra. Alejandra Vomeroa, Sra. Alicia Aguilara y Prof. Dr. Osvaldo Belloa Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Visión del pediatra de urgencias.. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(1):18-23
- 8) B. BETTELHEIM. Fugitivos de la Vida. La rehabilitación de niños perturbados emocionalmente. México D.F. Fondo de Cultura Económica. 1976. Pág. 493
- 9) Neuringer, C. & Lettieri, D.J. (1971) Cognition, attitude, and affect in suicidal individuals. *Life-threatening Behavior*, 1, 106-124.
- 10) Ellis. T.E. Cognición y Suicidio. Teoría, investigación y terapia. México D.F. Editorial Manual Moderno. 2008. Pp. 14-15, 121-124, 285-301.
- 11) Lester D. Maris A.R. et al. Alcoholism, substance abuse, and suicide. *Comprehensive textbook of suicidology* (pp. 357-375) New York 2000, Gilford Press)
- 12) Margaret E. Gutgesell and Nancy Payne Issues of Adolescent Psychological Development in the 21st Century. *Pediatrics in Review* 2004;25;79 DOI: 10.1542/pir.25-3-79

11. Hoja de recolección de datos

Nombre: _____

Edad ___ Cama ___ Sexo F ___ M ___ Fecha de Ingreso _____ Fecha de egreso _____

Registro _____

Fue visto por otros médicos SI ___ No Medico Familiar _____ Pediatra _____ Otro _____

¿Cuántos médicos lo vieron antes de su ingreso? _____

¿Diagnósticos previos y tratamiento? No ___ si ___ cuales _____

Síntomas Emocionales previos

1.- Tristeza: no ___ si ___ Duración _____ 2.- Enojo: no ___
si ___ Duración _____

3.- Anhedonia: no ___ si ___ Duración _____

4.- Insomnio: no ___ si ___ Duración _____

5.- Fatiga/Cansancio: no ___ si ___ Duración _____

6.- Labilidad emocional: no ___ si ___ Duración _____

7.- Agresividad: no ___ si ___ Duración _____

8.- Irritabilidad y poca tolerancia: no ___ si ___ Duración _____

9.- Intento de suicidio previo: no ___ si ___ Duración _____

Factores de Riesgo/Protección

9.- Relaciones sentimentales/sociales: Normal ___ Conflictiva ___ Duración de la relación y tipo de relación _____

10.- Dinámica familiar: Funcional ___ Disfuncional ___

Con qué familiares vive el paciente: padres ___ abuelos ___ primos ___ tíos ___ otros ___

11.- Escolaridad: No ___ Si ___ Grado máximo de estudios _____

12.- Tabaquismo: no ___ si ___ Duración _____

13.- Alcoholismo: no ___ si ___ Duración _____

14.- Drogas: no ___ si ___ Duración _____

15.- Patología psiquiátrica: no ___ si ___ cual(es): _____

Duración _____

Tratamiento: no ___ si ___ cual(es): _____

Duración _____

Seguimiento: no ___ si ___ Duración _____

En que hospital: _____

16.- Patología crónica degenerativa: no ___ si ___ cual(es): _____

Duración _____

Tratamiento: no ___ si ___ cual(es): _____

Duración _____

Pasatiempos: no ___ si ___ cual(es): _____

Duración _____

Factor desencadenante

Pelea familiar: ___ Disgusto con la pareja: ___ Desesperanza: ___ Enojo: ___

Frustración: ___ Tristeza: ___

Método utilizado

Ahorcamiento: ___ Asfixia: ___ Gas butano: ___ Arma blanca: ___ Arma de Fuego: ___

Medicamentos: ___ Ingesta de cáusticos: ___ Otros ___ cual(es): _____

Días de hospital _____

Tratamiento en el hospital _____

Complicaciones No ___ si ___ cual (es) _____

Motivo de egreso: mejoría _____ curación _____ voluntaria _____ traslado a otro hospital _____