



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

SECRETARIA DE SALUD

SUBSECRETARIA DE PREVENCION Y PROMOCION A LA SALUD

DIRECCION GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGIA

**CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CONFORME A EGRESO HOSPITALARIO
EN UNA INSTITUCIÓN ESPECIALIZADA, DISTRITO FEDERAL DURANTE 2012: PREVALENCIA
Y FACTORES ASOCIADOS**

TESIS

Que para obtener el grado como Especialista Médico en Epidemiología

P R E S E N T A

DRA. DEIDRE ADRIANA DE JALCAZARI LARA

DIRECTOR

DRA. MARÍA ELENA MÁRQUEZ CARAVEO

MÉXICO, D.F., JULIO 2013

Facultad de Medicina





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

LIBERACIÓN DE TESIS

TITULO: Conducta suicida en niños y adolescentes conforme a egreso hospitalario en una institución especializada, Distrito Federal durante 2012: prevalencia y factores asociados.

ALUMNO: Dra. Deidre Adriana De Jalcazari Lara

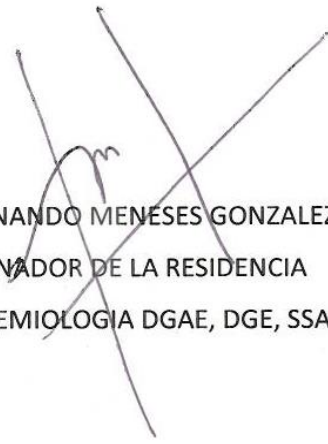
DIRECTOR: Dra. María Elena Márquez Caraveo

LA TESIS PRESENTADA ES LIBERADA




DR. CUITLAHUAC RUIZ MATUS

DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE EPIDEMIOLOGÍA
Y PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN EPIDEMIOLOGÍA



DR. FERNANDO MENESES GONZALEZ
COORDINADOR DE LA RESIDENCIA
EN EPIDEMIOLOGIA DGAE, DGE, SSA



DRA. MARIA ELENA MARQUEZ CARAVEO
DIRECTOR DE TESIS

MEXICO D.F., JULIO 2013

TITULO:	CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CONFORME A EGRESO HOSPITALARIO EN UNA INSTITUCIÓN ESPECIALIZADA, DISTRITO FEDERAL DURANTE 2012: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS.
ALUMNO:	Deidre Adriana De Jalcazari Lara
DIRECTOR:	Dra. María Elena Márquez Caraveo, Médico, paidopsiquiatría Jefa de la división en Investigación en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.
ASESORES:	MC Claudia Morales González, Maestra en Ciencias con énfasis en Epidemiología Clínica, Dirección General Adjunta de Epidemiología. Dr. Felipe Salvador Sánchez, Maestro en Investigación en Servicios de Salud. Médico especialista en el área de Investigación y Enseñanza. Dirección General Adjunta de Epidemiología.

Resumen final

Introducción: De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud la conducta suicida en niños y adolescentes se contempla dentro de los problemas que requieren una solución urgente. Esta problemática plantea interrogantes a la fecha no resueltas, y faltan por superar obstáculos de orden teórico, metodológico y práctico que limitan el desarrollo de este campo.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de conducta suicida conforme a los egresos hospitalarios de niños y adolescentes de un Hospital Psiquiátrico Infantil, del Distrito Federal, 2012 y caracterizar los factores biológicos, sociodemográficos, psicosociales y psiquiátricos asociados a la conducta suicida.

Metodología: Se realizó un estudio transversal, descriptivo con base en una población hospitalaria de un Hospital Psiquiátrico Infantil en la ciudad de México. Se realizó muestreo por conveniencia y revisión de 242 expedientes de los egresos hospitalarios del 2012. Con un tamaño de muestra final de 242 se obtuvo un 88% de poder estadístico y un nivel de confianza de 95%. Se estimó la prevalencia de conducta suicida así como de cada conducta. Se realizó un análisis univariado de las características sociodemográficas de la población total n estudio así como de los casos y no casos con base en frecuencias y proporciones para las variables cualitativas. Así como, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. En el análisis bivariado se comparó cada variable dependiente con cada independiente para estimar asociación mediante pruebas de χ^2 y exacta de Fisher. De aquellas que resultaron asociadas significativamente (con un valor de $p < 0.05$) se les calcularon razón de momios para la prevalencia así como sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Resultados: La prevalencia de la conducta suicida de los egresos hospitalarios fue de 18 % en el 2012. Para la ideación suicida 9%, plan suicida 1.5%, 11.7% para el intento suicida y 13.6% en las autolesiones. Se encontró asociación entre el alcohol con la ideación e intento suicida y

autolesiones. Los antecedentes heredofamiliares de conducta suicida (AHFCS) y enfermedad mental (AHFEM) asociados con intento suicida y autolesiones. El episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente se encontró asociado a las conductas. La violencia familiar se asoció de manera estadísticamente significativa al plan suicida. Pacientes con AHFCS e intento suicida (RMP: 3.8 [1.48 - 10.39]) y problemas con la pareja e intento (RMP: 2.9 [1.34 - 6.30]). Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianos con ideación suicida (RMP: 4.8 [2.12 - 11.43]). El episodio depresivo ligado a autolesiones (RMP: 1.9 [1.06 - 2.25]).

Conclusión: La conducta suicida se define como un problema heterogéneo que forma parte de un espectro de conductas autodestructivas, poco identificado en las instituciones de salud. Es por ello que se requiere inicialmente reconocer el problema a partir de registros confiables emitidos por las Instituciones de salud para conocer con precisión las cifras que nuestro país y población enfrenta para poder establecer medidas preventivas y de acción de manera oportuna.

Palabras clave: suicidio, prevalencia, niños, adolescentes.

Índice

1. Introducción	8
2. Marco teórico	
2.1 Antecedentes	9
3. Planteamiento del problema	19
4. Justificación	20
5. Objetivos	
5.1 General	21
5.2 Específicos	21
6. Metodología	
6.1 Diseño	22
6.2 Criterios de selección	22
6.3 Muestra	22
6.4 Variables	23
6.5 Logística	25
6.6 Recursos humanos y materiales	26
6.7 Procesamiento de la información (análisis)	26
7. Consideraciones éticas	27
8. Resultados	28
9. Discusión	42
10. Conclusiones	46
11. Fortalezas y limitaciones	48
12. Referencias bibliográficas	49
13. Anexos	
13.1 Variables en estudio	52
13.2 Máscara de captura	56
13.2 Glosario de términos	57
13.3 Aprobación de comité de ética	59
13.4 Aprobación de comité de investigación	60

Agradecimientos

Primero que nada agradezco a Dios por haberme puesto en el camino de la Epidemiología, en el cual he conocido a grandes seres humanos, he forjado buenas y sinceras amistades y me ha permitido cumplir una meta más en mi vida.

A mi padre Dr. Israel Lara y madre Leonarda Lara sin los cuales, esto no hubiera sido posible. Gracias por el apoyo, por extenderme su mano en cada tropiezo, por su amor incondicional, sus preocupaciones, sus consejos y empuje. Así como por escucharme en momentos de tribulación y pena, pero también por compartir esos momentos de alegría y regocijo. Esto es por y para ustedes, son el motor que me impulsa a seguir. Gracias por creer y confiar en mí.

A mi familia Lucía Lara, José Torres, Elisa Torres, Israel Lara, Lilia Lemus, Cindy Lara gracias por su apoyo a distancia y comprensión por mi silencio.

A mis amigos Anita Bahena, Fátima Luna, Marisol Martínez, Ana de la Cámara, Misael Hernández no era casualidad que la vida nos pusiera en la DGE en marzo del 2011, agradezco que formen parte importante de mi vida. Me ayudaron cuando más lo necesitaba, me dieron fortaleza, compartimos alegrías, lágrimas.. Lágrimas de un residente!! Creo que con ustedes resurgí y aprendí a disfrutar de nuevo la vida. Fueron 3 años excelentes!! Gracias mi Liud, Ixchel, Reyna Serrano, Jan Sereno, Dario Alanis, Hilda del Carmen, Patty García, Diana Quiñones, Carmen de la O, Ale Jimenez, Lenny Navarrete, Cutberto Espinosa, Karla Sifuentes, Enrique Chávez, Fernanda Arzate, Iván Cervantes, Martha Ramiro, Yazmin Hernández, Nallely Blanco, Víctor Bautista, Jacqueline Toledo, Brenda Castillo por hacer amenas las guardias y por su trabajo.

A mi directora Dra. Elena Márquez muchas gracias por su tiempo, su ayuda y dedicación. De igual manera, por abrirme las puertas en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. A Lucy Arciniega por sus finas atenciones y todo el equipo de la División de Investigación y a la División de Mejora continua de la Calidad, en especial a Flor y al Dr. Gómez.

A mis asesores Dr. Felipe Sánchez muchas gracias, esto en especial lo inspiró usted, fue quien me apoyó al 100% y sin su empuje y soporte esto no hubiera salido. Maestra Claudia Morales gracias por sus observaciones, por el gran apoyo y empeño a mi tesis. Gracias a ambos por tolerarme y ser mis guías.

A la coordinación de la residencia a cargo del Dr. Fernando Meneses y la Dra. Ángeles Montiel gracias por el apoyo administrativo y las facilidades otorgadas.

Gracias a quienes creyeron en mí y me escucharon en momentos de flaqueza Viridiana Castro, Javier Gómez, Roberto Alvarado, Verónica Rivera, Ismael Luna, Guelmi Montes de Oca. Gracias por su amistad!!

Esto es para ti, que ya no estás a mi lado, sin embargo, sé que en espíritu me acompañas y me ayude a encontrar la fortaleza necesaria para sacar esto a delante. A ti, Consuelo Villegas (Q.E.P.D.) que gracias a lo que me inculcaste me he convertido en la persona que soy.

1. Introducción

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS 2001), la conducta suicida en niños y adolescentes se contempla dentro de los problemas que requieren una solución urgente. Esta problemática plantea interrogantes a la fecha no resueltas, y faltan por superar obstáculos de orden teórico, metodológico y práctico que limitan el desarrollo de este campo.¹

Por otro lado, la población de niños y adolescentes presenta una complejidad en salud mental que es motivo de estudio hasta muy recientemente. Los procesos inherentes al desarrollo óptimo de niños y adolescentes pueden verse afectados por influencias genéticas, sustancias tóxicas, depresión y eventos traumáticos que tienen repercusiones permanentes. Por tal motivo el objetivo de nuestro estudio fue conocer la prevalencia de la conducta suicida incluyendo al plan suicida, la ideación suicida, el intento suicida y las autolesiones, así como los factores asociados a este comportamiento en niños y adolescentes que estuvieron internados por esta causa o que se detectó la presencia de la misma durante la hospitalización.

De este modo, el proyecto busca identificar la magnitud del problema en un centro especializado y los posibles factores asociados a partir de la información de los egresos hospitalarios de enero a diciembre del 2012. Lo anterior con el propósito de contribuir a la información necesaria para evaluar la presencia de esta problemática y llamar la atención respecto al posible subregistro de información y la necesidad de implementar modelos y políticas en salud mental que eviten la atención fragmentada, ineficaz, costosa e inaccesible para la población en cuestión.

2. Marco teórico

2.1 Antecedentes

La conducta suicida es un conjunto de espectros no continuos y heterogéneos de comportamientos. Por lo tanto las autolesiones, la ideación suicida, la planeación suicida, los intentos de suicidio y los suicidios consumados pueden o no estar relacionados entre sí, dependiendo del contexto en el que se estudian.²

Las enfermedades mentales, tal vez las patologías más controvertidas y discutidas de la historia de la Medicina, han despertado consideraciones múltiples a lo largo de los siglos, tanto en el ámbito médico como en el de la religión o la filosofía. Hoy quizás más que nunca son un punto clave en el estudio de la condición humana, tanto desde el campo científico - médico como desde el de las ciencias sociales o antropológicas.

Definición

La palabra suicidio etimológicamente proviene del latín: *suicidium* formado de *Sui* (sí mismo) y *Caedere* (matar), siendo su significado literal “Acción de matarse a sí mismo”. Se podría definir como toda aquella conducta, generalmente consciente, que va encaminada hacia la autodestrucción, por acción u omisión, del propio sujeto, aunque sea difícil comprobar la intencionalidad e independencia de que la persona sepa o no el móvil de su conducta suicida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS 1976) unificó la terminología y propuso definiciones operacionales. Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. Suicidio consumado: muerte que resulta de un acto suicida. Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.³

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia él actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura.⁴

Historia

Así, encontramos que los pueblos esquimales los consideraban un acto altruista en beneficio de sus descendientes, puesto que no sólo dejarían de ser una carga para su familia, sino que también su cuerpo serviría de alimento para los animales que luego serían cazados por su progenie. Por su parte, los celtas glorificaban esta actitud pues se acercaban con ello a sus dioses. Los romanos, en cambio, consideraban que era un derecho del individuo el tener libertad de elección qué hacer con su vida, es decir, el suicidio estaba en un todo de acuerdo con su estoicismo se respetaba dicha práctica e incluso, en algunos casos, se le favorecía encubiertamente, generándose una legitimización variada. En los pueblos orientales, la muerte era sólo la transición entre un estado de existencia a otro, es decir algo meramente momentáneo, ello por la introducción del budismo en esa región. En Japón, el famoso Seppuku (mal denominado Harakiri, por la lectura errónea de los pictogramas), consistía en la producción de la muerte por uno mismo mediante eventración. Este acto se regulaba estrictamente en el Código Samurai, y se consideraba un acto de valentía y honor. Así, el doloroso trance por la vida, era algo necesario para poder arribar al paraíso. De esta forma, la transición entre estos estados de la existencia podían acortar de una forma drástica una deshonra de por vida (dolor crónico insoportable) a cambio de una muerte honrosa. Trance doloroso, es cierto, pero momentáneo. Incluso era un acto de deshonra el no quitarse la vida, considerándose cobarde a quien no actuaba de dicha manera. Nótese que era considerado un gran honor ser elegido como ayudante (Kaishaku), para asistir en la muerte de un allegado. La pérdida de esa persona no se consideraba algo doloroso sino algo honroso y valorable. Como vemos hasta aquí, el suicida no era considerado una persona con problemas mentales. Por motivos religiosos, altruistas o sociales, la persona optaba simplemente por quitarse la vida. Esto era tomado como algo natural e incluso excelso. A lo largo de los siglos y con la aparición de la religión judeocristiana el suicidio se consideró de diferentes maneras. En un comienzo se entendía que existían varios motivos para justificarlo; posteriormente se consideró un acto pecaminoso que ofendía a Dios. Por ello, se negaba la extremaunción a los suicidas, quienes por otra parte no podían ingresar

al paraíso. En algunas legislaciones medievales llegó a confiscarse las propiedades de los suicidas y a humillar el cuerpo de varias maneras. En contraste, en las religiones islámicas el suicidio ha tenido una consideración diferente. Sí bien en general es condenable, en ciertas circunstancias es valorado por algunos sectores extremos como positivo, ejemplo, cuando es cometido en nombre de Alá. Se considera que con ello se eliminan enemigos dentro de una Jihad (Guerra Santa).⁵

En la actualidad se dice que la conducta suicida es considerada un tabú y se liga a personas con trastornos mentales.

Conceptos de conducta suicida

Para abordar el tema sobre la conducta suicida se definirá el término conducta que alude al conjunto de acciones y reacciones del sujeto ante el medio.

Diferentes psicólogos definen a la conducta suicida, entre ellos:

Van Egmond y Diesktra (1989), introducen el término parasuicidio. El cual hace referencia a un tipo de conducta que se diferencia del intento suicida, ya que supone un comportamiento autolesivo para el sujeto, pero conscientemente no mortal. En tanto, el intento de suicidio es entendido como un suicidio fallido.⁶

Pokorny (1986), propone el término “suicidio consumado” para la muerte por suicidio y “conductas suicidas”, para una serie de términos relacionados. Menciona tres grandes categorías de conductas suicidas: el suicidio consumado, el intento de suicidio y las ideas de suicidio.

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone que la conducta suicida es un conjunto de espectros no continuos y heterogéneos de comportamientos. Por lo tanto la ideación suicida, planeación suicida, las autolesiones, los intentos de suicidio y los suicidios consumados pueden o no estar relacionados entre sí, dependiendo del contexto en el que se estudian.⁷

La OMS (1976) intentó unificar la terminología y propuso unos términos concretos.

Acto suicida se define como el hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

Suicidio consumado: muerte que resulta de un acto suicida. Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.⁸

El término parasuicidio fue introducido por Kreitman⁹ para referirse a toda conducta autolesiva no mortal, sin considerar esencial en la definición la intencionalidad hacia la muerte.

Conducta suicida y sistemas de clasificación médica

Se destacan tres sistemas de clasificación que se enuncian a continuación y que constituyen algunos de los sistemas más utilizados:

1. La clasificación internacional de enfermedades (CIE-10 1992) registra esta conducta en un apartado distinto al de los trastornos psiquiátricos. Los denomina Suicidios y Autolesiones Intencionalmente Autoinfligidas (X60 – X84) e incluye: “envenenamiento o lesión autoinfligida, intento de suicidio”. Existe un código adicional en el capítulo XX sobre causas externas de morbilidad y mortalidad (V01 - Y98), como caída en o desde escaleras manuales, andamio, desde un árbol, desde un peñasco, contacto traumático con cuchillo, espada, daga o puñal entre otros. Adicionalmente, el capítulo XXI sobre factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud (Z00 - Z99). En el apartado Z91.5 se menciona la historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente, que incluye: parasuicidio, autoenvenenamiento e intento de suicidio. Es importante mencionar el capítulo V, donde se mencionan los trastornos mentales y del comportamiento (F00 – F98.9), ya que así se encuentra en los registros hospitalarios.^{10,11}
2. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV, DSM IV) de la Sociedad Americana de Psiquiatría se encuentran los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, problemas de relación (paterno-filiales), trastornos relacionados con sustancias como alcohol, cannabis, cocaína, sedantes, hipnóticos

y ansiolíticos; episodio depresivo mayor, trastornos bipolares y trastornos de la personalidad, los cuales se han reportado en la literatura como asociados a la conducta suicida.¹² En este manual no encontramos especificada a la conducta suicida, sin embargo se encuentran dentro del Eje IV los problemas psicosociales y ambientales, los cuales pueden llevar a una conducta suicida.

3. El algoritmo de clasificación de Columbia para la evaluación del suicidio (C-CASA) proporciona definiciones y explicaciones sobre el mismo. De igual forma realiza evaluación sobre la ideación y conducta suicida a los pacientes que lo necesitan. En esta clasificación encontramos que la conducta suicida abarca: el plan suicida, ideación suicida, intento suicida, suicidio consumado y las autolesiones.¹³

Desarrollo cognoscitivo

La OMS considera a la adolescencia a la etapa vital comprendida entre los diez y los diecinueve años, dividiéndola en dos etapas: temprana desde los diez a los catorce y tardía de los catorce a los diecinueve. Sin embargo, desde un punto de vista médico tradicional, se suele considerar que la infancia se prolonga hasta el inicio de la pubertad, ubicándola alrededor de los trece años aproximadamente. Esta concepción, tiene a su vez un respaldo desde el punto de vista psicoevolutivo. Para los fines de este trabajo se considera a la infancia como el período comprendido entre el nacimiento hasta la pubertad (ubicable en los trece años) y la adolescencia desde allí a los diecinueve años.¹⁴

Con respecto al desarrollo cognoscitivo del niño y la aparición del concepto de muerte, es importante mencionar las contribuciones de Piaget (1933) y Nagy (1948) (Ladrón de Guevara, 2006). Este último autor sugiere que los niños entre 3 y 5 años, contemplan la muerte como una partida, como un sueño temporal, que inclusive puede llegar a ser reversible. Los niños de esta edad por lo regular sienten curiosidad por saber si la persona vive otra vida después de haber sido sepultado. Entre los 5 y 9 años, los niños creen que la muerte puede ser algo observable, cuyas causas podrían ser exteriores y que puede ser evitada. También ellos pueden entender la muerte como un proceso terminal. En cierta forma entienden la muerte como algo que ronda a las personas y que tiene como objetivo

atrapar a las personas. En esta edad, la muerte puede tomar formas como las de un esqueleto, un fantasma o un ángel. Así, los niños tienen una fuerte aversión a la muerte y la conceptualizan como una persona, como una realidad externa y como algo remoto al niño. A los 9 años, entienden los aspectos biológicos de la muerte y que éste es un evento inevitable; sin embargo, la sensación de que la muerte es un castigo persiste. A esta edad el niño entiende la muerte como un proceso que sucede dentro de nosotros, que es terminal y que es universal.¹⁵

Epidemiología

En Estados Unidos de América (EUA) las estimaciones de prevalencia de la conducta suicida en adolescentes en 2008 fueron consistentemente altas y arrojaron las siguientes cifras: 21.7 - 37.9 % en la ideación suicida, planeación suicida 3% y en los intentos suicidas de 1.5 - 12.1%. La prevalencia de 12 meses en la ideación suicida fue de 11.7 - 26%, la planeación de 5 - 15% y en los intentos de 1.8 - 8.4%.¹⁶

Los datos de la Encuesta Mundial de Salud Mental que se llevó a cabo en 17 países (África: Nigeria y Sudáfrica; América: Colombia, México y Estados Unidos de América; Asia: Japón, Nueva Zelanda, Beijing y Shanghái y República China; Europa: Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Irlanda, España y Ucrania y Oriente Medio: Israel y Líbano) informaron respecto a que a todos los países analizados, el riesgo de aparición de la ideación suicida aumenta considerablemente durante la adolescencia y la edad adulta joven y posteriormente se estabiliza en la madurez temprana. No hay consistencia en el tiempo y la probabilidad de transición de la ideación suicida a los planes e intentos de suicidio, con un 33.6% de los que tienen una ideación y pasa a un plan de suicidio y 29% de los que de ideación pasan a intento de suicidio.¹⁷ Se basaron en encuestas analizadas en cada país. De igual forma examinaron en las entrevistas los factores de riesgo para la conducta suicida. Se señalaron las características de la conducta suicida y algún trastorno mental diagnosticado en base al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV).

Respecto a las autolesiones autoinfligidas, específicamente en España, estas constituyen la cuarta causa de muerte y la sexta causa de discapacidad en la población de 15 a 44

años. Los resultados epidemiológicos sobre intentos de suicidio son problemáticos, la OMS estima que su frecuencia es 20 veces mayor que la del suicidio consumado.¹⁸

En contraste, en nuestro país, estudios realizados en San Luis Potosí sobre intento de suicidio y suicidio consumado reportó que los hombres fueron los que más intentaron suicidarse (68.1%), mientras que solo lo consumó el 47.8%. Por su parte, las mujeres lo intentaron menos (31.8%) y lo consumaron en el 9.2% de los casos. Los grupos de edad que presentaron más intentos de suicidio fueron el de 15 a 19 años (18%) y el de 25 a 29 años (19%). El perfil del suicida fue ser del género masculino, menor de 29 años, casado o soltero, sin hijos, estudiante.¹⁹

En el estudio llevado a cabo en la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, detectaron 536 casos de intentos suicidas, ideas y deseos suicidas. Sus resultados indican que de 14.46% de intentos suicidas, el 7.65% era de hombres y 7.01% eran de mujeres. La edad promedio del grupo era 32 años. La razón es de dos mujeres por un hombre.²⁰

Por su parte, los datos de Villatoro y cols. en 1997, se obtuvieron a través de la encuesta de estudiantes del Distrito Federal y evaluaron el comportamiento suicida y el uso de drogas, alcohol y tabaco. Los principales resultados muestran que la prevalencia de intento en las secundarias, fue de 3.6% de hombres y 11.3% de mujeres. Mientras que en el bachillerato, el 4.7% de los hombres y 12.7% de las mujeres, reportaron haber intentado suicidarse. Por otra parte, en las escuelas de bachillerato técnico, la prevalencia fue mayor, 7.1% eran hombres y 14.8% mujeres. En cuanto a los motivos más importantes para el intento, se encontraron los problemas familiares, la soledad, la tristeza y la depresión. Los métodos más utilizados para intentar suicidarse, fueron los objetos punzocortantes, los medicamentos y el ahorcamiento.²¹

En nuestro país el único estudio epidemiológico en población adolescente se llevó a cabo en la zona metropolitana de la Ciudad de México a través de la Encuesta Mexicana de Salud Mental del Adolescente (EMSMA). Se dieron a conocer las primeras estimaciones representativas de la prevalencia de la ideación suicida (11.5%), plan suicida (3.9%) y de intento suicida (3.1%) en los jóvenes entre 12 y 17 años.²²

En el 2010, este mismo autor, realizó un nuevo estudio en base a las Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, EMSMA y la sección de conducta suicida de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Reportaron que la prevalencia de intento de suicidio, al menos una vez en su vida, en una población de 12 a 17 años es de 2.7%; la cual es mucho más elevada, con una posición intermedia entre los países estudiados como Japón, Canadá, Estados Unidos y otros países de Europa. Esta misma población reportó una prevalencia de 10 % en ideación suicida, 12 meses previos a la realización de la encuesta. Cabe destacar la referencia que hacen los autores sobre la homogenización que realizaron en las definiciones de conductas suicidas, para fines de comparación entre las tres encuestas. Es posible que esto provoque inconsistencias con lo reportado en los trabajos publicados previamente.²³

La conducta suicida es un fenómeno complejo, ya que no existe una única razón por la que las personas decidan poner fin a su vida.

Factores asociados

El suicidio es resultado de la suma de múltiples situaciones y factores que se conjuntan entre sí para producir alguna conducta suicida, que puede ir desde la simple ideación hasta el suicidio consumado. Los diferentes factores y situaciones que se combinan son diversos, pueden ser biológicos, psicosociales, psiquiátricos y sociodemográficos.

Un factor de riesgo es una característica o factor (o de varios) cuya presencia aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. En este sentido el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado.²⁴

Biológicos

Los estudios genéticos realizados en familias juegan un papel trascendente para entender la conducta suicida en jóvenes, la cual es hereditaria de manera importante. Estudios realizados en gemelos y de adopción han demostrado que tanto el intento de suicidio como el suicidio consumado son parte de un fenotipo clínico que se transmite genéticamente. Por lo tanto las tasa de intento de suicidio son elevadas en las familias que completaron el suicidio y las tasas de suicidio son elevadas en los familiares de los que lo

intentaron.²⁵ Es posible que la agresión impulsiva es la dimensión psicológica básica que se hereda.²⁶ El mecanismo biológico que puede estar implicado probablemente está relacionada con el metabolismo de la serotonina y a su vez niveles bajos ácido 5-ácido hidroxiindolacético (5HIAA), medida en el fluido espinal cerebral.²⁷ El antecedente de intentos de suicidio personales previos, aumenta el riesgo de un nuevo intento.²⁸

Psicosociales

Como factores sociales tenemos la separación de los padres, divorcios y disfunción familiar, así como la violencia familiar, sexual y la imitación.²⁹

Otros factores de riesgo para depresión y conducta suicida en adolescentes que ha tomado gran importancia en los últimos años es el bullying, el cual parece ser un problema común entre niños y adolescentes, en secundarias de Estados Unidos se reporta un 13% de bullying.³⁰

Hay un incremento notable de fuentes de información sobre suicidio el cual es alarmante, como en sitios de internet que promueven el mismo,^{31,32} así como sitios que promueven pactos suicidas entre extraños.³³

El alcohol y el uso de drogas se han asociado a conducta suicida en adolescentes.³⁴

La muerte reciente de algún familiar o amigo, problemas con la pareja y estrés, también son factores de riesgo importantes en la conducta suicida.³⁵

Psiquiátricos

La presencia de un trastorno psiquiátrico es uno de los factores más consistentemente reportados para el comportamiento suicida. Estudios de autopsias psicológicas revelan que el 90 – 95% de las personas que mueren por suicidio tenían un trastorno psiquiátrico diagnosticable en el momento del suicidio, éste porcentaje es menor en los países orientales, como China. Trastornos del estado de ánimo, trastornos de la personalidad, trastornos psicóticos, abuso de alcohol y sustancias tienen un elevado riesgo tanto para la conducta suicida como el suicidio consumado, y la presencia de múltiples trastornos simultáneamente se asocia con riesgo especialmente elevado.^{14,36 - 38}

Sociodemográficos

Dentro de los factores demográficos de la conducta suicida tenemos el sexo femenino, ciertas etapas de la vida como la juventud y en los adultos mayores, ser soltero, tener una baja escolaridad y estar desempleado.^{14,39 - 41}

Las diferencias en la relación hombre – mujer a menudo se atribuye a la utilización de métodos más letales en el intento de suicidio, mayor agresividad y una mayor intención de morir entre los hombres.^{33,42}

No obstante la literatura de investigación enfatiza la necesidad de abordar estudios que evalúen la presencia de ésta problemática y particularmente su prevención, de tal modo que la urgencia plantea la necesidad de estudiar a la población infantil y adolescente tanto en la comunidad como en los escenarios clínicos.

3. Planteamiento del problema

La conducta suicida en niños y adolescentes se incrementó en la última década. A nivel de instituciones públicas de atención a la salud sin duda plantea un alto costo de hospitalización, tratamiento y rehabilitación del paciente aunado a elevada morbi-mortalidad en países como el nuestro. La OMS 2005, señala la necesidad de que países de ingreso bajo y medio tengan una atención adecuada y organizada de servicios para la salud mental en niños y adolescentes que incluyan camas psiquiátricas pediátricas. Es preocupante observar que pese a que nuestro país cuenta con recursos profesionales (Paidopsiquiatras, Psicólogos del desarrollo, terapeutas cognitivo-conductuales, enfermeras psiquiátricas entre otros) los hospitales generales no ofrezcan servicios integrales a ésta población vulnerable (niños y adolescentes y de escasos recursos). El modelo médico vigente plantea la atención de la complicación “física” de la conducta suicida en un hospital general y la “mental o psicológica” la refiere a instituciones psiquiátricas, lo que implica alto costo, deserción, abandono de tratamiento y estigmatización psiquiátrica de los pacientes por la sociedad. Así este estudio plantea la identificación de los casos de conducta suicida en un hospital especializado de tipo psiquiátrico con la finalidad de conocer la prevalencia y factores asociados a dichas conductas..

Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados a la conducta suicida de niños y adolescentes que acudieron al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en el 2012?

4. Justificación

La conducta suicida en niños y adolescentes es un problema que ha ido incrementándose en la última década. A nivel institucional, es indudable que representa un problema con un alto costo de hospitalización, de tratamiento y de la rehabilitación psicosocial necesaria que debe ofrecerse al paciente una vez que egresa de un internamiento psiquiátrico o médico.

Es posible que una vez que se identifiquen algunos de los factores asociados en la población clínica, mediante diversos estudios, se podrán crear líneas de investigación que involucren a padres, profesores y médicos de primer nivel. Estas investigaciones futuras podrían evaluar métodos más efectivos de prevención, principalmente orientados a que los adultos que conviven con jóvenes sean capaces de identificar señales de alerta respecto la presencia de alguna conducta suicida en el menor.

Se espera que, en alguna forma los resultados de este estudio contribuyan al conocimiento médico de los factores que se asocian a esta conducta en edades tempranas. Aunque no constituye el foco principal de la investigación, se espera, también, detectar algunos de los problemas en los sistemas de información médica y epidemiológica. Esta información sería necesaria, para que a futuro, se logre establecer el peso de la enfermedad en las instituciones de salud en el tercer nivel y fortalecer actividades de vigilancia epidemiológica y estudios clínico-epidemiológicos en el campo de la salud mental y proponer soluciones para llevar un registro adecuado y disminuir el subregistro. A este respecto cabe señalar que la División de Mejora Continua de la Calidad del HPI “Dr. Juan N. Navarro” dentro de sus registros de morbilidad del año 2012, correspondiente a hospitalización, no reportan ninguna conducta suicida dentro de las 10 primeras causas. Por lo que es importante conocer la prevalencia de dicho padecimiento y saber si hay un subregistro. Esta información es necesaria para conocer el peso de la conducta suicida en la población clínica y poder establecer futuras líneas de investigación.

5. Objetivos

5.1 General

- Evaluar la prevalencia de conducta suicida conforme a los egresos hospitalarios de niños y adolescentes del HPI, del Distrito Federal, 2012.

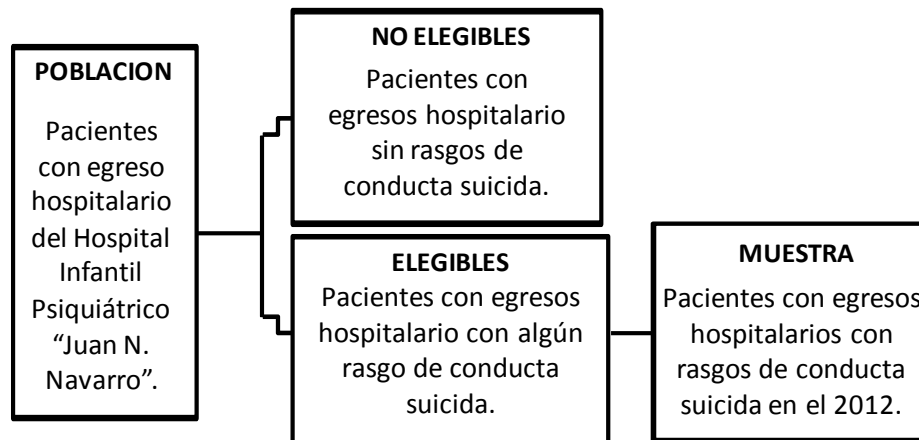
5.2 Específicos

- Determinar la prevalencia de la conducta suicida de egresos hospitalarios en niños y adolescentes tratados en el HPI.
- Caracterizar los factores biológicos, sociodemográficos, psicosociales y psiquiátricos asociados a la conducta suicida de egresos hospitalarios en niños y adolescentes tratados en el HPI.

6. Metodología

6.1 Diseño

Se trata de un diseño transversal, descriptivo.



6.2 Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión:
 - Pacientes que conforme a la hoja de egreso hospitalario se detectara la presencia de algún tipo de conducta suicida como diagnóstico principal.
 - Pacientes con diagnóstico de egreso como: trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastorno del humor (afectivos) persistentes, trastorno de la ingestión de alimentos, lesiones autoinfligidas intencionalmente, envenenamientos autoinfligidos intencionalmente o que presentaran en la descripción algún tipo de conducta suicida como diagnóstico secundario.
- Criterios de exclusión:
 - Pacientes que no cuenten con expediente.
 - Pacientes que no tengan la información necesaria ni completa para el estudio.

6.3 Muestra

- En coordinación con la División de Mejora Continua de la Calidad del HPI se obtuvo el total de egresos hospitalarios durante el año 2012, el cual fue de 868

pacientes. De éstos, se seleccionaron solo los que tuvieran alguno de los diagnósticos mencionados en los criterios de inclusión o alguna conducta suicida reportada en el concentrado de ese año emitido por dicha división.

- Se realizó un muestreo por conveniencia y se seleccionó el año 2012.

Se eligieron ambos sexos sin importar la edad, y en el caso de la muestra se consideró a quien presentara diagnóstico de alguna conducta suicida o algún rasgo relacionado con la misma. El tamaño de la muestra fue de 232, con una potencia estadística del 80% y un nivel de confianza de 95%. Esta cifra se obtuvo de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\rho_0(1-\rho_0)} + Z_{1-\beta} \sqrt{\rho_a(1-\rho_a)}]^2}{(\rho_0 - \rho_a)^2}$$

$$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$$

$$\rho_0 = 50\% \text{ (prevalencia que se desconoce, 0.50)}$$

$$Z_{1-\beta} = 0.84$$

$\rho_a = 40\%$ (Esperando encontrar una prevalencia menor a la que se encuentra reportada, que en éste caso se manejó 50% puesto que no hay reporte de dicha prevalencia en una muestra hospitalaria en México)

Se agregó el 20% al cálculo final del tamaño de muestra por las pérdidas que se pudieran presentar o por los expedientes que fueran rechazados.

Sin embargo, al final se obtuvo un tamaño de muestra de 242, representando el 88 % de poder estadístico con un nivel de confianza de 95%.

6.4 Variables

Nuestras variables dependientes serán la ideación, plan e intento suicida y las autolesiones.

Como variables independientes investigaremos:

Factores biológicos:

-
- Antecedentes heredofamiliares de enfermedades mentales, disfunción familiar
 - Antecedentes heredofamiliares de conducta suicida

Factores sociodemográficos:

- Sexo
- Edad
- Entidad de residencia
- Escolaridad
- Estado civil
- Ocupación
- Estado civil de los padres

Factores psicosociales:

- Tabaquismo
- Consumo de alcohol
- Consumo de drogas
- Estrés
- Victimización (bullying)
- Condición sociodemográfica
- Problemas con la pareja
- Violencia familiar (abandono, maltrato psicológico, maltrato sexual)
- Violencia sexual⁴³

Trastornos psiquiátricos

- Trastorno afectivo bipolar F31
- Episodio depresivo F32
- Trastorno depresivo recurrente F33
- Trastornos del humor (afectivos) persistentes F34
- Reacción al estrés grave y trastornos de la adaptación F43
- Trastornos de la ingestión de alimentos F50

-
- Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por analgésicos no narcóticos, antipiréticos X60
 - Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas X61
 - Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a plaguicidas X68
 - Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, exposición a otros productos químicos X69
 - Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación X70
 - Lesión autoinfligida intencionalmente con objeto cortante X78
 - Problemas relacionados con el ambiente social Z60
 - Otros problemas relacionados a la crianza Z62
 - Otros diagnósticos
 - Intentos previos de suicido.

6.5 Logística

- Tras presentar el protocolo de tesis ante el Comité de investigación del HPI en febrero del año en curso y ser aprobado por el mismo y por el Comité de Ética, se procedió a realizar la revisión de los expedientes clínicos que cumplían con criterios de inclusión y ninguno de exclusión. Se obtuvieron las variables propuestas y se capturaron los datos en máscara de captura diseñada para el estudio, creando así la base de datos la cual posteriormente fue analizada. Se realizó el tratamiento estadístico para la obtención de la prevalencia de la conducta suicida y el desglose de los componentes de la conducta suicida, así como la asociación de los factores de riesgo y los trastornos psiquiátricos con la conducta suicida.

6.6 Recursos humanos y materiales

- El responsable de la investigación fue quien se encargó de la revisión de los expedientes y la captura de las variables en la base de datos creada para el estudio.

Como recursos materiales se empleó:

- Computadora
- Microsoft office Word 2010
- Microsoft office PowerPoint 2010
- Microsoft office Excel 2010
- Software Stata, versión 12.0

6.7 Procesamiento de la información (análisis)

Se estimó la prevalencia de conducta suicida en los egresos hospitalarios así como la prevalencia de dichas conductas (ideación, plan e intento suicida y autolesiones). Se realizó un análisis univariado de las características sociodemográficas de la población total en estudio así como de los casos y no casos con base en frecuencias y proporciones, para el caso de las variables cualitativas. Así como, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. En cuanto al análisis bivariado se comparó cada variable dependiente con cada variable independiente para estimar asociación mediante pruebas con χ^2 y exacta de Fisher. Se consideró como estadísticamente significativo aquellos valores de p menores de 0.05. De aquellas variables que resultaron asociadas significativamente se les calcularon razón de momios para la prevalencia así como sus respectivos intervalos de confianza al 95% para estimar los factores de riesgo asociados a cada conducta suicida. Los análisis se realizaron con el software STATA, versión 12.0 (StataCorp, College Station, Texas, EUA).

7. Consideraciones éticas

Este trabajo se sometió a Comité de Ética e Investigación del HPI en el mes de febrero de este año, siendo aprobado por el mismo.

El estudio se realizó con base en lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación (Secretaría de Salud 1987). En los siguientes apartados: En relación al Artículo 13, se respetará la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los participantes en la investigación, se cuidó la confidencialidad de la información obtenida; así mismo, los derechos inherentes al paciente hospitalizado, sin realizar ninguna intervención que perturbe el bienestar de los pacientes a estudiar. Con respecto al Artículo 17, fracción I, la investigación es considerada sin riesgo ya que es un estudio en el que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los pacientes que participaran en el estudio.

8. Resultados

Se revisó un 4.3 % expedientes más de lo calculado, alcanzando un poder estadístico de 88%; así, se obtuvo un tamaño de muestra final de 242 expedientes correspondientes a los egresos hospitalarios durante 2012. La mediana de edad en el sexo femenino fue de 14 ± 2 años, mientras que el masculino fue de 14 ± 3 . El 71 % de los expedientes revisados corresponde a mujeres. El Distrito Federal (D.F.) fue la entidad federativa con una mayor proporción (74.4%) de pacientes egresados, seguida de México con un 19%. El 25.6 % de los egresos correspondió a pacientes que viven en alguna otra entidad federativa. El 70.7% de éstos se encuentran cursando primaria o con primaria terminada. El 98.4% se encuentran solteros y el 96.7% no trabajan. Es importante destacar que de la población total estudiada el 78.5% presenta al menos un intento de suicidio previo al motivo de su ingreso (Cuadro 1).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los egresos hospitalarios, 2012.			
Variable	Total n= 242 (%)	Conducta suicida n= 157 (%)	Sin conducta suicida n= 85 (%)
Edad	Mediana y RI*		
Femenino	14 ± 2	14 ± 2	14 ± 3
Sexo			
Femenino	172 (71)	120 (75.4)	52 (61.2)
Entidad de residencia			
Distrito Federal	180 (74.4)	102 (65.9)	78 (91.8)
México	46 (19)	41 (26.1)	5 (5.9)
Guanajuato	3 (1.2)	3 (1.9)	0
Morelos	3 (1.2)	3 (1.9)	0
Guerrero	2 (0.8)	1 (0.6)	1 (1.2)
Oaxaca	2 (0.8)	2 (1.3)	0
Veracruz	2 (0.8)	2 (1.3)	0
Hidalgo	2 (0.8)	2 (1.3)	0
Michoacán	1 (0.4)	0	1 (1.2)
Querétaro	1 (0.4)	1 (0.6)	0
Escolaridad			
Sin escolaridad	6 (2.5)	0	6 (7.0)
Primaria	171 (70.7)	107 (68.2)	64 (75.3)
Secundaria	61 (25.2)	46 (29.3)	15 (17.7)
Bachillerato	4 (1.6)	4 (2.5)	0
Estado civil			
Soltero (a)	238 (98.4)	154 (98.1)	84 (98.8)
Ocupación			
No trabaja	234 (96.7)	151 (96.2)	83 (97.8)
Intentos suicidas previos			
Ninguno	30 (12.4)	26 (16.6)	4 (4.7)
Uno	190 (78.5)	110 (70.1)	80 (94.1)
Tres	14 (5.8)	13 (8.3)	1 (1.2)
Cuatro	5 (2.1)	5 (3.1)	0
Cinco	3 (1.2)	3 (1.9)	0

Base de datos de conducta suicida de egresos hospitalarios del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012.
*RI Rango intercuartílico

La prevalencia de la conducta suicida de los egresos hospitalarios fue de 18 % en el 2012. Al llevar a cabo el desglose de la misma, se observó que la prevalencia de

ideación suicida fue de 9%, la del plan suicida 1.5%, 11.7% para el intento suicida y 13.6% en las autolesiones. De los pacientes que presentaron alguna conducta suicida y al menos un intento de suicidio previo a su ingreso se reporta una prevalencia de 12.6%.

En el cuadro 2 se aprecian las características sociodemográficas de cada conducta suicida. Predomina el Distrito Federal como entidad federativa de residencia seguida de México y Guanajuato. Prevalece en escolaridad: la primaria, así como el estado civil soltero y el no trabajar. En cuanto al número previo de intentos suicidas, en la conducta suicida, se reporta una prevalencia del 12.6%.

Cuadro 2. Características sociodemográficas de las diferentes conductas suicidas, 2012.				
Variable	Ideación suicida n= 79 (%)	Plan suicida 13 (%)	Intento suicida n= 102 (%)	Autolesiones n= 119 (%)
Edad	Mediana y RI*	Mediana y RI*	Mediana y RI*	Mediana y RI*
Femenino	14 ± 3	14 ± 2	14 ± 3	14 ± 3
Sexo				
Femenino	61 (77.2)	9 (69.2)	81 (79.4)	92 (77.3)
Entidad de residencia				
Distrito Federal	50 (20.7)	11 (84.6)	64 (62.8)	83 (69.8)
México	20 (8.3)	-	27 (26.2)	27 (22.7)
Guanajuato	3 (1.2)	-	2 (2.0)	2 (1.7)
Morelos	1 (1.3)	1 (7.7)	2 (2.0)	2 (1.7)
Guerrero	1 (1.3)	-	1 (1.0)	1 (0.7)
Oaxaca	2 (2.5)	-	1 (1.0)	-
Veracruz	1 (1.3)	-	2 (2.0)	2 (1.7)
Hidalgo	-	-	-	-
Michoacán	-	-	1 (1.0)	-
Querétaro	1 (1.3)	1 (7.7)	2 (2.0)	2 (1.7)
Escolaridad				
Sin escolaridad	0	0	0	0
Primaria	52 (65.8)	7 (53.9)	67 (65.7)	87 (73.1)
Secundaria	25 (31.7)	5 (38.5)	32 (31.4)	30 (25.2)
Bachillerato	2 (2.5)	1 (7.6)	3 (2.9)	2 (1.7)
Estado civil				
Soltero (a)	78 (98.7)	13 (100)	100 (98.0)	117 (98.3)
Ocupación				
No trabaja	75 (95)	12 (92.3)	96 (94.1)	115 (96.6)
Intentos suicidas previos				
Ninguno	13 (16.5)	1 (7.7)	18 (17.7)	19 (16.0)
Uno	52 (65.8)	10 (76.9)	63 (61.8)	82 (68.9)
Tres	7 (8.9)	1 (7.7)	13 (12.8)	11 (9.2)
Cuatro	4 (5.0)	0	5 (4.9)	5 (4.2)
Cinco	3 (3.8)	1 (7.7)	3 (2.9)	2 (1.7)
Base de datos de conducta suicida de egresos hospitalarios del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012.				
*RI Rango intercuartílico				

Dentro de los factores de riesgo que marca la literatura para alguna conducta suicida se realizó un análisis bivariado buscando asociación estadísticamente significativa de alguno de éstos hacia cada una de las diferentes conductas. En ideación suicida los factores que estuvieron asociados a la misma fueron el alcoholismo, consumo de drogas y problemas con la pareja (Cuadro 3).

Cuadro 3. Factores de riesgo de ideación suicida en egresos hospitalarios, 2012.			
Variable	Ideación suicida n= 79 (%)	Sin Ideación suicida n= 163 (%)	P
Ocupación			
Trabaja	4 (1.7)	4 (1.7)	0.24*
No trabaja	75 (31.0)	159 (65.6)	
Estado civil de los padres			
Soltero (a)	52 (21.5)	117 (48.3)	0.34'
Casado (a)	27 (11.2)	46 (19.0)	
Antecedentes heredofamiliares de conducta suicida			
Sí	11 (4.6)	16 (6.6)	0.34'
No	68 (28.1)	147 (60.7)	
Antecedentes heredofamiliares de enfermedad mental			
Sí	31 (12.8)	63 (26.0)	0.93'
No	48 (19.8)	100 (41.4)	
Tabaquismo			
Sí	12 (4.9)	14 (5.8)	0.12*
No	67 (27.7)	149 (61.6)	
Alcoholismo			
Sí	24 (9.9)	24 (9.9)	0.00'
No	55 (22.7)	139 (57.5)	
Consumo de drogas			
Sí	18 (7.4)	20 (8.3)	0.04'
No	61 (25.2)	143 (59.1)	
Estrés			
Sí	10 (4.1)	12 (5.0)	0.18'
No	69 (28.5)	151 (62.4)	
Bullying			
Sí	13 (5.4)	25 (10.3)	0.82'
No	66 (27.3)	138 (57.0)	
Condición socioeconómica			
Baja	60 (24.8)	114 (47.1)	0.62*
Media	19 (7.9)	48 (19.8)	
Alta	0	1 (0.4)	
Problemas con la pareja			
Sí	20 (8.3)	23 (9.5)	0.03'
No	59 (24.4)	140 (57.8)	
Violencia familiar			
Abandono	1 (0.4)	5 (2.1)	0.50*
Maltrato físico	15 (6.2)	23 (9.5)	
Maltrato psicológico	7 (2.9)	16 (6.6)	
Maltrato sexual	11 (4.5)	14 (5.8)	
Ninguno	45 (18.6)	105 (43.4)	
Violencia sexual			
Sí	16 (6.6)	22 (9.1)	0.18'
No	63 (26.0)	141 (58.3)	

Base de datos de conducta suicida de egresos hospitalarios del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012.
 ' Chi cuadrada
 * Prueba exacta de Fisher

Cuadro 4. Factores de riesgo de plan suicida en egresos hospitalarios, 2012.			
Variable	Plan suicida n= 13 (%)	Sin Plan suicida n= 229 (%)	P
Ocupación			
Trabaja	12 (5.0)	222 (91.7)	0.36*
No trabaja	1 (0.4)	7 (2.8)	
Estado civil de los padres			
Soltero (a)	6 (2.5)	163 (67.4)	0.05'
Casado (a)	7 (2.9)	66 (27.3)	
Antecedentes heredofamiliares de conducta			
Sí	1 (0.4)	26 (10.7)	0.56*
No	12 (5.0)	203 (83.9)	
Antecedentes heredofamiliares de enfermedad mental			
Sí	3 (1.2)	91 (37.6)	0.18*
No	10 (4.1)	138 (57.0)	
Tabaquismo			
Sí	1 (0.4)	25 (10.3)	0.60*
No	12 (5.0)	204 (84.3)	
Alcoholismo			
Sí	3 (1.2)	45 (18.6)	0.50*
No	10 (4.1)	184 (76.1)	
Consumo de drogas			
Sí	2 (0.8)	36 (14.9)	0.66*
No	11 (4.6)	193 (79.8)	
Estrés			
Sí	0	22 (9.1)	0.24*
No	13 (5.4)	207 (85.5)	
Bullying			
Sí	2 (0.8)	36 (14.9)	0.66*
No	11 (4.6)	193 (79.8)	
Condición socioeconómica			
Baja	11 (4.6)	163 (67.4)	0.55*
Media	2 (0.8)	65 (26.9)	
Alta	0	1 (0.4)	
Problemas con la pareja			
Sí	4 (1.7)	39 (16.1)	0.18*
No	9 (3.7)	190 (78.5)	
Violencia familiar			
Abandono	0	6 (2.5)	0.00
Maltrato físico	4 (1.6)	34 (14.1)	
Maltrato psicológico	0	23 (9.5)	
Maltrato sexual	5 (2.1)	20 (8.3)	
Ninguno	4 (1.6)	146 (60.3)	
Violencia sexual			
Sí	0	3 (1.2)	0.10*
No	13 (5.3)	226 (93.4)	

Base de datos de conducta suicida de egresos hospitalarios del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012.
 ' Chi cuadrada
 * Prueba exacta de Fisher

En el cuadro 4 se observan los factores de riesgo que se encontraron asociados estadísticamente al plan suicida, dentro de estos se encuentran el estado civil de los padres y violencia familiar.

Los factores de riesgo que se asociaron significativamente al intento suicida fueron antecedentes heredofamiliares de conducta suicida, antecedentes heredofamiliares de enfermedad mental, alcoholismo, consumo de drogas y problemas con la pareja, todo con un valor (Cuadro 5). Mientras que para las autolesiones se encontró asociación con los antecedentes heredofamiliares de conducta suicida, antecedentes heredofamiliares de enfermedad mental, tabaquismo, alcoholismo y problemas con la pareja (Cuadro 6).

Cuadro 5. Factores de riesgo de intento suicida en egresos hospitalarios, 2012.				Cuadro 6. Factores de riesgo de autolesiones en egresos hospitalarios, 2012.			
Variable	Intento suicida n= 102 (%)	Sin Intento suicida n= 140 (%)	P	Variable	Autolesiones n= 119 (%)	Sin autolesiones n= 123 (%)	P
Ocupación				Ocupación			
Trabaja	6 (2.5)	2 (0.8)	0.06*	Trabaja	4 (1.7)	4 (1.7)	0.62*
No trabaja	96 (39.7)	138 (57.0)		No trabaja	115 (47.5)	119 (49.1)	
Estado civil de los padres				Estado civil de los padres			
Soltero (a)	30 (12.4)	43 (17.7)	0.83 ^ˆ	Soltero (a)	82 (33.9)	87 (35.9)	0.75 ^ˆ
Casado (a)	72 (29.8)	97 (40.1)		Casado (a)	37 (15.3)	36 (14.9)	
Antecedentes heredofamiliares de conducta suicida				Antecedentes heredofamiliares de conducta suicida			
Si	19 (7.9)	8 (3.3)	0.00 ^ˆ	Si	19 (7.9)	8 (3.3)	0.01 ^ˆ
No	83 (34.3)	132 (54.6)		No	100 (41.3)	115 (47.5)	
Antecedentes heredofamiliares de enfermedad mental				Antecedentes heredofamiliares de enfermedad mental			
Si	47 (19.4)	47 (19.4)	0.05 ^ˆ	Si	54 (22.3)	40 (16.5)	0.04 ^ˆ
No	55 (22.7)	93 (38.5)		No	65 (26.9)	83 (34.3)	
Tabaquismo				Tabaquismo			
Si	15 (6.2)	11 (4.6)	0.09 ^ˆ	Si	20 (8.3)	6 (2.5)	0.00 ^ˆ
No	87 (35.9)	129 (53.3)		No	99 (40.9)	117 (48.3)	
Alcoholismo				Alcoholismo			
Si	31 (12.8)	17 (7.0)	0.00 ^ˆ	Si	33 (13.6)	15 (6.2)	0.00 ^ˆ
No	71 (29.4)	123 (50.8)		No	86 (35.6)	108 (44.6)	
Consumo de drogas				Consumo de drogas			
Si	25 (10.3)	13 (5.4)	0.00 ^ˆ	Si	22 (9.1)	16 (6.6)	0.24 ^ˆ
No	77 (31.8)	127 (52.5)		No	97 (40.1)	107 (44.2)	
Estrés				Estrés			
Si	13 (5.4)	9 (3.7)	0.09 ^ˆ	Si	14 (5.8)	8 (3.3)	0.15 ^ˆ
No	89 (36.8)	131 (54.1)		No	105 (43.4)	115 (47.5)	
Bullying				Bullying			
Si	15 (6.2)	23 (9.5)	0.72 ^ˆ	Si	17 (7.0)	21 (8.6)	0.55 ^ˆ
No	87 (36.0)	117 (48.4)		No	102 (42.2)	102 (42.2)	
Condición socioeconómica				Condición socioeconómica			
Baja	79 (32.6)	95 (38.3)	0.16*	Baja	90 (37.2)	84 (34.7)	0.25*
Media	23 (9.5)	44 (18.2)		Media	29 (12.0)	38 (15.7)	
Alta	0	1 (0.4)		Alta	0	1 (0.4)	
Problemas con la pareja				Problemas con la pareja			
Si	26 (10.7)	17 (7.1)	0.00 ^ˆ	Si	30 (12.4)	13 (5.4)	0.00 ^ˆ
No	76 (31.4)	123 (50.8)		No	89 (36.8)	110 (45.4)	
Violencia familiar				Violencia familiar			
Abandono	2 (0.8)	4 (1.6)	0.10*	Abandono	2 (0.8)	4 (1.7)	0.83*
Maltrato físico	21 (8.7)	17 (7.0)		Maltrato físico	20 (8.2)	18 (7.4)	
Maltrato psicológico	11 (4.6)	12 (5.0)		Maltrato psicológico	12 (5.0)	11 (4.6)	
Maltrato sexual	14 (5.8)	11 (4.5)		Maltrato sexual	14 (5.8)	11 (4.6)	
Ninguno	54 (22.3)	96 (39.7)		Ninguno	71 (29.3)	79 (32.6)	
Violencia sexual				Violencia sexual			
Si	17 (7.0)	21 (8.7)	0.72 ^ˆ	Si	21 (8.2)	17 (7.0)	0.41 ^ˆ
No	85 (35.1)	119 (49.2)		No	98 (41.0)	106 (43.8)	
Base de datos de conducta suicida de egresos hospitalarios del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012.				Base de datos de conducta suicida de egresos hospitalarios del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012.			
ˆ Chi cuadrada				ˆ Chi cuadrada			
* Prueba exacta de Fisher				* Prueba exacta de Fisher			

En cuanto a los trastornos que se registraron en el expediente tenemos que para la ideación suicida se encontró que el episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, el envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas, la lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación y la lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante se encontraron asociadas con un valor de p estadísticamente significativo (Cuadro 7).

En el cuadro 8 podemos observar al trastorno del humor (afectivos) persistente, envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y lesión autoinfligida intencionalmente con objeto cortante asociadas al plan suicida.

El trastorno depresivo recurrente, reacción al estrés y trastornos de adaptación, envenenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión de analgésicos no narcóticos, antipiréticos, envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas, lesión autoinfligida por ahorcamiento, sofocamiento y lesión autoinfligida con objeto cortante se encontraron asociados estadísticamente al intento suicida (Cuadro 9).

En las autolesiones (Cuadro 10) se encontraron asociados los siguientes factores de riesgo: trastorno depresivo, trastorno de ingestión por alimentos, lesión por ahorcamiento, sofocamiento y lesión autoinfligida con objeto cortante.

Cuadro 7. Trastornos psiquiátricos asociados a ideación suicida en egresos hospitalarios, 2012.			
Variable	Ideación suicida n= 79 (%)	Sin Ideación suicida n= 163 (%)	P
Trastorno afectivo bipolar F31			
Si	0	3 (1.2)	0.30*
No	79 (32.6)	160 (66.2)	
Episodio depresivo F32			
Si	56 (23.1)	93 (38.4)	0.04 [†]
No	23 (9.5)	70 (29.0)	
Trastorno depresivo recurrente F33			
Si	17 (7.0)	13 (5.4)	0.00 [†]
No	62 (25.6)	150 (62.0)	
Trastorno del humor (afectivos) persistentes F34			
Si	57 (23.6)	98 (40.5)	0.07 [†]
No	22 (9.1)	65 (26.8)	
Reacción al estrés grave y trastorno de la adaptación F43			
Si	5 (2.1)	17 (7.0)	0.30 [†]
No	74 (30.6)	146 (60.3)	
Trastornos de la ingestión de alimentos F50			
Si	11 (4.6)	14 (5.8)	0.20 [†]
No	68 (28.1)	149 (61.5)	
Envenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión de analgésicos no narcóticos, antipiréticos X60			
Si	5 (2.1)	6 (2.5)	0.26*
No	74 (30.5)	157 (64.9)	
Envenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos X61			
Si	22 (9.1)	12 (5.0)	0.00 [†]
No	57 (23.6)	151 (62.4)	
Envenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas, en vivienda X68			
Si	0	1 (0.4)	0.67*
No	79 (32.6)	162 (66.9)	
Envenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas X69			
Si	1 (0.4)	1 (0.4)	0.54*
No	78 (32.2)	162 (67.0)	
Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación X70			
Si	9 (3.7)	5 (2.1)	0.01*
No	70 (28.9)	158 (65.3)	
Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante X78			
Si	20 (8.3)	18 (7.4)	0.00 [†]
No	59 (24.4)	145 (59.9)	
Problemas relacionados con el ambiente social Z60			
Si	0	0	-
No	79 (32.6)	163 (67.4)	
Otros problemas relacionados con la crianza del niño Z62			
Si	3 (1.2)	10 (4.1)	0.33*
No	76 (31.4)	153 (63.2)	
Otros diagnósticos			
Si	60 (24.8)	124 (51.2)	0.98 [†]
No	19 (7.9)	39 (16.1)	

Base de datos de conducta suicida de egresos hospitalarios del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012.
[†] Chi cuadrada
* P prueba exacta de Fisher

Cuadro 8. Trastornos psiquiátricos asociados a plan suicida en egresos hospitalarios, 2012.			
Variable	Plan suicida n= 13 (%)	Sin Plan suicida n= 229 (%)	P
Trastorno afectivo bipolar F31			
Si	0	3 (1.3)	0.85*
No	13 (5.4)	137 (97.9)	
Episodio depresivo F32			
Si	9 (3.7)	140 (57.9)	0.40*
No	4 (1.6)	89 (36.8)	
Trastorno depresivo recurrente F33			
Si	13 (5.4)	142 (58.6)	0.20*
No	0	87 (36.0)	
Trastorno del humor (afectivos) persistentes F34			
Si	67 (65.7)	88 (62.9)	0.00*
No	35 (34.3)	52 (37.1)	
Reacción al estrés grave y trastorno de la adaptación F43			
Si	0	22 (9.1)	0.28*
No	13 (5.4)	207 (85.5)	
Trastornos de la ingestión de alimentos F50			
Si	2 (0.8)	23 (9.5)	0.40*
No	11 (4.6)	206 (85.1)	
Envenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión de analgésicos no narcóticos, antipiréticos X60			
Si	1 (0.4)	10 (4.1)	0.46*
No	12 (5.0)	219 (90.5)	
Envenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos X61			
Si	31 (30.4)	3 (2.1)	0.00*
No	71 (69.6)	137 (97.9)	
Envenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas, en vivienda X68			
Si	0	1 (0.4)	0.94*
No	13 (5.4)	228 (94.2)	
Envenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas X69			
Si	0	2 (0.8)	0.89*
No	13 (5.4)	227 (93.8)	
Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación X70			
Si	0	14 (5.8)	0.45*
No	13 (5.4)	215 (88.8)	
Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante X78			
Si	5 (2.1)	33 (13.6)	0.03*
No	8 (3.3)	196 (81.0)	
Problemas relacionados con el ambiente social Z60			
Si	0	0	-
No	13 (5.4)	229 (94.6)	
Otros problemas relacionados con la crianza del niño Z62			
Si	0	13 (5.4)	0.47 [†]
No	13 (5.4)	216 (89.2)	
Otros diagnósticos			
Si	7 (2.9)	177 (73.1)	0.06*
No	6 (2.5)	52 (21.5)	

Base de datos de conducta suicida de egresos hospitalarios del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012.
[†] Chi cuadrada
* P prueba exacta de Fisher

Cuadro 9. Trastornos psiquiátricos asociados a intento suicida en egresos hospitalarios, 2012.			
Variable	Intento suicida n= 102 (%)	Sin Intento suicida n= 140 (%)	P
Trastorno afectivo bipolar F31			
Si	0	3 (1.2)	0.19*
No	102 (42.2)	137 (56.6)	
Episodio depresivo F32			
Si	69 (28.5)	80 (33.1)	0.10 [†]
No	33 (13.6)	60 (24.8)	
Trastorno depresivo recurrente F33			
Si	19 (7.9)	11 (4.5)	0.01 [†]
No	83 (34.3)	129 (53.3)	
Trastorno del humor (afectivos) persistentes F34			
Si	67 (27.7)	88 (36.3)	0.65 [†]
No	35 (14.5)	52 (21.5)	
Reacción al estrés grave y trastorno de la adaptación F43			
Si	3 (1.2)	19 (7.9)	0.00 [†]
No	99 (40.9)	121 (50.0)	
Trastornos de la ingestión de alimentos F50			
Si	12 (5.0)	13 (5.3)	0.53 [†]
No	90 (37.2)	127 (52.5)	
Envenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión de analgésicos no narcóticos, antipiréticos X60			
Si	10 (4.1)	1 (0.4)	0.00*
No	92 (38.0)	139 (57.4)	
Envenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos X61			
Si	31 (12.8)	3 (1.2)	0.00 [†]
No	71 (29.3)	137 (56.6)	
Envenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas, en vivienda X68			
Si	1 (100)	0	0.42*
No	101 (41.7)	140 (57.9)	
Envenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas X69			
Si	2 (0.1)	0	0.17*
No	100 (41.6)	140 (58.3)	
Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación X70			
Si	14 (100)	0	0.00 [†]
No	88 (38.6)	140 (61.4)	
Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante X78			
Si	26 (10.7)	12 (5.0)	0.00 [†]
No	76 (31.4)	128 (52.8)	
Problemas relacionados con el ambiente social Z60			
Si	0	0	-
No	102 (100)	140 (100)	
Otros problemas relacionados con la crianza del niño Z62			
Si	3 (1.2)	10 (4.1)	0.15 [†]
No	99 (41.0)	130 (53.7)	
Otros diagnósticos			
Si	81 (33.5)	103 (42.5)	0.30 [†]
No	21 (8.7)	37 (15.3)	
Base de datos de conducta suicida de egresos hospitalarios del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012.			
[†] Chi cuadrada			
* Prueba exacta de Fisher			

Cuadro 10. Trastornos psiquiátricos asociados a autolesiones en egresos hospitalarios, 2012.			
Variable	Autolesiones n= 119 (%)	Sin autolesiones n= 123 (%)	P
Trastorno afectivo bipolar F31			
Si	0	3 (1.2)	0.13*
No	119 (49.2)	120 (49.6)	
Episodio depresivo F32			
Si	82 (33.9)	67 (27.7)	0.02 [†]
No	37 (15.3)	56 (23.1)	
Trastorno depresivo recurrente F33			
Si	17 (7.0)	13 (5.3)	0.38 [†]
No	102 (42.2)	110 (45.5)	
Trastorno del humor (afectivos) persistentes F34			
Si	79 (32.6)	76 (31.4)	0.45 [†]
No	40 (16.6)	47 (19.4)	
Reacción al estrés grave y trastorno de la adaptación F43			
Si	9 (3.7)	13 (5.3)	0.41*
No	110 (45.5)	110 (45.5)	
Trastornos de la ingestión de alimentos F50			
Si	7 (2.9)	18 (7.4)	0.02 [†]
No	112 (46.3)	105 (43.4)	
Envenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión de analgésicos no narcóticos, antipiréticos X60			
Si	7 (2.9)	4 (1.7)	0.32 [†]
No	112 (46.3)	119 (49.1)	
Envenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos X61			
Si	23 (9.5)	11 (4.5)	0.20 [†]
No	96 (39.7)	112 (46.3)	
Envenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas, en vivienda X68			
Si	0	1 (0.4)	0.50*
No	119 (49.2)	122 (50.4)	
Envenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas X69			
Si	2 (0.8)	0	0.24*
No	117 (48.4)	123 (50.8)	
Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación X70			
Si	12 (5.0)	2 (0.8)	0.00 [†]
No	107 (44.2)	121 (50.0)	
Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante X78			
Si	38 (15.7)	0	0.00*
No	81 (33.5)	123 (51.0)	
Problemas relacionados con el ambiente social Z60			
Si	0	0	-
No	119 (49.2)	123 (50.8)	
Otros problemas relacionados con la crianza del niño Z62			
Si	4 (1.7)	9 (3.7)	0.17 [†]
No	115 (47.5)	114 (47.1)	
Otros diagnósticos			
Si	96 (39.7)	88 (36.3)	0.09 [†]
No	23 (9.5)	35 (14.5)	
Base de datos de conducta suicida de egresos hospitalarios del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012.			
[†] Chi cuadrada			
* Prueba exacta de Fisher			

Observamos que pacientes que tienen alcoholismo presentan 2.5 veces más el riesgo para tener una ideación suicida (IC 95% 1.25 – 5.06); quienes padecen trastorno depresivo recurrente tienen 3.1 así como quienes tuvieron diagnóstico de envenenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos tienen 4.8 (IC 95% 2.12 – 11.43). Los pacientes con diagnóstico de lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación presentan 4.1 veces más el riesgo para tener ideación suicida (IC 95% 1.17 – 15.91), mientras quienes presentaron lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante presentan 2.7 (IC 95% 1.26 – 5.88) (Cuadro 11).

Cuadro 11. Análisis y descripción de los factores de riesgo para ideación suicida				
Factor de riesgo	Caso n=79	No caso n= 163	RMP*	IC 95%
Alcoholismo				
Si	24	24	2.5	1.25 - 5.06
No	55	139		
Tastorno depresivo recurrente F33				
Si	17	13	3.1	1.35 - 7.51
No	62	150		
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianos X61				
Si	22	12	4.8	2.12 - 11.43
No	57	151		
Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación X70				
Si	9	5	4.1	1.17 - 15.91
No	70	158		
Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante X78				
Si	20	18	2.7	1.26 - 5.88
No	59	145		
Base de datos de conducta suicida de egresos hospitalarios del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012. *Razón de momios para la prevalencia				

El envenenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos presentó 12.5 veces más el riesgo para presentar plan suicida (IC 95% 3.26 – 51.39) (Cuadro 12).

Cuadro 12. Análisis y descripción de los factores de riesgo para plan suicida				
Factor de riesgo	Caso n=13	No caso n= 208	RMP*	IC 95%
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianos X61				
Si	8	26	12.5	3.26 - 51.39
No	5	203		
Base de datos de conducta suicida de egresos hospitalarios del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012. *Razón de momios para la prevalencia				

Los factores que presentaron un alto riesgo para presentar intento suicida son el envenenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos el cual reporta 19.9 veces más el riesgo (IC 95% 5.84 – 104.20), seguido del envenenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión de analgésicos no narcóticos, antipiréticos con 15.1 (IC 95% 2.06 – 660.15); los antecedentes heredofamiliares de conducta suicida 3.8 (IC 95% 1.48 – 10.39) y el diagnóstico de lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante 3.6 veces más el riesgo (IC 95% 1.65 – 8.38) (Cuadro 13).

Cuadro 13. Análisis y descripción de los factores de riesgo para intento suicida, 2012

Factor de riesgo	Caso n=102	No caso n= 140	RMP*	IC 95%
Antecedentes heredofamiliares de conducta suicida				
Si	19	8	3.8	1.48 - 10.39
No	83	132		
Alcoholismo				
Si	31	17	3.1	1.60 - 6.51
No	71	123		
Consumo de drogas				
Si	25	13	3.2	1.45 - 7.14
No	77	127		
Problemas de pareja				
Si	26	17	2.5	1.20 - 5.20
No	76	123		
Trastorno depresivo recurrente F33				
Si	19	11	2.7	1.14 - 6.55
No	83	129		
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión de analgésicos no narcóticos, antipiréticos X60				
Si	10	1	15.1	2.06 - 660.15
No	92	139		
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianos X61				
Si	31	3	19.9	5.84 - 104.20
No	71	137		
Lesión autoinflingida intencionalmente por objeto cortante X78				
Si	26	12	3.6	1.65 - 8.38
No	76	128		
Base de datos de conducta suicida de egresos hospitalarios del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012. *Razón de momios para la prevalencia				

Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación reportó 6.8 veces más el riesgo para presentar autolesiones (IC 95% 1.45 – 63.35), el tabaquismo 3.9 (IC 95% 1.45 -12.40) y problemas de pareja 2.9 (IC 95% 1.34 – 6.30) (Cuadro 14).

Cuadro 14. Análisis y descripción de los factores de riesgo para autolesiones, 2012				
Factor de riesgo	Caso n=119	No caso n= 123	RMP*	IC 95%
Antecedentes heredofamiliares de conducta suicida				
Si	19	8	2.7	1.10 - 7.51
No	100	115		
Tabaquismo				
Si	20	6	3.9	1.45 - 12.40
No	99	117		
Alcoholismo				
Si	33	15	2.8	1.35 - 5.83
No	86	108		
Problemas de pareja				
Si	30	13	2.9	1.34 - 6.30
No	89	110		
Episodio depresivo F32				
Si	82	67	1.9	1.06 - 3.25
No	37	56		
Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación X70				
Si	12	2	6.8	1.45 - 63.35
No	107	121		
Base de datos de conducta suicida de egresos hospitalarios del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 2012. *Razón de momios para la prevalencia				

9. Discusión

Borges y cols. en su estudio reportaron que la conducta suicida inició en su población de estudio inició a una edad aproximada de 10 años y a los 15 años fue cuando alcanzó los riesgos más elevados.²² Sin embargo en la muestra estudiada se presentaron pacientes con conductas suicidas desde los 5 hasta los 17 años con una mediana de edad de 14 ± 2 . Inzunza y cols., 2012 en Chile en un estudio realizado a en niños y adolescentes ingresados en un hospital general reportaron una edad promedio de 15.3 años (10 – 19 años).⁴⁴ Cabe mencionar que en este estudio se observaron dos casos con edad menor a 9 años. Uno de ellos correspondió a una paciente de 5 años de edad y el segundo a un masculino de 8 años. Ambos presentaron intento suicida y autolesiones. La niña presentó ingesta de pastillas y líquido de limpieza; mientras que el masculino presentó autolesiones con objeto cortante e intentó aventarse de un vehículo en movimiento. Ambos expedientes clínicos fueron evaluados en consenso por dos paidopsiquiatras quienes acordaron el dato positivo referido. Es posible que esta edad mínima tan temprana sea debido a que se trata de una muestra clínica en un hospital de concentración.

Cabe mencionar que el 75.4 % de los egresos hospitalarios con conducta suicida corresponde al sexo femenino.

De igual manera, es importante destacar que en el rubro correspondiente a la entidad de residencia un 44% de quienes presentan conducta suicida acuden al HPI en busca de atención especializada provienen de los estados. Lo que podría sugerir falta de acceso a los mismos en su entidad de residencia o quizá una escases de Instituciones especializadas. Los pacientes que presentaron al menos un intento previo de suicidio catalogados con alguna conducta suicida corresponde al 70.1%. De lo cual se obtuvo una prevalencia de 12.6% en la muestra del estudio. Cabe mencionar que al compararla con la encontrada en la comunidad en el 2010 se estimó una prevalencia de 4.3% en el grupo de edad de 12 a 17 años. En el medio clínico se encuentra una prevalencia tres veces más elevada que en la comunidad, esto quizá a que se trata de un hospital especializado de concentración.

La prevalencia de conducta suicida encontrada en los egresos hospitalarios fue de 18%; al desglosar la misma se obtuvo para la ideación suicida una prevalencia de 9%, 1.5 % en el plan suicida, para el intento suicida 11.7% mientras que para las autolesiones fue de 13.6%. Las prevalencias de las diferentes conductas suicidas obtenidas de la EMSMA²² reportan para ideación suicida un 11.5%, plan suicida un 3.9% e intento suicida 3.1 %. La prevalencia de intento suicida encontrada en nuestro estudio comparada con la encontrada en la comunidad es evidentemente elevada, esto se debe a que se trata de un Hospital de concentración de patologías asociadas a conductas suicidas. La prevalencia real de las autolesiones se desconoce, sin embargo Taboada en el 2007 reporta una prevalencia de 5-9% en adolescentes australianos, norteamericanos e ingleses.⁴⁵ En nuestro país en el 2003 se identificó una prevalencia del 11.1% para las autolesiones mediante encuestas llevadas a cabo por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y la Secretaría de Educación Pública, en muestras representativas de estudiantes de secundaria, bachillerato y bachillerato técnico.⁴⁶ Como podemos observar tanto en Argentina como en nuestro país en el 2003 la prevalencia es menor a la que nosotros encontramos. Esta diferencia entre prevalencias, siendo un poco más elevada en el HPI quizá se deba al tipo de muestra clínica. Cabe señalar que la División de Mejora Continua de la Calidad solo reporta los dos primeros diagnósticos registrados en el expediente, para calcular la morbilidad hospitalaria. Motivo por el cual suponemos hay un subregistro de conducta suicida.

Dentro de los factores psicosociales asociados a las diferentes conductas suicidas se encontró que respecto al consumo de sustancias el consumo de alcohol y drogas tienen asociación con la ideación e intento suicida. Es importante destacar que el tabaquismo y los problemas de pareja se asociaron a las autolesiones, este último, es un factor al que alude González-Forteza en su estudio realizado en el 2008.⁴⁶ Cabe mencionar que los antecedentes heredofamiliares de conducta suicida como de enfermedad mental se encontraron asociados tanto al intento suicida como a las autolesiones. Cash y cols., 2009 hacen mención de los antecedentes heredofamiliares de conducta suicida y de

enfermedad mental así como el consumo de alcohol y drogas como factores asociados para presentar intento suicida así como alguna otra conducta suicida.⁴⁷

Respecto a la comorbilidad psiquiátrica ligada a la conducta suicida se observó asociación con el Episodio depresivo y Trastorno depresivo recurrente con las cuatro conductas suicidas. Esta misma asociación se encontró en Argentina en el 2007⁴⁵ y en México en una muestra comunitaria en el 2008.²² Se destaca la asociación del trastorno del humor (afectivos) persistentes con el plan suicida. Se ha documentado asociación entre este trastorno psiquiátrico con el plan suicida.²² Se observó que el trastorno de la alimentación tuvo asociación con las autolesiones y dicha asociación se encontró en Argentina⁴⁵; sin embargo también se presentó, en nuestra muestra clínica asociación con lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación y lesión autoinfligida intencionalmente con objeto cortante.

Se destaca el riesgo que se encontró en cada conducta suicida y los trastornos psiquiátricos así como algunos factores psicosociales, los cuales se describen a continuación.

Al realizar el cálculo de la razón de momios para la prevalencia entre los factores que se encontraron estadísticamente significativos y destacaremos que quien envenenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianos tiene 4.8 veces más el riesgo de presentar ideación suicida con un (IC 95% 2.12 – 11.43) seguido de la lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación con 4.1 veces más el riesgo (IC 95% 1.17 – 15.91). Borges y cols., 2008 reportó que el trastorno depresivo tiene 4.3 veces más el riesgo para presentar ideación suicida²², mientras que en nuestro estudio encontramos 3.1 veces más el riesgo.

En la literatura de nuestro país no se encontró riesgo asociado del envenenamiento autoinfligido intencionalmente por sedante hipnóticos asociado con el plan suicida, sin embargo encontramos 12.5 veces más el riesgo en esta combinación en nuestra muestra clínica.

Cash y cols., 2009 encontraron 2.6 veces más el riesgo entre consumo de alcohol y drogas y el intento suicida⁴⁷, mientras que lo encontrado en nuestra muestra es de 3.1 y 3.2 respectivamente, más elevado a lo reportado en la literatura. De igual manera se encontró que el tener problemas con la pareja presenta 2.5 veces más el riesgo de presentar intento suicida. En relación al trastorno depresivo recurrente obtuvimos 2.7 (IC 95% 1.14 – 6.55), mientras que Borges, Benjet et al 2008 reporta un riesgo de 3.3 (IC 95% 2.4 – 4.7).

Los riesgos asociados a las autolesiones fueron lesión autoinfligida por ahorcamiento, sofocamiento con 6.8 más veces el riesgo, tabaquismo 3.9 (IC 95% 1.45 -12.40) y problemas de pareja 2.9 más veces el riesgo (IC 95% 1.34 – 6.30). Se encuentra amplitud en los IC que como se mencionó anteriormente se debe a que se requiere un mayor tamaño de muestra.

10. Conclusiones

Los niños y adolescentes son seres que piensan y sienten, con un grado de complejidad mental que hasta ahora está siendo reconocido. Aunque desde hace tiempo se ha aceptado que la salud física puede verse afectada por traumas, trastornos genéticos, toxinas y enfermedades, se ha entendido recientemente que estos mismos factores de estrés pueden afectar a la salud mental, y tener repercusiones duraderas. (OMS 2005)

La conducta suicida se define como un problema heterogéneo que forma parte de un espectro de conductas autodestructivas, poco identificado en las instituciones de salud, refiriéndonos tanto a Hospitales Generales como a Especializados; escasamente detectado y deficientemente atendido.

Es por ello que se requiere inicialmente reconocer el problema a partir de registros confiables emitidos por las Instituciones de salud para conocer con precisión las cifras que nuestro país y población enfrenta. Así es también importante mencionar que se debe propiciar la desestigmatización que rodea a la enfermedad mental y a las conductas suicidas, esto con el fin de que el paciente y su familia puedan buscar atención temprana sin miedo a ser estigmatizados o discriminados socialmente. Las intervenciones preventivas están dirigidas a evitar o al menos retrasar la aparición de un trastorno mental entre las personas que aún no han cumplido con estos criterios, por lo que aún no están clasificados como pacientes. Una de las razones heurísticas para ver el tratamiento y la prevención en un continuo se deriva a partir del valor potencial de la extrapolación de los conocimientos adquiridos a partir de un área de investigación de la intervención y su aplicación a la otra. Utilizando los mejores métodos científicos disponibles, los investigadores de ambos campos (tanto el dirigido al tratamiento como a la prevención) cada vez más están evaluando la eficacia y efectividad de las intervenciones, lo que proporciona más información para los profesionales de la comunidad. Además, el tratamiento y la investigación de la prevención siguen tratando de reclutar a científicos

competentes con sus respectivos ámbitos de cara a los programas de formación financiados inadecuadamente.

Por lo tanto, la intervención se debe de basar en la investigación. En México se deben mejorar los registros de información para reconocer la alta prevalencia de conducta suicida y capacitar al personal de salud con base a los datos de investigación propios; ya que los adolescentes están en una condición de máxima vulnerabilidad, ya que no hay una respuesta ni de la sociedad ni de los proveedores de salud.

11. Fortalezas y limitaciones

Se trató de un estudio transversal descriptivo, en el cual se recurrió a la revisión de expedientes, no de entrevistas diagnósticas semiestructuradas las cuales son el estándar de oro. Sin embargo se contó con la asesoría de expertos en el área: Paidopsiquiatras para la revisión de los expedientes.

Cabe mencionar que a pesar de tener una confiabilidad del 95% y un poder estadístico del 88% en el cálculo de muestra, al momento de analizar los intervalos de confianza de algunas razones de momios para la prevalencia pudimos observar gran amplitud entre los mismos, lo que nos traduce que faltó un tamaño de muestra mayor.

También es importante mencionar que no se tuvo información disponible respecto al método empleado en alguna conducta suicida ni a la contingencia de la misma ya que el expediente clínico no cuenta con dicha información.

12. Referencias

1. Del Bosque J. Conducta suicida y adolescencia. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex 2006, 63 (4).
2. World Health Organization. Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1996.
3. Brooke E. El suicidio y los intentos de suicidio. Organización mundial de la salud. Ginebra, 1976.
4. Bobes G., González S., Sáiz M. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Psiquiatría Médica. Editorial Masson; 1997.
5. García E., Peralta V. Suicide and risk of suicide. ANALES 2002, 25(3), 87-96. Retrieved from [http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/pdf/06.Suicidio ...riesgo de sui.pdf](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/pdf/06.Suicidio...riesgo%20de%20sui.pdf)
6. Van Egmond M., Dijkstra R. "The Predictability of Suicidal Behavior: The results of a Meta-analysis of Published Studies". En R.F.W. Dijkstra R., Platt S., Schmidtke A. et al. Suicide and its Prevention 1989. The Role of Attitude and Imitation, Leiden, New York: Brill.
7. World Health Organization. Child and adolescent mental health policies and plan. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005.
8. Alcántar M. Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. México, D.F., 2002.
9. Kreitman N. Parasuicide. London Wiley Sons; 1977.
10. Soler P., Gascon J. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Ars Medica 3ra Ed, España, 2005; 2 - 7.
11. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor. Madrid, 1992.
12. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Masson. Barcelona, 2003.
13. Food and Drug Administration. Guidance for Industry, Suicidal Ideation and Behavior: Prospective Assessment of Occurrence in Clinical Trials. Unites States, 2012; 1 – 13.
14. Blanes C. Conductas autolesivas en niños: suicidio y parasuicidio. Su diferenciación. Retrieved from <http://psicologiajuridica.org/psj213.html>
15. Ladrón de Guevara L. El desarrollo cognoscitivo como determinante del origen del concepto de muerte. Procesos Psicológicos y Sociales, 2006; 2(1).
16. Bursztein C, Apter A. Adolescent suicide. Current Opinion in Psychiatry 2008, 22: 1-6.
17. Nock M, Borges G, Bromet E, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts in the WHO World Mental Health Surveys. Br J Psychiatry 2008; 192: 98 – 105.

-
18. Soler, P., Gascon, J. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. España, 2005. *Ars Medica*, Ed. 3ra. 2 – 17. Retrieved from <http://www.suicidioprevencion.com/pdf/RTM3.pdf>
 19. Gutiérrez T., Solís C. El suicidio en San Luis Potosí, 1975-1984. Un enfoque epidemiológico y psicosocial. *Salud Mental*, 1989, 12(4), 9 - 16.
 20. Gutiérrez J, Mercado J, Luna F. Factores de riesgo suicida. Un apoyo para el residente de psiquiatría. *Psiquiatría*, 1990, 1: 24 - 27.
 21. Villatoro J., Andrade-Palos P., Fleiz C., Medina-Mora M. et al. La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar en adolescentes. *Salud Mental*, 1997; 20(2): 21 - 27.
 22. Borges G., Benjet C., Medina-Mora M., et al. Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2008; 47(1): 41 – 52.
 23. Borges G., Benjet C., Orozco R., et al. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública Mex* 2010; 52: 292 - 304.
 24. Fernández P., Alonso V., Montero X. Determinación de factores de riesgo. *Cad Aten Primaria* 1997; 4: 75 – 78.
 25. Brent D., Mann J. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet* 2005; 133: 13 - 24.
 26. Brent D., Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31: 157 - 177.
 27. Mann J., Currier D. A review of prospective studies of biologic predictors of suicidal behavior in mood disorders. *Arch Suicide Res* 2007; 11:3-16.
 28. García H., Sahagún J., Ruiz A., et al. Factores de riesgo asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Rev. Salud Pública*, 2010; 12 (5): 713 – 721.
 29. Brodsky B., Mann J., Stanley B., et al. Familial transmission of suicidal behavior: factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 584 – 596.
 30. Brunstein K., Marrocco F., Kleinman M. et al. Bullying, depression and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46:40–49.
 31. Biddle L., Donovan J., Hawton K. et al. Suicide and the Internet. *BMJ* 2008; 336: 800 – 802.
 32. Recupero P., Harms S., Noble J. Googling suicide: surfing for suicide information on the Internet. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 878 – 888.
 33. Naito A. Internet suicide in Japan: implications for child and adolescent mental health. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2007; 12: 583 –597.
 34. Schaffer M., Jeglic E., Stanley B. The relationship between suicidal behavior, ideation, and binge drinking among college students. *Arch Suicide Res* 2008; 12:124 – 132.
 35. Logan J., Hall J., Karck D. Suicide categories by patterns of known risk factors. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68 (9): 935 – 941.

-
36. Nock M., Kessler R. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol* 2006; 115: 616 – 23.
 37. Kessler R., Borges G., Walters E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 617 – 26.
 38. Mann J., Waternaux C., Haas G. et al. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 181 – 9.
 39. Weissman M., Bland R., Canino G. et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med* 1999; 29: 9 –17.
 40. Bertolote J., Fleischmann A., De Leo D. et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med* 2005; 35: 1457 – 65.
 41. O'Carroll P., Berman A., Maris R. et al. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996; 26: 237 – 52.
 42. Beautrais A. Gender issues in youth suicidal behavior. *Emerg Med* 2002; 14: 35 – 42.
 43. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres.
 44. Inzunza C., Navia F., Catalán P., et al. Conducta suicida en niños y adolescentes ingresados en un hospital general. Análisis descriptivo. *Rev Med Chile* 2012; 140: 751 – 762.
 45. Taboada E. Autolesiones (primera parte). *Psiquiatría forense, sexología y praxis* 2007; 5 (3); 11 – 45.
 46. González 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.
 47. Cash S., Bridge J. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Curr Opin Pediatr* 2009; 21 (5): 613 – 619.

13. Anexos

13.1 Variables en estudio

VARIABLES EN ESTUDIO				
FACTORES BIOLÓGICOS				
VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA	CÓDIGO	DEFINICION OPERACIONAL
Antecedentes heredofamiliares de conducta suicida	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No	Antecedente heredofamiliar de conducta suicida registrado en el expediente. Variable independiente.
			1: Si	
Antecedentes heredofamiliares de enfermedades mentales	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No	Antecedente heredofamiliar de enfermedad mental directo registrado en el expediente. Variable independiente.
			1: Si	
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS				
Sexo	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: Femenino	Género registrado en el expediente. Variable independiente.
			1: Masculino	
Edad	Cuantitativa	Discreta	Numérica (en años)	Edad en años registrada en el expediente. Variable independiente.
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	0: Sin escolaridad	Grado de estudios registrado en el expediente. Variable independiente.
			1: Primaria	
			2: Secundaria	
			3: Bachillerato	
Estado civil	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: Soltero (a)	Estado civil registrado en el expediente. Variable independiente.
			1: Casado (a)	
Ocupación	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: Trabaja	Ocupación registrada en el expediente. Variable independiente.
			1: No trabaja	
Estado civil de los padres	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: Soltero (a)	Estado civil de los padres registrado en el expediente. Variable independiente.
			1: Casado (a)	

FACTORES PSICOSOCIALES				
VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA	CÓDIGO	DEFINICION OPERACIONAL
Tabaquismo	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Tabaquismo registrado en el expediente. Variable independiente.
Alcoholismo	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Alcoholismo registrado en el expediente. Variable independiente.
Drogas	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Consumo de drogas registrada en el expediente. Variable independiente.
Estrés	Cualitativa	Nominal, politómica	0: No 1: Si	Estrés registrado en el expediente. Variable independiente.
Bullying	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Bullying registrado en el expediente.
Condición socioeconómica	Cualitativa	Ordinal	0: Bajo 1: Medio 2: Alto	Condición socioeconómica registrada en el expediente. Variable independiente.
Problemas con la pareja	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Problemas con la pareja registrados en el expediente. Variable independiente.
Violencia familiar	Cualitativa	Nominal, politómica	0: Abandono 1: Maltrato físico 2: Maltrato psicológico 3: Maltrato sexual 4: Ninguno	Algún tipo de violencia familiar registrada en el expediente. Variable independiente.
Violencia sexual	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Violencia sexual registrado en el expediente. Variable independiente.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS				
VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA	CÓDIGO	DEFINICION OPERACIONAL
Trastorno bipolar F31	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Trastorno bipolar diagnosticado en el expediente. Variable independiente.
Episodio depresivo F32	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Episodio depresivo diagnosticado en el expediente. Variable independiente.
Trastorno depresivo recurrente F33	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Trastorno depresivo recurrente diagnosticado en el expediente. Variable independiente.
Trastorno del humor (afectivos) persistente F34	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Trastorno del humor (afectivos) persistentes diagnosticado en el expediente. Variable independiente.
Reacción al estrés grave y trastorno de adaptación F43	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Reacción al estrés grave y trastorno de adaptación diagnosticado en el expediente. Variable independiente.
Trastornos de la ingestión de alimentos F50	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Trastornos de la ingestión de alimentos en el expediente. Variable independiente.
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS				
VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA	CÓDIGO	DEFINICION OPERACIONAL
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión de analgésicos no narcóticos, antipiréticos X60	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por ingestión de analgésicos no narcóticos, antipiréticos. Variable independiente.
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianos X61	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Envenenamiento autoinfligido por sedantes hipnóticos diagnosticado en el expediente. Variable independiente.
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas, en vivienda X68	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas, en vivienda diagnosticado en el expediente. Variable independiente.
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos X69	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos diagnosticado en el expediente. Variable independiente.
Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación X70	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación diagnosticado en el expediente. Variable independiente.
Lesión autoinfligida intencionalmente con objeto cortante X78	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Lesión autoinfligida intencionalmente con objeto cortante diagnosticado en el expediente. Variable independiente.
Problemas relacionados con el ambiente social Z60	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Problemas relacionados con el ambiente social diagnosticado en el expediente. Variable independiente.
Otros problemas relacionados a la crianza Z62	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Otros problemas relacionados a la crianza diagnosticado en el expediente. Variable independiente.
Otros diagnósticos	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Otros diagnósticos reportados en el expediente. Variable independiente.

CONDUCTA SUICIDA				
VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA	CÓDIGO	DEFINICION OPERACIONAL
Ideación suicida	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Ideación suicida reportada en el expediente. Variable dependiente.
Plan suicida	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Plan suicida reportada en el expediente. Variable dependiente.
Intento suicida	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Intento suicida reportada en el expediente. Variable dependiente.
Autolesiones	Cualitativa	Nominal, dicotómica	0: No 1: Si	Autolesiones reportada en el expediente. Variable dependiente.
Intentos de suicidio	Cuantitativa	Discreta	0: Ninguno	Intentos de suicidio reportados en el expediente. Variable independiente.
			1 : 1	
			2 : 2	
			3 : 3	
			4 : 4	
5: 5				

13.2 Instrumento de recopilación de información



MASCARA DE CAPTURA



FICHA DE IDENTIFICACION			
No expediente	<input type="text" value="126311"/>		
<input type="text" value="CASTILLO"/>	<input type="text" value="GASPAR"/>	<input type="text" value="VALERIA VICTORIA"/>	
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre	





FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS			
Edad	<input type="text" value="15"/>	SEXO	<input type="text" value="1"/>
Entidad de residencia	<input type="text" value="9"/>	Escolaridad	<input type="text" value="2"/>
Estado civil	<input type="text" value="0"/>	Ocupación	<input type="text" value="1"/>
Estado civil de padres	<input type="text" value="0"/>		

FACTORES PSICOSOCIALES			
Tabaquismo	<input type="text" value="0"/>	Condición socioeconómica	<input type="text" value="1"/>
Alcoholismo	<input type="text" value="1"/>	Problemas de pareja	<input type="text" value="0"/>
Drogas	<input type="text" value="0"/>	Violencia familiar	<input type="text" value="1"/>
Estrés	<input type="text" value="1"/>	Violencia sexual	<input type="text" value="1"/>
Bullying	<input type="text" value="1"/>		

FACTORES BIOLÓGICOS	
AHF de conducta suicida	<input type="text" value="1"/>
AHF de enfermedad mental	<input type="text" value="1"/>

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS			
T. bipolar F31	<input type="text" value="1"/>	E. autoinfl por sedantes X61	<input type="text" value="1"/>
T. depresivo F32	<input type="text" value="1"/>	E. autoinfl por plaguicidas X68	<input type="text" value="1"/>
T. depresivo recurr F33	<input type="text" value="1"/>	E. autoinfl por sust quím X69	<input type="text" value="1"/>
T. del humor F34	<input type="text" value="0"/>	Lesión autoinfl ahorcamiento X70	<input type="text" value="1"/>
T. de adaptación F43	<input type="text" value="1"/>	Lesión autonfl obj cortante X78	<input type="text" value="1"/>
T. ingestión de alimentos F50	<input type="text" value="1"/>	Problemas rel a ambiente social Z60	<input type="text" value="1"/>
E. autoinfl por analgésicos X60	<input type="text" value="1"/>	Problemas rel a crianza Z62	<input type="text" value="1"/>
Otros	<input type="text" value="0"/>		

CONDUCTA SUICIDA			
Ideación suicida	<input type="text" value="1"/>	Autolesiones	<input type="text" value="1"/>
Plan suicida	<input type="text" value="1"/>	Intentos previos de suicidio	<input type="text" value="0"/>
Intento suicida	<input type="text" value="1"/>		

13.3 Glosario de términos.

- **Abandono:** al acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.
- **Autolesión:** el comportamiento autolesivo consiste en infligirse daño corporal sin intención suicida (cortes en la piel, quemaduras, golpes, rascado). La conducta autolesiva repetitiva se caracteriza por la presencia de impulsos irresistibles, recurrentes e intrusivos de infligirse daño físico que se acompaña de tensión creciente, ansiedad y otros estados disfóricos.
- **Ideación suicida:** pensamientos universales sobre el cese de la propia vida en situaciones de estrés intolerable. En la clínica se valora como tal la persistencia de la ideación en las dos semanas previas a la exploración.
- **Intento de suicidio:** se describe como un acto no habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, que le cause autolesión o que, sin la intervención de otros, la determinaría, o bien en aquél que haya una ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica.
- **Maltrato físico:** al acto de agresión que causa daño físico.
- **Maltrato psicológico:** a la acción u omisión que provoca en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.
- **Maltrato sexual:** a la acción mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.
- **Plan suicida:** Es aquella idea que, además de expresar sus deseos de autoeliminación, contiene el método específico, el lugar determinado y las precauciones que ha de tomar para lograr no ser descubierto y alcanzar el propósito anhelado de morir. Es muy grave cuando se presenta.
- **Suicidio consumado:** la muerte autoinfligida con evidencia, implícita o explícita, de que la persona quería morir.

-
- **Violencia sexual:** a todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

13.4 Aprobación de Comité de ética



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"



05/07/2013

Dra. Deidre Adriana De Jakazari Lara
Residente de la especialidad en Epidemiología

Por medio de la presente le comunico que la aprobación de su proyecto de tesis titulado: *Conducta suicida en niños y adolescentes conforme a egreso hospitalario en una institución especializada, Distrito Federal durante 2012: prevalencia y factores asociados*; ha sido ratificada por el comité de ética en investigación de este hospital.

El comité le invita a cumplir con los siguientes requisitos: mantener la identidad personal-familiar de los casos utilizados para su estudio, citar/incluir al hospital y los colaboradores del hospital en presentaciones/publicaciones/agradecimientos, y utilizar la información obtenida de forma profesional.

Atentamente

Dr. Julio César Flores Lázaro
Presidente del comité



c.c.p Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo
c.c.p. Comité de investigación del HPI/DJNN

Av. San Buenaventura 86 Col Belisario Domínguez Del. Tlalpan C.P 14080 México DF
5573-2855 5573-4866 5573-4844

13.5 Aprobación de Comité de Investigación



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"



Oficio: DI/CI/847/0213
Dictamen: Aprobación
México, D.F., a 19 de Febrero de 2013

Dra. Deidre Adriana De Jalcazari Lara
Presente

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado "*Conducta suicida en niños y adolescentes conforme a egreso hospitalario en una institución especializada, Distrito Federal durante 2012: prevalencia y factores asociado*", registrado en esta División de Investigación con la clave IT2/01/0113 ha sido dictaminado como: Aprobado.

Se notifican las siguientes obligaciones que adquiere en calidad de tesista:

- Entregar una copia del presente a sus tutores, así como a la División de enseñanza.
- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) un informe de los avances de su proyecto, entregar su primer informe semestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de Mayo en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como de los productos derivados (presentaciones en congresos, etc.) y el registro de pacientes de su investigación.
- Al concluir su tesis no olvide llenar el informe final en la página arriba mencionada para evitar solicitarle su informe faltante.
- Al término de su proyecto entregar dos ejemplares del producto final de la tesis, uno para el área de investigación y otro como acervo para la biblioteca del hospital incluyendo los sellos de la biblioteca de la UNAM y del HPIDJNN.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dr. Humberto Nicolini
Presidente del Comité de Investigación

C.c.p Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo. Tutor HPIDJNN
Registro de productividad HPIDJNN
Archivo.