



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A INTENTO SUICIDA EN
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO COYOACÁN

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: EPIDEMIOLÓGICA

PRESENTADA POR: DRA. VERÓNICA LÓPEZ JIMÉNEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
PEDIATRÍA

DIRECTOR DE LA TESIS: DRA. VERÓNICA TABLA OROZCO

CIUDAD DE MÉXICO

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA - DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A INTENTO SUICIDA
EN ADOLESCENTES EN HOSPITAL PEDIÁTRICO COYOACÁN.**



VERÓNICA LÓPEZ JIMÉNEZ

DIRECTOR: DRA VERÓNICA TABLA OROZCO




**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A INTENTO SUICIDA EN
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO COYOACÁN**

AUTORA VERÓNICA LÓPEZ JIMÉNEZ

Vo.Bo

DR. LUIS RAMIRO GARCÍA LÓPEZ



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

Vo.Bo

DR. FEDERICO MIGUEL LAZCANO RAMÍREZ



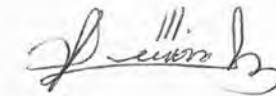
**SECRETARIA DE SALUD
SEDESA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN**

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A INTENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL
HOSPITAL PEDIÁTRICO COYOACÁN

AUTORA VERÓNICA LÓPEZ JIMÉNEZ

VO.BO
DRA. VERÓNICA LÓPEZ JIMÉNEZ



VO.BO
DRA. VERÓNICA TABLA OROZCO



DIRECTORA DE TESIS
MEDICO ADSCRITO AL HOSPITAL PEDIÁTRICO COYOACÁN

DEDICATORIAS O AGRADECIMIENTOS

A mi familia, pues a quien más he de dedicar y agradecer, cuando han estado para mí en todo momento, son los pilares de mi vida, mis bases y fundamento, el ritmo de una canción que se mantiene constante aunque la melodía cambie, siempre ayudándome a evolucionar de la mejor manera, formando el mejor equipo.

A mi hermano de manera especial por enseñarme amor a la ciencia, la Universidad y la igualdad social, siendo motivos principales para ser médico, de la UNAM y pediatra formada en la Secretaría de Salud de la ciudad de México, ya que no hay nada más bello. Sé que estarías orgulloso.

A mi papi por brindarme incondicionalmente su apoyo cuando más lo necesito, por exigirme desde siempre a dar un paso más y la finura que busco para mi vida.

A mis hermanas por esa conexión envidiable y por ser mis ejemplos a seguir, por siempre dar lo mejor de ustedes en cada cosa que hacen. Las mujeres más maravillosas del mundo.

Luis... gracias por ser el novio de una residente de medicina, por secar mis lágrimas, darme ánimos, alegría en momentos difíciles así como cariño y comprensión día a día.

A mis maestros por poner una semilla más en el cultivo de mi aprendizaje, regarlo, darle sol y retirar la hierba mala.

Y a mis amigos y compañeros con los que he compartido este camino, porque nadie te entiende más que la persona que está a tu lado noche y día, porque queramos o no estuvimos juntos en los grandes logros y fracasos diarios y porque formamos una nueva gran familia.

ÍNDICE

RESUMEN

| | |
|------------------------------------|----|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 15 |
| 2. MATERIAL Y MÉTODOS..... | 31 |
| 3. RESULTADOS..... | 33 |
| 4. DISCUSIÓN..... | 41 |
| 5. CONCLUSIONES..... | 43 |
| 6. RECOMENDACIONES..... | 45 |
| 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 47 |

RESUMEN

OBJETIVO GENERAL: Determinar los factores de riesgo asociados a conductas relacionadas con el suicidio en adolescentes de entre 10 y 17 años de edad en una población representativa del Hospital Pediátrico Coyoacán durante el trienio 2015-2017.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio epidemiológico transversal comparativo retrospectivo de universo finito. Los criterios de inclusión fueron Expedientes de pacientes de entre 10 a 17 años que acudieron al servicio de Urgencias del Hospital Pediátrico Coyoacán por conductas suicidas en el periodo 2015-2017. Para el grupo de estudio y para el grupo comparativo se usaron expedientes de pacientes de entre 10 a 17 años que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Pediátrico Coyoacán por otras causas a conductas suicidas en el periodo de 2015 a 2017. Los criterios de no inclusión fueron expedientes no completos (sin historia clínica o nota de ingreso al servicio).

Se utilizaron las siguientes variables: Intento suicida, Enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias adictivas, desintegración familiar, ideaciones previas, enfermedades crónicas, conductas violentas, pobreza, promiscuidad, inicio de vida sexual, orientación sexual, proceso de duelo, escolaridad, estrés, antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, familiares con enfermedades, alteraciones nutricionales, religión, acceso a armas de fuego, otros antecedentes personales patológicos y no patológicos, escolaridad del padre y de la madre así como toxicomanías, ocupación y edad.

RESULTADOS: Dentro del grupo de estudio se cometieron más intentos de suicidio en el sexo femenino, de acuerdo a la escolaridad en ambos grupos la mayoría de los adolescentes se encontraban en el grado escolar correspondiente, sin embargo, en el grupo control se encontraban casos con adelanto de escolaridad. Dentro del grupo de estudio, se apreciaron casos con mayor frecuencia de enfermedades psiquiátricas asociadas, estrés y proceso de duelo. A diferencia de lo mostrado en publicaciones anteriores en este estudio, no se encontró asociación con abuso de sustancias e intento suicida, ni con uso de armas de fuego. Se reafirma el hecho de tener intentos previos o ideaciones para un nuevo intento, se aprecia como factor protector la pobreza y se contradice con el aspecto de la religión como factor protector. Encontramos mayor asociación a intento suicida

en casos en que los papás y mamás presentan mayor escolaridad, sin asociación con alguna otra variable. Y como uno de los principales factores de riesgo el acceso a medicamentos sin control. Cabe mencionar que a la mayoría de los casos se les dio seguimiento ya sea por psicología o psiquiatría y sólo en 1 caso los padres se negaron a continuar con el mismo.

CONCLUSIONES: El acceso a los medicamentos sin control, tener antecedentes de enfermedades psiquiátricas, desintegración familiar, proceso de duelo, periodos de estrés así como padres profesionistas se encuentran como los principales factores de riesgo para intento suicida en adolescentes del Hospital Pediátrico Coyoacán.

PALABRAS CLAVE: Intento suicida, factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

La OMS., define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos, como la pubertad donde se desarrollan caracteres sexuales secundarios y se alcanza la capacidad reproductiva, la cual marca el pasaje de la niñez a la adolescencia¹.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos.

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante. Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones sociales y culturales para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

También experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuro del individuo. De todo ello se deduce que este proceso representa para los adultos una oportunidad única para influir en los jóvenes.

Un adolescente no es plenamente capaz de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud, por ejemplo decisiones referidas a su comportamiento sexual. Esta incapacidad puede hacerlo particularmente vulnerable a la explotación sexual y a la asunción de conductas de alto riesgo. Las leyes, costumbres y usanzas también pueden afectar a los adolescentes o puede ocurrir que la actitud que muestran las personas encargadas, familiares o padres frente a los adolescentes sexualmente activos suponga en la práctica un obstáculo importante para la utilización de medios de protección y aprendizaje adecuado.

Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan, estos factores les permiten llevar a cabo una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Es por esto que los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas¹

Existen ciertas conductas relacionadas con el suicidio:

- **IDEACIÓN SUICIDA:** preocupación o pensamiento reiterado sobre el suicidio que va más allá de lo usual.
- **INTENTO DE SUICIDIO:** Conducta de una persona que trata de provocarse daño, con la intención de producirse la muerte.
- **PLANES SUICIDAS:** Formulaciones complejas y organizadas para llevar a cabo un intento.
- **IDEACIONES Y CONDUCTAS SUICIDAS:** predicen más los intentos y el suicidio per sé.
- **SUICIDIO:** Muerte infligida por mano propia.²

De manera Histórica, Durkheim, 1894 introdujo la siguiente definición:

“Hay suicidio cuando la víctima, en el momento en que realiza la acción, sabe con toda certeza lo que va a resultar de ella”.

Se requiere de ciertas condiciones personales y de carácter que permitan llevar a cabo el acto suicida. Pero el suicidio para Durkheim, según Gavarotto (2004), no constituye un acto de vida expresamente individual, sino ligado a la sociedad y a la relación entre ambos. Así, cuando los nexos entre el sujeto y la sociedad se hacen débiles se afloja también el nexo con la vida; es casi como el “sin sentido de la vida”. La fragilidad y la debilidad de los lazos entre el sujeto y la vida, entre el sujeto y la sociedad generan cierta vulnerabilidad –por así decirlo– que se rompe y colapsa ante la frustración³.

La predisposición psicológica y el determinismo social aparecen conjugados en la teoría de Durkheim (1894) al referirse al suicidio. Se trata de un problema individual con causas sociales que lleva a replantear la manera de restablecer la integración entre el individuo y la sociedad. Al respecto, Durkheim examina al grupo familiar, al grupo religioso y al grupo político (como el Estado), y llega a la conclusión de que ninguno ofrece un marco social cercano al individuo, que pueda ofrecerle seguridad y estabilidad.³

El suicidio. Estudio de sociología (1897) es una de las más importantes obras de Émile Durkheim. Trata sobre el suicidio como fenómeno social. Con ello rompe la tendencia tradicional de considerarlo como un fenómeno estrictamente individual y por ende solo como objeto de la psicología o de la moral. Durkheim considera la tasa anual de suicidios que existe en varios países europeos desde la sexta década del siglo XIX. Esto es, desde un punto de vista social. Analizando esas tasas, se percata de que suelen mantenerse constantes o con cambios muy leves a lo largo de prolongados períodos. También se percata de que la tasa de suicidios es diferente de unos países y de unas comunidades a otras. Por ejemplo, en las sociedades católicas había menos suicidios que en las sociedades protestantes, pero entre los judíos todavía menos que entre los católicos. A partir de ello, infiere que el suicidio es ante todo un hecho social y sus causas son antes sociales que individuales o netamente psicológicas.

Durkheim propone identificar las diferentes causas sociales del suicidio. A partir de ello, distingue entre cuatro tipos de suicidio:

1. El SUICIDIO EGOÍSTA tiene lugar cuando los vínculos sociales son demasiado débiles para comprometer al suicida con su propia vida. En ausencia de la integración de la sociedad, el suicida queda libre para llevar a cabo su voluntad de suicidarse. Su excesivo individualismo, producto de la desintegración social, no le permite realizarse en cuanto individuo social que es.
2. El SUICIDIO ALTRUISTA es el causado por una baja importancia de la individualidad. Es el tipo exactamente opuesto al egoísta o individualista. Durkheim pone el ejemplo de muchos pueblos primitivos, entre quienes llegó a ser moralmente obligatorio el suicidio de los ancianos cuando ya no podían valerse por sí mismos.
3. El SUICIDIO ANÓMICO es aquel que se da en sociedades cuyas instituciones y cuyos lazos de convivencia se hallan en situación de desintegración o de anomia. En las sociedades donde los límites sociales y naturales son más flexibles, sucede este tipo de suicidios.
4. El SUICIDIO FATALISTA, que se produce allí donde las reglas a las que están sometidos los individuos son demasiado férreas, de modo que ellos conciben y concretan la posibilidad de abandonar la situación en la que se hallan. Es el tipo exactamente opuesto al anómico.⁴

Según Camus en 1942, el suicidio no es capaz de resolver el problema del absurdo que cimienta la existencia humana, puesto que se limita a eliminar uno de los factores de la ecuación: en lugar de contestar la pregunta la deshace.³

Los niños y adolescentes que se presentan para recibir atención médica con comportamiento suicida requieren una cantidad variable de intervención médica, social y psiquiátrica, dependiendo de la seriedad de su intención, sus factores de riesgo subyacentes y su sistema de apoyo emocional.⁵ El suicidio es un importante problema de salud pública para niños y adolescentes en todo el mundo.⁶⁻¹⁰

En los Estados Unidos, las tasas de suicidio se duplicaron en el grupo de edad de 15 a 19 años y se triplicaron en el grupo de edad de 10 a 14 años entre los años 1960 y 1990.¹¹ Las razones de esta tendencia no están claras, aunque no se debe simplemente a un aumento de los informes.¹² Posibles explicaciones in-

cluyen mayores tasas de abuso de alcohol y drogas, depresión, desorganización familiar y social y acceso a armas de fuego.^{13,14}

Los datos disponibles indican que hay entre 50 y 100 intentos de suicidio por cada suicidio completado en adolescentes.¹⁵⁻¹⁸ Datos de la encuesta de los Estados Unidos en 2001, 2003, 2005 y 2007 encontraron que aproximadamente del 7 al 9 por ciento de todos los adolescentes intentaron suicidarse en los 12 meses previos a la encuesta,¹⁹⁻²² y datos transversales de un autoinforme el cuestionario administrado a estudiantes de 15 y 16 años que asistían a 41 escuelas en Inglaterra arrojó resultados similares.²³ Una encuesta retrospectiva más reciente, (nacionalmente representativa) de adolescentes (n = 6483) en los Estados Unidos, encontró una prevalencia de intento de suicidio en cuatro por ciento. Entre los adolescentes que intentaron suicidarse, el sesenta y siete por ciento tenía un historial de tratamiento de por vida o algún tipo de servicio antes de intentarlo. Las razones informadas para el intento de suicidio varían según el sexo y la edad.²⁴

La ideación suicida ocurre en niños prepúberes, pero los intentos de suicidio y las terminaciones son raros, siendo no contundentes.^{25,26} Entre 2008 y 2012, la tasa de incidencia de suicidio entre los niños de 5 a 11 años en los Estados Unidos fue de 1 por 1 millón (un total de 155 niños se suicidaron).²⁷

Después de la pubertad, la tasa de suicidio entre los adolescentes aumenta conforme aumenta la edad.²⁸ Como ejemplo, los datos de los Estados Unidos (vigilancia de Salud Pública en 16 estados desde 2005 hasta 2009 y certificados de defunción de 50 estados desde 2010) mostraron que la tasa de muertes por suicidio entre los niños de 10 a 14 años fue de 1 por 100.000., y para los niños de 15 a 19 años era de 7 a 8 por cada 100,000.²⁹

Las posibles explicaciones de la mayor incidencia de intentos de suicidio y su finalización con el aumento de la edad incluyen un mayor acceso a armas de fuego y drogas potencialmente letales, mayores tasas de enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias y otras comorbilidades, así como cambios en el desarrollo cognitivo. A medida que los adolescentes desarrollan sus capacidades para el pensamiento abstracto y complejo, aumentan su capacidad para contemplar las circunstancias de la vida, vislumbrar un futuro sin esperanza, generar el suicidio como una posible solución y planificar y ejecutar un intento de suicidio.^{30,31} Los niños más pequeños que completan el suicidio son más propensos a tener una

inteligencia superior a la media, posiblemente exponiéndolos a un desarrollo del estrés experimentado por los niños mayores.³⁰

Además, la pubertad puede tener un impacto negativo, particularmente en las niñas, cuando hay una falta de sincronía entre el momento del desarrollo puberal y la edad cronológica. En un estudio transversal realizado en Noruega en 1998 donde se compararon 29 estudios, las niñas que maduraron temprano tenían más probabilidades de tener un historial de trastorno de conducta disruptiva e intentos de suicidio que sus pares.³¹

La Organización Mundial de la Salud, en 2001, reconoció a la depresión como la principal causa de discapacidad en todo el mundo y se identifica como la principal causa de discapacidad en su revisión de abril de 2016. También encontraron que menos de la mitad de los afectados reciben un tratamiento efectivo para la depresión. Una posible consecuencia final de la depresión no tratada puede ser el suicidio.³² Esto enfatiza aún más la importancia de la identificación y el manejo de la depresión en los entornos de atención primaria. Sin embargo, la depresión a menudo no se reconoce en los entornos de atención de emergencia, lo que contribuye al aumento de la morbilidad y la disminución funcional durante estos tiempos.³³ Además, el departamento de emergencias sirve como proveedor de atención primaria. Por lo tanto, la sala de emergencias brinda una oportunidad crítica para la identificación e intervención de la depresión.

Hay varios tipos de emergencias psiquiátricas relacionadas con la depresión severa, las emergencias son relevantes dada la preocupación por el suicidio en pacientes que luchan contra la depresión. Estos pueden incluir depresión que conduce a lesiones autoinfligidas y tendencias suicidas. Aproximadamente 420,000 visitas al servicio de urgencias se producen anualmente en los Estados Unidos por intento de suicidio y lesiones autoinfligidas, un número que se ha duplicado en los últimos 20 años. Los pacientes que se presentan en el servicio de urgencias con lesiones autoinfligidas tienen tasas más altas de mortalidad por suicidio en comparación con la población general.³⁴

Se ha sugerido que los pacientes deprimidos que se presentan en la sala de emergencias pueden tener un perfil sociodemográfico y de salud distinto. Algunos estudios han encontrado que los pacientes deprimidos en el servicio tenían más probabilidades de ser mujeres, de mediana edad y de un nivel socioeconómico más bajo. Encontraron también que los pacientes deprimidos informaron más

del doble de problemas de salud, a menudo relacionados con el dolor percibido, incluida la ansiedad, fatiga crónica, problemas de espalda, insomnio, dolores de cabeza y dolor crónico. Los pacientes deprimidos también eran más propensos a fumar. Este perfil podría ayudar a identificar grupos particularmente de alto riesgo y dirigirse a intervenciones posteriores para la depresión y el suicidio, aunque es esencial evaluar a todos los pacientes por tendencias suicidas en este contexto.³⁵

Se estimó que 1 millón de personas en el mundo fallecieron por suicidio cada año, en 2012. En los Estados Unidos, el suicidio es la décima causa de muerte, con más personas que mueren por suicidio que por accidentes de tráfico y más del doble del número de muertes por homicidios.^{37,38} En las últimas 2 décadas, la incidencia y prevalencia del suicidio ha aumentado, y continúa aumentando.³⁹ Solo en 2015, hubo 41,149 muertes por suicidio en los Estados Unidos, con alrededor del 50% por armas de fuego. Las tasas de suicidio disminuyeron de 1990 a 2000 de 12.5 suicidios por 100,000 a 10.4 por 100,000, pero aumentaron nuevamente a 13 por 100,000 en 2014.

En promedio hay 117 suicidios por día.^{37,40} Por estas razones, la prevención del suicidio es un importante tema de Salud Pública.⁴¹ Más del 90% de las personas que han completado el suicidio tienen un trastorno psiquiátrico importante, principalmente un trastorno del estado de ánimo, como la depresión; sin embargo, el riesgo de suicidio también aumenta en las personas con trastornos neurológicos o cáncer.^{36,39} Muchos de los que mueren por suicidio recibieron servicios de atención médica en el año anterior a su muerte.⁴² Sin embargo, numerosos pacientes se consideraron como de alto riesgo de suicidio en el período posterior al alta de los servicios de urgencias sin recibir tratamiento conductual para pacientes ambulatorios de manera oportuna.

La base de datos del evento Centinela de la Comisión Conjunta de Acreditación de la Organización de Salud registra 1089 suicidios entre 2010 y 2014, entre pacientes dentro de un entorno supervisado por personal o dentro de las 72 horas del alta de un paciente hospitalizado. El hallazgo más común encontrado entre estos casos fue que hubo deficiencias en la evaluación, particularmente la psiquiátrica.³⁸

| Factores de riesgo inmediatos | Factores de riesgo crónicos | Factores protectores |
|--|--|---|
| Enfermedades psiquiátricas actuales | Historia de enfermedades psiquiátricas | Habilidades para sobrellevar y afrontar problemas |
| Intoxicación | Abuso de sustancias de manera crónica | Sensación de responsabilidad familiar |
| Factores psicosociales estresantes como falta de apoyo social | Historia de trauma | Creencias religiosas |
| Pensamientos suicidas, intento o planeación. | Historia de intentos suicida | Buenos apoyos sociales |
| Acceso a medios letales como armas o drogas | Coomorbilidades por enfermedades | Relación positiva con el terapeuta |
| | Demográficos: edad joven, caucásicos, hombre | Matrimonio |
| | Historia familiar de intentos suicida | |
| -Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention 2012 -Detecting and treating suicide ideation in all settings. Sentinel Event Alert 2016 -Ramirez J. Suicide: across the life span. Nurs Clin North Am 2016 -Frierson R. The suicidal patient: risk assessment, management, and documentation. Psychiatr Times 2007 | | |

Tabla 1. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES PARA SUICIDIO

Actualmente, no existe una herramienta o sistema de puntuación universalmente aceptado que prediga qué pacientes finalmente completarán el suicidio.⁴³ Sin embargo, los proveedores de servicios de urgencias notaron que la integración de los protocolos estandarizados para la detección del suicidio durante las evaluaciones iniciales o los procedimientos de admisión aumenta la probabilidad de preguntar sobre preocupaciones relacionadas al suicidio usando cuestionarios con preguntas como: ¿En las últimas 2 semanas ha experimentado depresión o anhedonia? Dallas Parkland Memorial fue el primer hospital de los EE. UU. en implementar la detección universal del suicidio.⁴⁵ Después de examinar a 100.000 pacientes de las unidades de emergencia y para pacientes internados y otros 50,000 pacientes de clínicas ambulatorias, identificaron que el 1.8% de los pacientes tenían un riesgo alto y el 4.5% tenían un riesgo moderado de suicidio.³⁸

Las lesiones autoinfligidas e intentos de suicidio que se presentan en el servicio de urgencias se han incrementado en más del doble en los últimos 20 años en todos los grupos demográficos.

El comportamiento de autolesión se asocia con un riesgo 30 veces mayor de suicidio en comparación con la población general. Este riesgo de suicidio fue mayor para las mujeres que para los hombres, y aún mayor dentro de los primeros 6 meses después del primer episodio de autolesión.⁴⁶ Comportamientos autolesivos, como corte o quemadura, intentos de suicidio impulsivo definidos y planeados en menos de 3 horas; realizados en presencia de otros, o cuando el descubrimiento es posible, parecen tener menos severidad e intención de morir que intentos de suicidio cuidadosamente planeados y ocultos. La hospitalización puede ser necesaria para cualquier paciente con autolesión o comportamiento suicida que exprese un intento persistente de morir.⁴⁷

Según el INEGI en el boletín de “Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre 2017)” El interés del suicidio cometido en la población joven llama la atención ya que en el curso del tiempo la tasa de suicidio entre la población de 15 a 29 se ha mantenido elevada. Considerando los suicidios ocurridos y registrados en 2014, sucedieron 2 493 de jóvenes de 15 a 29 años (40.2% del total), observando una tasa de 7.9 suicidios por cada 100 mil jóvenes de este grupo de edad. Por sexo, las tasas de suicidio entre este grupo poblacional, son de 12.5 en hombres y 3.5 en mujeres (por cada 100 mil).

En 2007, se dieron en México 4 388 muertes por suicidio en toda la República, con una tasa de mortalidad por suicidio de 4.12 por cada cien mil habitantes. En comparación con la tasa de suicidio de 1970, se observa ahora para este largo período un crecimiento del 275%. Este incremento reciente en México se encuentra especialmente marcado entre la población joven. Con mucha frecuencia, un acto que llevó a una muerte por suicidio se ve precedido por una serie de intentos fallidos previos. Por lo tanto, si logramos comprender y evitar los intentos de suicidio, podremos evitar también posteriores suicidios consumados.⁴⁸

El estudio de las conductas suicidas, desde el punto de vista epidemiológico, es diferente al suicidio consumado, que se basa en gran medida en estadísticas recolectadas rutinariamente por las instancias oficiales a través del certificado de defunción. En el caso del intento de suicidio, no hay organismo que disponga de información veraz sobre este problema ya que no es obligatorio reportarlo, mucho menos el reportar la ideación o los planes suicidas. Solamente en algunas ciuda-

des de algunos países europeos se ha diseñado un sistema de reporte de casos de intentos de suicidio para estudiar este fenómeno.⁴⁸

La mortalidad por suicidio ha aumentado lenta pero constantemente en los últimos 47 años. La evolución de las tasas de mortalidad por suicidio desde 1970 al 2013 muestran incremento de 1.8 x 100000 habitantes a 7 x 100000 habitantes en hombres con un pico máximo en el 2011 superior a 8 x 100000 y se mantiene casi constante, con incremento mínimo en mujeres con tasas entre 0.2 a 1.8 x 100000 habitantes.

Entre 1970 y 2007 las diferencias en la distribución de la mortalidad por suicidio por grupos de edad y sexo, se observa, en 2007 en los hombres un gran incremento en las tasas al pasar a los grupos de 15-34 años, disminuyendo entonces las tasas hasta el grupo de 65 años y más, en donde vuelve a incrementar. Al comparar esta curva con la de 1970, en las mujeres se ha pronunciado la importancia del suicidio en las edades muy jóvenes (15 a 34 años) y a partir de estas edades el suicidio se mantiene constante. Actualmente el suicidio se incrementa muy rápidamente en el grupo de 15 a 29 años, y se constituye ya en una de las primeras causas de muerte en este grupo de edad. Para los varones jóvenes, la mortalidad por esta causa en el grupo de 14 a 19 años representa el 10.64% del total de las muertes por suicidio y en las mujeres jóvenes de 14 a 19 años, 18.11%. En 2007 el suicidio fue la tercera causa de muerte entre los 15 y 24 años.⁴⁸

A nivel mundial, según lo presentado en la Conferencia Regional de Salud Mental en Santiago de Chile en 2015, se muestra en tasas de suicidio por 100000 habitantes estandarizadas por edad para el 2012 a Rusia, países de Europa Oriental, Mozambique, Sudán, Uganda, Kenia, Tanzania, Zambia, Zimbabwe e India con las mayores tasas con mas de 15 por 100000 habitantes. Con tasas entre 10-14.9 por 100,000 habitantes: Estados Unidos, Chile, Argentina, Nicaragua, Bolivia, Uruguay, Suecia, Finlandia, Francia, Bélgica, Tailandia, Myanmar, Nueva Guinea, Angola, República Dominicana del Congo, Somalia y Etiopia. Tasas entre 5 – 9.9 por 100000 habitantes: Belice, Guatemala, El Salvador, Colombia, Brasil, Paraguay, Costa Rica, Panamá, China, Mongolia, Pakistán, Afganistán, Turquía, Noruega, España, Portugal, Marruecos, Congo, Camerún, Costa de Marfil, Nigeria, Vietnam y Camboya.

Con tasas menores a 5 por 100000 habitantes: México, Perú, el norte de África, y Sudáfrica, Botsuana, Namibia y Arabia Saudita.

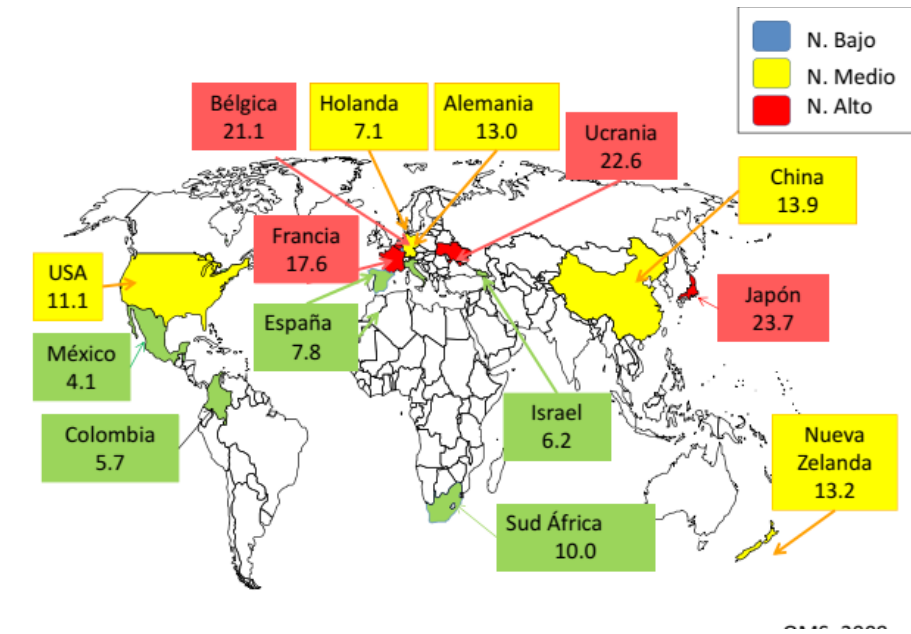


FIGURA1 TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO

| Región | % de suicidios de la población del mundo | % del total de suicidios | Tasas de suicidio ajustadas por edad (2012, 100,000 habitantes) | | | Tasas ajustadas relación H:M |
|--|--|--------------------------|---|---------|---------|------------------------------|
| | | | H + M | Hombres | Mujeres | |
| Global | 100% | 100% | 11.4 | 14.5 | 8.2 | 1.86 |
| Países de niveles medio y bajo de desarrollo en las Américas | 8.2% | 4.20% | 6.0 | 9.6 | 2.7 | 3.58 |
| México | 1.7% ↓ | 0.62% ↓ | 4.2 ↓ | 7.1 ↓ | 1.7 ↓ | 4.18 ↑ |

TABLA 2 TASAS DE SUICIDIO GLOBALES EN PAÍSES DE NIVEL MEDIO Y BAJO DE LAS AMÉRICAS Y EN MÉXICO

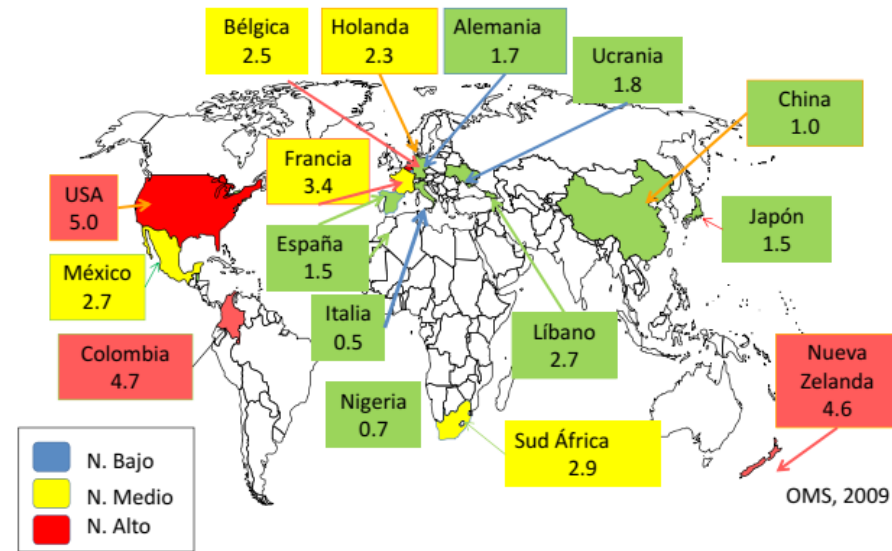


FIGURA2 PREVALENCIA DE INTENTO SUICIDA ALGUNA VEZ EN LA VIDA

Un aspecto importante de las investigaciones previas es que alrededor de 75% de los casos de intento de suicidio en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica reportaron antecedentes de algún trastorno psiquiátrico. En el caso de los adolescentes de la región metropolitana del Distrito Federal, se encontraron antecedentes de algún trastorno mental en 85% de aquellos con un intento de suicidio. Dato comparable con investigaciones en otros países. Así, una de las estrategias básicas para evitar intentos de suicidio o el suicidio consumado radica precisamente en la identificación y el tratamiento de los sujetos con trastornos mentales.⁴⁹

En nuestro país se vive una transición epidemiológica “polarizada”, cuyos rasgos más notorios son la disminución de las enfermedades infecto-contagiosas y el aumento de los padecimientos crónico-degenerativos, categoría en la que se encuentran los accidentes, las lesiones y los trastornos mentales. Estos últimos constituyen un importante problema de salud pública; el trastorno depresivo ocupa el primer lugar en mujeres y el quinto en hombres. En cuanto a los años de vida ajustados por discapacidad, los trastornos relacionados por el consumo de alcohol ocupan el sexto lugar para los hombres⁵⁰.

A pesar de la importante carga de enfermedad que representan los trastornos mentales, los datos de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señalan que existe una baja utilización de los servicios por parte de la población

que presenta este tipo de padecimientos; por ejemplo, solo una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo recibieron atención y solo una de cada diez con algún trastorno de ansiedad lo obtuvieron.

El tiempo que tardan los pacientes en llegar a la atención es también importante con una latencia que oscila entre 4 y 20 años según el tipo de padecimiento. Cuando se considera la adecuación del tratamiento se observa que solo el 50% de las personas que buscaron atención especializada en salud mental, recibieron un tratamiento adecuado. Aunado a lo anterior, los servicios son proporcionados principalmente en el tercer nivel con poca representación del primer nivel de atención^{51, 52}

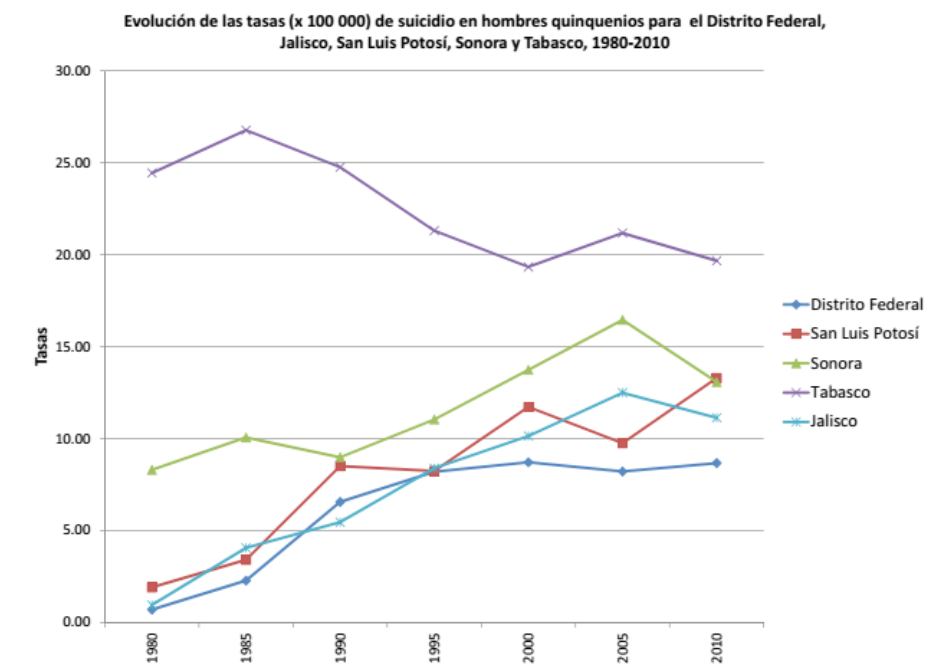


FIGURA 3 EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE SUICIDIO EN HOMBRES

Prevalencia de intento de suicidio alguna vez en la vida y últimos doce meses en la población general, México.

Encuesta de adolescentes del AMCM (n = 3,005)*y psiquiátrica nacional adultos (n= 5,782)**

| | 12 a 17 años | 18 a 29 años | 30 a 65 años |
|---------|--------------|--------------|--------------|
| | Alguna vez | Alguna vez | Alguna vez |
| | Intento | Intento | Intento |
| | Prev | Prev | Prev |
| Hombres | 2.14 | 2.27 | 2.08 |
| Mujeres | 6.37 | 5.09 | 1.49 |
| Total | 4.26 | 3.75 | 2.61 |

Encuesta Nacional de Adicciones, ENA 2008 (n = 22,962)***

| | 12 a 17 años | 18 a 29 años | 30 a 65 años |
|---------|--------------|--------------|--------------|
| | 12 meses | 12 meses | 12 meses |
| | Intento | Intento | Intento |
| | Prev | Prev | Prev |
| Hombres | 0.57 | 0.67 | 0.40 |
| Mujeres | 1.60 | 1.10 | 0.83 |
| Total | 1.09 | 0.90 | 0.62 |

* Año 2006; ** Año 2002; *** Año 2008 -

FIGURA 4 Guillermina Natera. El suicidio: La situación de México.2015.Fuente de información: Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica

Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2016-2017 en población adolescente de los 12-17 años: 6.4% ha consumido cualquier droga alguna vez, el 3.1% lo ha hecho en el último año (437 mil) y el 1.2% en el último mes. 6.2% ha consumido drogas ilegales alguna vez (6.6% hombres y 5.8% mujeres), 2.9% en el último año (3.4% hombres y 2.3% mujeres) y 1.2% lo ha hecho en el último mes (1.7% hombres, 0.7% mujeres). 5.3% ha consumido marihuana, 1.1% cocaína y 1.3% inhalables alguna vez; en el último año 2.6% ha consumido marihuana (373 mil), 0.6% cocaína y 0.6% inhalables; en el último mes, 1.1% ha consumido marihuana y 0.2% cocaína.

La prevalencia alguna vez de drogas ilegales aumentó significativamente de 2.9% a 6.2%: en el último año de 1.5% a 2.9% y en el último mes, se mantuvo estable (0.9% en 2011, 1.2% en 2016). La marihuana aumentó significativamente tanto en el consumo alguna vez (2.4% a 5.3%) como en el último año (1.3% a 2.6%). La cocaína y los inhalables no tuvieron un crecimiento significativo con respecto a 2011.

En la agenda estadística 2016 de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, se menciona que en el servicio de urgencias de atención por causas relacionadas a adicciones, dentro del grupo de edad de 15 a 24 años (total de 1982 pacientes) 1647 fueron hombres y 335 fueron mujeres y la atención de lesiones y causas de violencia asociadas al consumo de alcohol por mes en hospitales pediátricos fue de 10 casos.⁵⁰⁻⁵²

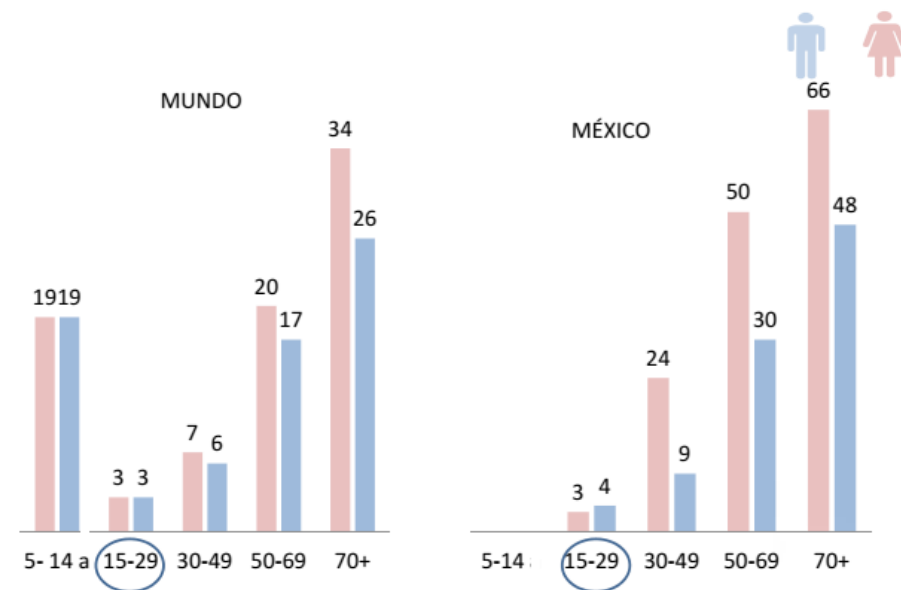


FIGURA 5 LUGAR QUE OCUPA EL SUICIDIO EN LAS CAUSAS DE MUERTE

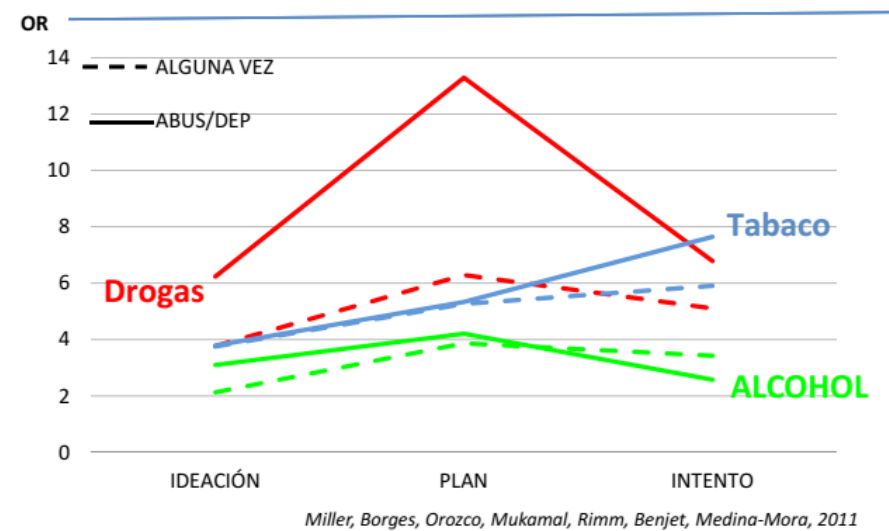


FIGURA 3 RIESGO SUICIDA ASOCIADO CON USO Y ABUSO/DEPENDENCIA DE DROGAS

A nivel de Latinoamérica en 2010 el presupuesto dedicado a la Salud Mental fue, para Costa Rica 2.9%, Honduras 1.6%, Guatemala 1.4%, República Dominicana 0.4%, Nicaragua 0.8%, El Salvador 1.1%, Panamá 2.9% y México 2% con promedios de 1.6%, y de ese presupuesto el 80% en México fue dedicado a hospitales psiquiátricos, con promedio en Latinoamérica del 75%. En la ciudad de México de la ayuda recibida para adolescentes de 12-17 años en 2009 con ideación suicida sin gesto o intento así como gesto o intento suicida, solo la mitad de quienes los han intentado recibieron tratamiento y pocos son detectados o atendidos en escuela.

Los objetivos del presente estudio son conocer los factores relacionados a conductas suicidas de los adolescentes en cuestión del Hospital Pediátrico Coyoacán, habiendo identificado mediante una investigación bibliográfica cuales son los que se asocian a nivel mundial y la relación con nuestra población.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio epidemiológico transversal comparativo retrospectivo de universo finito.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Grupo de estudio: Expedientes de pacientes de entre 10 a 17 años que acudieron al servicio de urgencias de Hospital Pediátrico Coyoacán por conductas suicida en el periodo de 2015 a 2017.
- Grupo comparativo: Expedientes de pacientes de entre 10 a 17 años que acudieron al servicio de urgencias de Hospital Pediátrico Coyoacán por otras causas a conductas suicidas en el periodo de 2015 a 2017.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Expedientes no completos (sin historia clínica o nota de ingreso al servicio).

MATERIAL

Se utilizaron en total 60 expedientes, vaciando los datos en censos y tablas, empleando Excel, Epi Info y el análisis se llevó a cabo utilizando el programa Stata versión 13. No existieron riesgos éticos.

ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

Sin riesgo durante el estudio.

RESULTADOS

El acceso a los medicamentos sin control, tener antecedentes de enfermedades psiquiátricas, desintegración familiar y mayor grado de solvencia económica así como padres profesionistas se encuentran como los principales factores de riesgo para intento suicida en adolescentes del Hospital Pediátrico Coyoacán.

RESULTADOS

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos. La variable numérica edad se expresó mediante mediana y rango intercuartil; mientras que las variables cualitativas se resumieron con conteos y porcentajes. Para comparar las características entre los sujetos con y sin intento de suicidio. La edad fue contrastada mediante la prueba U de Mann-Whitney, mientras que las variables categóricas se compararon mediante la prueba X².

Finalmente, para evaluar la asociación entre el intento suicida y las características de los sujetos y de los hogares, se utilizó un modelo multivariado de regresión logística no condicional, obteniendo la razón de momios (RM), con Intervalos de Confianza al 95% y valor de p.

Un valor de $p < 0.05$ se consideró como estadísticamente significativo. El análisis se llevó a cabo utilizando el programa Stata versión 13.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS

Se incluyeron un total de 70 pacientes pediátricos. El 40% fueron hombres y el 60% mujeres. La mediana de edad fue de 14 años.

La mayoría de los pacientes presentaron escolaridad acorde a su edad (72.9%). El 11.4% de los pacientes presentó un retraso en su nivel escolar, mientras que el 5.7% tuvo escolaridad adelantada para su edad.

El 90% de los niños presentó peso adecuado. Las frecuencias de bajo peso, sobrepeso y obesidad fueron de 5.7%, 2.9% y 1.4% respectivamente. La mayoría de los niños refirieron practicar la religión católica (81.4%) y el 8.6% refirieron ser cristianos. El 7.1% de los niños refirió no tener religión.

El 85.7% de los niños se refirió como heterosexual y en el 14.3% de los restantes su orientación sexual fue desconocida.

El 22.9% de los niños presentó antecedente de enfermedad mental, el 2.9% de abuso de sustancias y el 1.4% refirió intentos de suicidios previos. Las características generales de los pacientes pediátricos se muestran en la Tabla 3.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS, DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE INTENTO SUICIDIO.

Se incluyeron un total de 20 pacientes pediátricos con intento de suicidio y 50 pacientes sin intento de suicidio, con un total de 70 pacientes incluidos en el estudio. El porcentaje de hombres en el grupo de pacientes con intento de suicidio fue de 30% y 44% en el grupo sin intento, siendo esta diferencia no estadísticamente significativa ($p=0.280$). Las medianas de edad fueron de 14.5 y 14 años respectivamente (Gráfica 2).

La mayoría de los pacientes presentaron escolaridad acorde a su edad (90.0% en el grupo de intento de suicidio y 66% en el grupo sin intento, $p=0.332$).

El 80% de los niños con intento de suicidio presentó peso adecuado y éste porcentaje fue de 94% para los niños sin intento de suicidio. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución del estado nutricional entre los grupos de estudio ($p=0.085$).

La mayoría de los niños refirieron practicar la religión católica (90% en el grupo de intento de suicidio y 78% en el grupo sin intento de suicidio, $p=0.547$).

El 30% de los niños con intento de suicidio se refirió como heterosexual y el 8% se refirió heterosexual en el grupo sin intento de suicidio. El porcentaje de participantes cuya orientación sexual fue no referida fue de 70 y 92% respectivamente ($p=0.027^*$), siendo esta diferencia, estadísticamente significativa.

El 65% de los niños con intento suicida presentó antecedente de enfermedad mental, y este porcentaje fue de únicamente 10% en los niños sin antecedente de dicha enfermedad mental. Esta diferencia fue altamente significativa ($p<0.001^*$). Los mismos valores se observaron con relación al estrés.

También se observó una mayor proporción de duelo y de intentos de suicidios previos en el grupo de intento suicida (25% vs 6%, $p=0.024^*$ y 15% vs 0% , $p=0.021^*$), siendo estadísticamente significativas estas diferencias.

Tabla 3. Características generales de los pacientes pediátricos

| Característica | n=70 |
|------------------------------|-------------|
| Sexo | |
| Masculino | 28 (40 %) |
| Femenino | 42 (60 %) |
| Edad, años | 14 ± 3 |
| Escolaridad | |
| De acorde a su edad | 51 (72.9 %) |
| Adelantada | 4 (5.7 %) |
| Retrasada | 8 (11.4 %) |
| No estudia | 7 (10 %) |
| Estado Nutricional | |
| Normal | 63 (90 %) |
| Bajo peso | 4 (5.7 %) |
| Sobrepeso | 2 (2.9 %) |
| Obesidad | 1 (1.4 %) |
| Religión | |
| Católico | 57 (81.4 %) |
| Cristiano | 6 (8.6 %) |
| Sin religión | 5 (7.1 %) |
| Se desconoce | 2 (2.9 %) |
| Orientación sexual | |
| Heterosexual | 60 (85.7 %) |
| Se desconoce | 10 (14.3 %) |
| Condiciones médicas | |
| Enfermedades mentales | 16 (22.9 %) |
| Inicio de vida sexual | 9 (1.2 %) |
| Abuso de sustancias | 2 (2.9 %) |
| Intentos de suicidio previos | 1 (1.4 %) |
| Conductas violentas | 0 (0 %) |
| Promiscuidad | 0 (0 %) |
| Duelo | 0 (0 %) |
| Estrés | 0 (0 %) |
| Enfermedades crónicas | 0 (0 %) |

Los datos se muestran como número (%) o mediana ± rango intercuartil

TABLA 3, CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS

Los porcentajes de abuso de sustancias, conductas violentas, con antecedente de inicio de vida sexual, enfermedades crónicas y promiscuidad no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de comparación.

Las características completas de los pacientes pediátricos se muestran en la Tabla 4 y Figuras 7 y 8.

Tabla 4. Características generales de acuerdo a la presencia de Intento de Suicidio

| Característica | Con intento de suicidio | Sin intento suicida | Ambos grupos | p |
|------------------------------|-------------------------|---------------------|--------------|---------|
| n | 20 | 50 | | |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 6 (30 %) | 22 (44 %) | 28 (40 %) | 0.280 |
| Femenino | 14 (70 %) | 28 (56 %) | 42 (60 %) | |
| Edad, años | 14.5 ± 3 | 14 ± 3 | 14 ± 3 | 0.772 |
| Escolaridad | | | | |
| De acorde a su edad | 18 (90 %) | 33 (66 %) | 51 (72.9 %) | 0.332 |
| Adelantada | 0 (0 %) | 4 (8 %) | 4 (5.7 %) | |
| Retrasada | 1 (5 %) | 7 (14 %) | 8 (11.4 %) | |
| No estudia | 1 (5 %) | 6 (12 %) | 7 (10 %) | |
| Estado Nutricional | | | | |
| Normal | 16 (80 %) | 47 (94 %) | 63 (90 %) | 0.085 |
| Bajo peso | 2 (10 %) | 2 (4 %) | 4 (5.7 %) | |
| Sobrepeso | 2 (10 %) | 0 (0 %) | 2 (2.9 %) | |
| Obesidad | 0 (0 %) | 1 (2 %) | 1 (1.4 %) | |
| Religión | | | | |
| Católico | 18 (90 %) | 39 (78 %) | 57 (81.4 %) | 0.547 |
| Cristiano | 2 (10 %) | 4 (8 %) | 6 (8.6 %) | |
| Sin religión | 0 (0 %) | 5 (10 %) | 5 (7.1 %) | |
| Se desconoce | 0 (0 %) | 2 (4 %) | 2 (2.9 %) | |
| Orientación sexual | | | | |
| Heterosexual | 6 (30 %) | 4 (8 %) | 10 (14.3 %) | 0.027* |
| Se desconoce | 14 (70 %) | 46 (92 %) | 60 (85.7 %) | |
| Condiciones médicas | | | | |
| Enfermedades mentales | 13 (65 %) | 5 (10 %) | 18 (25.7 %) | <0.001* |
| Estrés | 13 (65 %) | 5 (10 %) | 18 (25.7 %) | <0.001* |
| Abuso de sustancias | 5 (25 %) | 7 (14 %) | 12 (17.1 %) | 0.270 |
| Conductas violentas | 5 (25 %) | 6 (12 %) | 11 (15.7 %) | 0.177 |
| Inicio de vida sexual | 4 (20 %) | 5 (10 %) | 9 (12.9 %) | 0.259 |
| Enfermedades crónicas | 2 (10 %) | 7 (14 %) | 9 (12.9 %) | 0.652 |
| Duelo | 5 (25 %) | 3 (6 %) | 8 (11.4 %) | 0.024* |
| Promiscuidad | 2 (10 %) | 2 (4 %) | 4 (5.7 %) | 0.329 |
| Intentos de suicidio previos | 3 (15 %) | 0 (0 %) | 3 (4.3 %) | 0.021* |

Los datos se muestran como número (%) o mediana ± rango intercuartilar
Valor de p mediante prueba X2 o U de Mann Whitney. *p<0.05

TABLA 4. CARÁCTERÍSTICAS GENERALES DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO

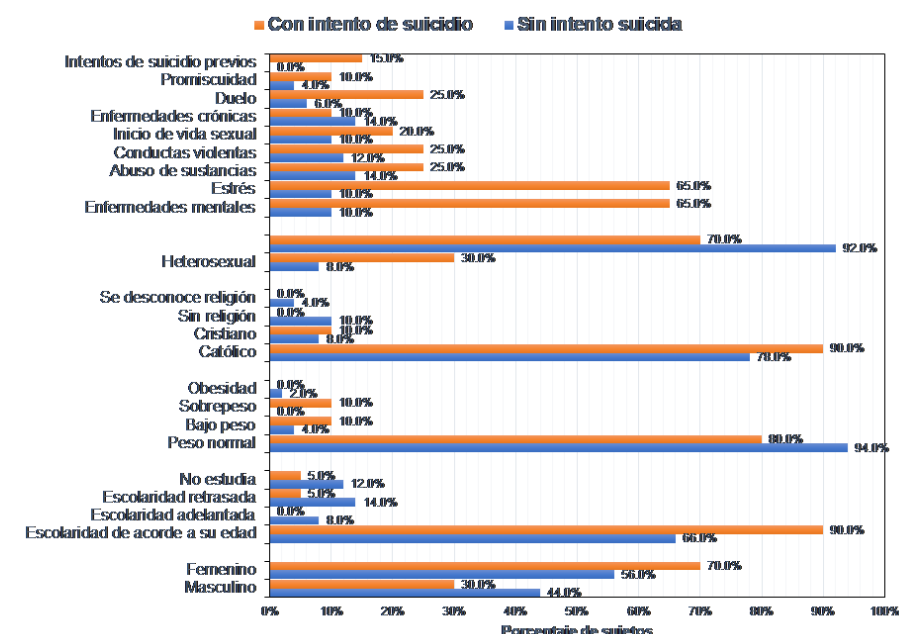


FIGURA 7 Características generales de los pacientes pediátricos, de acuerdo al intento de suicidio

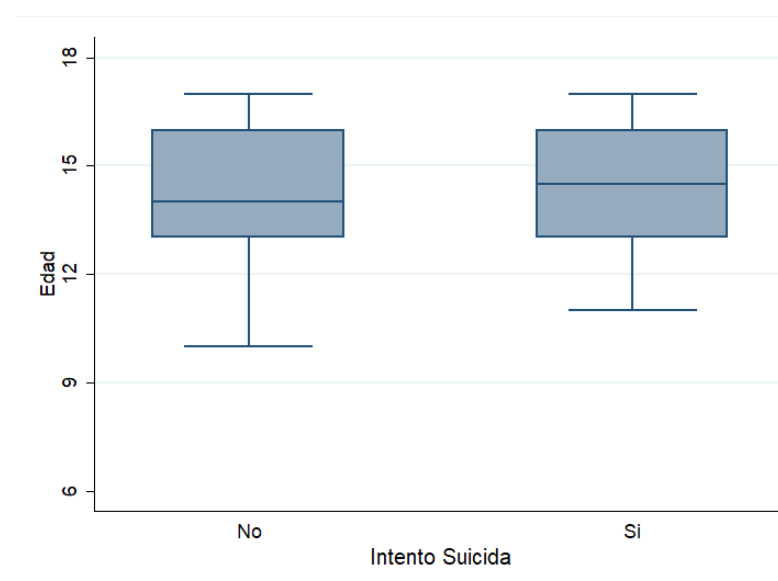


FIGURA 8 Edad de los pacientes pediátricos, de acuerdo a la presencia de intento de suicidio

CARACTERÍSTICAS PATERNAS Y CONDICIONES DEL HOGAR, DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO

Con relación a la edad de los padres, el 55% del grupo de intento de suicidio tuvieron entre 20 y 30 años, mientras que el 56% tuvieron la misma edad en el grupo sin intento de suicidio (p=0.053).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la escolaridad materna y paterna entre los grupos de comparación. El grupo de pacientes con intento suicida tuvieron un mayor porcentaje de padres y madres con escolaridad licenciatura (30% vs 2%, p=0.004 y 20% vs 6%, p=0.043).

También se observó una mayor proporción de padres con ocupación de empleados en el grupo de pacientes con intento suicida (45% vs 18%, p=0.020), pero no hubo diferencias en la distribución de ocupación materna ama de casa.

Con relación a las condiciones del hogar, no se encontraron diferencias en la distribución de pobreza, desintegración familiar, ni acceso a armas entre los grupos de comparación; sin embargo, el grupo con intento suicida tuvo una mayor proporción de acceso a medicamentos (75% vs 22%, p<0.001*), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las toxicomanías de los padres, los tatuajes ni enfermedades crónicas ni enfermedades mentales en los padres.

Las características paternas y condiciones del hogar se resumen en la Tabla 5 y Figura 9.

| Característica | Con intento de suicidio | Sin intento suicida | Ambos grupos | p |
|--------------------------------|-------------------------|---------------------|--------------|--------|
| Edad de los padres | | | | |
| Menor a 20 años | 1 (5 %) | 13 (26 %) | 14 (20 %) | |
| 20 a 30 años | 11 (55 %) | 28 (56 %) | 39 (55.7 %) | |
| Mayor a 30 años | 8 (40 %) | 8 (16 %) | 16 (22.9 %) | |
| Se desconoce | 0 (0 %) | 1 (2 %) | 1 (1.4 %) | 0.053 |
| Escolaridad del padre | | | | |
| Analfabeta | 1 (5 %) | 0 (0 %) | 1 (1.4 %) | |
| Primaria | 3 (15 %) | 7 (14 %) | 10 (14.3 %) | |
| Secundaria | 4 (20 %) | 21 (42 %) | 25 (35.7 %) | |
| Bachillerato | 5 (25 %) | 12 (24 %) | 17 (24.3 %) | |
| Licenciatura | 6 (30 %) | 1 (2 %) | 7 (10 %) | |
| Posgrado | 0 (0 %) | 0 (0 %) | 0 (0 %) | |
| Se desconoce | 1 (5 %) | 9 (18 %) | 10 (14.3 %) | 0.004* |
| Escolaridad de la madre | | | | |
| Analfabeta | 0 (0 %) | 1 (2 %) | 1 (1.4 %) | |
| Primaria | 2 (10 %) | 11 (22 %) | 13 (18.6 %) | |
| Secundaria | 4 (20 %) | 21 (42 %) | 25 (35.7 %) | |
| Bachillerato | 7 (35 %) | 13 (26 %) | 20 (28.6 %) | |
| Licenciatura | 4 (20 %) | 3 (6 %) | 7 (10 %) | |
| Posgrado | 2 (10 %) | 0 (0 %) | 2 (2.9 %) | |

| | | | | |
|--|-----------|-----------|-------------|---------|
| Se desconoce | 1 (5 %) | 1 (2 %) | 2 (2.9 %) | 0.043* |
| Ocupación de los padres | | | | |
| Padre empleado | 9 (45 %) | 9 (18 %) | 18 (25.7 %) | 0.020* |
| Madre ama de casa | 6 (30 %) | 18 (36 %) | 24 (34.3 %) | 0.633 |
| Condiciones del hogar | | | | |
| Pobreza | 9 (45 %) | 33 (66 %) | 42 (60 %) | 0.105 |
| Acceso a medicamentos | 15 (75 %) | 11 (22 %) | 26 (37.1 %) | <0.001* |
| Desintegración familiar | 7 (35 %) | 18 (36 %) | 25 (35.7 %) | 0.937 |
| Acceso a armas | 0 (0 %) | 0 (0 %) | 0 (0 %) | 1.000 |
| Condiciones médicas de los padres | | | | |
| Enfermedades crónicas | 13 (65 %) | 31 (62 %) | 44 (62.9 %) | 0.814 |
| Toxicomanías | 14 (70 %) | 29 (58 %) | 43 (61.4 %) | 0.351 |
| Tatuajes | 3 (15 %) | 7 (14 %) | 10 (14.3 %) | 0.914 |
| Enfermedades mentales | 2 (10 %) | 2 (4 %) | 4 (5.7 %) | 0.572 |

Los datos se muestran como número (%) o mediana ± rango intercuartilar
Valor de p mediante prueba X2 o U de Mann Whitney. *p<0.05

TABLA 5 Características paternas y condiciones del hogar de acuerdo a la presencia de Intento de Suicidio

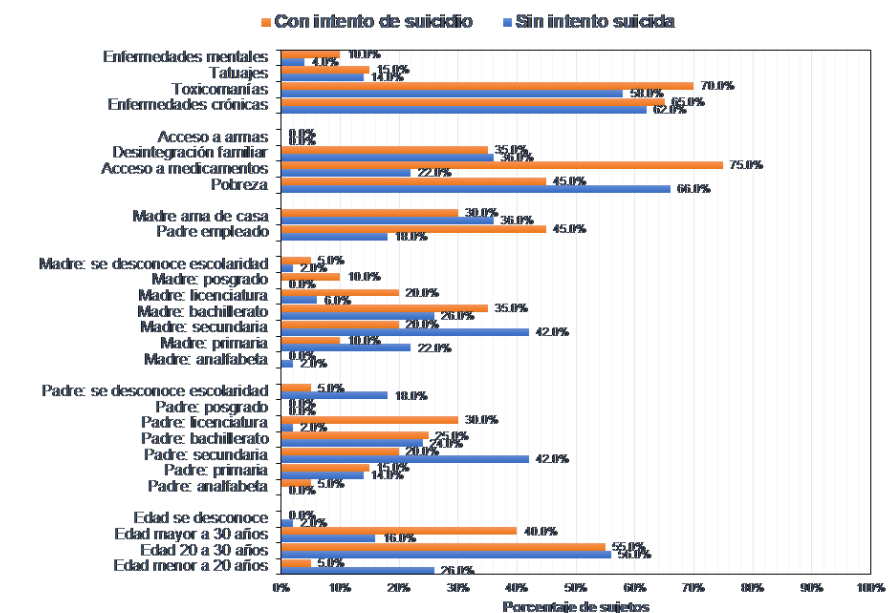


FIGURA 9 Distribución de los grupos de edad de los padres de los pacientes pediátricos

ASOCIACIÓN ENTRE EL INTENTO DE SUICIDIO Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS

En el último paso del análisis, se realizó un modelo multivariado de regresión logística no condicional para evaluar la asociación entre la presencia de intento de suicidio y las diferentes variables.

Se observó una asociación entre el intento de suicidio y la presencia de enfermedades mentales en el paciente pediátrico (RM 114.83 IC95% 2.22-5941, p=0.018) y entre el intento de suicidio y el estrés (RM 25.58 IC95% 1.30-504.75 p=0.003), siendo ambas características factores de riesgo.

Los resultados del análisis multivariado mediante regresión logística, se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6. Asociación entre las características de los pacientes pediátricos y el Intento de Suicidio

| Característica | RM (IC95%) | p |
|--|-------------------------|--------|
| Sexo masculino | 1.55 (0.12 - 20.75) | 0.740 |
| Edad, años | 1.11 (0.65 - 1.89) | 0.714 |
| Escolaridad adecuada | 24.55 (0.38 - 1568) | 0.131 |
| Alteración del estado nutricional | 0.61 (0.02 - 15.59) | 0.768 |
| Enfermedades mentales | 114.83 (2.22 - 5941.53) | 0.018* |
| Estrés | 25.58 (1.3 - 504.75) | 0.033* |
| Duelo | 0.02 (0 - 4.08) | 0.147 |
| Edad paterna menor a 20 años | 0.91 (0.02 - 33.16) | 0.957 |
| Escolaridad paterna mayor a secundaria | 0.72 (0.37 - 1.43) | 0.351 |
| Escolaridad materna mayor a secundaria | 1.91 (0.8 - 4.57) | 0.145 |
| Padre empleado | 12.51 (0.66 - 235.51) | 0.092 |
| Madre ama de casa | 1.8 (0.12 - 26.37) | 0.668 |
| Pobreza | 1.31 (0.07 - 24.76) | 0.855 |
| Acceso a medicamentos | 6.33 (0.52 - 76.42) | 0.146 |

Modelo de multivariado mediante regresión logística múltiple. *p<0.05
RM, Razón de Momios; IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

DISCUSIÓN

Existen diversos estudios previos relacionados a suicidio, donde las posibles explicaciones de la mayor incidencia de intentos de suicidio y su finalización con el aumento de la edad incluyen un mayor acceso a armas de fuego y drogas potencialmente letales, mayores tasas de enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias y otras comorbilidades, así como cambios en el desarrollo cognitivo. A medida que los adolescentes desarrollan sus capacidades para el pensamiento abstracto y complejo, aumentan su capacidad de contemplar las circunstancias de la vida, vislumbrar un futuro sin esperanza, generar el suicidio como una posible solución, planificar y ejecutar un intento de suicidio

El suicidio en adolescentes, población creciente en nuestro país (18.4% de la población en 2015⁵⁴) que a su vez es la base de la futura clase trabajadora; se ha convertido en un problema epidemiológico no sólo a nivel mundial si no también nacional. Como se estableció en los párrafos introductorios, en 2016 la principal causa de discapacidad fue la depresión, siendo menos de la mitad de los afectados los que reciben un tratamiento efectivo y como probable consecuencia el suicidio por lo que este problema requiere de mayor atención social, médica y gubernamental; debiendo realizarse programas preventivos, incrementar el presupuesto dedicado a la salud mental y a detecciones tempranas en primer nivel de los factores asociados al incremento paulatino en las tasas de incidencia, así como mejor comunicación entre los diferentes niveles de salud y apoyo mutuo; una vez detectados los casos incrementar el seguimiento médico especializado a través de la vigilancia y desarrollo de programas.

Las limitantes durante este estudio fueron la falta de información recolectada en las hojas de ingreso así como historias clínicas pertinentes para considerar diversos factores de riesgo de importancia, ya sea por la prisa a la que se ven sometidos los médicos en el servicio de urgencias al realizar el interrogatorio inicial o por la falta de interés respecto a aspectos de la vida personal de los adolescentes o la dificultad que generan los prejuicios culturales para realizar preguntas referentes a la sexualidad.

CONCLUSIONES

Dentro del grupo de estudio se cometieron más intentos de suicidio en el sexo femenino, de acuerdo a la escolaridad en ambos grupos la mayoría de los adolescentes se encontraban en el grado escolar correspondiente, sin embargo, en el grupo control se encontraban casos con adelanto de escolaridad. Dentro del grupo de estudio, se apreciaron casos con mayor frecuencia de enfermedades psiquiátricas asociadas, estrés y proceso de duelo.

A diferencia de lo mostrado en publicaciones anteriores en este estudio, no se encontró asociación con abuso de sustancias e intento suicida, ni con uso de armas de fuego. Se reafirma el hecho de tener intentos previos o ideaciones para un nuevo intento, se aprecia como factor protector la pobreza y se contradice con el aspecto de la religión como factor protector. Encontramos mayor asociación a intento suicida en casos en que los papás y mamás presentan mayor escolaridad, sin asociación con alguna otra variable. Y como uno de los principales factores de riesgo el acceso a medicamentos sin control. Cabe mencionar que a la mayoría de los casos se les dio seguimiento ya sea por psicología o paidopsiquiatría y sólo en 1 caso los padres se negaron a continuar con el mismo.

El acceso a los medicamentos sin control, tener antecedentes de enfermedades psiquiátricas, desintegración familiar, proceso de duelo, periodos de estrés así como padres profesionistas se encuentran como los principales factores de riesgo para intento suicida en adolescentes del Hospital Pediátrico Coyoacán.

RECOMENDACIONES

Una vez concluida esta tesis se considera de interés investigar y profundizar sobre otros aspectos relacionados con los factores de riesgo encontrados, así como extender estudios realizando encuestas dirigidas o estudios con diferentes diseños que permitan generar mayor consciencia y modificaciones en los factores disminuyendo de esta forma los incrementos en las tasas de incidencia de este padecimiento.

Mejorar el interrogatorio y realizar modificaciones pertinentes en los servicio de salud resulta primordial para la atención primaria y servicios de urgencias para identificar con mayor antelación aquellos factores de riesgo relacionados a los intentos suicidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es enero 2018
2. Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica 2015
3. Javier Ordóñez, Edward La condición humana: de la muerte y el suicidio. Una Lectura de la obra de Albert Camus Revista Científica Guillermo de Ockham, vol. 8, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 183-195 Universidad de San Buenaventura Cali, Colombia
4. Durkheim, Émile, El suicidio (1897), trad. por Lucila Gibaja, Buenos Aires, ed. Schapire, 1965
5. Stephanie Kennebeck, MD, Liza Bonin, PhD : Suicidal behavior in children and adolescents: Epidemiology and risk factors 2017 UpToDate
6. Beautrais AL. Child and young adolescent suicide in New Zealand. Aust N Z J Psychiatry 2001; 35:647.
7. McClure GM. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998. Br J Psychiatry 2001;178:469.
8. Hawton K, Fagg J, Simkin S, et al. Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. J Adolesc 2000;23:47.
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Suicide among children, adolescents, and young adults--United States, 1980-1992. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1995; 44:289.
10. Hamilton BE, Miniño AM, Martin JA, et al. Annual summary of vital statistics: 2005. Pediatrics 2007; 119:345.
11. Shain BN, American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescents. Pediatrics 2007; 120:669.
12. Efforts to reduce the toll of injuries in childhood require expanded research. American Academy of Pediatrics. Committee on Injury and Poison Prevention. Pediatrics 1996; 97:765.
13. Brent DA, Perper JA, Allman CJ. Alcohol, firearms, and suicide among youth. Temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983. JAMA 1987; 257:3369.
14. Brent DA, Perper JA, Allman CJ, et al. The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides. A case-control study. JAMA 1991; 266:2989.
15. Centers for Disease Control (CDC). Attempted suicide among high school students--United States, 1990. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1991; 40:633.
16. Meehan PJ, Lamb JA, Saltzman LE, O'Carroll PW. Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. Am J Psychiatry 1992; 149:41.
17. Brener ND, Krug EG, Simon TR. Trends in suicide ideation and suicidal behavior among high school students in the United States, 1991-1997. Suicide Life Threat Behav 2000; 30:304.
18. Andrus JK, Fleming DW, Heumann MA, et al. Surveillance of attempted suicide among adolescents in Oregon, 1988. Am J Public Health 1991; 81:1067.
19. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen SA, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2001. MMWR Surveill Summ 2002; 51:1.

20. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2003. *MMWR Surveill Summ* 2004; 53:1.
21. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2005. *MMWR Surveill Summ* 2006; 55:1.
22. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2007. *MMWR Surveill Summ* 2008; 57:1.
23. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 2002; 325:1207.
24. Nock MK, Green JG, Hwang I, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry* 2013; 70:300.
25. Tishler CL, Reiss NS, Rhodes AR. Suicidal behavior in children younger than twelve: a diagnostic challenge for emergency department personnel. *Acad Emerg Med* 2007; 14:810.
26. Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, et al. National study of US emergency department visits for attempted
27. Bridge JA, Asti L, Horowitz LM, et al. Suicide Trends Among Elementary School-Aged Children in the United States From 1993 to 2012. *JAMA Pediatr* 2015; 169:673
28. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Deaths: Leading Causes for 2000. National vital statistics reports, vol. 50, no. 16, Sept 16, 2002.
29. Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, et al. Mental health surveillance among children--United States, 2005- 2011. *MMWR Suppl* 2013; 62:1.
30. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:339.
31. Grøholt B, Ekeberg O, Wichstrøm L, Haldorsen T. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:473.
32. World Health Organization (WHO). WHO depression fact sheet. 2016. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. Accessed November 28, 2016.
33. Kumar A, Clark S, Boudreaux ED, et al. A multicenter study of depression among emergency department patients. *Acad Emerg Med* 2004;11(12):1284–9.
34. Petrik ML, Gutierrez PM, Berlin JS, et al. Barriers and facilitators of suicide risk assessment in emergency departments: a qualitative study of provider perspectives. *Gen Hosp Psychiatry* 2015;37(6):581–6
35. Anita Kumar, Sunday Clark, MPH, Edwin D. Boudreaux, PhD, Carlos A. Camargo Jr., MD, DrPH. A Multicenter Study of Depression among Emergency Department Patients. *ACAD EMERG MED* d December 2004, Vol. 11, No. 12
36. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry* 2012;27(2): 129–41
37. American Foundation for Suicide Prevention (AFSP). Suicide statistics. [webpage]. 2016. Available at: <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/>. Accessed November 29, 2016.
38. Detecting and treating suicide ideation in all settings. *Sentinel Event Alert* 2016;(56):1–7.
39. Ramirez J. Suicide: across the life span. *Nurs Clin North Am* 2016;51(2):275–86.
40. Curtin S, Warner, M., Hedegaard, H. Increase in Suicide in the United States, 1999–2014. NCHS Data Brief No. 241, April 2016. 2016. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db241.htm>. Accessed November 29, 2016.
41. Erlich MD, GAP Committee on Psychopathology. Envisioning Zero Suicide. *Psychiatr Serv* 2016;67(3):255.
42. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159(6):909–16.
43. Ronquillo L, Minassian A, Vilke GM, et al. Literature-based recommendations for suicide assessment in the emergency department: a review. *J Emerg Med* 2012; 43(5):836–42
44. Frierson R. The suicidal patient: risk assessment, management, and documentation. *Psychiatr Times* 2007;24(5):29.
45. Russell B. Parkland pioneers suicide screening program. 2016. Available at: NBCDFW.com. Accessed November 11, 2016
46. Cooper J, Kapur N, Webb R, et al. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry* 2005;162(2):297
47. Muzina D. Suicide intervention. *Curr Psychiatry* 2007;6(9):30–46.
48. Borges Guilherme, Orozco Ricardo, Benjet Corina, Medina-Mora Maria Elena. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública Méx.* 2010;52(4): 292-304.
49. Borges Guilherme, Orozco Ricardo, Benjet Corina, Medina-Mora Maria Elena. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública Méx* 2010 Ago; 52(4): 292-304.
50. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC: OPS, 2015.
51. Ma. Elena Medina-Mora2 , Guilherme Borges. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta Nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, Vol. 26, No. 4, agosto 2003
52. Guillermina Natera. El suicidio: La situación de México.2015.Fuente de información: Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica
53. UNICEF. CONEVAL. Pobreza y derechos sociales de niñas niños y adolescentes de México.2014
54. [http://www.beta.inegi.org.mx/temas/estructura/Organización Panamericana de la Salud Prevencción de la conducta suicida](http://www.beta.inegi.org.mx/temas/estructura/Organización_Panamericana_de_la_Salud_Prevencción_de_la_conducta_suicida). Washington, DC : OPS, 2016. 1. Suicidio – prevención & control. 2. Investigación Conductual. 3. Políticas Públicas de Salud. 4. Américas. I. Título.ISBN: 978-92-75-31919-2 (Clasificación NLM: WM 165)