

Título:

Factores asociados al intento de suicidio en adolescentes

Hospital Infantil del Estado de Sonora

Autores:

Dra. Elba Vázquez Pizaña*

Dra. Myrenia Alcantar Mejía**

*Pediatra. Medicina del Adolescente. Maestría en Educación. Vicepresidenta de la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia A.C. Profesor Adjunto al curso de Especialización en Pediatría UNAM. Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación Hospital Infantil del Estado de Sonora

** Médico Pediatra.

Resumen

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

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

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

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

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

Palabra clave: adolescentes, intento de suicidio

Introducción:

El problema del suicidio, definido éste como cualquier caso de muerte que resulte de un acto consciente realizado por un individuo sobre sí mismo persiguiendo este fin (Durkheim, 1897, Durkheim, 1974), es un fenómeno antiguo, que se ha hecho más frecuente conforme la civilización ha avanzado hacia la modernización y ha cobrado una relevancia indiscutible en años recientes. ^(1,2)

El término que proviene del latín “sui” que significa sí mismo y “cidium” matar, es decir, matarse a sí mismo; fue empleado por primera vez por el abate Desfontaine, en el siglo XVIII. Este acto autodestructivo, es una conducta humana compleja que han llevado a cabo individuos como vía de solución final a sus problemas.

La conducta suicida puede ser definida como un conjunto de acciones con las que se busca quitarse la vida. Por otra parte, la ideación se concibe como los pensamientos que están fijados en el mismo fin. ⁽¹⁾

A partir de la conceptualización del suicidio realizada por Emile Durkheim hace poco más de un siglo, se generó un cambio respecto a la perspectiva que se tenía del suicidio ya que se otorgó importancia a los elementos contextuales que rodean al individuo y se comenzó a poner también atención en los motivos subyacentes, aclarando que el suicidio, no es respuesta sólo de factores individuales, sino que éstos se entrelazan con condiciones alienantes de la sociedad que favorecen su desintegración y que desde la perspectiva sociológica contribuyen a describir y explicar las tasas de suicidios e intentos de suicidio en distintos contextos socioculturales y periodos de tiempo ^(3,4)

Ahora se sabe que, además de ser un problema multifactorial, el suicidio tiene un curso más o menos definido, con diferentes instancias y categorías de análisis como lo señala Diekstra desde 1993, reconociéndose dos grandes categorías de análisis: cuando el

desenlace es mortal: *suicidio consumado*, y cuando deviene en la muerte: *parasuicidio*, que implica diversas instancias como el intento suicida, la ideación y otros. Respecto al estudio del intento suicida, cabe señalar que si bien las definiciones clásicas hacen hincapié en que es un acto propositivo y consciente para tratar de quitarse la vida, no siempre es este propósito el que subyace y motiva un intento suicida. Ello se debe a que alguien se puede autoinfligir una lesión no para morir, sino para lo que en el campo de la clínica se denomina “obtener ganancias secundarias”, como “llamar la atención” a modo de “grito de ayuda” cuando así lo considera una persona, o para “manipular”(Hurry, 2000); sin embargo, también puede ser una forma para “castigar” a otras personas como los padres o al novio(a). Sea que el propósito voluntario y consciente sea matarse o no, el punto es que la persona se pone en riesgo, dado que puede morir aun sin habérselo propuesto; y también sucede lo contrario, esto es, que no muere, aun deseando hacerlo. De hecho la “línea” entre la vida y la muerte no es nítida, y aunque se crea “tener el control” sobre la letalidad y las secuelas del método utilizado, es claro que no todo resulta siempre como se “pensó”. Por esto, el intento suicida se constituye como un elemento de estudio también esencial, independientemente de su letalidad (Canetto y Sakinofsky, 1998); y más aún si se reconoce que es un factor de riesgo muy importante para la conducta suicida recurrente y para el suicidio consumado. ^(4,5)

La tradición médica, con un marcado énfasis en lo individual, ha contribuido a la identificación de **factores asociados** como los trastornos psiquiátricos y los antecedentes familiares de conducta suicida. Asimismo, *las teorías sociológicas y psicológicas han reconocido la influencia de factores psicosociales, demográficos y económicos, entre otros, más allá de la problemática individual.* ⁽³⁾

Rich et al identifican en el proceso suicida varias etapas: *ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y suicidio consumado*. Al respecto se enfatizan dos aspectos: estas etapas pueden o no ser secuenciales, puede haber casos en que se pase por todas las etapas para llegar a ejecutar la propia muerte o casos en que el suicidio se complete sin preámbulos; y, el pasar por una o por varias etapas no significa que se tenga que pasar por las demás: por ejemplo, presentar ideación suicida en un momento de la vida, no implica que forzosamente se vaya a pasar al acto suicida ⁽³⁾

Conviene aclarar que cada una de las etapas, y más aún en su conjunto, conlleva un monto considerable de riesgo para la salud, por lo que es importante prestarles atención. Por ejemplo, la conducta suicida en los adolescentes suele ser “menospreciada” con argumentos tales como “se trata de un acto histérico”, “es sólo para llamar la atención”, etc. Sea cual fuere la causa que consciente o inconscientemente motive a los adolescentes a intentar suicidarse, en realidad no existe un control absoluto del método suicida que “garantice morir o sobrevivir al intento sin secuelas físicas y/o emocionales; es decir que no se puede prever con absoluta certeza la letalidad del intento. El hacerse daño a uno mismo se constituye un sólido factor de riesgo, más allá de la letalidad y de las interpretaciones que se le pudieran asignar, porque como ya se comentó, *hay quienes han muerto habiendo querido quedar vivos tras el intento suicida, y hay quienes han sobrevivido al intento, aún teniendo una franca convicción de querer morir, por lo que lo pueden volver a intentar*. Al igual que ocurre con la ideación suicida, al menos la mitad de los niños y adolescentes que se ha quitado la vida, ha manifestado preocupación por la muerte. ^(2,3)

El objetivo de este trabajo es conocer los factores asociados al intento de suicidio en adolescentes en el Hospital Infantil del Estado de Sonora

MATERIAL Y MÉTODOS

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

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

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

La información se capturo en una hoja de cálculo Excel versión XP y el Las variables analizadas son: Edad, sexo escolaridad, estado civil, ocupación, procedencia, medio socioeconómico, religión, estructura familiar, antecedentes familiares, antecedentes personales y familiares, factores asociados y características del intento de suicidio, diagnostico psiquiátrico, tratamiento, estancia hospitalaria y condiciones de egreso.

RESULTADOS

En el periodo de diez años fueron de 170 casos de intento de suicidio,

El intento de suicidio se presento en 154 mujeres 90.5% y 16 hombres 9.4%, con una relación de 9.6 a 1, el rango de edad fue de 10 a 19 años de edad, el promedio de edad de

14.9. Cuadro 1

CUADRO No. 1

EDAD Y SEXO EN 170 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

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

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

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

CUADRO No. 2

NIVEL SOCIOECONÓMICO EN 170 ADOLESCENTES CON INTENTO DE
SUICIDIO

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

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

Clasificación social HIES

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

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

CLASIFICACION	SALARIO	FAMILIA	MIEMBROS	FORANEO
A	UNICO EVENTUAL	INCOMPLETA	>8	+
B	UNICO	INTEGRADA	>8	
C	MINIMO	INTEGRADA	> 8	
D	MAYOR AL MINIMO	INTEGRADA	< 8	
E	SUFICIENTE	INTEGRADA	< 8	

El promedio de escolaridad fue de 7.3 años, tenían 9 años de escolaridad en 46 casos 27% sabían leer y escribir 167 casos 98.2%. Tenían asistencia escolar al momento del estudio 98 pacientes 57.6%, no tenían otros estudios en 64 casos 37.6%, terminaron la secundaria 16 casos 9.4% y preparatoria 5 casos 2.9%. Promedio de escolaridad 7.3 años de 164

En relación con los antecedentes familiares, el promedio de edad de las madres fue de 39 años de 163, ya que eran finadas tres y no se especifico edad en cuatro casos. Eran analfabetas 3 casos 1.8%. y 12 profesionistas 7%. El promedio de edad de los padres fue de 42.7 años de 145, ya que eran finados 6 casos 3.5% y no se especifico 19 casos 11.1%. Eran analfabetas 3 casos 1.8% y profesionista 9 casos 5.3%

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

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

Había presencia en el hogar de la madre en 138 casos 81.1% y del padre en 92 casos 54.1%.

De los antecedentes de riesgo familiar había antecedentes de alcoholismo en 84 casos 49.4%, toxicomanía en 58 casos 34.1%, tabaquismo en 10 casos 12%.

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

Tenían algún tipo de violencia familiar psicológica y/o física en 61 casos 35.9% siendo y antecedente de intento de suicidio 22 casos 12.9%. **Cuadro 3**

CUADRO No. 3

FACTORES FAMILIARES EN 170 PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

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

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

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

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

CUADRO No. 4

FACTORES DE RIESGO PERSONALES EN 170 ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

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

Dentro de los factores de riesgo asociados al intento de suicidio por orden de frecuencia se presento depresión en 118 casos 69%; falta de comunicación con los padres 116 casos 68.2%, equivalentes depresivas 112 casos 65.2%, tenían desorganización familiar 108 casos 63.5%, poca o ninguna religiosidad 104 casos 61%, impulsividad 99 casos 58.2%, ausencia de figura parental significativa 95 casos 55.8%; intentos de suicidios previos 92 casos 54.1%, perdida temprana de objeto amoroso 90 casos 52.9%, sentimiento de rechazo familiar en 87 casos 51.2%, incapacidad para afrontar el estrés cotidiano 85 casos 50% y otros. **Cuadro 5**

CUADRO No. 5

FACTORES ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN 170 ADOLESCENTES

CON INTENTO DE SUICIDIO

ITEM	N	%
Depresión	118	69
Falta de comunicación con los padres	116	68.2
Equivalentes depresivas	112	65.2
Desorganización familiar	108	63.5
Poca o ninguna religiosidad	104	61
Impulsividad	99	58.2
Ausencia de figura parental significativa	95	55.8
Intentos anteriores de suicidio	92	54.1
Perdida temprana de objeto amoroso	90	52.9
Sentimientos de rechazo familiar	87	51.2
Incapacidad de afrontar el estrés cotidiano	85	50
Riñas familiares constantes	83	48.8
Agua corriente	76	49.7
Familia destruida	75	44.1
Dificultades escolares	75	44.1
Solitario – abandonado	69	40.5
Dificultades financieras	65	38.2
Aislado	61	35.9
Madre menor de 20 al nacer su hijo	57	33.5

Pensamientos o amenazas suicidas	57	33.5
Ansiedad intensa	54	31.8
Fracaso escolar	52	30.5
Agresión inhibida – reprimida	51	30
Perdida reciente de objeto amoroso	40	23.5
Patrones neuróticos de comportamiento	40	23.5
No aceptación imagen corporal	40	23.5
Alcoholismo	35	20.6
Cambio de residencia	34	20
Desempleo	31	18.2
Cambios de escuela	28	16.5
Prácticas religiosas	24	14
Madre soltera	21	12.3
Uso de drogas	20	11.8
Suicidas en la familia o medio ambiente	19	11.2
Manifestaciones psiquiátricas	18	10.6
Antecedentes policiales familiares	18	10.6
Tratamientos psiquiátricos anteriores	16	9.4
Antecedentes policiales	8	4.7
Pertenencia banda juvenil	8	4.7
Enfermedad psiquiátrica grave	7	4.1
Religión evangélica	4	2.4
Hijo adoptivo	1	0.6
Participación en tráfico de drogas	1	0.6

En relación a las características del intento de suicidio el acto fue planeado en 132 casos 77.6%, existía disponibilidad del método 113 pacientes 66.5% y no tomaron precauciones para no ser descubiertos 110 pacientes 64.7%. **Cuadro 6**

CUADRO No. 6

CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO SUICIDA EN 170 PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

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

El lugar donde se realizó el acto en orden de frecuencia fue en casa en 120 casos 70.5% en la recámara en 64 casos 53%, seguido de la escuela 11 casos 6.5%, vía pública en 8 casos 4.7 % y no se especificó en 11 casos 6.5.

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

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

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

El día en que se realizó el acto en orden de frecuencia fue martes 20 casos 11.8%, jueves 20 casos 11.8%, lunes 19 casos 11.2%, viernes 17 casos 10%, sábado 17 casos 10%,

domingo 17 casos 10%, miércoles 11 casos 6.5% y no se especifica el día del acto en 49 casos 23.8%.

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

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

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

Se diagnosticó impulsividad en 11 casos 4.1%, se asocia a trastorno de la personalidad y poca tolerancia a la frustración en 2 casos, a personalidad inmadura en 2 casos y a ansiedad un caso. Otros diagnósticos psiquiátricos fueron: trastorno límite de la personalidad, trastorno y déficit de atención, trastorno psicótico, personalidad inmadura, retraso mental; trastorno alimenticio asociado a abuso sexual y a epilepsia, poca tolerancia a la frustración, Gilles de la Tourette, demanda de atención, drogadicción y abuso infantil y abandono. no se realiza evaluación en 18 casos 10.6% y no se especifica

en 18 casos 10.6%. Se les aplica escala de Birlenson a 145 pacientes, de los cuales se obtiene un puntaje mayor a 14 sugestivo de depresión en 93 pacientes 54.7%.

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

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

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

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

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

DISCUSIÓN

El suicidio es un problema de salud pública que ha aumentado en las últimas décadas, siendo la tercera causa más importante de muerte de jóvenes de 15 a 24 años. Se ha calculado que los intentos suicidas se presentan aproximadamente 70 veces más que los suicidios consumados y se ha identificado al intento como uno de los mejores predictores del suicidio consumado⁽⁶⁾

De acuerdo a literatura mundial y en nuestro país, se reporta que el intento de suicidio se está incrementando cada vez mas entre los adolescentes, y hay discrepancias entre los factores de riesgo asociados al intento de suicidio, por lo que es necesario realizar un diagnostico y tratamiento oportuno, considerando que la depresión se encuentra asociada a este problema frecuentemente.⁽⁷⁾

En la actualidad se ha incrementado el interés en el estrés debido a que cada vez lo reportan más individuos como un padecimiento, o bien, como detonante de diversas alteraciones, en una investigación de los sucesos de vida “estresantes” se mencionan las situaciones estresantes, encontrando que presentaron sucesos negativos con un promedio de 19.3 eventos. El área mas afectada fue la familiar, esto confiere riesgo en la sintomatología depresiva y la conducta suicida⁽⁶⁾

En Bogotá el suicidio es la segunda causa de muerte violenta, un 50% de las víctimas tienen entre 11 y 28 años de edad. En un estudio realizado en Perú en el año 2008 en 530 adolescentes entre 12 y 19 años se observó que un 33% presento algún cuadro del espectro de ideación suicida, 31% deseaba morir, 21% pensó quitarse la vida y 18% ya había intentado suicidarse. En Europa atribuyen el incremento en la tasa de suicido en adolescentes a que antes no se reportaban los casos como muertes por suicidio por cuestiones morales y religiosas, a que el nivel socioeconómico a sufrido cambios, al

incremento en educación terciaria en las mujeres, a disminución de los valores morales, y a que cada vez hay más familias disintegradas y mayor uso de tóxicos, lo cual también se ha incrementado ^(8,9,10)

En el Hospital Infantil del Estado de Sonora en el periodo de 2007 al 2009 se atendieron 47 adolescentes con intento de suicidio que ameritaron hospitalización, la OMS reporta que en el año 2000 se incrementa la tasa de suicidio en un 150% entre los adolescentes, año en el cual presentamos la menor incidencia, pero comparado con los años anteriores se encuentra un aumento en la incidencia de mas del 100%, para después disminuir después del año 2005, probablemente la baja incidencia reportada en el periodo 1998 – 2001 se deba a un subregistro y subdiagnóstico de los casos, una de las razones que se exponen en una publicación de Europa como incremento de tasa de suicidio ^(2,3,11)

El intento de suicidio predomina en el género femenino, presentándose en 154 casos 90.5% con una relación de 9.1 a 1, lo cual concuerda con la estadística a nivel mundial y con la bibliografía regional revisada. El promedio de edad fue de 14.9 años lo cual indica que el intento de suicidio se presenta a edades mas tempranas que en el estudio previo realizado en este hospital hace 11 años donde se reporta la edad de 15 a 18 años. lo cual es similar a otros estudios realizados ^(1,12,13,14,15)

La mayoría de los adolescentes provenían de Hermosillo 109 casos 64%, lo que indica que vivir en medio urbano representa un factor de riesgo para el intento de suicidio lo cual se menciona en un estudio realizado en México donde mencionan varios factores protectores entre ellos vivir en medio rural ⁽³⁾

El promedio de escolaridad fue de 7.3 años, muy bajo considerando que la mayoría de los pacientes tenían entre 15 y 18 años de edad, tenían secundaria completa solo 77 casos 45.3%. Similar a otros estudios realizados ^(1,12,13,14,15)

Dentro de los antecedentes familiares encontramos que las madres tenían secundaria completa en 48 casos 28.5%, y los padres en 38 casos 22.3% representando la mayoría lo que nos indica que los padres también tenían un bajo nivel de escolaridad, a diferencia de Europa donde tienen como factor de riesgo que las mujeres acudían cada vez mas a la educación terciaria⁽¹⁰⁾

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

Eran primogénitos en 65 casos 38.2% de los pacientes, siendo este menos frecuente en hermanos menores, en un estudio realizado en Colombia también en adolescentes con intento de suicidio donde encuentran que el 83% de los pacientes estudiados eran primogénitos^(1,3,14)

Dentro de los factores de riesgo familiares más importantes se encontró el alcoholismo en un 50% de los casos, seguido de patología crónica 63 casos 37% y violencia familiar 61 casos 35.9%, a diferencia de un estudio realizado en Guanajuato donde exponen la violencia familiar como principal factor de riesgo de intento de suicidio en adolescentes ⁽¹⁶⁾

Los factores personales más importantes fueron en primer lugar el intento de suicidio previo en 154 casos 90% de los pacientes, estos tenían entre 1 y 20 intentos, con un promedio de 2.6 intentos, en el estudio previo realizado en este hospital en 1998 el antecedente de suicidio se presenta solo en un 23% de los pacientes estudiados, otro dato

mas que nos confirma que el intento de suicidio es cada vez mas frecuente entre los adolescentes. Al intento de suicidio previo le sigue equivalentes suicidas 116 casos 68% y depresión 105 casos 61.8%, que es el diagnostico psiquiátrico previo más frecuente 7 casos 35%, el diagnóstico más frecuente en pacientes que ameritaron atención hospitalaria 41 casos 24.1% y la patología psiquiátrica más encontrada en los familiares 20 casos 20.9% , esto nos muestra la importancia de este factor de riesgo para intento de suicidio en adolescentes y la posible transmisión hereditaria del mismo, al haber factores genéticos asociados a la depresión, en el Hospital Infantil de México se encuentra que dos terceras partes de los pacientes estudiados presentaron depresión ^(4,5,14,15,17,18)

Otros factores asociados al intento de suicidio fueron falta de comunicación con los padres 116 casos 68.2%, las riñas familiares 83 casos 48%, tenían desorganización familiar 108 casos 62%, lo que refuerza la idea de que los problemas familiares representan un gran actores de riesgo, en Chile toman como factor de riesgo la falta de cohesión familiar había, otros factores de riesgo identificados fueron poca religiosidad en 104 casos 61%, impulsividad en 99 casos 58.2%, presentándose esta tanto en hombre como mujeres sin haber diferencia significativa, a diferencia de un estudio realizado en México en el 2006 donde exponen que la impulsividad es mas frecuente en hombres que en mujeres^(1,12,14,15)

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

El sitio mas frecuente de realización del acto es la casa 120 casos 70%, de los cuales un 64 casos 50% lo intentan en la recamara. El factor precipitante es la discusión con algún familiar 47 casos 27% a diferencia de un estudio realizado en USA donde exponen como factores desencadenantes los conflictos interpersonales y las pérdidas, pero concuerda con estudios realizados en México donde exponen los problemas familiares como principal factor desencadenante^(19,20)

El método más empleado es con mucho la ingesta de medicamentos 119 casos 70%, y de estos las benzodiacepinas al igual que el uso de analgésicos 16 casos 9,4% respectivamente, en el estudio previo se mencionan las benzodiacepinas como medicamento mas usado, el aumento en el uso de analgésicos podría deberse a disponibilidad de estos en los hogares. El uso de benzodiacepinas concuerda con estudios realizado en Cuba pero los analgésicos no se encuentran dentro de los principales medicamentos usados como método suicida ^(1,14,15,21)

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

publicado en 1998 donde se presentaron mas casos en verano, los meses con menos incidencia fueron septiembre 5 casos 2.9% y diciembre 4 casos 2.3%. ^(14,15)

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

CONCLUSIONES

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

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

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

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

Los adolescentes deciden intentar el suicidio en casa, específicamente en la recamara siendo el factor desencadenante mas común la discusión familiar, el método empleado mas comúnmente la ingesta de medicamentos, entre estos benzodiacepinas y analgésicos.

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

La reacción inicial es el arrepentimiento, y el diagnostico mas realizado posterior al acto es la depresión.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Sauceda – García J, Lara – Muñoz M, Focil – Márquez M. Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. Bol Med Hosp Infant Méx. 2006; 63.
- 2.-Bridge J, Goldstein T, Brent D. Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of child psychology and psychiatry. 2006; 47(4): 372 – 394.
- 3.-Borges G, Medina – Mora M, Orozco R, Oueda C, Villatoro G, Fleiz C. Distribución y determinantes sociodemográficos en México. Salud mental. 2009; 32(5): 413 – 425.
- 4.-Currier D, Mann J. Stress, genes and the biology of suicidal behavior. Psychiatric clinics. 2008; 31: 247-269.
- 5.-Brent D, Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. Psychiatric clinics. 2008; 31: 157 – 177.
- 6.-García GE. Tesis: Sucesos de vida en adolescentes con intento de suicidio. Asesor: Vázquez PE. Octubre 2006: 1 – 98.
- 7.-Vázquez PE, Fonseca ChI, Padilla VJ, Pérez HM, Gómez RN. Diagnóstico de Depresión con la Escala de Birleson en Adolescentes con Intento de Suicidio y Sanos. Bol Cli Hosp. Infant Edo Son 2005;22(2):107-118

- 8.-Pedraza R, Guzmán Y, Rubio H. Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. Revista colombiana de psiquiatría. 2005; 34(1).
- 9.-Cano P, Gutiérrez C, Nizama M. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la amazonía peruana. 2009; 26(2): 175 – 181.
- 10.-Mittendorfer – Rutz E. Trends of youth suicide in Europe during the 1980s and 1990s – gender differences and implications for prevention. JMHG . 2006; 3(3): 250 – 257.
- 11.-Monge J, Cubilla M, Román R, Valdez E. Intentos de suicidios en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. Psicología y salud. 2007; 17(1): 45 – 51.
- 12.-Salvo L, Melipillan R. Predictores de suicidalidad en adolescentes. Revista chilena de neuro – psiquiatría. 2008; 46(2): 115 – 123.
- 13.-Pérez – Olmos I, Rodríguez – Sandoval E, Dussan – Buitrago M, Ayala – Aguilera J. Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003 – 2005. Revista salud pública. 2007; 9(2): 230 – 240.
- 14.-González VE. Tesis: Características de Intento de Suicidio en Adolescentes en el Hospital Infantil del Estado de Sonora. Asesor: Vázquez PE. Febrero 1998: 77 – 84.
- 15.-Vázquez PE, González VM, Rojo QA, Figueroa LR. Intento de Suicidio en adolescentes. Bol Med Hosp Infant Edo. 1998; 15 (2): 77-84
- 16.-Páramo D, Chávez – Hernández A. Maltrato y suicidio infantil en el estado de Guanajuato. Salud mental. 2007; 30(3).

- 17.-Gutiérrez - García A, Contreras C. El suicidio y algunos correlatos neurobiológicos primera parte. Salud mental. 2008; 31(4): 321 – 330.
- 18.-Brodsky B, Stanley B. Adverse Childhood experiences and suicidal behavior, Psychiatric Clinics. 2008; 31: 223-235.
- 19.-Oquendo M, Mann J. Suicidal behavior: A developmental Perspective. Psychiatric Clinics. 2008;31: 13-16.
- 20.-González – Forteza C, Arana D, Jiménez J. Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: vinculación autogestiva con los servicios de salud mental. Salud Mental. 2008; 31(1): 23 – 27.
- 21.-Sanchez I, López I, Ares A., Cruz O, O´farril M. El intento suicida como causa de intoxicación en pediatría. Revista cubana de medicina intensiva y emergencias. 2007; 6(4): 925 – 933.
-

ANEXOS

Anexo 1



Hoja de recolección

Intento de suicidio en adolescentes

Nombre _____ edad _____ Expediente _____

Fecha de atención: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Procedencia: _____

Medio socioeconómico (Trabajo Social): _____

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

Religión: _____ Estado civil: _____

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

Escolaridad: _____ Otros estudios: _____

Asistencia a la escuela: _____

Ocupación: _____ Otras actividades: _____

Antecedentes familiares

Tipo de familia: _____

Madre: edad: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Padre: Edad: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____

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

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

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

Jefe de familia: _____

Dos ó más miembros de la familia con empleo: _____

Ingresos familiares: _____

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

Toxicomanías: _____ Alcoholismo: _____

Problemas psiquiátricos: _____

Antecedentes personales:

Toxicomanías: _____ Alcoholismo: _____

Abuso sexual: _____ Patología crónica: _____

Equivalentes depresivas: _____ Depresión: _____

Problemas psiquiátricos: _____

Tratamiento psiquiátrico previo y/o actual: _____

I. Intento de suicidio previo

Fecha ocurrencia: _____ Sitio: _____

Método empleado: _____ Factor precipitante: _____

Atención médica: _____

Factores de riesgo suicida

- ☐ () Poca o ninguna religiosidad
- ☐ () Prácticas religiosas.
- ☐ () Religión evangélica
- ☐ () Madre menor de 20 años al nacer su hijo
- ☐ () Hijo adoptivo
- ☐ () Madre soltera
- ☐ () Desorganización familiar
- ☐ () Falta de comunicación con los padres.
- ☐ () Riñas familiares constantes
- ☐ () Ausencia de figura parental significativa
- ☐ () Familia destruída

- () Sentimientos de rechazo familiar
- () Pérdida temprana de objeto amoroso (divorcio, muerte, separación)
- () Pérdida reciente de objeto amoroso
- () Fracaso escolar
- () Dificultades escolares
- () Cambios de escuela
- () Cambios de residencia
- () Dificultades financieras
- () Desempleo
- () Solitario-abandonado
- () Aislado
- () Intentos anteriores de suicidio.
- () Pensamientos y amenaza suicida
- () Suicidas en la familia o medio ambiente.
- () Agresión reprimida-inhibida
- () Alcoholismo (ocasional)
- () Abuso de drogas (ocasional)

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

Características del intento de suicidio

Inicio:

Cuadro clínico: _____

☐ Pensamientos suicidas una semana previa

☐ Nota suicida

☐ Uso de alcohol al momento del intento.

☐ Uso de drogas al momento del intento

☐ Aislado

☐ Ante la presencia de alguien

☐ Disponibilidad de método

☐ Ambivalencia respecto a la vida o muerte.

☐ Intento de obtener ayuda durante o después del intento.

☐ Atención médica previa al intento.

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

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

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

Lugar dónde se realizó el acto: _____

Espacio físico dónde se realizó el acto: _____

Hora/fecha/día/mes del acto: _____

Método utilizado: _____

Factor precipitante: _____

Reacción inicial: _____

Diagnóstico psiquiátrico: _____

Tratamiento médico: _____

Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico: _____

Evolución:
