

Título: Intento suicida en niños y adolescentes. Hospital Materno-Infantil 10 de Octubre. Cinco años de experiencia.

Autores:

Dra. Mireya Paz Figueroa.

Especialista Primer Grado en Pediatría.

Asistente. Máster en Atención Integral al Niño.

Dra. Ivón María Saura Hernández

Especialista Primer Grado en Pediatría.

Diplomado en Terapia Intensiva.

Asistente. Máster en Atención Integral al Niño.

Dra. Miriam Inés Del Sol Martínez

Especialista Segundo Grado en Pediatría.

Auxiliar. Máster en Atención Integral al Niño.

Dr. Marcos Sánchez Suarez.

Especialista Primer Grado en MGI.

Especialista Primer Grado en Pediatría.

Resumen

Introducción: Como problema de salud pública el suicidio ha adquirido especial relevancia en las últimas décadas. Las conductas suicidas en niños y adolescentes se definen como "la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo".

Objetivo: Conocer el comportamiento del intento suicida en un grupo de pacientes ingresados en el Servicio de Pediatría del Hospital Materno Infantil 10 de Octubre en el período de Enero de 2007 a Junio de 2012.

Método: Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. El universo estuvo constituido por 3241 pacientes ingresados en la Sala de Miscelánea del Servicio de Pediatría, pero de ellos sólo tomamos un total de 117 ingresado con el diagnóstico de Intento Suicida en cualquiera de sus variantes constituyendo la muestra de estudio.

Resultados: Prevalcieron los adolescentes entre 10 y 15 años, con 52 casos para el 44.45%, del sexo femenino (59.83%) siendo el factor desencadenante las discusiones familiares (53.84%). Los factores de riesgo que más incidieron fueron las situaciones conflictivas en el hogar con el 38.46% y los progenitores demasiado jóvenes o inmaduros 34.18%.

Conclusiones: El intento suicida ocurrió con mayor frecuencia en aquellas familias disfuncionales en las cuales las relaciones con los padres son desfavorecedoras.

Palabras claves: Intento suicida, adolescencia.

Title:

Experience of suicide behaviour in children and adolescents at "10 de Octubre"
Maternal- Infantile Hospital

Abstract

Introduction: Suicide as a health problem has acquired a significant relevance in the last decade. Suicidal behaviours, both in children and adolescents, are defined as the intentional concern, intent or act of causing harm to oneself.

Objective: To identify the cause of suicidal behaviours in a group of patients at the Pediatric Service.

Methods: A quantitative, observational, descriptive and transverse study was carried out at "10 de Octubre" Maternal Infantile Hospital from January 2007 to June 2012 with a total of 3241 patients attended at the Pediatric Miscellaneous Service. Only 117 constituted the sample studied for they were diagnosed with suicidal behaviours.

Results: Suicidal behaviours prevailed between the ages of 14 to 15 in 52 cases (44,45%). In females (59,83%), the suicidal behaviour was triggered by family arguments. The risk factors that impact the most were family conflicts (38,46%) and parents who were extremely young and immature (34,18%).

Conclusion: Suicidal behaviours occur mostly in dysfunctional families where parents' relationship is unfavourable.

Key words: suicidal behaviour, adolescent and children

Introducción

La palabra suicidio procede del latín "sui" que significa "sí mismos" y "caedere" que significa "matar"⁽¹⁾. Como problema de salud pública el suicidio ha adquirido especial relevancia en las últimas décadas. Las conductas suicidas en niños y adolescentes se definen como "la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo o la muerte". Se puede entender como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas) y los suicidios consumados o completados. Los análisis seculares apoyan la hipótesis de que existe un verdadero incremento de este fenómeno desde 1950 a la fecha entre los adolescentes y adultos jóvenes de la población europea y norteamericana.^(2,3)

El suicidio constituye un problema importante de salud, un verdadero drama existencial del hombre, reconocido desde la antigüedad, recogido en la Biblia y otras obras literarias de entonces. En la era Cristiana, fue considerado un pecado, siendo perseguido y condenado por la Iglesia todo individuo de conducta suicida. A principios del siglo XX fue que comenzaron los estudios acerca del suicidio a partir de 2 corrientes principales, la sociológica representada por Dorkhein y la psicológica expuestas por *Meninger* y *Freud* que involucraban diferentes mecanismos inherentes al psiquismo.^(3,4)

Actualmente la conducta suicida es considerada como un hecho de causas multifactoriales en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. El intento suicida y el suicidio son las 2 formas más representativas de la conducta suicida; aunque representa un *continuum* que va desde la idea suicida hasta el suicidio.⁽¹⁾

El intento suicida o parasuicidio es definido como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención. La Organización Mundial de la Salud estima que por lo menos 1 100 personas se suicidan y ocurren de 10-15 intentos suicidas por cada suicidio siendo el grupo etéreo más afectado el de 15 a 24.⁽⁵⁾

La conducta suicida en niños y adolescentes se ha incrementado en las últimas décadas, así lo reportan las estadísticas procedentes del extranjero, lo cual

provoca gran interés en los profesionales de la salud, maestros, padres y otros grupos sociales. ^(1,7,8)

Las manifestaciones de la ideación de autodestrucción deben ser exploradas, si el paciente no las manifiesta, pues la comunicación y el diálogo abierto sobre el tema no incrementan el riesgo de desencadenar el acto, como erróneamente se considera y es una valiosa oportunidad para iniciar su prevención. Las amenazas suicidas son expresiones verbales o escritas del deseo de matarse y deben tenerse en cuenta, pues es un error frecuente pensar: "El que lo dice, no lo hace" o "El que se mata, no avisa que lo va a hacer". Cuando la amenaza ocurre teniendo los medios disponibles para su realización, pero sin llevarla a cabo, se considera por algunos como gesto suicida (tener las pastillas en la mano sin tomarlas) y nunca debe ser minimizado ni valorado despectivamente como "un alarde". ^(1, 7,8)

Se considera que el intento es más frecuente en los jóvenes, en el sexo femenino, y los métodos más utilizados son los suaves o no violentos, principalmente la ingestión de fármacos o sustancias tóxicas. ⁽⁵⁾ El suicidio consumado es más frecuente en adultos y ancianos, en el sexo masculino, y los métodos preferidos son los llamados duros o violentos, como las armas de fuego, el ahorcamiento, el fuego, entre otros. ^(5,6)

En Cuba el suicidio ocupa la 6ta causa de mortalidad general y la 2da. en las edades de 15 a 49 años con una tasa de 22,0 por 100,000 habitantes en 1984. A partir de ese momento ha tenido etapas de incremento (1987), en otras ha descendido o se comporta de manera estacionaria. ^(5,8,9)

Cualquier conducta debe considerarse como alto riesgo futuro. Este fenómeno va en aumento en todos los países según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre todo los países de alto desarrollo tecnológico, donde las causas más importantes de muerte son las llamadas "enfermedades del desarrollo" (cardiovasculares, cerebrovasculares, accidentes, etcétera) con incremento del suicidio en un 15 % en dichos países, convirtiéndose en segunda causa la muerte entre individuos menores de 35 años. ⁽⁸⁻¹⁰⁾

Este dramático incremento se observa en Europa Occidental y en otros países como en el Japón donde 25 000 casos de muertes por suicidio ocurridos en 2006, 1 000 correspondieron a jóvenes menores de 20 años.

En España la prevalencia de la conducta suicida en adolescentes escolares encontrados por *Andress et, al.* 2007 fue 7,1 %. ^(9,10)

Cualquier sujeto puede, en determinado momento de su existencia, sentir que la vida no tiene sentido por diversas causas, como la enfermedad física o mental, la pérdida de una relación valiosa, un embarazo oculto o no deseado, la soledad, las dificultades cotidianas en personalidades poco tolerantes, lo que convierte el suicidio en la mejor y única opción para ellos.

En la infancia los factores de riesgo debemos detectarlos, principalmente, en el medio familiar en el que vive el menor, (Guía para riesgo de Conducta Suicida) dentro de ellos tenemos los siguientes: Progenitores demasiado jóvenes o maduros. Dificultades en la captación y control prenatal. Enfermedad psiquiátrica de los progenitores. Niño poco cooperador en la consulta. Niño que manifiesta cambios en su comportamiento. Violencia en el hogar y sobre el niño. Antecedentes familiares de conducta suicida (padres, hermanos, abuelos) o amigos con dicha conducta. Antecedentes personales de autodestrucción. Manifestaciones desagradables de los progenitores en relación con el niño. Situación conflictiva actual (hogar roto recientemente, pérdidas, fracasos escolares, etcétera). ^(5,6)

En la Clasificación Internacional de Enfermedades-9 (CIE-9) el suicidio y las lesiones autoinfligidas quedan incluidos en las categorías comprendidas entre E 950 a E 959. ^(3, 4, 10,11)

1. Suicidio por métodos violentos o duros

- E 954. Suicidio por sumersión (ahogamiento).
- E 955. Suicidio por arma de fuego y explosivos (por arma de cañón corto, escopeta y fusil).
- E 956. Suicidio por instrumentos cortantes y punzantes (cuchillo, navaja, punzón, etcétera).
- E 957. Suicidio por precipitación (de lugares naturales o creados por el hombre).
- E 958. Suicidio por otros medios y los no identificados (quemadura, estrellamiento de vehículo, colocación o salto delante de objeto móvil y electrocución).
- E 959. Efectos tardíos de lesiones autoinfligidas.

2. Suicidio por métodos pasivos o suaves.

- E 950. Suicidio mediante sustancias sólidas o líquidas (barbitúricos y otros psicofármacos).
- E 951. Suicidio mediante gases de uso doméstico (gas de balón, etcétera).
- E 952. Suicidio mediante otros gases y vapores (monóxido de carbono).
- E 953. Suicidio por estrangulación, ahorcamiento y sofocación (incluye sofocación por bolsa plástica).

El suicidio también se puede clasificar según su forma clínica. (3, 4, 10,11)

Así tenemos:

1. Suicidio ampliado. Es aquél en el que se arrastra a la muerte a otro que no desea morir. Por ejemplo: madre con una depresión nihilista que asesina a su hijo para evitarle "los sufrimientos que la vida conlleva".
2. Suicidio por desesperación. Es el que ocurre en el marco de una situación con gran repercusión afectiva en sujetos con poca tolerancia a las frustraciones. Por ejemplo: fracaso amoroso y pérdida de un ser querido.
3. Suicidio por miedo. Se trata de evitar una situación muy temida. Por ejemplo: pérdida de la virginidad en familias moralistas.
4. Suicidio por venganza o chantaje. El suicida, con su muerte, pretende castigar a otros. Por ejemplo: persona histérica que frente a un conflicto se suicida dejando una nota que inculpa al amante.
5. Suicidio por sacrificio. La muerte tiene una finalidad política, religiosa.

La infancia se considera, en general, como una etapa de la vida feliz, en la que la conducta suicida no puede estar presente. Esto no siempre es así, en la niñez ocurren actos suicidas, los cuales no son reportados como tal o lo hacen como accidentes en muchos países considerándose un fenómeno que va en aumento motivo por el cual determinar el comportamiento del intento suicida en un grupo de pacientes ingresados en el Servicio de Pediatría del Hospital Materno Infantil 10 de Octubre en el período de Enero de 2007 a Junio de 2012 fue el motivo de esta investigación.

Diseño Metodológico

- Descripción del estudio.

Se realizó una investigación cuantitativa observacional atendiendo a que en el estudio no se interviene ni se manipulan variables. Desde el punto de vista del alcance de la misma la catalogamos de tipo descriptivo. Acorde al período y secuencia del estudio la catalogamos transversal ya que se estudian las variables simultáneamente en un período de tiempo dado haciendo un corte desde Enero de 2007 hasta Junio de 2012. En este caso los datos se recogieron de forma retrospectiva de las historias clínicas y registros médicos realizados en dicho período. La investigación tuvo lugar en el Servicio de Pediatría del Hospital Materno Infantil “10 de Octubre”, en la Sala de Miscelánea en el período antes referido. La misma tuvo como objetivo central determinar el comportamiento del intento suicidio en el grupo de pacientes estudiados durante 5 años en el Servicio de Pediatría del Hospital Materno Infantil 10 de Octubre.

- Universo y muestra.

En el período de tiempo estudiado hubo un total de 3241 pacientes ingresado en la Sala de Miscelánea del Servicio de Pediatría, pero de ellos sólo tomamos un total de 117 ingresado con el diagnóstico de Intento Suicida en cualquiera de sus variantes.

Como parte de los criterios de selección se incluyeron a todos los niños y adolescentes que se diagnosticaron tanto al ingreso o al egreso como un Intento Suicida en cualquiera de sus variantes.

Se excluyeron de la muestra a los pacientes:

- Ingresado en el servicio de Respiratorio.
- Ingresado con otras patologías que no se relacionen con la conducta suicida.
- Aquellos en que se compruebe que la ingestión de medicamentos fue accidental.

- Recolección, procesamiento de los datos y presentación de la información.

Toda la información se recogió de las historias clínicas del Servicio de Pediatría (fuentes secundarias), y posteriormente fueron llevados a una boleta de recolección (Anexo 1) impresa que contenía las variables a estudiar (fuente primaria). Para el procesamiento estadístico se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 11.5 para Windows y el Stalcal (Epinfo versión 6). Como indicadores para el análisis de las de las variables descriptivas se utilizaron medidas de tendencia central (media, frecuencias absolutas y relativas).

Finalmente los resultados se plasmaron en el informe en forma de cuadros estadísticos diseñados en la computadora, permitiéndonos llegar a conclusiones concretas y así emitir las respectivas recomendaciones derivadas del estudio.

- Consideraciones éticas

Se informó y aprobó por parte del comité de ética y la dirección del Hospital Materno Infantil “10 de Octubre” sobre la puesta en práctica de la investigación, para de esta manera poder acceder a las historias clínicas en el Departamento de Archivo y Estadística de dicha institución.

Resultados.

La tabla 1 muestra la relación entre la edad y el sexo observándose que prevalecieron los adolescentes entre 10 y 15 años, con 52 casos para el 44.45%, del sexo femenino (59.83%).

El método empleado en la conducta suicida se aprecia en la tabla 2, siendo la ingestión de medicamentos con 75 casos para el 64.10% el que predominó.

Dentro de los factores desencadenantes de la conducta suicida las discusiones familiares con 63 casos para el 53.84% fueron las que predominaron. Tabla 3

Los factores de riesgo que más incidieron en la investigación fueron las situaciones conflictivas en el hogar con el 38.46% y los progenitores demasiado jóvenes o inmaduros para el 34.18% lo cual se aprecia en la tabla 4.

La Tabla 5 expone el grado de funcionabilidad familiar en los pacientes estudiados donde se observa que predominan las familias disfuncionales con el 81.19% (95)

Discusión de los Resultados

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en el orbe se suicidan alrededor de 1 110 personas diariamente y cientos de miles intentan hacerlo cada día. Este notable incremento ha venido observándose en Europa Occidental y otros países como Japón, donde 1 000 de las 25 000 personas que se suicidaron en 1986, eran jóvenes menores de 20 años. ⁽⁵⁾

Se evidenció en la investigación que el grupo de edad comprendido entre 11-15 años aportó la mayor cantidad de pacientes. Este dato coincide con lo revisado en la literatura, en este grupo etéreo es donde mayor número de intentos suicidas se reportan, por ser la etapa de la adolescencia donde se desarrollan toda una serie de cambios para entrar en la etapa de adultos y es la etapa de toma de decisiones importantes en la vida de las personas. ⁽⁷⁻¹²⁾

Hubo predominio del sexo femenino en este estudio, relacionado fundamentalmente con la población que se atiende de forma hospitalizada coincidiendo con los resultados del estudio realizado por Sánchez Massó en su estudio "Intento suicida. Aspectos psicosociales en un área de salud" desarrollado en Santiago de Cuba en el año 2008. ⁽⁹⁾

Se utilizó con más frecuencia el método de ingestión de medicamentos, quizás porque es el que no produce sufrimiento o dolor momentáneo, en ocasiones no hay una intención seria de morir sino de llamar la atención para recibir ayuda. Este método ha ido en incremento sustituyendo a los métodos duros, que concuerda con la investigación de Amezcua Fernández “El suicidio en los adolescentes”.⁽¹²⁾

Estas características coinciden con las halladas en otros estudios, que señalan que el método más empleado para autoagredirse es la ingestión de medicamentos y, dentro de ellos, los más frecuentes son los psicofármacos obtenidos en el hogar. Por lo tanto, corresponde considerar, como parte de las medidas de prevención de las conductas suicidas, la promoción del cuidado adecuado y responsable de los medicamentos en el hogar, variable factible de implementar mediante programas de educación sanitaria. Otras medidas de prevención sugeridas en la bibliografía son no tener armas de fuego y elementos de riesgo (insecticidas, cáusticos y otros) al alcance de los niños en el hogar^(14,15)

Los factores desencadenantes de la conducta suicida más frecuentes encontrados en la muestra fueron las discusiones familiares y los trastornos amorosos, en estos últimos la infelicidad y la depresión en el adolescente y joven la expresan a través de comportamiento insolente, quejas somáticas, actos delictivos, etcétera. Otra área de conflicto fue la escolar que está relacionada con la edad; los conflictos escolares dados por la inadaptación y las dificultades de relación por falta de comunicación que concuerda con lo expresado por diversos autores y por Krarup G, Nielsen B, en su investigación desarrollada en el 2007 en los Estados Unidos.^(16,17)

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidan están caracterizados por diferentes factores de riesgo para esta conducta, entre los que se citan: provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional, exposición a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz, los que presentan sicopatologías incluyendo la depresión, el abuso de sustancias y tener una conducta disocial, la baja autoestima, la impulsividad, la desesperanza, los amores contrariados o los problemas socioeconómicos, la falta de comunicación con los padres, la desesperanza y el maltrato, entre otros aspectos, que limitan la participación social activa del adolescente, impiden la

satisfacción de sus necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen. ^(18 - 20)

Los factores de riesgos que inciden más en la muestra son la situación conflictiva actual (hogar roto recientemente, pérdidas, fracasos escolares, etcétera) y progenitores demasiado jóvenes o maduros relacionados con la bibliografía consultada.

En el estudio se muestra que existe mayor incidencia de conducta suicida en aquellas familia disfuncionales, donde la comunicación y comprensión por parte de los progenitores no es la adecuada También ha sido reportado antecedentes de conducta suicida en la familia de los pacientes; pudiera deberse a un aprendizaje por imitación de familias, vecinos allegados o amigos, pues con frecuencia se encuentran familiares que han intentado o consumado el suicidio, como mismo lo explica la investigación realizada por Mardomingo. ^(19,20)

El impacto de tal conducta hace que los adolescentes tengan una inadecuada movilidad de sus catexias y una ambivalencia emocional y conductual, ya Mardomingo se había referido a esto con especial énfasis en otros estudios. ^(19,20)

Noa López en su estudio sobre los factores de riesgo de intento suicida con casos y controles con adolescentes, encontró resultados similares al nuestro, al referir que los antecedentes patológicos familiares estuvieron presentes en 35 de los integrantes (64,8 %) y solo en el 17,6 % de los controles. La disfunción familiar severa, una decepción amorosa, antecedentes personales o familiares de intento suicida, fumar y consumir sustancias psicoactivas, o padecer algún trastorno psiquiátrico como la ansiedad y la depresión mayor, aumentan el riesgo de suicidio. La disfunción familiar y los antecedentes como factores de riesgo fueron igualmente encontrados por Fuentes en su estudio sobre riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6^{to} a 11^{no} grados. ^(5, 21 - 26)

Se concluye que en la investigación prevalecieron los adolescentes entre 10 y 15 años, del sexo femenino donde el método suicida más empleado fue la ingestión de medicamentos siendo las discusiones familiares y los conflictos en el hogar los factores desencadenantes y de riesgo que mayormente se presentaron.

Referencias Bibliográficas.

1. Pandolfo S, Vázquez M, Más M, Vomero A, Aguilar A, Bello O. Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias. Arch. argent. pediatr. vol.109 no.1 Buenos Aires ene. /feb. 2011.
2. Alda J, Sibina S, Gago A. Conducta suicida. En: Alda J, Gabaldón S. Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente. Barcelona: Elsevier; 2006. Págs. 137-154.
3. Schneidman E. Suicidio. En: Fredman AM, Sadock BM, Kaplan H. Tratado de Psiquiatría. T. III. La Habana: Editorial Científico Técnica;2006:1950-62.
4. Kaplan HI, Sadock BJ. Compendio de Psiquiatría. Suicidio. Edición Revolucionaria. 2007:592-97.
5. Noa López J, Miranda Vázquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes MEDISAN [serie en internet]. Abr 2010 [citado 20 Jul. 2010];14(3):353. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
6. Arias Gutiérrez M, Marcos Fernández SG, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez JM, Deronceré Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. [artículo en línea] MEDISAN 2009;13(1). http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09 [consulta: 21 enero 2012].
7. Catel RB. The 16 personality factor questionnaire, Institute for personality an ability testing. Illinois, 2010.
8. Mardomingo Sanz MJ, Catalina Zamora ML. Intentos de suicidio en la infancia y adolescencia: características epidemiológicas. An Esp Pediatr 2008; 37(1): 29-32.
9. Sánchez Massó A, Pérez León C. Intento suicida. Aspectos psicosociales en un área de salud de Santiago de Cuba. Rev Hosp Psiq de La Habana. 2009;XXXIX(2):160-3.
10. Mardomingo Sanz MJ. Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2009:415-30.

11. Hospital Psiquiátrico de La Habana. Manual de la escala Catell para la determinación de la ansiedad. La Habana, 2010.
12. Amezcua Fernández R, Marquez Tost E. El suicidio en los adolescentes una revisión bibliográfica. Rev Hosp Psiqu de La Habana 2009; XXXV(1):61-5.
13. Vaz-Leal, F.J.: "Psychotherapeutic. Management of suicide attempts in children and early adolescents: working with parents, Psychother". Psychosom. 52:125-32, España, 2010.
14. Bella ME, Fernández RA, Willington M. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes Arch. argent. pediatr. v.108 n.2 Buenos Aires mar. /abr. 2010.
15. Viola L, Martínez-Schiavo A, Choca F, Pazos M. La emergencia en psiquiatría pediátrica. En: Bello O, Seabiague G, Prego J, de Leonardis D. Pediatría. Urgencias y Emergencias. 3a Ed. Montevideo: Bibliomédica; 2009. Págs. 1229-1238.
16. Krarup G, Nielsen B, Rask P, Patersen P. Childhood experiences and repeated suicidal behavior. Acta Psychiatr Scand 2007;83:16-9.
17. Ineke WM. Kienhorst, ERIC J. de Wildt an Diekstra rene f.w. Suicidal behaviour in adolescents. Review article. Department of clinical and Health Psychology Leiden University, the Netherlands Feb-2007 pp 189-204.
18. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Rodríguez Dávila E, Durán Rivero JS. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr v.27 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2011.
19. Mardominio Sauz MJ, Catalin Zamora ML. Intento de suicidio en la infancia y adolescencia. Factores de riesgo. An Esp pediatr 36,6(429-432),2009.
20. Mardomingo Sanz MJ, Catalina ML. Suicida e intentos de suicio en la infancia y adolescencia: ¿Un problema en aumento? Pediatría Mayo/92 vol 12/118. 2009

21. Pfeffer CR, Shaffer D. Parámetros prácticos para la evaluación de niños y adolescentes con comportamiento suicida. *Rev Psiquiatría Uruguay* 2001;65(2):146-188.
22. Arias Gutiérrez M, Marcos Fernández FG, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez JM, Deronceré Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. MEDISAN [serie en internet]. 2008 [citado 24 de Julio del 2009];13(1).
23. Toro DC, Paniagua RE, Gonzáles CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo suicida. Medellín 2006. *Rev Fac Nac Salud Pública* [serie en internet]. 2009
24. Pérez Olmo I. Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. *Rev Salud Pública* [serie en internet]. 2008 [citado 14 de marzo 2010];10(3).
25. Fuentes Lerech M, Gonzáles Arias A, Castaño Castrillón J. Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6º a 11º grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). 2007-2008. *Arch Med Manizales*. 2009;9(2):100-22.
26. Sabina Romeu B, Sáez ZM, Fuentes García ML, Hernández Muñoz NI, Sarmiento García D. Morbilidad de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Cienfuegos. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur* 2010; 8(1)

Anexos

Tabla 1: Relación entre Edad y Sexo de la muestra en estudio. Hospital Docente Materno Infantil "10 de Octubre" 2007 - 2012.

Edad	Masculino	%	Femenino	%
<7 años	6	5.12	5	4.27
8 -10 años	15	12.82	6	5.12
11 – 15 años	12	10.25	52	44.45
16 – 18 años	14	11.96	7	5.98
TOTAL	47	40.17	70	59.83

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 2: Método empleado en la conducta suicida

Método	No.	%
Ingestión de Medicamento	75	64.10
Ahorcamiento	1	0.85
Ahogamiento Incompleto	1	0.85
Ingestión de Tóxicos	35	29.92
Otros	5	4.28
TOTAL	117	100

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 3: Factores desencadenantes de la conducta suicida

Factor Desencadenante	No.	%
Discusión con Familiares	63	53.84
Trastornos amorosos	47	40.16
Dificultades escolares	7	5.98
TOTAL	117	100

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 4: Factores de Riesgo Identificado en la Conducta Suicida

Factor de Riesgo	No.	%
Progenitores demasiado jóvenes o maduros.	45	38.46
Situación conflictiva actual (hogar roto recientemente, pérdidas, fracasos escolares, etcétera).	40	34.18
Enfermedad psiquiátrica de los progenitores.	25	21.36
Niño poco cooperador en la consulta.	30	25.64
Niño que manifiesta cambios en su comportamiento.	35	29.91
Violencia en el hogar y sobre el niño.	16	13.67
Antecedentes familiares de conducta suicida (padres, hermanos, abuelos) o amigos con dicha conducta.	26	22.22
Antecedentes personales de autodestrucción.	10	8.54
Manifestaciones desagradables de los progenitores en relación con el niño.	16	13.67
Dificultades en la captación y control prenatal.	25	21.36

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 5: Funcionabilidad familiar.

Funcionabilidad Familiar	Idea Suicida	%
Disfuncional	95	81.19
Funcional	22	18.81
TOTAL	117	100

Fuente: Historias Clínicas

Anexo 1:

Planilla de Recolección de Datos:

No.	Edad	Sexo	Lugar	FD*	Método	FR**	FF***

- *Factor Desencadenante
- **Factores de Riesgo.
- ***Funcionabilidad familiar.