

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Facultad de Medicina Humana Programa Profesional de Medicina Humana



TITULO:

“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO
EPIDEMIOLÓGICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO
DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2009 -
2013”

Autora:

Paola Sofía Santisteban Valdivia
Para obtener el título profesional de
Médico Cirujano

Arequipa- Perú

2015

DEDICATORIA

Con todo cariño para las personas que con su paciencia y comprensión hicieron todo lo posible para que yo lograra mis metas, por motivarme y darme la mano durante todo el camino, a ustedes por siempre mi amor y agradecimiento

Julio y Lucy



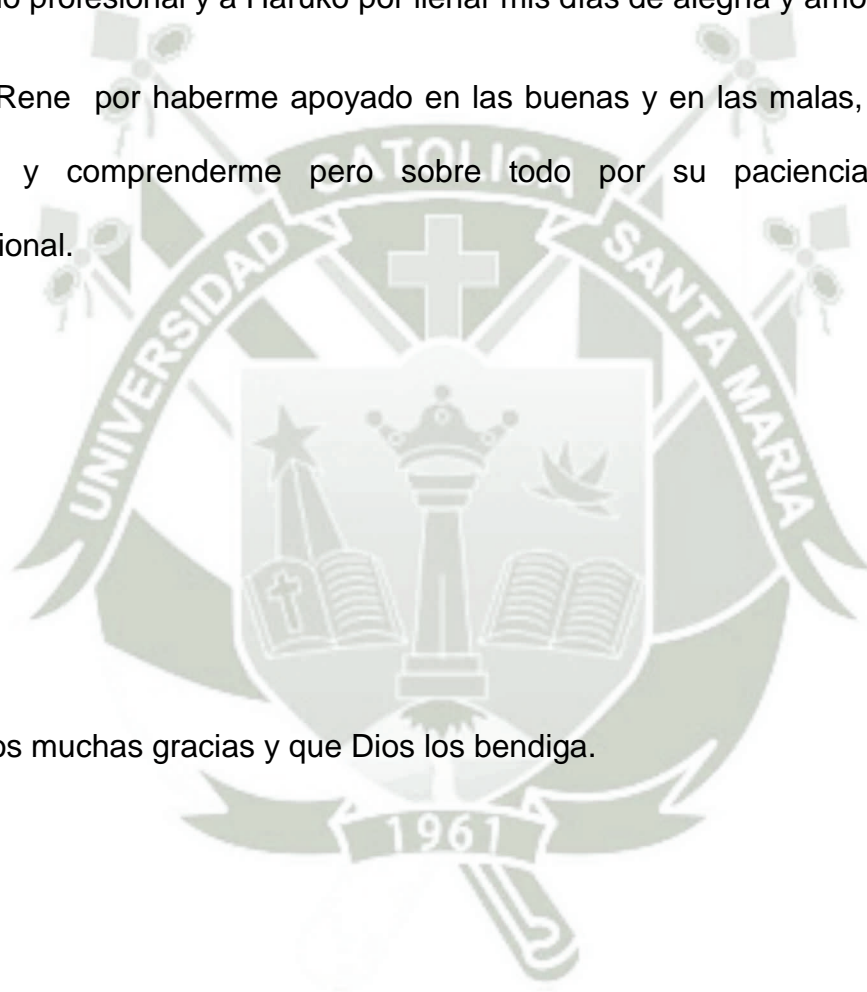
AGRADECIMIENTO

Le doy gracias a mis padres Julio y Lucy por apoyarme en todo momento, por darme la oportunidad de tener una excelente educación, por inculcarme valores y por brindarme una vida llena de aprendizaje y de felicidad.

A mis hermanas por ser parte importante de mi vida, Sarith por ser ejemplo de desarrollo profesional y a Haruko por llenar mis días de alegría y amor.

A Juan Rene por haberme apoyado en las buenas y en las malas, por saber guiarme y comprenderme pero sobre todo por su paciencia y amor incondicional.

Para ellos muchas gracias y que Dios los bendiga.



EPIGRAFE

Sólo la propia y personal

experiencia hace al

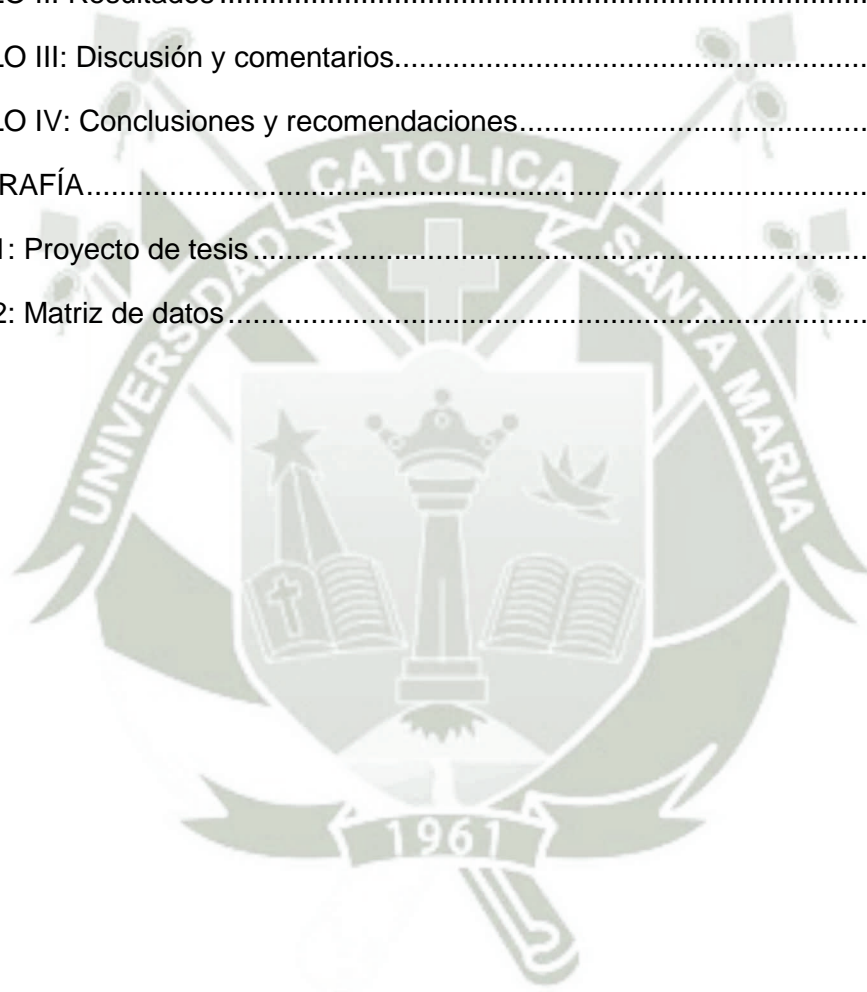
hombre sabio



INDICE GENERAL

Contenido

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I: Material y métodos.....	5
CAPITULO II: Resultados.....	11
CAPITULO III: Discusión y comentarios.....	51
CAPITULO IV: Conclusiones y recomendaciones.....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	64
ANEXO 1: Proyecto de tesis.....	67
ANEXO 2: Matriz de datos.....	108



RESUMEN

El suicidio y el intento de suicidio es un fenómeno poco estudiado en la población pediátrica y la información epidemiológica en este grupo de edad es muy escasa, además de que las conductas suicidas en niños y adolescentes se asocian a múltiples factores clínicos y epidemiológicos y en las últimas décadas se ha observado un importante incremento. Por lo que este trabajo se basa principalmente en determinar la frecuencia y las características clínico epidemiológicas del intento de suicidio en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche, Arequipa 2009 – 2013. Se llevó a cabo un estudio observacional Retrospectivo en base a revisión de historias clínicas por medio de una ficha de recolección de datos, a pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría con el diagnóstico de intento de suicidio entre los años 2009-2014 del hospital Goyeneche. Los datos encontrados muestran una totalidad 64 pacientes que fueron diagnosticados como intento de suicidio que representaban un 1,4% del total de pacientes hospitalizados, la edad de mayor presentación fue Entre 12 y 13 años (46.8%), en cuanto al sexo fue más en mujeres (70.5%), la mayoría convivían solo con la madre (43.3%), el retardo mental como factor estuvo presente el (5.5%) de los pacientes, el problema de disfunción familiar estuvo presente en la mayoría de los casos (80.4%), pacientes con antecedente de suicidio previo (9.8%), en cuanto a la presencia de trastorno psiquiátrico previo presentaron un trastorno en (85.7%), y solo el 4,3% presentaron dos trastornos previos, entre estos el más común fue el trastorno ansioso, el lugar más común donde se realizó el intento de suicidio fue en la casa (90,7%), en cuanto a la frecuencia de trastorno de conducta el 19% presentaba un trastorno y el 81% presento 2 trastornos, El problema más frecuente de conducta va relacionado hacia la ansiedad y depresión (54.7%), El método de autoagresión más utilizado fue la ingesta de organofosforados (48.4%), la mayoría tuvo un factor precipitante (58%), seguido de los que tuvieron dos factores (37%), El factor precipitante más frecuente fue el de los conflictos familiares (64.1%), seguido por los problema escolares (23.4%) El tratamiento usado más frecuente fue el lavado gástrico (77%), seguido de otros (21%) en los que generalmente era reposo gástrico y uso de antiácidos). después de la presente investigación se concluye que el problema de intento de suicidio en niños y adolescentes tiene una frecuencia relativamente baja en comparación de otras patologías en ese grupo la cual involucra múltiples factores clínicos y epidemiológicos.

ABSTRACT

Suicide and attempted suicide is a phenomenon little studied in the pediatric population and epidemiological information in this age group is very low, in addition to suicidal behavior in children and adolescents are associated with multiple clinical and epidemiological factors and the Recent decades have seen a significant increase. As this work is mainly based on the frequency and clinical epidemiological characteristics of suicide attempt in the pediatric ward of Hospital Goyeneche, Arequipa 2009 - 2013. A retrospective observational study was conducted based on review of medical records through a data collection sheet, patients hospitalized in the pediatric ward with the diagnosis of attempted suicide between 2009-2014 Goyeneche hospital. The data found show all 64 patients who were diagnosed as suicide attempt representing 1.4% of all hospitalized patients, the age of presentation was increased 12 to 13 years (45.9%), about sex was more in women (70.5%), most lived alone with the mother (43.3%), mental retardation factor was present (5.5%) patients, the problem of family dysfunction was present in the majority of cases (80.4 %), patients with history of previous suicide (9.8%) in the presence of previous psychiatric disorder showed a disorder (85.7%), and only 4.3% had two previous disorders, among these the most common was the anxiety disorder, the most common place where the suicide attempt was made at home (90.7%) in the frequency of conduct disorder 19% had a disorder and 81% presented two disorders, The most common problem behavior is related to anxiety and depression (54.7%), the method self-injury most commonly used was the intake of organophosphates (48.4%), most had a precipitating factor (58%), followed by those who had two factors (37%), the most frequent precipitating factor was family conflict (64.1%), followed by school The treatment used most frequent problem (23.4%) was the gastric lavage (77%), followed by others (21 %) in which was usually rest and gastric antacids). After this investigation we conclude that the problem of suicide attempts in children and adolescents has a relatively low rate compared to other diseases in this group which involves multiple clinical and epidemiological factors

INTRODUCCIÓN

El suicidio es el acto de causar intencionalmente la propia muerte. El suicidio se lleva a cabo a menudo como resultado de la desesperación, la causa de que se le atribuye con frecuencia a un trastorno mental, como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad, el alcoholismo o abuso de drogas. Los factores de estrés tales como las dificultades financieras o problemas con las relaciones interpersonales a menudo desempeñan un papel. Los esfuerzos para prevenir el suicidio incluyen limitar el acceso a las armas de fuego, el tratamiento de las enfermedades mentales y el abuso de drogas, y la mejora de las circunstancias económicas (1).

En muchos países, la tasa de suicidio es mayor en las personas de mediana edad o de edad avanzada. El número absoluto de suicidios sin embargo es mayor en las personas de entre 15 y 29 años de edad debido a la cantidad de personas en este grupo de edad. En los Estados Unidos es mayor en hombres caucásicos mayores de 80 años, a pesar de que las personas más jóvenes con mayor frecuencia intentan suicidarse. Es la segunda causa más común de muerte en adolescentes y en los hombres jóvenes es segundo sólo a la muerte accidental. En los hombres jóvenes en el mundo desarrollado es la causa de casi el 30% de la mortalidad. En las tasas mundo en desarrollo son similares, pero lo compensa con una menor proporción de muertes en general debido a la mayor las tasas de muerte de otros tipos de trauma. En el sudeste asiático, en contraste con otras zonas del mundo, las muertes por suicidio se producen a una velocidad mayor en las mujeres jóvenes que en las mujeres de edad avanzada (14, 15).

La adolescencia es un proceso intenso de cambios a todo nivel: corporal, psíquico, afectivo, familiar, social y que el suicidio, usualmente, se lleva a cabo en esta etapa

como un comportamiento para contrarrestar la impotencia que se siente ante un problema existencialista. Además de estos se toman claramente en cuenta los importantes antecedentes patológicos, particularmente los trastornos afectivos y el abuso de alcohol y drogas. En la misma el adolescente debe definir su identidad sexual y su personalidad” (19).

Los adolescentes con riesgo suicida poseen poca tolerancia a la frustración, actitudes hiperperfeccionistas, son críticos, rígidos intelectualmente que no toleran el más mínimo fracaso, y a veces están convencidos de su propia maldad y no se sienten queridos. Aparece frecuentemente la falta de un lugar propio en el mundo, en el colegio (peligro si fue expulsado) o en su casa, o simplemente en el deseo de sus padres. Sufrir bullying o acoso escolar es predictor de ideaciones y conductas suicidas en niños y adolescentes.

El objetivo del presente trabajo fue determinar la frecuencia y las características clínico epidemiológicas del intento de suicidio en pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche, Arequipa durante el 2009 al 2013.



CAPITULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

1. **Tipo de Investigación:** Observacional Retrospectivo
2. **Nivel de Investigación:** Descriptivo
3. **Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación**

- **Técnicas:** Revisión documentaria

(Para lo cual se envió solicitud al respectivo hospital solicitando el permiso tanto del servicio de pediatría como al de estadística.)

- **Instrumentos**

- o Ficha de recolección de datos

- **Materiales de Verificación**

- o Ficha de recolección datos.
- o Impresión de los instrumentos.
- o Material de escritorio.
- o Computadora portátil.
- o Sistema Operativo Windows 8.
- o Paquete Office 2013 para Windows.
- o Programa SPSS v.18 para Windows.

4. **Campo de Verificación:**

2.1. Ubicación Espacial:

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche, ubicado en la ciudad de Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal:

La información recolectada correspondió al periodo comprendido entre el 1ro de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2013.

2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por las historias clínicas de los pacientes que cumplieron los criterios de selección durante el tiempo establecido.

(Durante la recolección de historias clínicas en algunos pacientes que se encontraban con el diagnóstico de intento de suicidio no contaban con número de historia por lo cual se tuvo que corroborar buscando por el nombre en la oficina de estadística.)

2.3.1. Población

Todos los pacientes que ingresaron al servicio de pediatría con el diagnóstico de intento de suicidio durante el periodo determinado.

(Durante la recolección de historias clínicas se encontraron pacientes con diagnóstico de intoxicaciones que fue la principal causa de intento de suicidio, pero en algunas de las historias al revisarlas correspondían a intoxicaciones accidentales y en muy pocos casos intentos de homicidio por parte de algún familiar, por lo que fueron descartadas.)

2.3.2. Muestra y Muestreo

No se realizó un muestreo debido a que se recolectó la información de toda la población.

3.4. Criterios de Selección

- Criterios de Inclusión

- Pacientes pediátricos que como principal motivo de hospitalización tuvieron el Intento de Suicidio.
- Paciente pediátrico que contó con la mayoría de la historia completa

- Criterios de Exclusión

- Paciente pediátrico que contó con diagnóstico confuso, como el de ingesta de sustancia desconocida.

5. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización

1. Una vez que se aprobó el proyecto de tesis se solicitó el permiso respectivo al Hospital Goyeneche y al servicio de pediatría para revisión de historias clínicas.
2. Se revisó los cuadernos de alta del servicio de pediatría para detectar los casos que fueron hospitalizados con el diagnóstico de intento de suicidio
3. Se detectaron los casos, solicitando las historias correspondientes para su revisión.
4. Revisión de Historias Clínicas y llenado de la ficha de datos
5. Tabulación y análisis de los datos

6. Elaboración del informe final
7. Presentación y sustentación.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Autor: Sofía Santisteban Valdivia

Asesor: Dr. Juan Zevallos Rodriguez

3.2.2. Recursos Físicos

- Fichas impresas de recolección de datos
- Computadora portátil con sistema operativo Windows 8, paquete Office 2010 y paquete estadístico SPSS v.18
- Material de escritorio

3.2.3. Recursos Financieros

- Recursos del propio autor

(Para la autorización de utilización de historias clínicas fue necesario un pago determinado por el hospital.)

3.3. Validación de los instrumentos

- La ficha de recolección de datos generales no requiere de validación.

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de la recolección

Las fichas de recolección de datos se manejaron de manera anónima, protegiendo la identidad del participante.

(Durante la recolección de historias clínicas en la oficina de estadística del hospital se encontraron algunas historias que no contaban o no especificaban algunos datos que se consideraron en la ficha de recolección de datos por lo que se tomaron como casos perdidos dependiendo de la característica.)

3.4.2. A nivel de la sistematización

La información que se obtuvo de las encuestas fueron procesadas en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2013, y posteriormente serán pasadas al paquete estadístico SPSS v.18 para su análisis correspondiente.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presenta en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados.

Para las variables numéricas se utilizó la media, la mediana y la desviación estándar; así como valores mínimos y máximos.

Para las asociaciones se usó la prueba Chi cuadrado. Las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un $p < 0,05$.



CAPITULO II RESULTADOS

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Tabla 1. Características Epidemiológicas: Edad

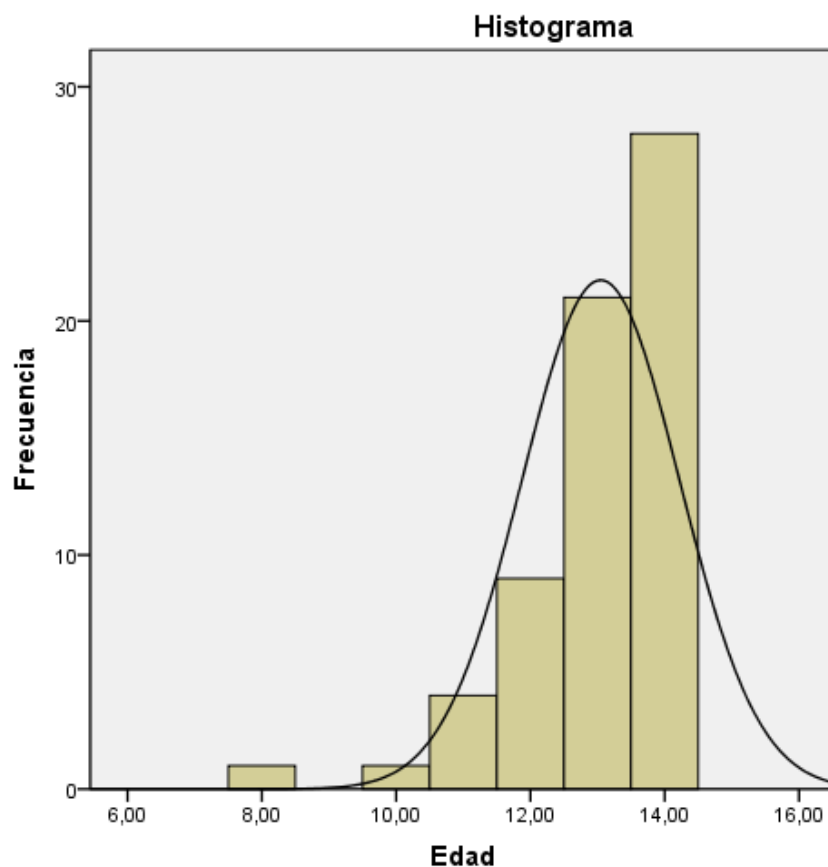
Característica	Valor (años)
N	64
Media	13.05
Desviación típica	1.17
Rango	6
Valor mínimo	8
Valor máximo	14
Curtosis	4.559
Error típico de la curtosis	0.59
Asimetría	-1.174
Error típico de la asimetría	0.299

Fuente: Elaboración propia

Se presentan las características de la edad considerándolo como variable numérica, teniendo una media de 13.05 años (+/- 1.17), la edad mínima fue 8 años y la edad máxima fue 14 años. La curtosis hallada fue 4.559 con un error típico de 0.59. La asimetría fue -1.174 y el error típico de la asimetría fue 0.299.

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Figura 1. Características Epidemiológicas: Edad





**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Tabla 2. Características Epidemiológicas: Edad Categorizada

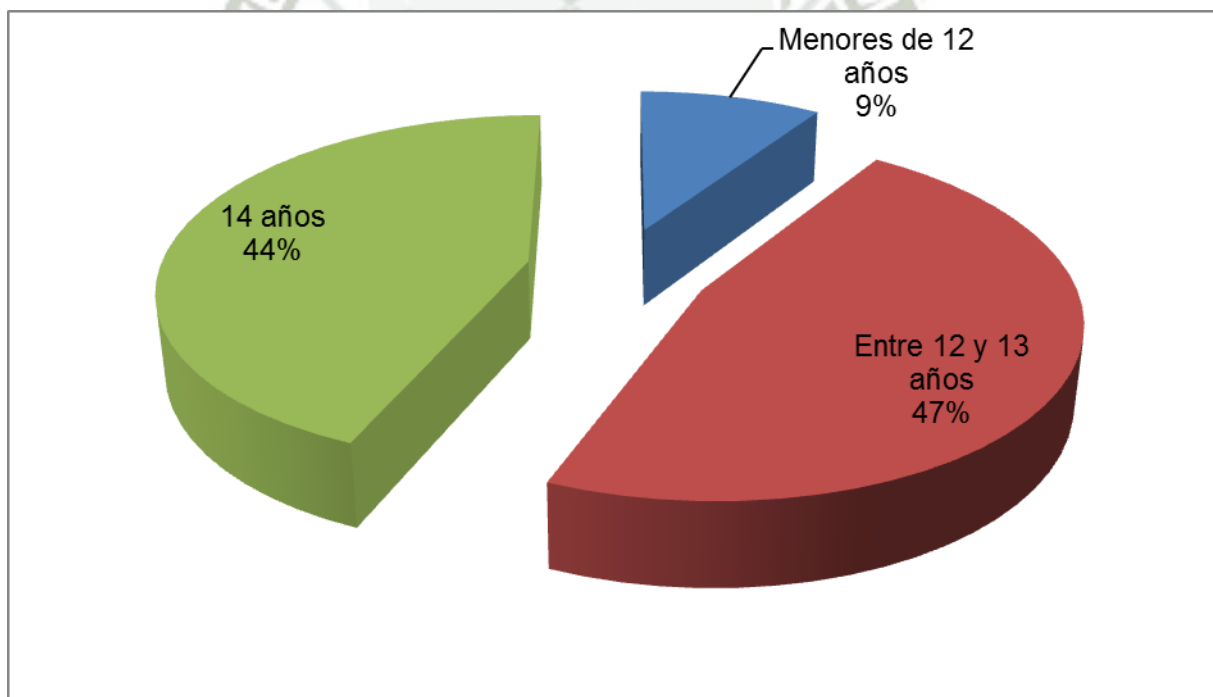
Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menores de 12 años	6	9.4
Entre 12 y 13 años	30	46.9
14 años	28	43.8
Total	64	100

Fuente: elaboración propia

En el presente gráfico y tabla se muestra la categorización de la edad, la mayoría de los pacientes con intento de suicidio se encuentra entre 12 y 14 años (46.8%), y grupo pequeño (9.3%), tiene menos de 12 años.

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Figura 2. Características Epidemiológicas: Edad Categorizada



**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Tabla 3. Características Epidemiológicas: Sexo

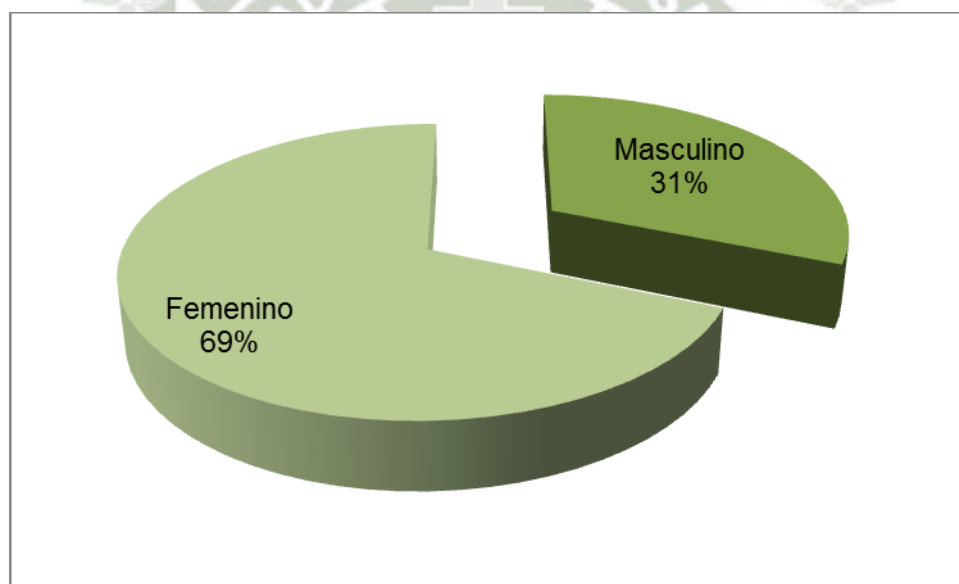
Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	20	31.3
Femenino	44	68.8
Total	64	100

Fuente: elaboración propia

La mayoría de los pacientes que fueron hospitalizados fueron del sexo femenino (70%), 44 de los 64 pacientes.

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Figura 3. Características Epidemiológicas: Sexo



**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Tabla 4. Características Epidemiológicas: Convivencia

Convivencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Solo padre	6	10
Solo madre	26	43.3
Ambos	25	41.7
Tutor	3	5
Total	60	100

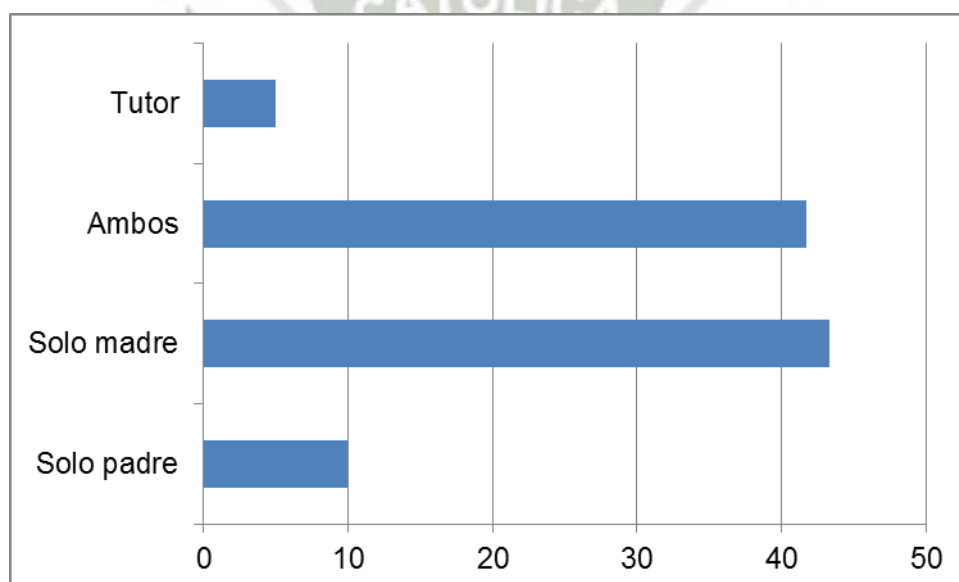
Fuente: elaboración propia

Datos no consignados: 4

La mayoría de los pacientes vivía con su madre (43.3%), seguido a esto se encontraba los que vivían con ambos padres (41.7%), luego estaban los que sólo vivían con el padre (10%), y tres pacientes vivían con algún tutor o en algún albergue.

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Figura 4. Características Epidemiológicas: Convivencia



**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Tabla 5. Características Epidemiológicas: Lugar de procedencia

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Arequipa	61	100
Fuera de Arequipa	0	0
Total	61	100

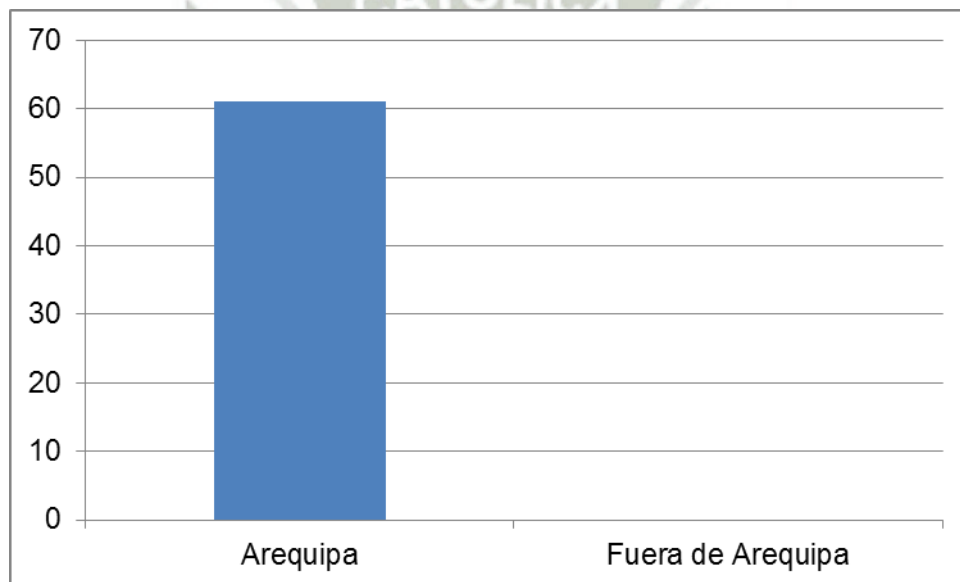
Fuente: elaboración propia

Datos no consignados: 3

La totalidad de los pacientes que fueron hospitalizados por intento de suicidio provenía de la ciudad de Arequipa.

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Figura 5. Características Epidemiológicas: Lugar de procedencia



**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Tabla 6. Características Epidemiológicas: Zona de procedencia

Profesión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Urbano	61	100
Rural	0	0
Total	61	100

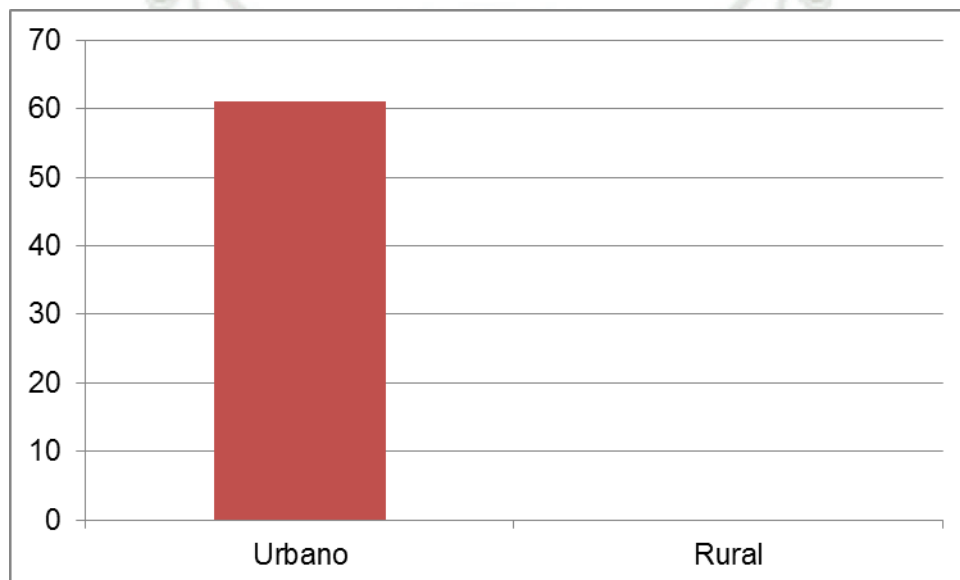
Fuente: elaboración propia

Datos no consignados: 3

Todos los pacientes al venir de la ciudad de Arequipa, venían de la zona urbana de la misma.

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Figura 6. Características Epidemiológicas: Zona de procedencia



“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”

Tabla 7. Características Epidemiológicas: Antecedente de Retardo Mental

Antecedente	Frecuencia	Porcentaje (%)
Presente	3	5.5
Ausente	52	94.5
Total	55	100

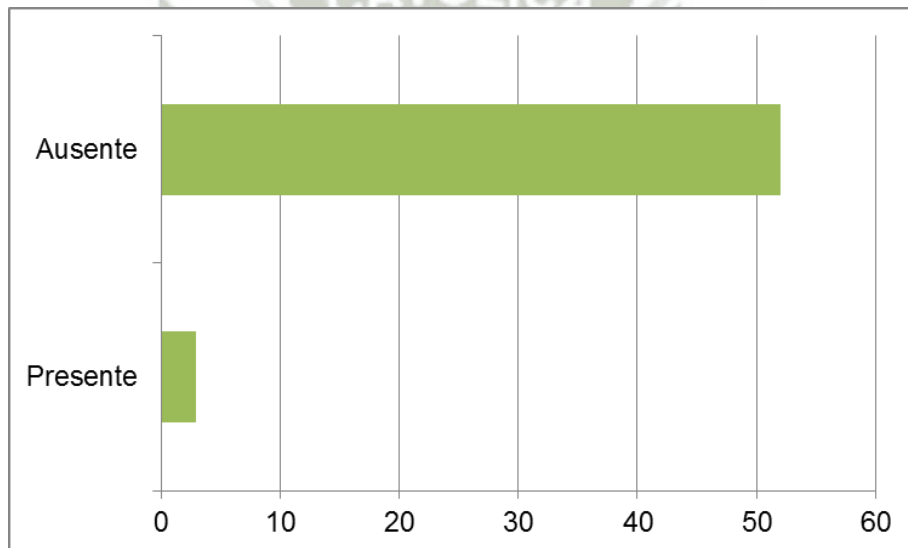
Fuente: elaboración propia

Datos no consignados: 9

En relación al antecedente de retardo mental, se encontró que existieron 3 pacientes que tenían este problema (5.5%)

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Figura 7. Características Epidemiológicas: Antecedente de Retardo Mental



“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”

**Tabla 8. Características Epidemiológicas: Antecedente de Disfunción
Familiar**

Antecedente	Frecuencia	Porcentaje (%)
Presente	45	80.4
Ausente	11	19.6
Total	56	100

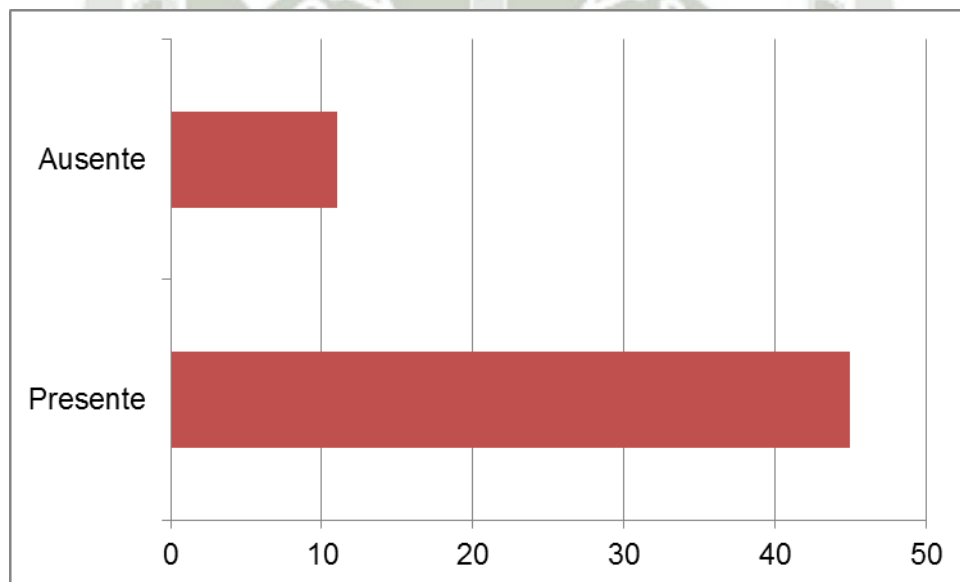
Fuente: elaboración propia

Datos no consignados: 8

Al revisar la información sobre si existe antecedentes de disfunción familiar se encontró que la mayoría si tiene este problema, 80.4%. Sólo 11 pacientes no refiere tal.

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

**Figura 8. Características Epidemiológicas: Antecedente de Disfunción
Familiar**



“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”

**Tabla 9. Características Epidemiológicas: Antecedente de intento de
suicidio**

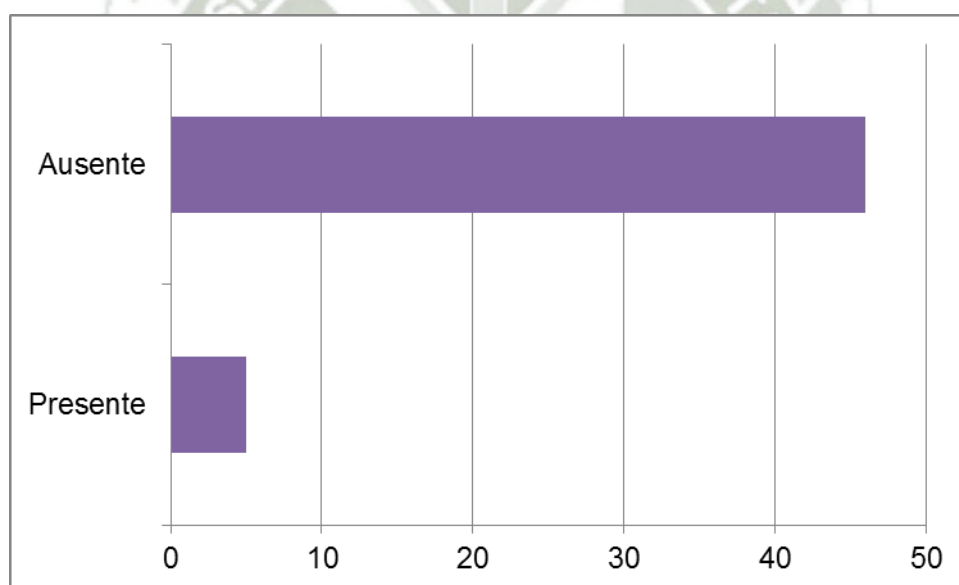
Antecedente	Frecuencia	Porcentaje (%)
Presente	5	9.8
Ausente	46	90.2
Total	51	100

Fuente: elaboración propia
Datos no consignados: 13

En el 9.8% de los pacientes hospitalizados por intento de suicidio se encontró que habían sido hospitalizados o atendidos por este mismo problema anteriormente.

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

**Figura 9. Características Epidemiológicas: Antecedente de intento de
suicidio**



**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

**Tabla 10. Características Clínicas: Número de trastornos psiquiátricos
previos**

Número	Frecuencia	Porcentaje (%)
Un trastorno	48	85.7
Dos trastornos	8	14.3
Total	56	100

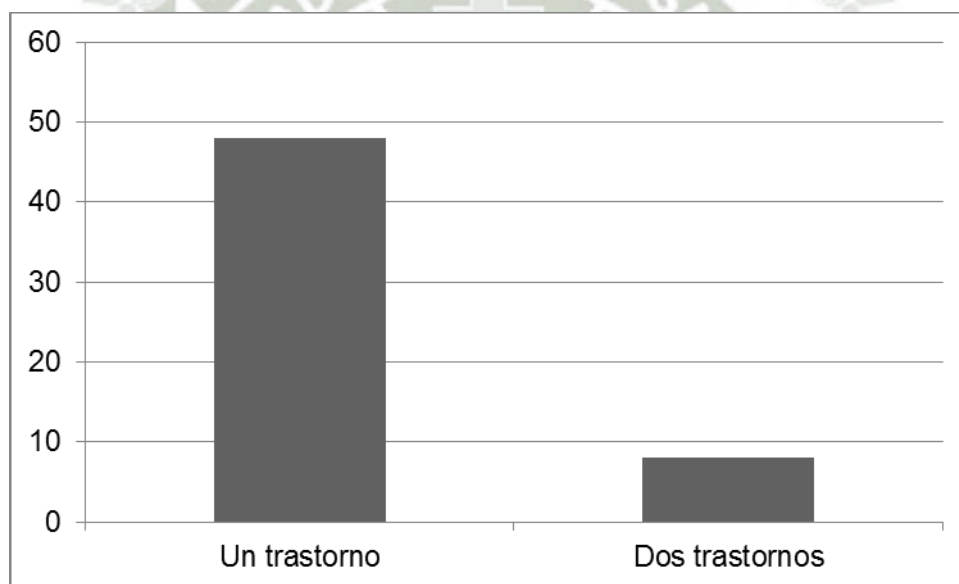
Fuente: elaboración propia

Datos no consignados: 8

En la evaluación de trastornos psiquiátricos previos, en los pacientes se encontró que 14.3% tenían al menos dos trastornos.

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Figura 10. Número de trastornos psiquiátricos previos



**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

**Tabla 11. Características Clínicas: Frecuencia de trastornos psiquiátricos
previos**

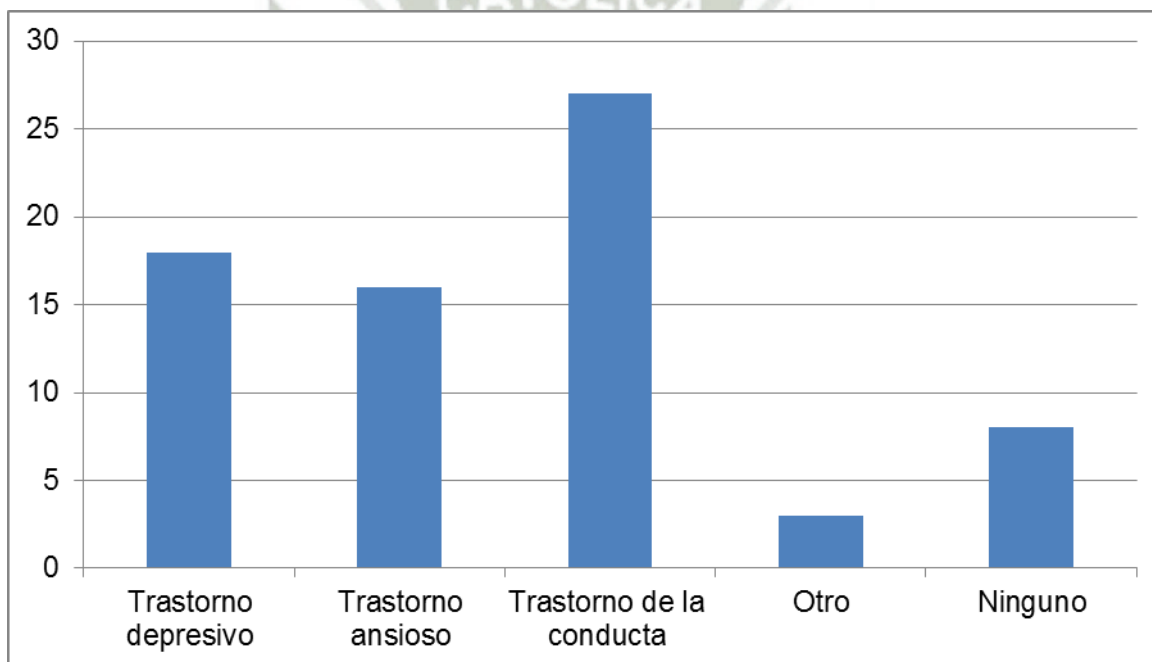
Trastorno	Frecuencia	Porcentaje (%)
Trastorno depresivo	18	28.1
Trastorno ansioso	16	25
Trastorno de la conducta	27	42.2
Otro	3	4.7
Ninguno	8	12.5

Fuente: elaboración propia
Frecuencias no acumulables

Dentro de los trastornos psiquiátricos que tienen los pacientes, el más frecuente fue el trastorno de conducta en al menos 42.2% de ellos, muy distante seguido a este se encontró el trastorno depresivo con 28.1% y luego el de ansioso en un 25%.

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Figura 11. Frecuencia de trastornos psiquiátricos previos



**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Tabla 12. Características Clínicas:Lugar del intento de suicidio

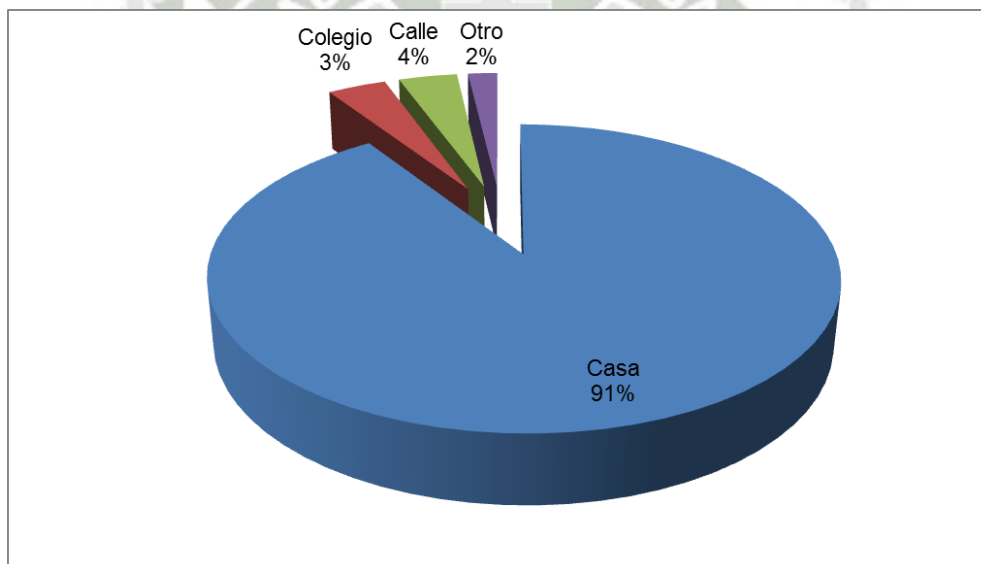
Lugar	Frecuencia	Porcentaje (%)
Casa	49	90.7
Colegio	2	3.7
Calle	2	3.7
Otro	1	1.9
Total	54	100

Fuente: elaboración propia
Datos no consignados: 10

El lugar más frecuente donde ocurrió el intento de suicidio fue el hogar, 90.7%, seguido a este está el colegio junto a la calle, en dos pacientes en cada lugar (3.7%).

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Figura 12. Características Clínicas: Lugar del intento de suicidio



**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

**Tabla 13. Características Clínicas: Frecuencia de problemas psiquiátricos
presente en el paciente**

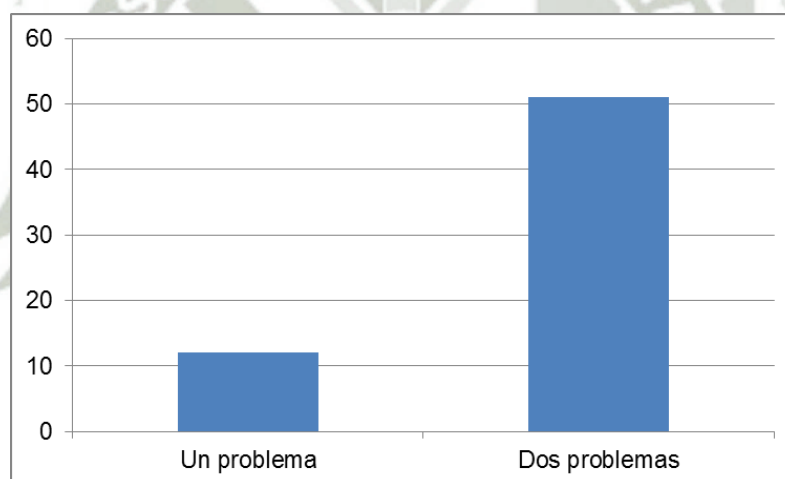
Número	Frecuencia	Porcentaje (%)
Un problema	12	19
Dos problemas	51	81
Total	63	100

Fuente: elaboración propia
Datos no consignados: 1

La mayoría de los pacientes (81%) presenta al menos dos problemas de conducta, los mismos que fueron evaluados por el psiquiatra y se encontró registrado en la historia clínica.

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

**Figura 13. Características Clínicas: Frecuencia de problemas de conducta
presente en el paciente**



**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

**Tabla 14. Características Clínicas: Problemas psiquiátricos presente en
los pacientes**

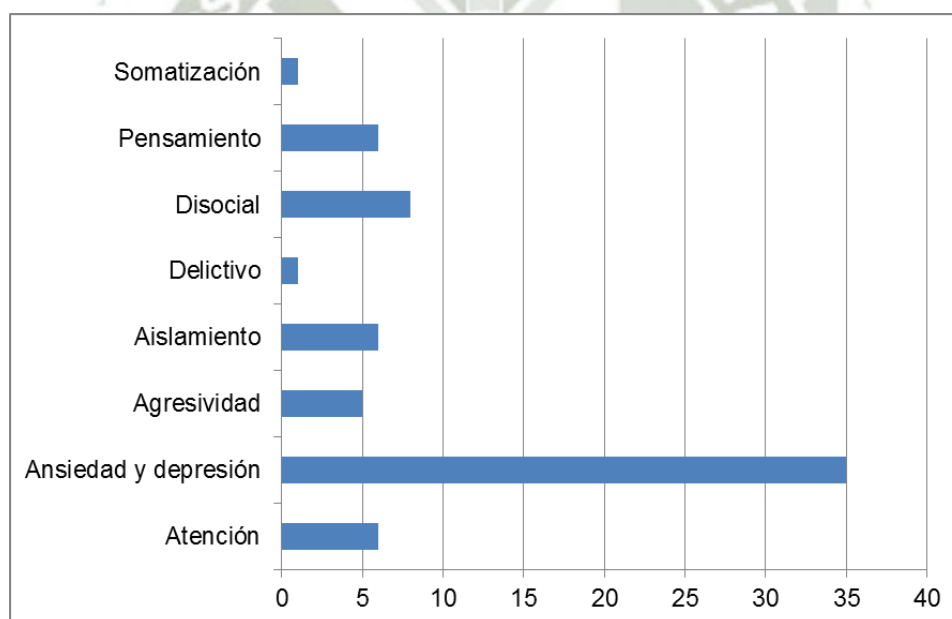
Problema	Frecuencia	Porcentaje (%)
Atención	6	9.4
Ansiedad y depresión	35	54.7
Agresividad	5	7.8
Aislamiento	6	9.4
Delictivo	1	1.6
Disocial	8	12.5
Pensamiento	6	9.4
Somatización	1	1.6

Fuente: elaboración propia
Frecuencias no acumulables

El problema más frecuente de conducta va relacionado hacia la ansiedad y depresión (54.7%), seguido muy distante del disocial (12.5%) y luego e la atención, aislamiento y pensamiento con una misma frecuencia (9.4%)

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

**Figura 14. Características Clínicas: Problemas de conducta presente en
los pacientes**



**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Tabla 15. Características Clínicas: Método del intento de suicidio

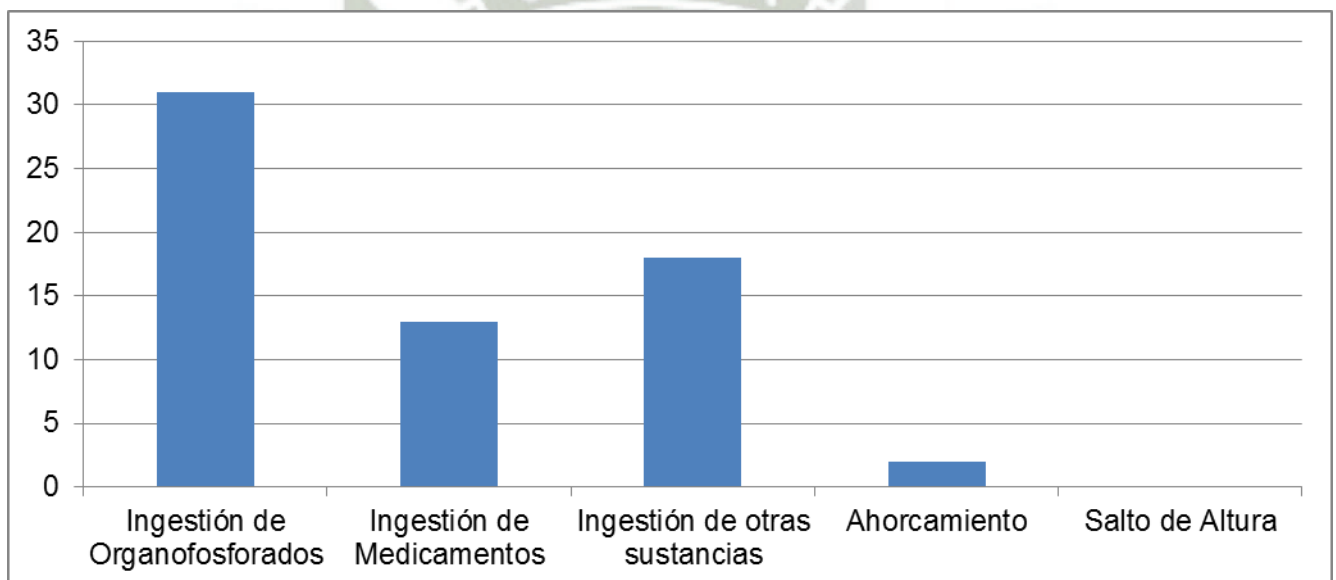
Método	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ingestión de Organofosforados	31	48.4
Ingestión de Medicamentos	13	20.3
Ingestión de otras sustancias	18	28.1
Ahorcamiento	2	3.1
Salto de Altura	0	0
Total	64	100

Fuente: elaboración propia

El método de intento de suicidio más frecuente fue por ingestión de organofosforados (48.4%), seguido por la ingestión de otras sustancias, en su mayoría cáusticos (28.1%) y de medicamentos (20.3%)

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Tabla 15. Características Clínicas: Método del intento de suicidio



**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Tabla 16. Características Clínicas: Frecuencia de Factores Precipitantes

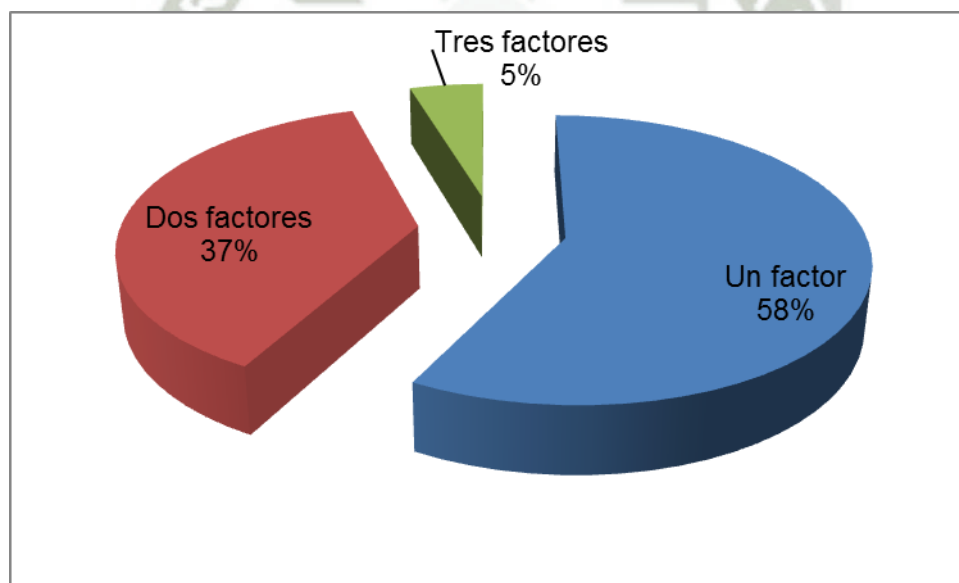
Número	Frecuencia	Porcentaje (%)
Un factor	37	57.8
Dos factores	24	37.5
Tres factores	3	4.7
Total	64	100

Fuente: elaboración propia

En la tabla 16 y figura 16 se muestran el número de factores precipitantes que tuvieron, la mayoría tuvo un factor (58%), seguido de los que tuvieron dos factores (37%) y finalmente existieron pacientes en los que se reportó que tuvieron tres factores (5%)

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Figura 16. Características Clínicas: Frecuencia de Factores Precipitantes



**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Tabla 17. Características Clínicas: Factores Precipitantes

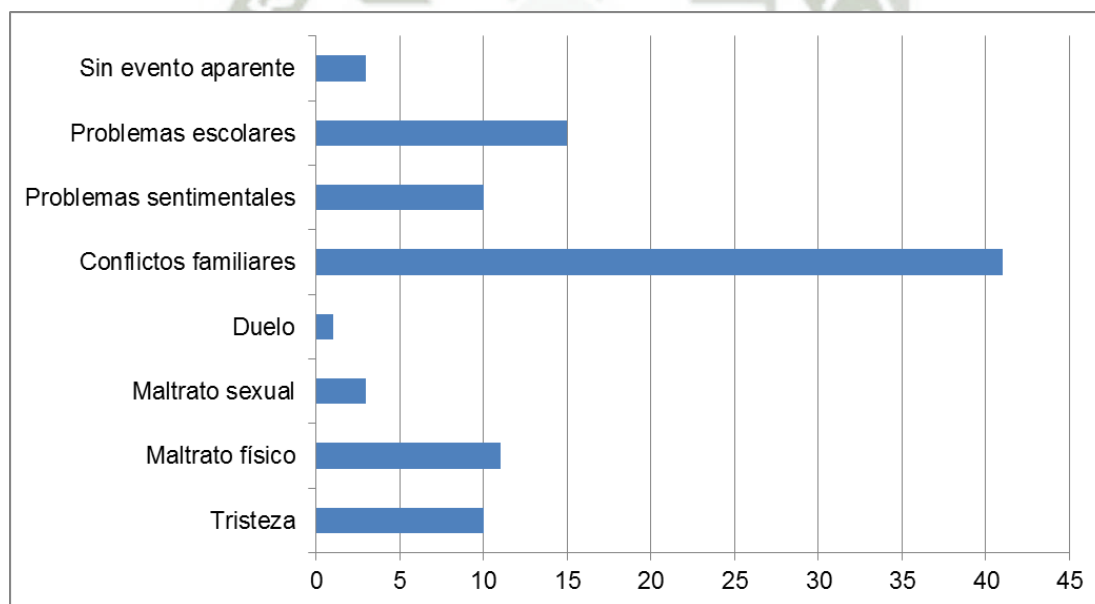
Factores	Frecuencia	Porcentaje (%)
Tristeza	10	15.6
Maltrato físico	11	17.2
Maltrato sexual	3	4.7
Duelo	1	1.6
Conflictos familiares	41	64.1
Problemas sentimentales	10	15.6
Problemas escolares	15	23.4
Sin evento aparente	3	4.7

Fuente: elaboración propia

El efecto precipitante más frecuente fue el de los conflictos familiares (64.1%), seguido por los problema escolares (23.4%) y el maltrato físico (17.2%).

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Figura 17. Características Clínicas: Factores Precipitantes



**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Tabla 18. Características Clínicas: Tratamiento recibido

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Lavado	48	77.4
Carbón activado	1	1.6
Otro	13	21
Total	62	100

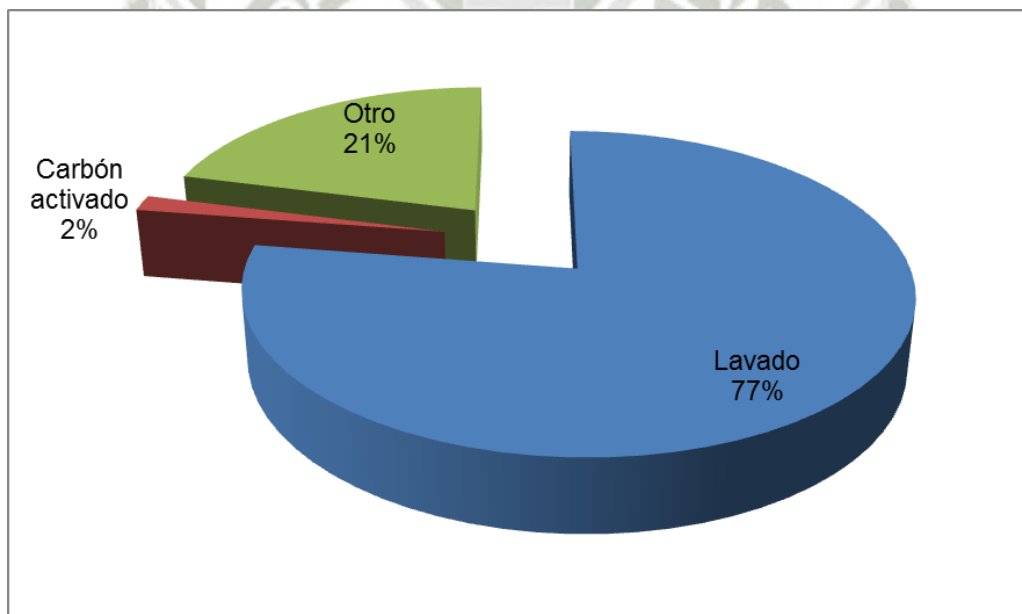
Fuente: elaboración propia

Datos no consignados: 2

El tratamiento usado más frecuente para los pacientes con intento de suicidio fue el lavado gástrico (77%), seguido de otros (21%) (en los que generalmente era reposo gástrico y uso de antiácidos), y solo en 1 de ellos se usó carbón activado.

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Figura 18. Características Clínicas: Tratamiento recibido



**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

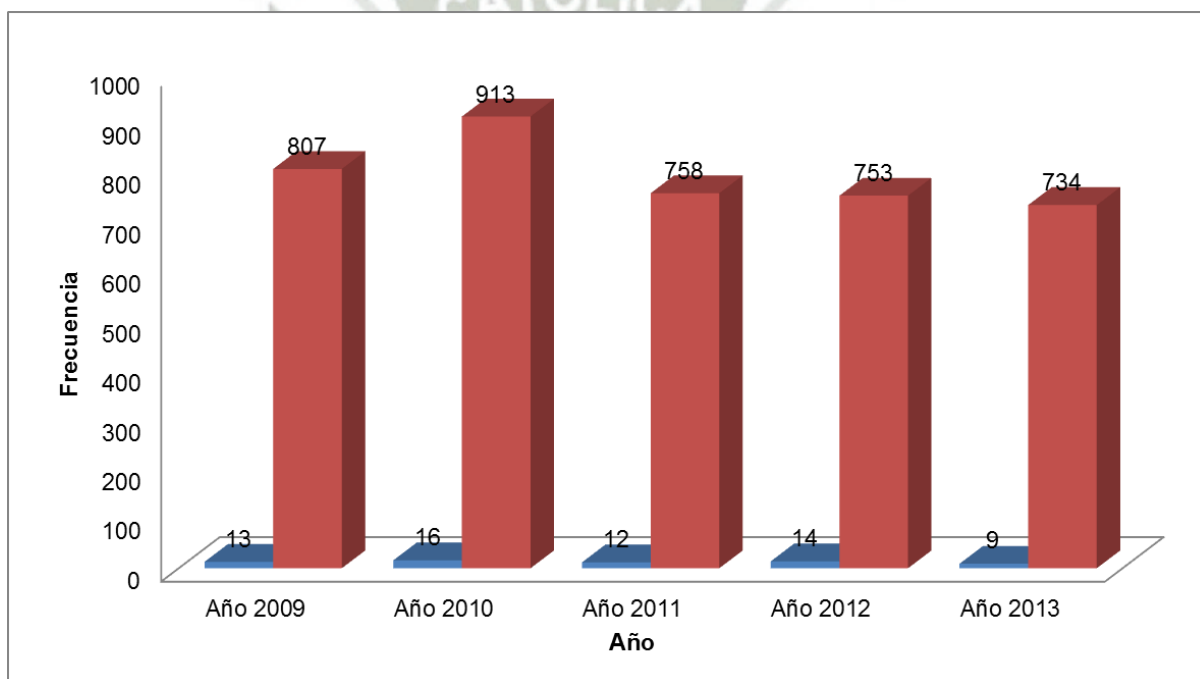
Tabla 19. Tasas de casos según año

Año	Casos de intentos de suicidio	Ingresos al servicio de pediatría	Tasa (%)
2009	13	807	1.61%
2010	16	913	1.75%
2011	12	758	1.58%
2012	14	753	1.86%
2013	9	734	1.23%
Total	64	4691	1.61%

La tasa de intento de suicidio en el Hospital Goyeneche durante el periodo estudiado (2009 – 2013), en total se presentaron 64 pacientes, 4691 pacientes ingresaron en total al servicio de pediatría, teniendo una tasa del 1.61%, la mayor tasa se dio en el 2012 (1.86%), y la menor tasa se dio en el 2013 con nueve pacientes. (1.23%).

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL
INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2009 - 2013”**

Tabla 19. Tasas de casos según año





CAPITULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente trabajo se enfoca a describir las características clínico epidemiológicas de los pacientes que fueron hospitalizados por intento de suicidio en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche durante el periodo del 2009 al 2013.

Se encontró una tasa de 1.61 pacientes por cada 100 ingresos, la frecuencia más alta se dio en el 2012: 1.86 por cada 100 ingresos, y la más baja fue en el 2013: 1.23 casos por cada 100 pacientes. La frecuencia de intento de suicidio en la población pediátrica fue de 64 casos de un total de 4691 pacientes hospitalizados. En un estudio realizado en esta ciudad donde evaluó el intento de suicidio en adolescentes se presentó una frecuencia de 6.7 por cada 100 admisiones (25).

En el servicio donde se realizó el estudio son considerados pacientes pediátricos hasta los 14 años, en este trabajo se encontró un promedio de edad de 13.05 años (+/- 1.19 años), con una edad mínima de 8 años. Al categorizar la edad se obtuvo que la tiene entre 12 y 13 años (45.9%) y 14 años (44.3%), sólo 9.8% de los pacientes eran menores de 12 años, durante la etapa de la adolescencia se suceden sistemáticos cambios relacionados con las actitudes asumidas en los aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos, se adquiere la independencia, se logra el despego familiar y se generan algunas conductas que inciden negativamente en el medio familiar y social, lo cual provoca estilos de vida poco saludables como la

conducta suicida, que afecta su calidad de vida (30). En el intento de suicidio, los jóvenes, al no ocasionarse la muerte la primera vez que lo intentan, buscan comunicar lo que les acontece, como angustia, desazón, tristeza, necesidades emocionales no cumplidas, frustración, enojo y, en ocasiones, venganza (31).

En un estudio realizado por Bella y col. en el 2009 en niños y adolescentes se encontró que la mayor parte de pacientes se encontraban en un intervalo de edad comprendido entre los 8 y 17 años, con una media de edad menor en el grupo de los hombres (12.11 ± 0.53 años) que en el grupo de las mujeres (13.57 ± 0.33 años) ($p < 0.001$), muy similar a la encontrada en este proyecto (9).

En relación al sexo, la mayoría de los pacientes era del sexo femenino (70.5%) con una considerable distancia del sexo masculino (29.5%), en los reportes que existen de intentos de suicidio en población pediátrica tienen una gran variación en cuanto al sexo, pero la mayoría de ellos si tienen frecuencias mayores en el sexo femenino que el masculino, quizá porque los cambios a nivel fisiológico en el sexo femeninos son más fuertes que en el otro sexo. No existe una teoría certera sobre ellos, sin embargo se podría considerar el estudio de las frecuencias de suicidio en relación a la curva de la edad, hasta que se llegue a la adultez. En un estudio realizado por Perez Olmos entre los años 2003 - 2005, se encontró que se atendió a un mayor número de pacientes del sexo femenino, La relación mujer hombre fue 4:1, siendo mujeres el 81,4 % (27). En el estudio de Gonzales-Forteza y col. que buscaba determinar la prevalencia del intento de suicida en estudiantes adolescentes en la Ciudad de México, como se esperaba, las prevalencias de intento suicida en los años 1997 y 2000

fueron mayores en las mujeres. En 1997, la prevalencia en las mujeres fue de 12.1% (n=641), y en los hombres de 4.3% (n=208), lo que representa una proporción de tres mujeres por cada hombre. En 2000, la prevalencia en las mujeres aumentó a 15.1% (n=802), y en los hombres disminuyó a 3.9% (n=207), por lo que la proporción hombre-mujer se incrementó a casi 4:1 (32).

La familia es el grupo biológico natural del ser humano; es un conglomerado social que abarca a la mayoría de los miembros en una sociedad. Es en la familia donde se llevan a cabo las principales funciones de socialización, en su ámbito el sujeto adquiere su identidad y la posición individual intergeneracional, y significa las formas de desarrollo y bienestar de los adolescentes. La mayoría de los pacientes convivía solo con un miembro de su familia, su madre 43.3%, con una frecuencia muy cercana pero por debajo estaban los que vivían con ambos miembros (41.7%), ya más alejados los que vivían solo con su padre (10%) y al último los que vivían con algún tutor o en algún albergue (5%). Es importante considerar el hecho de la convivencia puesto que puede existir una relación entre la falta de un miembro paternal o maternal para que se convierta en un factor de riesgo, en este caso los que vivían con sus padres fueron pocos, pero quizá debido a que en nuestra sociedad son pocos los padres solteros en comparación de las madres. Además, es llamativo que tenga una frecuencia alta los que conviven con ambos padres, como ya se comentará más adelante, esto puede ir relacionado con la disfunción familiar, que pese a tener el núcleo básico familiar existan problemas que lleven a un intento de suicidio por parte del hijo. En el estudio realizado por Pérez Olmos en una Clínica Infantil entre los años 2003 - 2005, se encontró en cuanto a

características familiares que el 43,2 % de jóvenes vivía con su familia nuclear, el 5,7 % con la familia extensa y el 51,1 %) vivía sólo con uno de los padres (27). En los adolescentes, un mayor riesgo depende del bajo status económico y educativo, así como del desempleo en la familia, los que pueden considerarse factores de riesgo. Entre las variables familiares que representan un mayor riesgo para que haya comportamientos suicidas, se señalan la percepción de un ambiente familiar negativo y la percepción de rechazo por parte de los padres. Se destaca la importancia de la familia en la formación y desarrollo de los jóvenes, lo que realza la necesidad de prevenir los factores de riesgo en el entorno familiar. Los conflictos en la familia aumentan este tipo de comportamientos y las posibilidades que los jóvenes ideen o intenten el suicidio son mayores al no existir factores de protección en el hogar (33). En un estudio realizado por Toro y col. en adolescentes escolarizados se encontró que la mayor proporción de pacientes con puntaje alto de riesgo de suicidio conviven en familias nucleares con ambos padres (35,2%) y en familias incompletas (33,5%) (19).

Respecto al lugar de procedencia, todos los pacientes procedieron de esta ciudad, así como de la zona urbana. Es probable porque al tratarse de una emergencia, hayan sido atendidos de primera intención en su centro de salud de referencia, por ello es que no se tengan pacientes de sitios rurales o de otras ciudades, salvo ya sean por complicaciones del método que usaron.

En un estudio realizado por Bella y col., en el año 2009 en niños y adolescentes se encontró que la procedencia de la mayoría de los pacientes

fue ciudad (78,05%) y solo el 21,95% de diferentes localidades del interior de la provincia (9). Lo que difiere de los resultados encontrados en este trabajo donde la totalidad de pacientes procedían de la ciudad.

Al evaluar los antecedentes, 5.5% de los pacientes tenían retardo mental, existe divergencias en considerar si es que se podría considerarse un intento de suicidio como tal dependiendo del grado de retardo, porque este tipo de pacientes tienen que tener especial consideración al evaluarlos. Otro de los antecedentes evaluados fue la disfunción familiar, encontrándose un dato muy llamativo, que en 80.4% de los pacientes exista este problema, quizá puede ser el factor principal o gatillador para el problema. El 9.8% de los pacientes tiene el antecedente de haber tenido un intento de suicidio previo, hay estudios que revelan que los pacientes que tuvieron intentos de suicidio tienen un alto riesgo para volver a intentarlo. En el caso de niños con retardo mental tienen una motivación para el intento de suicidio un mecanismo mal adaptativo de escape para eludir un eventual castigo aniquilador (28).

En el estudio realizado por Pérez Olmos en una Clínica Infantil entre los años 2003 - 2005, se encontró El 83,5 % (n=76) de los jóvenes tenía problemas con los padres, el 72,3 % (n=60) de los padres tenía conflictos en su relación y el 58,8 % (n=47) refería los problemas familiares como causa de estrés. El 60,9 % (n=56) de los padres estaban separados. El 54 % referían rivalidad entre hermanos.(27)

El evaluar los trastornos psiquiátricos previos, encontramos que 48 de ellos al menos poseen uno, dentro de los trastornos psiquiátricos que tienen los pacientes, el más frecuente fue el trastorno de conducta en al menos 42.2% de ellos, muy distante seguido a este se encontró el trastorno depresivo con 28.1% y luego el de ansioso en un 25%. Los trastornos psiquiátricos están directamente relacionados al intento de suicidio, incluso igual o mayor riesgo que un factor precipitante independiente, por ello es que a los pacientes pediátricos que tengan este tipo de problemas se les haga controlar en el menor tiempo posible para que puedan llevar a cabo su vida de modo normal, y ante situaciones estresantes no tomar decisiones inadecuadas.

En un estudio realizado por Bella y col. en el 2009 en niños y adolescentes se encontró que el total de niños y adolescentes presentaron antecedentes de trastornos psicopatológicos y el más frecuente fue el trastorno de conducta disocial en 49% de los casos y la presencia de intentos de suicidio previos en el 32%; ambos antecedentes son los más prevalentes, Otros antecedentes detectados fueron las adicciones, en el 22%, Un antecedente de importancia, pero menos frecuente fue el trastorno del aprendizaje (en un 10%) cabe destacar que en este el 100% de los niños y adolescentes presentaron antecedentes de trastornos psicopatológicos(9).

El lugar más frecuente donde se llevó a cabo el intento de suicidio fue en la casa 90.7%, seguido por una gran diferencia el colegio y la calle, ambos en el 3.7%. Esto por los lugares que más frecuentan y conocen. De todos los pacientes al menos 12 presentaron dos problemas de conducta, dentro de ellos los más frecuentes están relacionados a la ansiedad y a la depresión en más

de la mitad (54.7%), seguido por una gran diferencia los problemas disociales (12.5%), y con similares valores los de atención, aislamiento y pensamiento (9.4%).

En un estudio realizado por Bella, en el año 2009 en niños y adolescentes se encontró que el trastorno mental y del comportamiento que se presentó con mayor frecuencia fue el trastorno del humor (36,59%); de los cuales, el 29,27% correspondía a depresión y el 7,32% a trastorno bipolar; luego continúa en frecuencia de presentación el trastorno de conducta disocial en el 24,39% (9).

El método de intento de suicidio más utilizado fue la ingestión de organofosforados, 48.4% de los pacientes lo practicaron, seguido a este está la ingestión de otras sustancias en 28.1% (los cáusticos como los más frecuentes), y luego la ingestión de medicamentos (20.3%), solo dos pacientes intentaron el ahorcamiento y ninguno un salto de altura, que suele ser frecuente en esta población joven. Considerando los recursos que tienen a la mano, como insecticidas, medicamentos o similares, es que va relacionado el método que utilicen para el intento de suicidio.

En el estudio realizado por Perez Olmos entre los años 2003 - 2005, se encontró: La intoxicación fue el método suicida del 96,9 % y 17,8 % ingirieron alcohol adicionalmente (27).

El factor precipitante más frecuente fueron los conflictos familiares, 64.1%, considerándose el principal por su frecuencia, seguido a este, el de problemas escolares (23.4%), maltrato físico (17.2%) y la tristeza (15.6%), 57.8% tuvieron un factor precipitante, en 37.5% tuvieron dos, y en 4.7% hasta tres factores

precipitantes, lo cual nos indica que los problemas familiares y escolares son los primeros en determinar la decisión del intento de suicidio, por ellos es que se debe tener consideración en las instituciones educativas este tipo de comportamiento e identificar familias en riesgo para evitar futuros problemas

Perez Olmos y col encontró el 83 % tenía al menos un evento detonante para suicidio, conflictos familiares en 56 %, conflictos sentimentales en 22,1 % y problemas escolares en 14,3 %. De otro lado, los padres conocían del evento detonante y coincidían con los jóvenes en la problemática familiar como causa (27).

Este trabajo de investigación es un esfuerzo que comienza a dar una idea sobre la situación del intento suicida en niños menores de 14 años en el marco de nuestra realidad local y regional, que si bien parece validar las descripciones de otras investigaciones, se sabe que el comportamiento suicida es un fenómeno multifactorial que incluye factores causales biológicos psicológicos y sociales los cuales deben ser más estudiados.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS



CONCLUSIONES

PRIMERA: La frecuencia de intento de suicidio en la población pediátrica durante el periodo comprendido entre el 2009 y 2013 fue de 64 casos de un total de 4691 pacientes hospitalizados.

SEGUNDA: Dentro de las características epidemiológicas 70.5% fueron mujeres, 46.8% tenía entre 12 y 14 años, 43.3% vivían solo con su madre, 80.4% presentó el antecedente de disfunción familiar.

TERCERA: En cuanto al perfil clínico de los pacientes 85.7% tenía el antecedente de un trastorno previo, 42,2% presentaba problemas psiquiátricos. En 90.7% el intento de suicidio se dio en la casa. 54.7% tenían problemas de conducta relacionados a ansiedad y depresión. El método más frecuente fue por ingestión de organofosforados, 48.4%, 64.1% tuvieron como factor precipitante los conflictos familiares y el tratamiento más usado fue el lavado gástrico, 77.4%.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: A la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María: Realizar trabajos de investigación sobre el tema de intento de suicidio en población pediátrica en los diferentes hospitales de la ciudad, así mismo indagar sobre los trastornos de personalidad que puedan estar ligados.

SEGUNDA: Al servicio de pediatría del Hospital Goyeneche: Al momento de detectar casos de posibles trastornos psiquiátricos hacer la interconsulta al servicio de psiquiatría como una prioridad, por el efecto que puede tener si es que no se controla a tiempo.

TERCERA: A los servicios de pediatría de los diferentes hospitales: En los consultorios externos se debería prestar la debida atención a pacientes con factores de riesgo de intento de suicidio y hacer un seguimiento constante y dar el tratamiento adecuado si lo amerita.

BIBLIOGRAFÍA

1. Basile HS. El suicidio de los adolescentes en Argentina. *Alcmeon Rev Arg Clín Neuropsiquiátr.* 2005 12(3), 211-231.
2. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *salud pública de México.* 2010, 52(4), 292-304.
3. Axell A, Kase H. *Kamikaze: Japan's suicide gods.* 2002. London: Longman.
4. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry.* 1999; 56(7), 617-626.
5. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE et al. Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry.* 1988; 45(6), 581-588.
6. Brent DA, Baugher M, Bridge et al. Age-and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1999, 38(12), 1497-1505.
7. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al.. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry.* 2008; 192(2), 98-105.
8. Brausch AM, Gutierrez P,M. The role of body image and disordered eating as risk factors for depression and suicidal ideation in adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2009; 39(1), 58-71.
9. Bella ME, Fernández R, Willington JM. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Arch Argent Pediatr.* 2010 108(2), 124-129.
10. Pérez-Amezcuca B, Rivera-Rivera L, Atienzo EE et al. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México.* 2010, 52(4), 324-333.
11. Acosta AF, Rodríguez AL, Lotero JA. Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural. *NADA.* 2010, 204, 59.
12. Toro DC, Paniagua RE, González CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista Facultad Nacional Salud Pública.* 2009, 27(3), 302-8.

13. González A, Rodríguez A, Aristizábal A y col. Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Rev Col Psiqui.* 2010, 39, 251-67.
14. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry.* 2008; 192(2), 98-105.
15. Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein, P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *Bmj.* 2008; 337.
16. Dwivedi Y. Brain-derived neurotrophic factor and suicide pathogenesis. *Annals of medicine.* 2010, 42(2), 87-96.
17. Verrotti A, Cicconetti A, Scorrano B et al. Epilepsy and suicide: pathogenesis, risk factors, and prevention. *Neuropsychiatric disease and treatment.* 2008, 4(2), 365.
18. Dwivedi Y, Dwivedi Y. Brain-derived neurotrophic factor in suicide pathophysiology. *The Neurobiological Basis of Suicide: Boca Raton (FL).* 2012
19. Toro DC, Paniagua RE, González CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista Facultad Nacional Salud Pública.* 2009; 27(3), 302-8.
20. Chávez-Hernández AM, Medina Núñez MC, Macías-García LF. Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud mental;* 2008, 31(3), 197-203
21. Bustamante F, Florenzano R. Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista chilena de neuro-psiquiatría.* 2013, 51(2), 126-136.
22. Durkheim É. *El suicidio* (Vol. 329). 2012. Ediciones AKAL.
23. Royo J. Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.* 2009; 25: 97-103.
24. PSIC SCCB. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de medicina.* 2011, 62-67.
25. Añari P. Frecuencia y características clínico-epidemiológicas del intento de suicidio en pacientes adolescentes que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del año 2006 al 2008. Tesis de Grado. Facultad de Medicina. UCSM, Arequipa.
26. Cano P, Gutiérrez C, Nizama M. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la amazonía peruana. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* v.26 n.2

27. Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *Revista de Salud Pública*. 2007; 9(2): 230 – 240.
28. Campo G, Roa JA, Perez A y col. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Revista Colombia Médica*. 2003; 34(1): 9-160
29. Saucedá JM, Montoya MA, Maldonado FH y col. Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia: ¿síntoma de depresión o de impulsividad agresiva?. *Bol. méd. Hosp. Infant*. 1997; 54(4): 169-75
30. 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*. 2008; 13(1).
31. Vázquez PE, González VE, Rojo Q, Figueroa LR. Intento de suicidio en adolescentes. *Boletín Clínico de la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora*. 1998; 15(2), 77-85.
32. González-Forteza C, Villatoro J, Alcántar I, Medina-Mora ME, Fleiz C, Bermúdez P, Amador N. Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*. 2002; 25(6): 1-12.
33. Holguín JAM, Rodríguez MJC, Pérez RR, Valdez EA. Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y salud*. 2013; 17(1): 45-51.



ANEXO 1

PROYECTO DE TESIS

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina
Humana



“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO
EPIDEMIOLÓGICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO EN EL
SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GOYENCHE,
AREQUIPA 2009 - 2013”

Autor:

Sofía Paola Santisteban Valdivia

Proyecto de tesis para obtener el título
profesional de Médico Cirujano

Arequipa- Perú

2014

FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE, AREQUIPA 2009 - 2013

I. PREAMBULO

Los problemas de salud mental han cobrado gran importancia durante los últimos años, por su repercusión en el desarrollo socio económico de las naciones así como su aumento. El suicidio es un problema de salud pública, señalada como la XIII causa de muerte por la Organización Mundial de la Salud, y es señalado como una de las tres primeras causas de muerte en gente de 15 a 35 años de edad. Se ha tratado de controlar el suicidio juvenil con tratamiento de la depresión y otras medidas.

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

El registro de una historia clínica adecuada ayuda al diagnóstico de los factores por los cuales pudo haberse dado el intento de suicidio,

registrando los intentos previos, la gravedad del mismo y la evaluación del riesgo suicida. Sin embargo el intento suicida en niños y púberes no ha sido estudiado de manera adecuada, no se tienen claro ciertos puntos donde indagar en la historia clínica; a pesar de no tener actualmente una frecuencia elevada existen reporte de que existe un aumento en esta población, es por ello que nace la motivación a buscar la frecuencia y realizar una caracterización clínico epidemiológica de los pacientes que ingresaron al servicio de pediatría.

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

Enunciado del problema

¿Cuál es la frecuencia y las características clínico epidemiológicas del intento de suicidio en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche, Arequipa 2009 - 2013?

Descripción del Problema

a. Área del Conocimiento

Campo: Ciencias de la salud

Área: Medicina Humana

Especialidad: Psiquiatría

Línea: Intento de suicidio

b. Análisis u Operacionalización de variables

Cuadro 01. Cuadro de variables

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
Frecuencia	Número de pacientes diagnosticados por intento de suicidio	Porcentaje
Características epidemiológicas	Edad	Años cronológicos
	Sexo	Masculino Femenino
	Convivencia	Madre Padre Ambos Tutor Otro
	Procedencia	Arequipa Fuera de Arequipa
	Zona de vivienda	Rural Urbana
	Retardo mental	Si tuvo No tuvo
	Problemas de disfunción familiar	Si presenta No presenta
	Intento de suicidio previo	Si tuvo No tuvo
	Trastorno Psiquiátrico Previo	Ninguno T. depresivo T. ansioso Esquizofrenia T. Bipolar T. de la conducta? Otro
	Características clínicas intento de suicidio	Lugar del evento

	Problema de conducta	<p>Atención</p> <p>Ansiedad y depresión</p> <p>Agresividad</p> <p>Aislamiento</p> <p>Delictivo</p> <p>Disocial</p> <p>Pensamiento</p> <p>Somatización</p>
	Método	<p>Ingestión de organofosforados</p> <p>Ingestión de medicamentos</p> <p>Ingestión de otras sustancias tóxicas</p> <p>Ahorcamiento</p> <p>Salto de Altura</p> <p>Otros</p>
	Factores precipitantes	<p>Tristeza</p> <p>Maltrato físico</p> <p>Maltrato sexual</p> <p>Duelo</p> <p>Conflictos familiares</p> <p>Problema sentimental</p> <p>Suicidio en par</p> <p>Problemas escolares</p> <p>Sin evento aparente</p>
	Tratamiento	<p>Lavado</p> <p>Carbón activado</p> <p>Sedación</p> <p>Esteroides</p> <p>Quirúrgico</p> <p>Otros</p>

c. Interrogantes Básicas:

- ¿Cuál es la frecuencia del intento de suicidio en pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche, Arequipa durante el 2009 al 2013?
- ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes que fueron hospitalizados por intento de suicidio en el Servicio de Pediatría el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo 2009 – 2013?
- ¿Cuáles son las características clínicas del intento de suicidio en pacientes hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo 2009 – 2013?

d. Tipo de Investigación: Observacional, Retrospectivo

e. Nivel de Investigación: Descriptivo

Justificación del Problema

Relevancia Social: El presente trabajo cuenta con valor social y humano, ya que conociendo las principales características del intento de suicidio y cuáles de ellas pueden estar relacionados a los mismos en una población estudiada muy poco, como es la pediátrica y nos servirá para tomar medidas de prevención que atenten contra la vida.

Relevancia Científica: Es de gran importancia el conocimiento de este tipo de estudios ya que en nuestro país se ha determinado

un aumento de la incidencia de suicidios sobre todo en jóvenes, por lo que los resultados podrían colaborar con la toma de decisiones para iniciar una campaña de prevención en estos casos.

Relevancia Académica: El trabajo es prioritario por la mayor frecuencia de presentación de casos de adolescentes con intentos suicidas, y el desconocimiento epidemiológico en el caso de los niños, no solo a nivel local sino por estadísticas mostradas en otros estudios a nivel internacional, al mismo tiempo que el presente trabajo puede servir de base para futuras investigaciones.

Factibilidad: Cumple con esto debido a la posibilidad metodológica que tiene el estudio, además no genera un gasto considerable que no pueda ser suplido por la tesista.

Originalidad: Es original, ya que hasta el momento no se ha realizado ningún trabajo con objetivos similares o parecidos en el Hospital Goyeneche.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Suicidio e Intento de Suicidio

2.1.1 Definiciones:

Suicidio es el acto de causar intencionalmente la propia muerte. El suicidio se lleva a cabo a menudo como resultado de la desesperación, la causa de que se le atribuye con frecuencia a un trastorno mental, como la depresión, el

trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad, el alcoholismo o abuso de drogas. Los factores de estrés tales como las dificultades financieras o problemas con las relaciones interpersonales a menudo desempeñan un papel. Los esfuerzos para prevenir el suicidio incluyen limitar el acceso a las armas de fuego, el tratamiento de las enfermedades mentales y el abuso de drogas, y la mejora de las circunstancias económicas (1).

El método más común de suicidio varía según el país y se debe en parte a la disponibilidad. Los métodos comunes incluyen: el colgante, intoxicación por plaguicidas, y las armas de fuego. Alrededor de 800 mil a un millón de personas mueren por suicidio cada año, por lo que es la décima causa de muerte en todo el mundo. Las tasas son más altas en los hombres que en las mujeres, con los hombres tres a cuatro veces más propensos a suicidarse que las mujeres. Se estima que hay 10 a 20 millones intentos de suicidio no mortales cada año. Los intentos suicidas no fatales pueden conducir a lesiones y discapacidades a largo plazo. Los intentos son más comunes en los jóvenes y en las mujeres (2).

Las opiniones sobre el suicidio han sido influenciadas por temas existenciales amplios tales como la religión, el honor y el sentido de la vida. Las religiones abrahámicas consideran

tradicionalmente suicidio una ofensa hacia Dios debido a la creencia en la santidad de la vida. Durante la época samurai en Japón, el seppuku (suicidio) era respetado como un medio de expiación por el fracaso o como una forma de protesta. Sati, una práctica ahora proscrita, espera que la viuda de inmolarse en la pira funeraria de su marido, ya sea voluntariamente o bajo la presión de la familia y la sociedad.

El suicidio e intento de suicidio, mientras que anteriormente penalmente punible, ya no es en la mayoría de los países occidentales. Sigue siendo un delito en muchos países. En los siglos 20 y 21, el suicidio en la forma de auto-inmolación se ha utilizado en contadas ocasiones como medio de protesta, y atentados kamikazes suicidas y se han utilizado como una táctica militar o terrorista (3).

2.1.2 Epidemiología:

2.1.2.1 Factores de Riesgo

Los factores que afectan el riesgo de suicidio incluyen trastornos psiquiátricos, el uso indebido de drogas, estados psicológicos, culturales, familiares y situaciones sociales y la genética. La enfermedad mental y abuso de sustancias frecuentemente coexisten. Otros factores de riesgo incluyen haber intentado previamente suicidio, la pronta

disponibilidad de un medio para cometer el hecho, los antecedentes familiares de suicidio, o la presencia de una lesión cerebral traumática. Por ejemplo, las tasas de suicidio se han encontrado a ser mayor en los hogares con armas de fuego que los sin ellos. Los problemas socio-económicos como el desempleo, la pobreza, la falta de vivienda, y la discriminación pueden provocar pensamientos suicidas. Entre el 15 al 40% de las personas a dejar una nota de suicidio. La genética parece tener en cuenta de entre el 38% y el 55% de las conductas suicidas (4).

2.1.2.2 Según género:

En el mundo occidental, los hombres mueren tres a cuatro veces más a menudo por medio de suicidio que las mujeres, aunque las mujeres intentan suicidarse cuatro veces más a menudo. Esto se ha atribuido a que los hombres utilizan medios más letales para poner fin a sus vidas. Esta diferencia es aún más pronunciada en los mayores de 65 años en diez veces más a los hombres cometer suicidio que las mujeres. China tiene una de las tasas de suicidio femenino más altas del mundo y es el único país donde es más alta que la de los hombres (razón de 0,9). En las tasas de suicidio del Mediterráneo oriental son casi equivalente entre hombres y mujeres. La tasa más

alta de suicidio en las mujeres se encuentra en Corea del Sur a 22 por 100.000, con altas tasas en el sudeste de Asia y el Pacífico Occidental en general (13).

Debido en parte a la estigmatización social y la depresión resultante, las personas cuya identidad de género no se alinea con su sexo asignado se encuentran en un alto riesgo de suicidio.

2.1.2.3 Según edad:

En muchos países, la tasa de suicidio es mayor en las personas de mediana edad o de edad avanzada. El número absoluto de suicidios sin embargo es mayor en las personas de entre 15 y 29 años de edad debido a la cantidad de personas en este grupo de edad. En los Estados Unidos es mayor en hombres caucásicos mayores de 80 años, a pesar de que las personas más jóvenes con mayor frecuencia intentan suicidarse. Es la segunda causa más común de muerte en adolescentes y en los hombres jóvenes es segundo sólo a la muerte accidental. En los hombres jóvenes en el mundo desarrollado es la causa de casi el 30% de la mortalidad. En las tasas mundo en desarrollo son similares, pero lo compensa con una menor proporción de muertes en general debido a la mayor las tasas de muerte de otros tipos de trauma. En el sudeste

asiático, en contraste con otras zonas del mundo, las muertes por suicidio se producen a una velocidad mayor en las mujeres jóvenes que en las mujeres de edad avanzada (14, 15).

2.1.3 Fisiopatología:

Aún no se conoce la fisiopatología subyacente unificadora, ya sea para el suicidio o la depresión. Sin embargo, se cree que es el resultado de una interacción de factores conductuales, socio-ambientales y psiquiátricos.

Los bajos niveles de derivado del cerebro factor neurotrófico (BDNF) son variables directamente asociadas con el suicidio e indirectamente asociadas a través de su papel en la depresión mayor, trastorno de estrés postraumático, esquizofrenia y el trastorno obsesivo-compulsivo. Los estudios post-mortem han encontrado reducción de los niveles de BDNF en el hipocampo y la corteza prefrontal, en aquellos con y sin condiciones psiquiátricas. La serotonina, un neurotransmisor del cerebro, se cree que es baja en los que se suicidan. Esto se basa en parte en la evidencia de aumento de los niveles de los receptores 5-HT_{2A} se encuentran después de la muerte. Otra evidencia incluye la reducción de los niveles de un producto de degradación de la serotonina, el ácido 5-hidroxiindolacético, en el líquido cefalorraquídeo. La evidencia

directa es sin embargo difícil de recoger. La epigenética, el estudio de los cambios en la expresión genética en respuesta a factores ambientales que no alteran el ADN subyacente, también se cree que juega un papel en la determinación de riesgo de suicidio (16, 17, 18).

2.1.4 Cuadro Clínico

A menudo, pero no siempre, una persona puede mostrar ciertos síntomas o comportamientos antes de un intento de suicidio, entre ellos:

- Tener dificultad para concentrarse o pensar claramente.
- Regalar las pertenencias.
- Hablar acerca de marcharse o la necesidad de "dejar todos mis asuntos en orden".
- Cambio repentino en el comportamiento, sobre todo calma después de un período de ansiedad.
- Pérdida de interés en actividades que solía disfrutar.
- Tener comportamientos autodestructivos, como tomar alcohol en exceso, consumir drogas ilícitas o hacerse cortaduras en el cuerpo.
- Alejarse de los amigos o no querer salir.
- Tener dificultad repentina en el colegio o el trabajo.
- Hablar acerca de la muerte o el suicidio o incluso declarar el deseo de hacerse daño.

- Hablar acerca de sentirse desesperanzado o culpable.
- Cambiar los hábitos alimentarios o de sueño.
- Preparar maneras de quitarse su propia vida (como comprar un arma o muchas pastillas).

2.1.5 Diagnóstico

Hay pocos datos sobre los efectos de la detección de la población en general sobre la tasa máxima de suicidio. Dado que existe una alta tasa de personas que dan positivo a través de estas herramientas que no están en riesgo de suicidio, existen preocupaciones que la detección puede aumentar significativamente la utilización de los recursos mentales de atención médica. La evaluación de los de alto riesgo, sin embargo se recomienda. Las preguntas sobre las tendencias suicidas no parece aumentar el riesgo (21).

2.1.5.1 Enfermedad Mental relacionada

En las personas con problemas de salud mental una serie de tratamientos que pueden reducir el riesgo de suicidio. Los que están activamente suicidas pueden ser admitidos a la atención psiquiátrica, ya sea voluntaria o involuntariamente. Las posesiones que pueden ser utilizados para dañar a uno mismo se eliminan normalmente. Algunos médicos reciben los pacientes firmen contratos de prevención del suicidio en el que se

comprometen a no hacerse daño en caso de vertido. La evidencia sin embargo no apoya un efecto significativo de esta práctica. Si una persona tiene un riesgo bajo, tratamiento ambulatorio de salud mental puede estar dispuesto no se ha encontrado. Para ser más eficaz que la atención de la comunidad para mejorar los resultados en los pacientes con trastorno límite de la personalidad que está crónicamente suicida (22).

Hay evidencia tentativa de que la psicoterapia, específicamente, la terapia dialéctica conductual reduce la tendencia suicida en adolescentes, así como en aquellos con trastorno límite de la personalidad. También puede ser útil para disminuir los intentos de suicidio en adultos de alto riesgo. La evidencia, sin embargo no ha encontrado una disminución en los suicidios consumados.

Hay controversia en torno a los beneficios frente a los daños de los antidepresivos. En las personas jóvenes, los nuevos antidepresivos, como los ISRS parecen aumentar el riesgo de suicidio del 25 por 1000 a 40 por 1000. En las personas de edad sin embargo, podrían disminuir el riesgo. El litio parece eficaz para reducir el riesgo en las personas con trastorno bipolar y la depresión unipolar a casi los mismos niveles que la población general. La clozapina

puede disminuir los pensamientos suicidas en algunas personas con esquizofrenia (23).

2.1.6 Prevención

La prevención del suicidio es un término usado por los esfuerzos colectivos para reducir la incidencia del suicidio a través de medidas preventivas. Reducir el acceso a ciertos métodos, como las armas de fuego o toxinas reduce el riesgo. Otras medidas incluyen la reducción del acceso a carbón y las barreras en puentes y plataformas del metro. El tratamiento de la adicción a las drogas y el alcohol, la depresión, y los que han intentado suicidarse en el pasado también puede ser eficaz. Algunos han propuesto reducir el acceso al alcohol como estrategia de prevención (como reducir el número de barras). A pesar de líneas telefónicas de crisis son comunes hay poca pruebas para apoyar o refutar su efectividad. En los adultos jóvenes que han pensado recientemente en el suicidio, la terapia cognitivo-conductual parece mejorar los resultados. El desarrollo económico a través de su capacidad para reducir la pobreza puede ser capaz de disminuir las tasas de suicidio. Los esfuerzos para aumentar la conexión social, especialmente en los hombres de edad avanzada puede ser eficaz. El Día Mundial para la Prevención del Suicidio se observa cada año el 10 de septiembre con el apoyo de la

Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio y la Organización Mundial de la Salud (20).

2.2. Suicidio en niños y adolescentes:

La adolescencia es un proceso intenso de cambios a todo nivel: corporal, psíquico, afectivo, familiar, social y que el suicidio, usualmente, se lleva a cabo en esta etapa como un comportamiento para contrarrestar la impotencia que se siente ante un problema existencialista. Además de estos se toman claramente en cuenta los importantes antecedentes patológicos, particularmente los trastornos afectivos y el abuso de alcohol y drogas. En la misma el adolescente debe definir su identidad sexual y su personalidad” (19).

Los adolescentes con riesgo suicida poseen poca tolerancia a la frustración, actitudes hiperperfeccionistas, son críticos, rígidos intelectualmente que no toleran el más mínimo fracaso, y a veces están convencidos de su propia maldad y no se sienten queridos.

Aparece frecuentemente la falta de un lugar propio en el mundo, en el colegio (peligro si fue expulsado) o en su casa, o simplemente en el deseo de sus padres.

Sufrir bullying o acoso escolar es predictor de ideaciones y conductas suicidas en niños y adolescentes.

2.2.1. Detección de actitudes suicidas en niños:

Detectar y comprender los signos antes de que los niños lleven a cabo sus impulsos es importante a la hora de tomar las medidas necesarias para prevenir un suicidio. Los padres y otras personas cercanas al niño deben prestar atención a su comportamiento y a sus actividades de forma que sea posible detectar signos que sugieran la presencia de depresión o pensamientos suicidas (24).

A continuación observamos una lista de síntomas que podrían ser preocupantes, especialmente si varios de ellos se manifiestan al mismo tiempo:

- Trastorno del sueño (dormir mucho o muy poco)
- Pérdida del apetito y/o peso
- Aislamiento
- Pérdida del interés en las actividades preferidas
- Absentismo escolar
- Agresividad física o psicológica
- Abuso de alcohol o drogas
- Falta de preocupación por la apariencia e higiene
- Correr riesgos innecesarios
- Interés por la muerte
- Envío de mensajes preocupantes por internet
- Malas notas o problemas escolares inusuales
- Dificultad para concentrarse
- Pensamientos negativos respecto de las propias cualidades y logros

2.2.2. Factores de riesgo de intento de suicidio en niños y adolescentes

2.2.2.1. Género:

Mientras que los suicidios completados son más comunes entre los hombres, las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas. En una investigación de Kotila y Lonqvist 15 la tasa de riesgo de suicidio durante los 5 años siguientes al intento fue 4 veces más alto en niños que en niñas y la tasa de muerte violenta fue 7 veces más alta (5).

Varias explicaciones se han planteado para entender la diferencia existente entre los hombres y las mujeres en relación al suicidio: los hombres estarían más expuestos a sufrir las consecuencias de las fluctuaciones socioeconómicas; tienen mayor prevalencia de alcoholismo; utilizan medios más violentos y por lo tanto el intento de suicidio es más exitoso en ellos que en las mujeres; en cambio, en las mujeres es más prevalente el intento, ya que en ellas predomina la depresión.

2.2.2.2. Edad:

La suicidabilidad aumenta con la edad, el suicidio antes de los 15 años es inusual. Shaffer publicó un artículo de 30 casos de suicidio completado entre 12 y 14 años ocurridos entre 1962 y 1968 en Inglaterra, en el que concluye que un grupo de estos niños eran inteligentes y aislados, y sus madres frecuentemente tenían

problemas psiquiátricos; y otro grupo era agresivo, presentaba problemas conductuales en el colegio y exhibía una conducta de suspicacia y vulnerabilidad frente a la crítica. En ambos grupos se presentaban conductas antisociales y todos ellos eran altos, física y mentalmente precoces, y el suicidio era frecuentemente precipitado por una crisis disciplinaria. Thompson, en 1987, estudió 19 niños y adolescentes menores de 15 años con suicidio completado; en ellos encontró mayor rabia, nerviosismo y menor depresión que en adolescentes mayores. Hoberman y Garfinkel, en 1988, estudiaron 21 casos de niños y adolescentes tempranos con suicidio completado, encontrando que el ahorcamiento fue el método suicida más frecuentemente utilizado entre los 10 a 15 años de edad (6).

Tres probables explicaciones se pueden sugerir las diferencias de edades:

- Menor exposición al estrés y factores de riesgo: los adolescentes tempranos son aún en parte dependientes de sus padres, lo que les provee mayor apoyo emocional y social.
- Menor edad menor tasa de prevalencia de trastornos del ánimo.
- Factores madurativos: la capacidad de planear y llevar a cabo un acto suicida requiere un nivel de maduración no alcanzado por niños o adolescentes tempranos.

2.2.2.3. Disfunción familiar:

Existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión (7).

Algunos estudios han mostrado altas tasas de divorcio o separación parental entre adolescentes que han intentado suicidarse, comparados con grupos control de la comunidad no suicida. El divorcio puede tener efecto en aumentar el riesgo suicida al incrementar la vulnerabilidad temprana a la psicopatología, como es la depresión, que constituye un factor de riesgo para el suicidio. Alternativamente, la asociación puede emerger desde factores sociales y ambientales que incrementan tanto el riesgo de divorcio como el riesgo de la conducta suicida, como por ejemplo psicopatología parental. En relación a este tema, Gould (1998) realizó autopsia psicológica en 120 jóvenes suicidas menores de 20 años y los comparó con 127 jóvenes de la comunidad pareados en edad, sexo y grupo étnico que vivían en el área de Nueva York; los resultados muestran que 58 víctimas de suicidio y 49 controles de la comunidad venían de familias en las que existía una permanente separación o divorcio de los padres biológicos. Se estudió la edad del

joven al momento de la separación, la existencia de un nuevo matrimonio después de la separación, frecuencia de contacto con el padre que no vivía con él, relación madre-hijo (o padre-hijo), y psicopatología parental, encontrando que el divorcio o la separación tenían un impacto relativamente pequeño en el suicidio, el que fue aún menor después de tomar en cuenta la psicopatología parental. Por otra parte la falta de comunicación con la madre y el divorcio, independientemente, contribuyeron a incrementar el riesgo de suicidio, y la escasa comunicación con el padre tuvo un efecto interactivo con divorcio en el riesgo suicida. Si el padre no reside en la casa como resultado del divorcio, entonces la escasa comunicación puede ser algo normativo y no particularmente disruptivo; por otra parte, cuando el padre que vive con el joven "falla en comunicarse", puede reflejar una relación más disfuncional. El que el padre con el cual reside se vuelva a casar no modificó el impacto del divorcio o separación en el suicidio. Ellos concluyeron que el incremento del suicidio en adolescentes en las pasadas tres décadas parece no ser atribuible al incremento de las tasas de divorcio (8).

En un estudio realizado por Beautrals se muestra una clara asociación entre historia de abuso sexual durante la infancia, falta de cuidado parental, problemas en la relación parental e intento de suicidio; en cambio, alto control parental, abuso físico, separación o divorcio, violencia, problemas de alcoholismo o encarcelamiento parental, bajo ingreso económico y estar en cuidado institucional

durante la infancia, no estuvo asociado con riesgo de intento de suicidio.

Se realizó un estudio prospectivo longitudinal, con seguimiento de un año en adolescentes de seis escuelas públicas de Carolina del Sur, con el objetivo de identificar probables predictores de la conducta suicida y depresión. Los resultados muestran que el aumento de la cohesión familiar fue un factor protector para los intentadores de suicidio y que el no vivir con ambos padres no se asoció con ninguna conducta suicida, sugiriendo que no es la estructura familiar per se, sino la calidad de las relaciones familiares el factor de riesgo en la conducta suicida del niño y adolescente temprano.

2.2.2.4. Depresión:

Existe gran evidencia para apoyar una fuerte relación entre depresión y conducta suicida. Sin embargo, la interpretación de esta relación no es simple. Los trastornos depresivos de comienzo temprano frecuentemente se asocian con síntomas del trastorno de conducta, aún más, estudios de conducta suicida en adolescentes han demostrado una asociación significativa con trastornos no depresivos, como son conductas antisociales y uso de alcohol y/o drogas. Es importante saber cuánto del riesgo de la conducta suicida asociada con depresión es función de otros factores, que frecuentemente se asocian con depresión en gente joven. Del mismo modo, las relaciones intrafamiliares pueden o no tener una

contribución independiente al riesgo de conducta suicida en adolescentes, más allá de los efectos de la depresión y los síntomas conductuales (9).

Aunque la depresión por sí misma es un factor de riesgo entre los adolescentes con conducta suicida, las dificultades en las relaciones familiares le otorga una contribución significativa independiente a este riesgo.

2.2.2.5. Problemas conductuales:

Múltiples estudios de conducta suicida muestran correlaciones significativas entre abuso de sustancias, conductas antisociales e intento de suicidio.

Adolescentes con trastorno de conducta que intentaron suicidarse, frecuentemente niegan síntomas depresivos y posteriormente presentan lesiones autoinfligidas. Muchos adolescentes suicidas han tenido problemas legales y los adolescentes encarcelados están en extremo riesgo de suicidio²⁸. El intento de suicidio se ha asociado con otras conductas de riesgo como son conducta sexual promiscua, uso de sustancias, falta del uso de medidas de seguridad (por ejemplo, uso de cinturón de seguridad), violencia, inasistencia a clases, participación frecuente en peleas, uso de armas de fuego, enfermedades de transmisión sexual, etc (10).

Es importante estar atento a la posibilidad de intento de suicidio en adolescentes impulsivos o con conducta agresiva impulsivo, que vienen de familias que evidencian bajos niveles de cohesión. Ellos pueden actuar impetuosamente sin pensar en las consecuencias.

2.2.2.6. Ansiedad:

Recientemente la ansiedad ha sido identificada como un importante factor de riesgo de la conducta suicida en adultos. Estudios con adolescentes muestran resultados mixtos: Taylor y Stansfield (1984) encontraron que los intentadores de suicidio, en comparación con otros pacientes psiquiátricos ambulatorios, exhiben mayores niveles de ansiedad (38% vs 22%), aunque esta diferencia no fue significativa; otro estudio (Kosky y cols., 1986) muestra que los ideadores suicidas deprimidos (de los cuales 39% tenían ya un intento de suicidio) manifestaron altos niveles de ansiedad (76,4%), pero estos niveles no fueron significativamente diferentes de adolescentes depresivos no suicidas; y Bettis y Walker (1986) estudiaron una amplia muestra de adolescentes consultantes, hospitalizados y ambulatorios, y sus resultados muestran que los varones que expresaban pensamientos suicidas en ausencia de actos, eran más ansiosos que los intentadores de suicidio. Los autores interpretan estos hallazgos sugiriendo que el intento de suicidio en los varones reduce síntomas, disminuyendo de esta manera la ansiedad después del acto. Consistente con esto,

Andrews y Lewinsohn (1992) encontraron una asociación significativa entre trastornos ansiosos e intento de suicidio en hombres, pero no en mujeres, en una amplia muestra comunitaria de adolescentes (11).

Se puede plantear que la ansiedad agregada a un cuadro clínico de ideación suicida crea un particular sufrimiento al estado psicopatológico infantil, jugando de esta manera un rol amplificador en el desarrollo y/o la mantención de la ideación suicida.

Al revisar los factores de riesgo más frecuentemente descritos en la literatura científica asociados al intento de suicidio en niños y adolescentes, se ha demostrado que los padres son informantes inexactos de la psicopatología de sus hijos, tendiendo habitualmente a minimizarla o negarla. Esto implica que el monitoreo continuo de indicadores de riesgo por parte de los médicos puede tener un importante impacto preventivo (12).

3. Análisis de Antecedentes Investigativos

3.2. Antecedentes Locales:

Título: Frecuencia y características clínico-epidemiológicas del intento de suicidio en pacientes adolescentes que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del año 2006 al 2008 (25).

Cita: Tesis de Bachiller de Medicina, UCSM, Arequipa, Perú - 2010

Resumen:

El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia y las características clínico – epidemiológicas del intento de suicidio en pacientes adolescentes que acudieron al servicio de Emergencia del HRHDE del año 2006 al 2008. Se aplicó la técnica de revisión documentaria y se seleccionó adolescentes con el diagnóstico de intento de suicidio (n=403). Se trata de un estudio observacional, retrospectivo de corte transversal. Se realizaron las coordinaciones con el servicio de emergencia, pediatría, medicina y estadística del Hospital para acceder al libro y registro. La frecuencia presentada es de 6,7 por cada 1000 admisiones, con una mayor tendencia en el sexo femenino, la mayoría de los casos tuvieron lugar en el hogar, y el medio más frecuentemente usado, fueron las sustancias tóxicas por su fácil accesibilidad, el 39,21% residía con ambos padres, 24,07% fueron pacientes que no elaboraron un plan del acto suicida, el factor precipitante principal fue el familiar con 67,25%, 61,04% tuvo la intención de muerte, 29,03% no tuvo un diagnóstico psiquiátrico, 91,31% no realizó al menos un control por el consultorio externo de psiquiatría.

3.3. Antecedentes Nacionales

Título: Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la amazonía peruana (26)

Cita: Rev. Perú. med. exp. salud pública v.26 n.2 Lima abr./jun. 2009

Resumen:

Tanto el suicidio como la violencia en adolescentes son fenómenos prevalentes en el mundo. Objetivos. Determinar la prevalencia de la ideación suicida y su asociación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros, en adolescentes escolares. Materiales y métodos. Estudio transversal analítico, realizado en la ciudad amazónica de Pucallpa, Perú, en marzo-abril de 2008. Se aplicaron preguntas sobre tendencia a la violencia e ideación suicida del cuestionario de salud mental adaptado. La muestra fue seleccionada sistemáticamente, fueron 530 adolescentes de 12 a 19 años en los tres más grandes colegios de la ciudad. Resultados. El 31,3% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 21,1% pensó en quitarse la vida y el 18,1% intentó suicidarse alguna vez, con mayoría en mujeres y en el grupo de 15 a 19 años. La tendencia a la violencia se expresó en pensamiento en 51,7% y en conducta violenta en 18,7% de la muestra, predominantemente en varones ($p < 0,001$). Mediante el análisis multivariado, se encontró asociación ideación suicida y conducta violenta ($OR=4,9$ $IC_{95\%}$ 1,4-17,5), pero no con pensamiento heteroagresivo ($OR=2,1$ $IC_{95\%}$ 0,9-4,9). Conclusión. Existe alta prevalencia de ideación suicida y, haber pensado en quitarse la vida se asoció con haber presentado conducta violenta dirigida hacia otro. Rastrear y tratar a adolescentes violentos puede contribuir a la disminución de la violencia y también del riesgo de suicidio.

3.4. Antecedentes Internacionales:

Título: Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005 (27)

Cita: Revista de Salud Pública, 9(2): 230 – 240, 2007 - Colombia

Resumen:

Objetivos Caracterizar psiquiátrica y socialmente el intento suicida atendido en una clínica infantil de Bogotá, entre 2003 y 2005. Métodos Serie retrospectiva de 96 Casos de 11 a 18 años de edad. Se realizó análisis estadístico univariado y bivariado. Resultados: Las mujeres constituyeron 81,4 %. La edad promedio fue 15,3 años y 70,9 % tenía máximo 16 años. El 63,1 % de familias tenían bajos ingresos. La intoxicación fue el método suicida del 96,9 %. El 38 % tuvo seguimiento ambulatorio máximo por 2 meses. Sólo 13,2 % requirió medicina antidepresiva o moduladora del afecto. El 87,9 % tenía estresantes familiares o escolares. El 83,5 % tenía problemas con los padres, y en 72,3 %, los padres tenían relación conflictiva. Eran primogénitos 46,5 %. Se encontraron 40 situaciones de maltrato. El 27,2 % tuvo intento suicida previo. Los trastornos adaptativos, la disfunción familiar y los trastornos del afecto fueron los principales diagnósticos psiquiátricos. El 37,6 % tenía problemas escolares, pérdida escolar o conflictos con los maestros. El sexo masculino se asoció con agresividad, consumo de sustancias, fracasos escolares o sentimentales y el femenino con ansiedad predominante y maltrato físico. Discusión Se resalta la disminución de la edad, el exceso de representación femenina, la frecuencia alta de conflictos familiares o escolares y la asociación del sexo con

perfiles específicos socioculturales, conductuales y emocionales. El conflicto sociofamiliar y escolar es frecuente en el intento suicida juvenil. Es necesario hacer visible la problemática suicida infanto-juvenil para su prevención

Título: Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali (28)

Cita: Revista Colombia Médica 34(1)

Resumen:

Objetivos. Describir las características biopsicosociales de los menores de 14 años con intento de suicidio, los métodos utilizados, las características psicológicas y la estructura y dinámica de las familias de origen. **Materiales y métodos.** Estudio clínico descriptivo de menores de 14 años que consulta al Hospital Universitario del Valle por intento suicida en el período octubre 1 de 2001 a septiembre 30 de 2002; cada menor se evaluó con la aplicación de la historia toxicológica o de trauma, historia clínica psiquiátrica, el Child Behavior Checklists (CBCL), prueba de la figura humana y de la familia, la Escala Revisada de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC-R), y una entrevista semi-estructurada de evaluación familiar. **Resultados.** Consultaron 18 menores de edad; 2 mujeres menores fallecieron y de los restantes, sólo 8 menores (7 mujeres y 1 hombre) aceptaron participar. El envenenamiento autoinfligido por ingestión de sustancias es el método suicida más utilizado y además más frecuente en mujeres; todos tienen enfermedad mental asociada; la

mitad un retardo mental. La mayoría presenta compromiso de la atención, comportamientos violentos, disociales, delictivos, aislamiento, etc. Como características psicológicas predominantes está perturbación en el ámbito sexual, represión emocional, negación de la situación penosa y agresividad, además de disfunción familiar severa en todos los casos. Conclusiones. Las características biopsicosociales encontradas coinciden con las descritas previamente en la literatura pero se requieren investigaciones adicionales que validen los hallazgos.

Título: Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia: ¿síntoma de depresión o de impulsividad agresiva? (29)

Cita: Bol. méd. Hosp. Infant. Méx;54(4):169-75, abr. 1997

Resumen:

Es importante determinar las características epidemiológicas de la conducta suicida y los tipos más frecuentes de psicopatología en esa población. Material y métodos. Todos los menores con intento de suicidio atendidos consecutivamente durante 1995 en el Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, fueron estudiados clínicamente y con escalas psicométricas para determinar variables sociodemográficas, circunstancias del intento de suicidio, métodos empleados y tipo de psicopatología. Se investigó la posible preponderancia relativa de la impulsividad sobre la depresión. Resultados. Se estudió a 21 pacientes; predominaron las mujeres 6:1 sobre los varones, con

edades entre 7 y 15 años. Había antecedentes de maltrato en casi la mitad de la muestra. Predominaron los primogénitos. Los factores precipitantes más comunes fueron los conflictos familiares. Todas las familias eran disfuncionales. Se trató del primer intento en 13 pacientes, y del segundo en los 8 restantes. El método más empleado fue la intoxicación por medicamentos. Dos adolescentes murieron debido a las complicaciones. Todos tenían por lo menos un diagnóstico psiquiátrico y hubo un predominio no significativo de los cuadros depresivos sobre los impulsos. Conclusiones. Se pueden integrar 3 grupos de menores que intentan el suicidio: los deprimidos, los impulsivos y los que presentan cuadros mixtos. Su diferenciación clínica tiene relevancia para propósitos de tratamiento pediátrico y psiquiátrico(AU)

4. Objetivos

Objetivo general:

- Determinar frecuencia y las características clínico epidemiológicas del intento de suicidio en pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche, Arequipa durante el 2009 al 2013

Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia del intento de suicidio en pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche, Arequipa durante el 2009 al 2013.

- Identificar las características epidemiológicas de los pacientes que fueron hospitalizados por intento de suicidio en el Servicio de Pediatría el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo 2009 – 2013.
- Detallar las características clínicas del intento de suicidio en pacientes hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo 2009 – 2013.

5. Hipótesis

Al tratarse de un trabajo descriptivo no requiere de hipótesis

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

6. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación

- **Técnicas:** Revisión documentaria
- **Instrumentos**
 - o Ficha de recolección de datos
- **Materiales de Verificación**
 - o Ficha de recolección datos.
 - o Impresión de los instrumentos.
 - o Material de escritorio.
 - o Computadora portátil.
 - o Sistema Operativo Windows 8.
 - o Paquete Office 2013 para Windows.
 - o Programa SPSS v.18 para Windows.

7. Campo de Verificación:

2.1. Ubicación Espacial:

El estudio se llevará a cabo en el Servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche, ubicado en la ciudad de Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal:

La información será recolectada corresponderá desde el 1ro de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2013.

2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio estarán conformadas por las historias clínicas de los pacientes que cumplan los criterios de selección durante el tiempo establecido.

2.3.1. Población

Todos los pacientes que hayan ingresado al servicio de pediatría con el diagnóstico de intento de suicidio durante el periodo determinado.

2.3.2. Muestra y Muestreo

No se realizará un muestreo debido a que se pretende recolectar la información de toda la población.

3.4. Criterios de Selección

- Criterios de Inclusión

- Pacientes pediátricos que como principal motivo de hospitalización fue el de Intento de Suicidio.
- Paciente pediátrico que cuente con la historia completa.

- Criterios de Exclusión

- Paciente pediátrico que cuente con diagnóstico confuso, como el de ingesta de sustancia desconocida.

8. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización

1. Una vez aprobado el proyecto de tesis se solicitarán el permiso respectivo al Hospital Goyeneche y al servicio de pediatría para revisión de historias clínicas.
2. Revisión de los cuadernos de alta del servicio de pediatría para detectar los casos que fueron hospitalizados con el diagnóstico de intento de suicidio
3. Detectados los casos, solicitar las historias correspondientes para su revisión.
4. Revisión de Historias Clínicas y llenado de la ficha de datos
5. Tabulación y análisis de los datos
6. Elaboración del informe final
7. Presentación y sustentación.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Autor: Sofía Santisteban Valdivia

Asesor: Dr. Juan Zevallos Rodriguez

3.2.2. Recursos Físicos

- Fichas impresas de recolección de datos

- Computadora portátil con sistema operativo Windows 8, paquete Office 2010 y paquete estadístico SPSS v.18
- Material de escritorio

3.2.3. Recursos Financieros

- Recursos del propio autor

3.3. Validación de los instrumentos

- La ficha de recolección de datos generales no requiere de validación por considerarse.

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de la recolección

Las fichas de recolección de datos se manejarán de manera anónima, protegiendo la identidad del participante.

3.4.2. A nivel de la sistematización

La información que se obtenga de las encuestas serán procesadas en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2013, y posteriormente serán pasadas al paquete estadístico SPSS v.18 para su análisis correspondiente.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presentará en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados.

Para las variables numéricas se utilizarán la media, la mediana y la desviación estándar; así como valores mínimos y máximos.

Para las asociaciones se usarán pruebas Chi cuadrado, t de student, además para determinar los factores asociados se utilizará el riesgo relativo (RR), considerando un nivel de confianza del 95%. Las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un $p < 0,05$.



III. CRONOGRAMA

Cuadro 02. Cronograma de trabajo


TIEMPO	Diciembre 2014				Enero 2015			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Finalización de la elaboración del proyecto	■	■	■					
Presentación y aprobación del Proyecto				■				
Recolección de datos				■	■			
Tabulación, análisis e interpretación de datos						■		
Elaboración del Informe final							■	
Sustentación de la tesis								■

IV. BIBLIOGRAFIA:

1. Basile HS. El suicidio de los adolescentes en Argentina. Alcmeon Rev Arg Clín Neuropsiquiátr. 2005 12(3), 211-231.
2. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. salud pública de México. 2010, 52(4), 292-304.
3. Axell A, Kase H. Kamikaze: Japan's suicide gods. 2002. London: Longman.
4. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Archives of general psychiatry. 1999; 56(7), 617-626.
5. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE et al. Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. Archives of General Psychiatry. 1988; 45(6), 581-588.
6. Brent DA, Baugher M, Bridge et al. Age-and sex-related risk factors for adolescent suicide. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1999, 38(12), 1497-1505.
7. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al.. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. The British Journal of Psychiatry. 2008; 192(2), 98-105.

8. Brausch AM, Gutierrez P,M. The role of body image and disordered eating as risk factors for depression and suicidal ideation in adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2009; 39(1), 58-71.
9. Bella ME, Fernández R, Willington JM. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Arch Argent Pediatr*. 2010 108(2), 124-129.
10. Pérez-Amezcuca B, Rivera-Rivera L, Atienzo EE et al. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*. 2010, 52(4), 324-333.
11. Acosta AF, Rodríguez AL, Lotero JA. Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural. *NADA*. 2010, 204, 59.
12. Toro DC, Paniagua RE, González CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*. 2009, 27(3), 302-8.
13. González A, Rodríguez A, Aristizábal A y col. Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Rev Col Psiqui*. 2010, 39, 251-67.
14. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*. 2008; 192(2), 98-105.
15. Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein, P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *Bmj*. 2008; 337.
16. Dwivedi Y. Brain-derived neurotrophic factor and suicide pathogenesis. *Annals of medicine*. 2010, 42(2), 87-96.
17. Verrotti A, Cicconetti A, Scorrano B et al. Epilepsy and suicide: pathogenesis, risk factors, and prevention. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2008, 4(2), 365.
18. Dwivedi Y, Dwivedi Y. Brain-derived neurotrophic factor in suicide pathophysiology. *The Neurobiological Basis of Suicide*: Boca Raton (FL).2012
19. Toro DC, Paniagua RE, González CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*. 2009; 27(3), 302-8.

20. Chávez-Hernández AM, Medina Núñez MC, Macías-García LF. Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud mental*; 2008, 31(3), 197-203
21. Bustamante F, Florenzano R. Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2013, 51(2), 126-136.
22. Durkheim É. *El suicidio* (Vol. 329). 2012. Ediciones AKAL.
23. Royo J. Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2009; 25: 97-103.
24. PSIC SCCB. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de medicina*. 2011, 62-67.
25. Añari P. Frecuencia y características clínico-epidemiológicas del intento de suicidio en pacientes adolescentes que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del año 2006 al 2008. Tesis de Grado. Facultad de Medicina. UCSM, Arequipa.
26. Cano P, Gutiérrez C, Nizama M. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la amazonía peruana. *Rev. perú. med. exp. salud publica* v.26 n.2
27. Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *Revista de Salud Pública*. 2007; 9(2): 230 – 240.
28. Campo G, Roa JA, Perez A y col. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Revista Colombia Médica*. 2003; 34(1): 9-160
29. Saucedá JM, Montoya MA, Maldonado FH y col. Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia: ¿síntoma de depresión o de impulsividad agresiva?. *Bol. méd. Hosp. Infant*. 1997; 54(4): 169-75



ANEXO 2
MATRIZ DE
SISTEMATIZACIÓN DE
INFORMACIÓN

Correl	Edad	Edad (Sexo)	Convi	Proce	Zona	Retarc	Disfur	Intent	T_previo	Nro de trast	Lugar	Prob_Cond	Mas d	Met_5	Fact_prec	Num	Tratamiento				
1	12	2	1	3	1	1	2	1	2	5	1	1	3	2	1	5	1	1			
2	13	2	2	2	1	1	2	1	2	5	1	1	5	2	1	1	5	2	1		
3	14	3	2	2	1	1	2	1	2	5	1	1	2	2	1	5	1	1			
4	13	2	2	4	1	1	2	1	2	1	5	2	4	2	2	1	5	6	3	1	
5	14	3	2	3	1	1	2	1	2	5	1	1	6	2	1	5	1	1			
6	14	3	1	3	1	1	2	1	2	2	5	2	3	2	1	5	1	1			
7	14	3	2	2	1	1				5	1	1	6	2	3	5	1	6			
8	13	2	2	3	1	1	2	1	2	1	1		2	2	2	1	5	2	6		
9	12	2	2	3	1	1	2	1	2	5	1	1	6	2	2	5	1				
10	13	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	6	5	1	1			
11	14	3	1	2	1	1	2	1	2	5	1	1	4	2	1	1	8	2	1		
12	12	2	1	3	1	1	1	2	2	5	1	1	3	2	1	9	1	1			
13	14	3	2	4	1	1	2	1	2	2	1		2	2	3	1	5	2	6		
14	14	3	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	6	1	1			
15	12	2	2	2	1	1	2	1	2	5	1		2	2	1	5	1	1			
16	13	2	2	3	1	1		1		5	1	1	2	2	3	2	5	2	6		
17	14	3	2	3	1	1	2	2	2	5	1	1	1	6	1	1	9	1	1		
18	8	1	2	1	1	1	2	1	2	5	1		2	7	1	2	1	5	2		
19	13	2	1	2				1		2	1		2	6	1	3	5	1	6		
20	13	2	1	3	1	1	2	1		5	1	1	2	6	1	3	5	8	2	1	
21	13	2	2	3	1	1	2	1	2	6	1	1	7		2	3	5	1	1		
22					1	1	2	1	1	1	1	1	2		2	2	6	8	2	1	
23	13	2	2	3	1	1	2	1	2	5	1	1	1		2	2	1	2	5	3	1
24	14	3	2	3	1	1	2	2	2	5	1	1	3	6	1	1	8	1	1		
25	14	3	2		1	1		1		2	5	2	1	2	6	1	1	2	5	2	1
26	14	3	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2		2	2	5	6	2	1	
27	14	3	1	2	1	1		1		2	1	1	2		2	2	6	1	1		
28	11	1	2	2	1	1	2	1	2	1	5	2	1	8	1	1	1	5	2	1	
29	14	3	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	4	1	2	8	1	1		
30				1	1	1	2	1	2	1	1	1	2		2	1	2	5	2	1	

31	14	3	2		1	1	2	1	1	1	2	2		1	2		2	1	5			1	1
32	13	2	1	2	1	1	2	1	2	1		1		1	2		2	3	5			1	6
33	13	2	1	1	1	1	2	1	2	1		1			2		2	1	1	5	6	3	1
34	13	2	2	2	1	1	2		1	2		1			2		2	2	2	3		2	6
35					1	1	1			1		1		1	2		2	1	6			1	1
36	14	3	1	2	1	1	2	2	2	1		1		3	1	2	1	1	4			1	1
37	14	3	2	2	1	1	2	1	2	1		1			2	4	1	3	1	5		2	1
38	14	3	2	3	1	1	2	2		5		1		1	7		2	1	5			1	1
39	14	3	2	3	1	1				1	5	2			2		2	3	6			1	6
40	13	2	2	2	1	1	2	1	2	2	5	2		1	1		2	1	5			1	1
41	14	3	2	3			2	1	1	5		1		1	2		2	3	2	8		2	6
42	14	3	2	3	1	1	2	1	2	2		1		1	2	7	1	3	2	8		2	1
43	14	3	2	3	1	1	2	1	2	5		1		1	3		2	3	2	5		2	6
44	11	1	2	2	1	1		1		1		1		1	2		2	3	3	8		2	1
45	14	3	2	3	1	1	2	1	2	5		1		1	2		2	1	2	8		2	1
46	12	2	2	4			2	1	2	1		1		1	2		2	2	5	8		2	1
47	13	2	2	1	1	1	1	2	2	5		1		1	7		2	1	5	6		2	1
48	12	2	2	1	1	1	2	1	2					3	2		2	3	3	5		2	2
49	13	2	2	3	1	1	2		2	6		1		1	7		2	3	5			1	6
50	11	1	1	3	1	1	2	2	2					1	4		2	3	9			1	6
51	13	2	2	3	1	1	2	1	2	2		1		2	2		2	2	8			1	1
52	14	3	1	2	1	1	2	2	2	2		1		1	1		2	1	8			1	1
53	14	3	2	1	1	1	2		2	1	2	2		1	2	4	1	3	2	8		2	1
54	11	1	2	2	1	1		1		5		1		1	4		2	1	5			1	1
55	13	2	2	3	1	1		1	1	1		1		1	2		2	6	5			1	6
56	10	1	2	2	1	1	2	1	2	2		1		1	2		2	1	5			1	1
57	14	3	2	3	1	1	2	2	2					2				1	5			1	1
58	13	2	2	3	1	1	2							1	2		2	1	5			1	1
59	14	3	2	2	1	1	2			1		1		1	2		2	1	5			1	1
60	13	2	2	2	1	1	2	1	2					1	6		2	1	6			1	1
61	14	3	1	2	1	1	2	1	2	6		1		1	4		2	1	2	8		2	1
62	12	2	1	2	1	1	2	1	2					1	7		2	1	5			1	1
63	12	2	2	2	1	1	2	1	2					1	7		2	3	5			1	1
64	13	2	1	3	1	1	2	2	2					1	4		2	1	8			1	1