



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

INTENTO DE SUICIDIO
DATOS EPIDEMIOLOGICOS EN PACIENTES
ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
PEDIATRIA
ESTUDIO RETROSPECTIVO 1990 - 2000



TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PRESENTA:

DRA. MA. DEL ROSIO PEREZ ALCANTAR

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

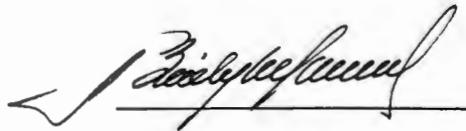


MEXICO, D.F.

2001

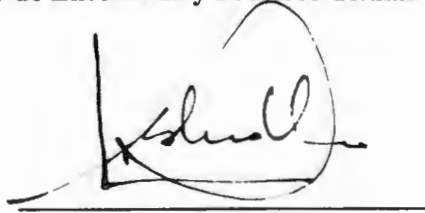
CID
NO CIRCULA

INTENTO DE SUICIDIO
DATOS EPIDEMIOLÓGICOS EN EL I.N.P



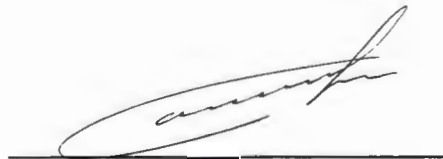
Dr. Pedro Sánchez Márquez

Director de Enseñanza y Profesor Titular del Curso



Dr. Luis Heshiki Nakandakari

Jefe del Departamento de Enseñanza de Pregrado y Postgrado



Dr. Carlos López Candiani

Tutor del Trabajo de Investigación

**Con admiración, respeto y agradecimiento, al
DR. CARLOS LÓPEZ CANDIANI; porque gracias a su apoyo,
experiencia y sabiduría hicieron posible la realización de este trabajo y la
conclusión de mi etapa profesional.**

A MI FAMILIA:

Con profundo agradecimiento, por su amor, comprensión y apoyo incondicional.

Por alentar y compartir conmigo mi ambición de superación.

Por todo esto y más.....GRACIAS.

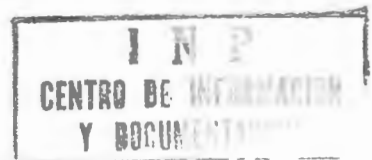
Con admiración...

A los hombres comprometidos consigo mismos, conscientes de su naturaleza, situación y potencial; en búsqueda continua de nuevos retos y excelencia, que les permiten sentirse satisfechos en las diferentes etapas y actividades de su vida.

Introducción:

El intento de suicidio en el niño y adolescente es una de las expresiones más reveladoras del sufrimiento humano, que representa muchas veces la única forma posible de terminar con una situación intolerable (1).

Un estudio realizado por Mardomingo en Madrid reporta que la incidencia de intentos de suicidio aumenta con la edad, siendo 9 veces más frecuente en la adolescencia que en la infancia. No reporta ningún caso en menores de 8 años, a partir de esta edad la incidencia aumenta, para alcanzar un máximo a los 14 años (2). Solano en México apreció en cuanto a la edad una media de 15.7 años (3). Mardomingo reporta respecto al género que es 5 veces más frecuente en el femenino, el 83% afecta a mujeres. En ellas empiezan a producirse ya desde los 8 años y su número máximo se registra a los 14 años. En los varones los intentos de suicidio empiezan a producirse más tarde (a los 13 años) y alcanzan una máxima incidencia a los 15 (2). González Forteza encontró escolaridad secundaria en 70% y 20% estudiaban preparatoria o su equivalente. El 63% informaron un desempeño escolar entre regular y bajo, con obtención de calificaciones bajas; habían interrumpido sus estudios por 6 meses o más y o habían tenido que trabajar durante el ciclo escolar anterior (4). La



ausencia de escolarización, intensifica los sentimientos de aislamiento y soledad; favoreciendo la conducta suicida (2). En el estudio realizado por Terroba 70% de los adolescentes eran solteros (5). Sánchez reporta respecto al nivel socioeconómico que entre más bajo sea, aumenta el riesgo del intento (6). Mardomingo observó respecto a la distribución estacional que en primavera se produce un mayor número de casos (36.8%), seguido de invierno (26.6%), otoño (26.6%) descendiendo notablemente en verano (10%). No se reporta explicación para ésta presentación (2).

Entre otros factores de riesgo para intento de suicidio se encuentra: provenir de un medio familiar disintegrado, con ausencia de uno de los padres por muerte, separación o divorcio; la ausencia de figura paterna durante los primeros 11 años de vida es un factor significativamente lesivo; más que la figura materna, ya que conduce a depresión. La disfunción familiar con relaciones conflictivas entre sus integrantes (padre-madre, padre-hijo, madre-hijo), conducta de los padres hacia el hijo de maltrato, indiferencia o sobreprotección, insatisfacción de los padres con el carácter y el comportamiento del niño. En ocasiones los problemas económicos condicionan responsabilidades excesivas; por necesidades familiares (el niño o la niña asumen funciones, trabajos y

responsabilidades que corresponden a los adultos) y que sobrepasan con mucho la propia edad (7). El aislamiento social de la familia que muchas veces emigra desde su lugar de origen rompe con sus raíces y no cuenta con el apoyo de otros integrantes y generaciones como los abuelos, tíos y otros familiares (1). González Forteza encontró que el consumo de alcohol y drogas por el paciente es un factor de riesgo (4). Mardomingo reporta el antecedente familiar de alcoholismo (paterno:33%) (7), Solano (3) al igual que González Forteza (4) y Sánchez (6) encontraron como factor de riesgo el ser primogénita. El último autor (6) considera que este riesgo es secundario a problemas sociales, de presión familiar y de grupo, etc que recaen más en estas mujeres que en el resto de los hermanos; así como educativo por parte de los padres que suelen cometer más errores con el primer hijo.

El intento de suicidio también se ha asociado a violencia doméstica de género o contra la mujer (intrafamiliar) que ocasiona maltrato físico o psicológico y o abuso sexual. En México existe una incidencia de violencia intrafamiliar entre 28 y 60%. En la mujer es 13 veces más frecuente (en cualquier etapa de la vida) que en el hombre; aunque es posible que se de el caso de hombres maltratados dentro del contexto familiar. Se presenta tanto en zonas rurales como urbanas, sin importar fronteras raciales,

religiosas, educativas y socioeconómicas. La violencia intrafamiliar se aprende durante la niñez y se trasmite de generación en generación y algunas instituciones la refuerzan y normatizan validando su uso como un medio para resolver los conflictos. Ocasiona efectos inmediatos y acumulativos sobre la salud y desarrollo de capacidades cognoscitivas, afectivas, económicas y de relación. Es una expresión particular que corresponde al control de los hombres sobre las mujeres, menores de edad y demás hombres (8).

El espectacular aumento del intento de suicidio durante la adolescencia se relaciona entre otros factores con las nuevas demandas sociales que tiene que afrontar el adolescente, no siempre acordes con su madurez emocional, y que pretende tal vez una incorporación demasiado rápida en el mundo de los adultos. Mardomingo reporta que el género femenino presenta una madurez psicológica más precoz, que las hace captar antes que a los varones problemas propios del mundo de los adultos tales como la conflictividad entre las relaciones interpersonales (2). La adolescencia es una etapa durante la cual se establece la identidad (necesidad de saber quién es y para que está en el mundo), época en que se tomarán decisiones de la vida futura, laboral, vocacional, sexual, etc; por lo que las alteraciones en la orientación sexual y la incapacidad para

tomar decisiones a futuro ocasiona lo referido por Erikson: una disfunción del rol, al no poder lograr una identidad clara y es el camino a la conducta suicida. Paradójicamente, un retraso en el desarrollo parece funcionar como un factor protector para el comportamiento suicida (6).

Existen algunas características temperamentales y de personalidad que son factores de riesgo para intento de suicidio y son más frecuentes en los adolescentes: impulsividad, reacciones emocionales intensas, escasa tolerancia a la frustración, sentimientos de cólera, dificultad para demorar la gratificación, estilo cognitivo rígido, escasa flexibilidad ante las demandas ambientales y deficiente imagen personal o baja autoestima. Otra característica que define a estos jóvenes es el sentimiento de desesperanza, que está presente en el 93% de los adolescentes que intentan suicidarse. La desesperanza, los sentimientos de soledad e incomunicación y la dificultad para encontrar soluciones alternativas a los problemas de la vida cotidiana son, sin duda, elementos clave en la etiopatogenia (1). Solano (3) refiere el antecedente de problemas de ajuste personal como: conducta agresiva o antisocial y trastornos de adaptación. Aproximadamente el 80% de los niños y adolescentes que intentan suicidarse sufren un trastorno psiquiátrico. Los trastornos afectivos especialmente la depresión mayor y la distimia, son

los más frecuentes. Los trastornos de conducta son la segunda patología asociada, seguida del consumo y dependencia de tóxicos, trastornos de adaptación y de ansiedad. La esquizofrenia está presente en el 1.5% de los adolescentes con intento de suicidio. La asociación de trastornos de la personalidad (sobre todo de tipo límite o antisocial) con depresión o de trastorno afectivo a trastorno hipercinético, con deficiente control de los impulsos, consumo de drogas o a trastornos de conducta constituyen factores que incrementan el riesgo de manera significativa (1). Jiménez encontró en pacientes con intento de suicida una asociación con impulsividad como estilo de vida, más que con estado de ánimo depresivo (9). Existe correlación entre comportamientos suicidas y antecedentes familiares de trastornos afectivos, de tal forma que las tasas de prevalencia de depresión mayor y trastorno bipolar son significativamente más altas que en la población general (1); situación que pone de manifiesto el componente hereditario (genético) en la depresión y conducta suicida (1,6). Entre los aspectos biológicos se han reportado niveles bajos de varios neurotransmisores; entre ellos de serotonina y dopamina, lo que condiciona desinhibición conductual: agresividad, depresión y conducta suicida (6).

En el estudio de Mardomingo en Madrid se encontró que el 50% de los adolescentes que cometen un intento de suicidio refieren una situación conflictiva, con mayor estrés ambiental a lo largo de su vida (durante meses o años), con escasos periodos de tregua y tendencia a empeorar a lo largo del tiempo e intensificación durante el último año, en el que cualquier factor de escasa importancia puede convertirse en desencadenante de intento suicida; sobre todo en la adolescencia en la que se añaden las preocupaciones propias de la etapa (7). La inhabilidad para enfrentar los problemas, la capacidad reducida para manejar los estados internos y la dificultad para regular los afectos ha generado que el intento suicida sea una búsqueda para detener los sentimientos dolorosos (6). En el estudio citado en 50% de los casos, el intento de suicidio fue desencadenado por discusión con los padres, le siguen en frecuencia el temor al castigo por los padres (13%) y el miedo a la separación de los padres tras una discusión entre ellos (10%). Otros menos frecuentes fueron las rupturas amorosas (6.6%) y problemas escolares (6.6%). En algunos casos no existía ningún motivo desencadenante concreto (13.3%) o una situación continua insoportable para el niño o adolescente que él describía que estaba triste, aburrido o harto de vivir (2).

En el estudio realizado por Mardomingo el método utilizado para intento de suicidio en todos los pacientes femeninos (infantes y adolescentes) fue la ingesta de medicamentos, principalmente benzodiazepinas, seguidos de cerca por la utilización de analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos). Las niñas perciben la ingesta de medicamentos como una alternativa eficaz ante una situación problemática; mientras que los varones optan por conductas agresivas (2). Solano refiere que los métodos utilizados por pacientes masculinos son armas de fuego y casi ahorcamiento (3).

Mardomingo establece el perfil del adolescente con intento suicida como: femenino, con fácil acceso a medicamentos, antecedente de conducta suicida, que tiene discusiones frecuentes con sus padres o está viviendo una ruptura amorosa y tiene un fracaso escolar (7). En un estudio previo de revisión durante cuatro años en el Instituto Nacional de Pediatría se reporta como perfil a mujeres adolescentes primogénitas, con síntomas depresivos, problemas previos de adaptación y disfunción familiar crónica (3). En el estudio realizado por González Forteza se encontró que los factores asociados con adolescentes que han intentado quitarse la vida son: no vivir con ambos padres, ser hijas únicas o primogénitas y pensar que su muerte sería posible (4). El elevado

porcentaje de conducta suicida es un síntoma de disfunción familiar crónica progresiva; se considera que en las familias en las cuales más de uno de sus integrantes se ha suicidado esta conducta se convierte en un lenguaje (3).

La conducta suicida va en incremento y así, de amenazas se pasa a intentos de baja letalidad y de éstos a intentos de mayor letalidad; por lo que la existencia de una conducta suicida previa debe considerarse como un factor de riesgo (2,5). A estas edades la conducta suicida es un fenómeno con gran carga de sugestión y en algunos de ellos se considera una mera conducta imitativa o el deseo de castigar a determinados miembros de la familia. La motivación para cometer un intento de suicidio suele ser compleja y habitualmente responde a más de una razón e interviene la interacción de factores asociados y no solo uno de ellos para convertirlos en factores de riesgo (2). Se dice que quien lo intenta una vez tiene probabilidad de volver a intentarlo en menos de un año (10). En el estudio realizado por Mardomingo el 20% de los pacientes había presentado dos o más intentos previos (2) y en el estudio realizado por Terroba en un grupo de adolescentes mexicanos encontró que el 29% tuvieron dos o más intentos (5). Se ha calculado que por cada 70 intentos de suicidio existe uno consumado (5,11).

Una categoría previa al intento de suicidio es la ideación suicida. Se describe por Garrison como: tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte. Se ha asociado a desesperanza, falta de autoestima, conflictos interpersonales con la pareja o con los padres, a fracasos escolares o laborales, a depresión y a consumo de drogas (12). La persona con pensamientos suicidas involucra un tipo de pensamiento más elaborado que implica la ideación suicida pasiva, pasa por etapas más activas de contemplación del propio suicidio, por la planeación y la preparación, por lo que incrementa el riesgo de intento suicida y éste se ha identificado como uno de los factores de riesgo del suicidio consumado (4). En el estudio realizado por Mardomingo el 73% manifestó haber tenido deseo de muerte en el momento del intento (2). López encontró que 47% de los estudiantes con educación media y media superior de una muestra del D.F presentaron al menos uno de los cuatro síntomas de ideación suicida: (No podía seguir adelante, pensamientos de muerte, sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto y pensé en matarme) durante el año previo a la aplicación de una encuesta, no existiendo diferencias en relación al género (13). Los datos se corroboraron más tarde en otra generación, donde se refiere que los principales factores protectores de la ideación suicida en los adolescentes

son la autoestima y la percepción de apoyo familiar (12). Mondragón encontró 10% de pacientes del Hospital General “Manuel Gea González” con ideación suicida, entre los factores de riesgo encontró: género femenino, edad entre 30 y 45 años, divorciado o separado y desempleado o jubilado. También encontró riesgo elevado en pacientes con consumo de alcohol crónico (14).

El suicidio es una causa importante de muerte en los países desarrollados (7); en México aún no es un problema de salud pública. Sin embargo las estadísticas demuestran que de 554 defunciones por suicidio en 1970, se incrementó a 2603 defunciones en 1994, lo que representa un aumento importante, aún ajustándose para la tasa (incremento de 1.13 a 2.89 por 100 000 habitantes) (15). Algunas estimaciones en nuestro país lo ubican en una frecuencia de 2.1% (16). Un grupo vulnerable de conducta suicida son las mujeres de 15 a 19 años. De 1970 a 1975 no se reportan muertes por suicidio en el grupo de menores de 14 años; sin embargo a partir de 1976 son informados por la SSA (17). Las estadísticas de suicidio en los niños y adolescentes son poco fiables, debido principalmente a la frecuencia con que son encubiertos por la familia o por el propio niño, y en muchos casos son considerados como accidentes. El aumento de casos de suicidio con la edad parece estar relacionado con

la evolución del concepto de muerte en el niño: carencia de éste hacia los 4 años, miedo a la misma a partir de los 6 y conocimiento más realista a los 9 años de edad (2). Sin embargo la comprensión de la muerte como el término irreversible de la vida no está presente en todos los niños y adolescentes suicidas, ya que el desarrollo del concepto de muerte es un proceso lento y prolongado; por lo que es importante en estos actos suicidas es que la meta esencial de la conducta autodestructiva sea lograr la muerte, independientemente de cómo la conceptualiza ese niño o adolescente (3). Frecuentemente pueden observarse antecedentes de disfunción psicosocial en pacientes con suicidio. Esto es importante porque de acuerdo con datos de Caraveo Anduaga: el 19.5% de las mujeres y el 14.3% de los hombres entre 18 y 64 años que viven en población urbana de la República Mexicana presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico. Entre los problemas de salud mental asociados se reporta a los trastornos afectivos mayores: manía, trastornos bipolares, depresión psicótica, depresión reactiva; trastornos no afectivos severos: esquizofrenia, psicosis inespecífica, trastornos limítrofes o bien a los trastornos afectivos menores: depresión simple, depresión neurótica, trastorno obsesivo y de ansiedad (18). También se le ha asociado a violencia intrafamiliar (8). Hizar encontró que los métodos más utilizados

para el suicidio en México durante 1979 a 1993 fueron: ahorcamiento, uso de armas de fuego y envenenamiento mediante sustancias sólidas y líquidas (19).

Justificación:

El intento de suicidio es una entidad que se presenta cada vez con mayor frecuencia en los países desarrollados, en México aún no es un problema de Salud Pública; sin embargo se observa una tendencia a incrementarse. Es por ello que es conveniente conocer las características epidemiológicas del problema en nuestra Institución. Los pediatras muchas veces no estamos preparados para hacer frente al problema y es conveniente sensibilizarnos ante la evidente transición epidemiológica, al menos en las grandes urbes de nuestro país.

Objetivos:

- 1.- Conocer la frecuencia de pacientes con diagnóstico de intento suicida en el Instituto Nacional de Pediatría de 1990 al 2000.
- 2.- Conocer la epidemiología del intento suicida.



Hipótesis:

- 1.- El intento suicida es más frecuente en adolescentes del género femenino.
- 2.- El mecanismo más frecuente del intento suicida femenino es la ingesta de medicamentos.

3.- Alteraciones de la dinámica familiar se asocian con frecuencia al intento suicida.

Clasificación de la investigación:

Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

Material y métodos:

Criterios de inclusión:

Pacientes egresados del Instituto Nacional de Pediatría con diagnóstico de Intento Suicida.

Criterios de exclusión:

Datos insuficientes en el expediente clínico.

Material y métodos:

Se revisaron expedientes clínicos de pacientes egresados del Instituto Nacional de Pediatría con diagnóstico de Intento de Suicidio durante el periodo comprendido del 1° de enero de 1990 al 31 de diciembre del 2000.

Los pacientes captados ingresaron a través del servicio de Urgencias Pediátricas. Se realizó registro de datos, reportando ficha de identidad, datos demográficos, antecedentes escolares, antecedentes de la dinámica familiar, motivo desencadenante, método utilizado, número de intentos y tratamiento establecido.

Análisis estadístico:

Se captaron los datos en la forma de recolección elaborada para tal fin (ver anexo). Se concentraron en formato electrónico a través de Excel. Se utilizaron claves de respuesta para la concentración de datos y se procesó la información. Las variables cualitativas (género, estado civil, etc) se expresan en proporciones. Las variables cuantitativas se expresan en medidas de tendencia central y dispersión. Se muestra la gráfica de frecuencia anual para los 10 años de revisión con la finalidad de observar cambios en la misma.

Definiciones operacionales:

Intento de suicidio: Conducta desadaptativa, autodestructiva; percibida como única solución a problemas psicológicos y-o ambientales intolerables; su objetivo es lograr la muerte independientemente de cómo la conceptualice el niño o adolescente.

Infancia o niñez: Primer período de la vida del ser humano, comprendido desde el nacimiento hasta el inicio de la adolescencia.

Adolescencia: Período de la vida comprendido entre la infancia y la juventud (aproximadamente entre los 11 y 18 años de edad), caracterizado por cambios biológicos y sociopsicológicos.

Personalidad: Son patrones sostenidos de percepción del ambiente y de la propia persona, de pensar y relacionarse con otros; que se manifiestan en variedad de contextos sociales y personales importantes.

Nivel socioeconómico: Clasificación social y económica del paciente de acuerdo al ingreso familiar (número de salarios mínimos), tipo de vivienda, procedencia y tipo de padecimiento. Se clasifica en 8 niveles. El nivel socioeconómico bajo comprende los niveles: 1n (pacientes con extrema pobreza y exentos de pago), 2n y 3n; el medio incluye los niveles 4n y 5n; el nivel alto incluye pacientes 6n(derechohabientes a otras

instituciones de salud), 6n (pacientes incluidos en convenios con otro tipo de instituciones), y el nivel INP (para trabajadores de base del INP).

Familia: Institución humana integrada por dos adultos (con función de padres) y uno o más hijos (propios o adoptados); que comparten responsabilidad económica de los hijos (vivienda, alimentación, educación, vestido, etc.), seguridad material y afectiva de los integrantes, socialización (aceptación de reglas, derechos y obligaciones, comportamiento de acuerdo a su género y posición social) que permiten al individuo desarrollar sus capacidades al máximo. Organización social legal donde el individuo se reproduce biológicamente y como ser social reproduce a la sociedad. Es la unidad fundamental que garantiza la existencia y continuidad de la sociedad.

Tipos de familia: (De acuerdo a su estructura y función).

***Familia completa:** Integrada por ambos progenitores y sus hijos, incluye: familia nuclear o elemental, mixta y extensa o ampliada.

Familia nuclear o elemental: es la familia compuesta por dos generaciones sucesivas, es decir por los padres e hijo(s) biológicos.

Familia mixta: Es la que surge de un nuevo matrimonio de: divorciados, separados o viudos. Los niños tienen que adaptarse a la descendencia

biológica de uno de los padres y a los hijastros del otro; así como a hermanos y hermanastros. Es frecuente que sigan relacionándose con el otro progenitor; por lo que la posibilidad de que surjan problemas es mayor.

Familia extensa o ampliada: Está compuesta por más de dos generaciones sucesivas, y la constituyen los padres, los hijos, los abuelos y parientes cercanos.

***Familia incompleta:**

Existe un solo progenitor (madre o padre); generalmente la madre (soltera, divorciada, separada o viuda) y sus hijos. El sostén económico habitualmente es proporcionado por la madre que suele trabajar una jornada completa y tiene que representar el papel de madre-padre. Algunos estudios parecen indicar que el aspecto educativo y emocional de los niños provenientes de estos hogares no es mejor que aquellos que tienen ambos padres. En las familias incompletas puede existir ausencia de ambos padres por defunción o abandono del núcleo familiar.

Aprovechamiento escolar: Determina el nivel de aprendizaje conceptual del alumno por medio de exámenes objetivos y en forma dinámica mediante escalas estimativas; realizando una evaluación formativa, del

desarrollo de valores, actitudes, hábitos y habilidades; así como todas las actividades que el alumno realice durante el proceso educativo: periódicos murales, exposiciones, demostraciones, cuadros, dibujos, modelos, prácticas, etc. La evaluación busca ser un medio de aplicación que permita al maestro y a los propios alumnos conocer el nivel de conocimiento y valorar los logros concretos de aprendizaje. Los resultados de la evaluación se expresan sintéticamente en una calificación que informa a la comunidad escolar acerca del nivel y calidad de aprendizaje que ha alcanzado el alumno. Se clasifica en aprovechamiento escolar malo, regular y bueno.

Malo: Aprovechamiento escolar menor de 50%. Se expresa con calificación inferior a 5.

Regular: Aprovechamiento escolar entre 50% y 80%. Se expresa con calificaciones entre 6 y 7.

Bueno: Aprovechamiento escolar entre 80 y 90%. Se expresa con calificaciones entre 8 y 9.

En el presente estudio se considero el aprovechamiento escolar consignado en el expediente clínico.

Resultados:

Se estudiaron 54 pacientes con diagnóstico de intento suicida (CIE IX: 958, 959.9 y 300.9 y CIE X: Z91.5) en el Archivo Clínico del Instituto Nacional de Pediatría entre los años 1990 y 2000. 46 (85%) fueron del género femenino y 8 (15%) del masculino ($p < 0.001$). La edad promedio del intento fue de 14 años, con rango de 7 a 18 años. 52 pacientes (96%) fueron adolescentes y 2 (4%) infantes. La distribución por edad y sexo se muestra en la gráfica I. La escolaridad varió entre 2° de primaria a 3° de bachillerato. La mediana fue 2° de secundaria. La distribución por nivel educativo se muestra en la tabla I. El aprovechamiento escolar fue malo en 32 pacientes (59%), regular en 13 (24%) y bueno en 5 (9%); se ignora en 1 caso (2%). En 11 casos (20%) los pacientes habían suspendido sus estudios: 5 por un año, 3 por 2 años, 1 por 3 años y 2 por 4 años. Eran estudiantes 43 de ellos (79.6%) y trabajadores 3 (5.5%); 3 no tenían alguna ocupación y en cinco casos (9.4%) se ignora ocupación. La mayoría de los pacientes (98%) eran solteros a excepción de uno (unión libre). La procedencia fue del Distrito Federal para 49 pacientes (90.7%), del Estado de México en 4 (7.4%) y Oaxaca 1 (1.9%). El nivel socioeconómico predominante fue el bajo con 53 casos (98%). En relación

con la distribución estacional se encontró: en primavera 23 casos (42.5%), 13 (24%) en invierno, 10 (18.5%) en verano y 8 (15%) en otoño.

Entre los antecedentes personales se encontró que 30 pacientes (55.5%) provenían de familia completa y 24 (44.5%) de incompleta. Los padres eran casados en 21 casos (39%), separados en 15 (28%), unión libre en 5 (9%), divorciados en 5 (9%), solteros en 4 (7.4%), viudos en 3 (5.6%) y en un caso (2%) ambos padres habían fallecido. 23 pacientes (42.5%) tuvieron ausencia de figura paterna. La tabla II muestra el tipo de familia donde vivía el paciente y la tabla III la ocupación del sostén económico de la familia. La disfunción familiar se presentó en 50 casos (92.5%), en uno (2%) no se presentó y se ignora el dato en 3(5.5%). En 27 casos (50%) se presentó conducta (padres-paciente) de: maltrato, indiferencia o sobreprotección familiar. (ver tabla IV). Del total de pacientes, tres (5.5%) tuvieron rol de madre y uno (2%) de padre. Un paciente manifestó sentimiento de pérdida de familiares y amigos por cambio de domicilio. Se encontró violencia intrafamiliar en 29 (54%) casos. En la tabla V se muestran los agentes de violencia intrafamiliar. Se encontró antecedente familiar de alcoholismo en 30 casos (55.5%), drogadicción en 4 (7%) y en dos casos (4%) drogadicción entre los amigos. El antecedente personal de alcoholismo se presentó en 8 pacientes

(15%) y de drogadicción en 4 (7%). La tabla VI nos muestra el sujeto que presentó el antecedente. En 24 casos (44.4%) la paciente fue primogénita.

Con respecto a los pacientes, cuatro (7.4%) de ellos tenían alguna enfermedad: 3 epilepsia y uno obesidad, hipotiroidismo y asma; el resto sin enfermedades físicas aparentes.

En la tabla VII se muestran las características temperamentales y de personalidad. 53 casos (98%) tuvieron antecedentes personales psiquiátricos. (ver tabla VIII). En 11 pacientes (20%) se presentó antecedente familiar de patología psiquiátrica: depresión materna en 10 casos(18%) y neurosis paterna en uno (2%). 10 pacientes (18.5%) tuvieron antecedente familiar de intento de suicidio y 2 (4%) de suicidio consumado. (ver tabla IX).

El motivo desencadenante para el intento suicida se muestra en la tabla X; frecuentemente fue una discusión. Cuarenta y siete pacientes (87%) ingirieron alguna sustancia química y 7 se autoinflingieron alguna lesión (13%).(Ver tabla XI). En el género femenino la edad promedio para la ingesta de medicamentos fue de 13.9 años, con moda de 15 años. El varón presentó una distribución bimodal: de 15 y 16 años; la edad promedio fue de 15.5 años. El mecanismo de lesión en masculinos presentó una edad promedio de 13.7 años y de casi ahorcamiento de 12.6

años. En el femenino la edad promedio de lesión fue de 15 años. La tabla XII muestra la relación con edad y método utilizado.

En 42 casos (78%) se trató del primer intento; la tabla XIII muestra la proporción en que se ha intentado más de una vez. Se encontró ideación suicida en 37 casos (68.5%). En 2 (4%) casos la conducta suicida fue imitativa. Todos los pacientes recibieron tratamiento médico psiquiátrico inicial y 10 (18%) tratamiento farmacológico: antidepresivo:5 (9%), anticonvulsivante:3 (5%), ansiolítico:1 (2%) y neuroléptico:1 (2%).

La frecuencia anual de casos se muestra en la gráfica II.

Discusión:

La incidencia de intentos de suicidio fue 26 veces más frecuente durante la adolescencia que en la infancia; superior a lo reportado previamente de 9 (2). Aumento relacionado -entre otros factores- con las nuevas demandas sociales que tiene que afrontar el adolescente, no siempre acordes con su madurez emocional, y que pretende una incorporación demasiado rápida en el mundo de los adultos. Características de un grupo de la sociedad que en pleno crecimiento y desarrollo presenta problemas o desajustes que no le permiten enfrentar los desafíos propios de la edad (toma de decisiones adecuadas), obstaculizando así sus potencialidades en forma prematura y condicionando una disfunción de rol que es el camino a la conducta suicida. A diferencia de lo referido por Mardomingo que no reporta casos en menores de 8 años de edad en el presente estudio se encontró uno de 7. A partir de esta edad la incidencia aumentó y alcanzó un máximo a los 15 años, similar a lo reportado de 14 (2). La edad promedio del intento fue de 14 años; similar a lo reportado por Solano de 15.7 (3). Se comprobó que desde antes de la adolescencia puede ocurrir este fenómeno, aunque su incidencia es baja (4%). Respecto al género fue 7 veces más frecuente en el femenino que en el masculino; dato estadísticamente significativo. En el presente estudio

85% de los pacientes fueron femeninos; similar a lo reportado de 83%.

(2). En ellas se encontró al paciente de 7 años y su mayor incidencia se reportó a los 15 años, similar a lo referido en la literatura de 14. El género femenino presenta una madurez psicológica más precoz que les hace captar antes que a los varones, problemas propios del mundo de los adultos. En el presente estudio el 81% de los pacientes fueron adolescentes femeninos, dato que comprueba nuestra hipótesis de que el intento de suicidio es más frecuente en la adolescente. A pesar de que 94% de los pacientes fueron estudiantes, el 59% presentó mal aprovechamiento escolar y 20% interrumpieron sus estudios, resultado similar a lo reportado (4). Dato que es importante, ya que la ausencia de escolarización intensifica los sentimientos de aislamiento y soledad y favorece la conducta suicida.

El 98% de nuestros pacientes fue soltero, superior a lo reportado por Terroba de 70% (5). El nivel socioeconómico fue bajo en el 98% de los casos, entre más bajo es el nivel socioeconómico aumenta el riesgo del intento, al condicionar limitantes económicas, sociales y educativas. Respecto a la distribución estacional en el presente estudio se encontró un mayor número de casos (42.5%) durante la primavera, similar a lo



referido en la literatura sin que se reporte explicación para esta distribución.

Tal como se reporta (3,7) en el presente estudio se encontró ausencia de figura paterna en 42.5%, antecedente de importancia ya que conduce a sentimientos de depresión que incrementan el riesgo del intento suicida. Clínicamente se corroboró la presencia de disfunción familiar en 92.5% de los casos, (dato que comprueba nuestra hipótesis de que las alteraciones de la dinámica familiar se asocian con frecuencia al intento de suicidio). Los datos de este estudio muestran la importancia en nuestro medio de un funcionamiento familiar adecuado al ser un factor significativo en la toma de decisiones (correctas e incorrectas) del infante y adolescente. En 82% de nuestros pacientes se encontraron conductas de maltrato físico y o emocional, de indiferencia afectiva o de sobreprotección; conductas que ocasionan falta de apoyo emocional y personal por parte de la familia e incrementan el riesgo. 7% de los pacientes presentaron alteración en la interacción de su rol adoptando funciones y responsabilidades de madre o padre, con lo que se esperaba que el paciente asumiera el papel faltante (del sexo opuesto) dentro de la familia. 2% del total de casos manifestó sentimiento de pérdida de

familiares y amigos por cambio de domicilio, lo que condicionó soledad, aislamiento social y alteración en las relaciones interpersonales.

Valdez (8) reporta que el intento de suicidio se asocia en un 28 a 60% a violencia intrafamiliar. En el presente estudio se encontró una incidencia de 54%. La violencia intrafamiliar es un factor importante, ya que se aprende durante la niñez y se trasmite de generación en generación utilizándola como un medio para resolver los conflictos. González Forteza (4) reporta como factores de riesgo para intento suicida el consumo de alcohol o drogas por el paciente. En el presente estudio se encontró alcoholismo en 15% y consumo de drogas en 7%. Las adicciones alteran el juicio, la cognición y el humor al desinhibir conductas impulsivas que han permanecido reprimidas e incrementan el riesgo. El 44.4% de las pacientes fueron primogénitas, lo cual ha sido señalado por otros autores (3,4,6). El riesgo se encuentra relacionado con la existencia de una mayor presión familiar, económica, social e inexperiencia educativa por parte de los padres que suelen cometer más errores en la crianza.

En el presente estudio se encontró patología orgánica en 7% de los casos y en 2% la presencia de obesidad fue factor de riesgo para intento de suicidio al condicionar baja autoestima, labilidad emocional, sentimientos de soledad, desesperanza y problemas interpersonales.

Mardomingo (1) reporta características temperamentales y de personalidad que son más frecuentes en los pacientes que intentan suicidarse. En el presente estudio se encontraron datos similares: impulsividad, labilidad emocional, baja autoestima, problemas interpersonales, escasa tolerancia a la frustración, sentimientos de soledad, sin expectativas a futuro y dificultad para encontrar soluciones alternativas a los problemas de la vida. Similar a lo reportado por Solano (3) se encontró sentimiento de desesperanza, conducta agresiva y antisocial. En nuestro estudio se encontró la presencia de timidez en 11% de los pacientes. La desesperanza se presentó en 22% inferior a lo reportado de 93% (1). Características de importancia ya que al interactuar con otros factores asociados incrementan el riesgo de manera significativa. Se refiere (1) que aproximadamente el 80% de los niños y adolescentes que intentan suicidarse sufren un trastorno psiquiátrico, en nuestro estudio fue superior 98%. Dentro de ellas la depresión representó el 74%. La segunda patología asociada fue el trastorno del control de los impulsos en 65%; diferente a lo reportado de que son las alteraciones conductuales (1). Jiménez (9) refiere una mayor asociación con impulsividad como estilo de vida más que con ánimo depresivo, en nuestro estudio se presentó asociación de impulsividad con estado de

ánimo depresivo en 65% de los pacientes. Se encontró correlación entre comportamientos suicidas y antecedentes familiares de trastornos afectivos (depresión mayor en 18% de los casos). Situación que pone de manifiesto el papel de los factores genéticos (1) y biológicos (6); sin restar importancia a la influencia de la interacción del individuo con su medio ambiente social.

En el presente estudio se encontró que el 39% de los intentos de suicidio fueron desencadenados por discusión con los padres, ha sido reportado de 50% por Mardomingo (2); el segundo lugar fue por conflictos con el novio 11%, seguido de problemas escolares 9%; diferente a lo reportado de que es el temor al castigo por los padres y el miedo a la separación de los mismos. Los problemas escolares se encontraron en 9% similar a lo reportado de 6.6%. En el presente estudio se encontraron causas desencadenantes diferentes a las reportadas en la literatura: recuerdo de padre muerto 5%, discusión con amigos 5%, depresión por enfermedad de base 2%, exigencia por participar en labores domésticas 2%. No se encontró causa desencadenante en 13% similar a lo reportado de 13.3% (2).

En nuestro estudio el método utilizado en el 80% de los pacientes femeninos (infantes y adolescentes) fue la ingesta de medicamentos

inferior a lo reportado de 100% (2). Del total de pacientes femeninos y en el grupo de adolescentes se encontró en 95%. Dato que comprueba nuestra hipótesis de que el mecanismo más frecuentemente utilizado por adolescentes femeninos es la ingesta de medicamentos. Las sustancias principalmente ingeridas fueron medicamentos de los siguientes grupos: analgésicos antiinflamatorios no esteroideos 33%, antibióticos 24%, anticomiciales 18.5% y benzodiazepinas 11%, contrario a lo referido (2) de que el primer lugar lo ocupan las benzodiazepinas, seguido de la utilización de analgésicos antiinflamatorios y antipiréticos. Este método se encuentra fácilmente disponible, lo que se explica porque habitualmente en la mayoría de los hogares existen reservas de los fármacos o son utilizados para tratamiento de algún familiar o el propio paciente. Se percibe como una alternativa eficaz ante una situación problemática. Llama la atención la utilización de medicamentos sin efectos sobre el sistema nervioso central, con baja letalidad y gran posibilidad de rescate. El método de lesión fue utilizado por 6% de los pacientes femeninos: 4% utilizó inyección de químicos y 2% se lanzó al vacío. En el presente estudio 50% de los pacientes masculinos utilizaron el mecanismo de lesión inferior a lo reportado de 100%. Los métodos utilizados fueron casi ahorcamiento en 37.5%, inyección de mercurio 12.5%, no se encontró

lesión por arma de fuego como es referido por Solano (3). Contrario a lo reportado (2) se encontró que 50% de los pacientes masculinos percibieron la ingesta de medicamentos como una alternativa eficaz.

Mardomingo (2) reporta que 20% tienen dos o más intentos previos y Terroba (11) 29%, en nuestro estudio el resultado fue similar (22%). Dato importante, que exige atención médica integral (desde el primer contacto), captación, tratamiento interdisciplinario y rehabilitación. El antecedente de intentos previos es un factor de riesgo, en cada intento se incrementa el grado de letalidad y el riesgo de consumarlo.

La ideación suicida se presentó en 68.5% similar a lo referido por Mardomingo de 73% (2) y superior a lo reportado por López de 47% (13). La ideación suicida incrementa el riesgo del intento de suicidio ya que involucra un pensamiento más elaborado (4). Garrison (12) reporta que la ideación suicida se encuentra asociada a desesperanza, autoestima baja, conflictos interpersonales y fracasos escolares; sentimientos presentes en la mayoría de nuestros pacientes. González Forteza (12) reporta factores protectores de ideación suicida: autoestima adecuada, buenas relaciones familiares y de apoyo, buen rendimiento escolar, ausencia de enfermedades crónicas y el saber reconocer la necesidad de

pedir ayuda, factores que no se encontraron en el grupo de pacientes estudiado.

La gráfica II muestra egresos por intento de suicidio, observándose tendencia al incremento cíclico bianual durante los últimos 6 años.

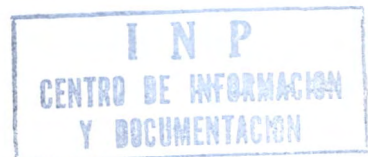
En la etiopatogenia del intento suicida intervienen factores sociodemográficos, genéticos, biológicos, psicológicos y cognitivos. La motivación suele ser compleja y habitualmente responde a más de una razón; por lo que interviene la interacción de factores asociados y no solo uno de ellos para convertirse en factores de riesgo. Cualquier factor de escasa importancia puede convertirse en desencadenante del intento de suicidio; sobre todo en la adolescencia, época a la que se agregan las preocupaciones propias de la etapa. La decisión de un adolescente de atentar contra su vida, surge de la combinación de problemas que se remontan al pasado, sobre todo en la infancia, que se reactivan en la adolescencia y de problemas del momento.

Conclusiones:

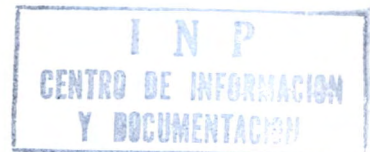
En la muestra estudiada se encontró el siguiente perfil epidemiológico: Paciente adolescente, femenino, edad promedio de 14 años, escolaridad secundaria, desempeño escolar malo, soltera, primogénita, nivel socioeconómico bajo, provenir de familia con padres sin nexos matrimoniales, ausencia de figura paterna, disfunción familiar crónica, antecedente de alcoholismo, violencia intrafamiliar, características personales de impulsividad, labilidad emocional y-o baja autoestima. Comorbilidad psiquiátrica de depresión con trastorno del control de los impulsos. Antecedente familiar de depresión y-o conducta suicida. En que el factor desencadenante es un conflicto familiar, amoroso o escolar, con fácil acceso a medicamentos, generalmente es su primer intento y es precedido por ideación suicida.

Referencias bibliográficas:

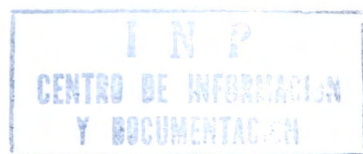
- 1.- Mardomingo SMJ, Catalina ZMJ: Factores de riesgo en los intentos de suicidio del adolescente. An Esp Pediatr 1996;**
- 2.- Mardomingo SMJ, Catalina ZMJ: Intentos de suicidio en la infancia y adolescencia: características epidemiológicas. An Esp Pediatr 1992; 37(1): 29-32.**
- 3.- Solano MC, Sánchez GO: Intento de suicidio en adolescentes mexicanos. Rev Med Psiquiatr 1996; 5(2): 15-20.**
- 4.- González Forteza C, Berenzon-Gorn S, Tello Granados AM, Facio Flores D, Medina Mora JME: Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. Salud Pub Mex 1998; 40(5): 430-437.**
- 5.- Terroba G, Heman CA, Saltijeral MT, Martínez LP: El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. Salud Pub Mex 1986; 1(28): 48-55.**
- 6.- Sánchez GO: Suicidio en niños y adolescentes. Arellano Penagos 2000: 233-253.**
- 7.- Mardomingo SMJ, Catalina ZMJ: Intentos de suicidio en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. An Esp Pediatr 1992; 36(6): 429-432.**

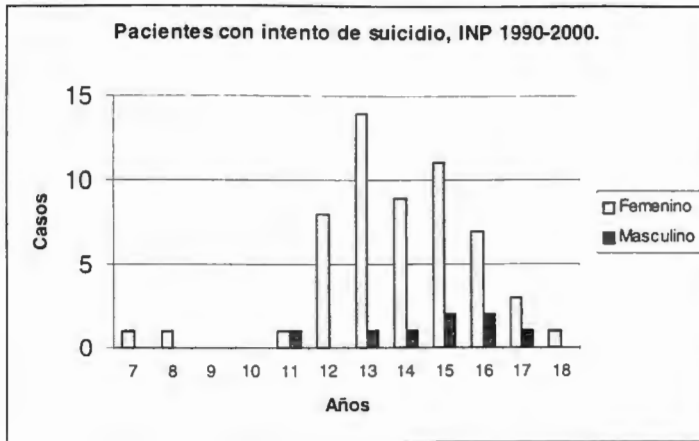


- 8.- Valdez R, Juárez C: Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Ment* 1998; 21(6): 1-10.
- 9.- Jiménez GA, Senties CH, Ortega SHA: Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. *Salud Ment* 1997: 36-41.
- 10.- Rotheram-Borus M: Suicidal behavior and risk, factors among runaway youths. *Am Psychiatry* 1993; 150: 103-107.
- 11.- Weissman M: The epidemiology of suicide attempts 1960-1. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30: 737-746.
- 12.- González Forteza C, García G, Médina Mora ME, Sánchez MA: Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Ment* 1998; 21(3): 1-9.
- 13.- López LEK, Médina Mora ME, Villatoro JA: La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Salud Ment* 1995; 18(4): 25-32.
- 14.- Mondragón L, Saltijeral, Bimbela A, Borges G: La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Ment* 1998; 21(5): 20-27.



- 15.- Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R: Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pub Mex* 1996; 38: 197-206.
- 16.- Almanza MJJ, Grain JJP, Becerril MJR, Cuevas CC: Suicidio e intento suicida: revisión actualizada. *Rev. Sanid Milit Mex* 1997; 5(6): 260-266.
- 17.- Borges G, Rosovsky H, Caballero M, Gómez C: La evolución reciente del suicidio en México 1970000-1991. *An Inst Mex Psiquiatr* 1994; 5: 15-21.
- 18.- Caraveo Anduaga, J, Medina Mora ME, Rascón ML: La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta de México. *Salud Ment* 1996; 19(3): 14-21.
- 19.- Hajar MM, Rascón PARA, Blanco MJ, López LMV: Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Ment* 1996; 19(4): 14-21.





**Gráfica 1 Distribución por edad y sexo de los pacientes con intento de suicidio.
INP. 1990-2000.**

NIVEL EDUCATIVO	No. DE CASOS	%
Primaria	7	13
Secundaria	32	59
Preparatoria o su equivalente	12	22
Analfabeta	3	6
Total	54	100

Tabla I. Escolaridad de los pacientes con intento de suicidio.

INP. 1990-2000.

TIPO DE FAMILIA	No. DE CASOS	%
COMPLETA:		
Nuclear	22	41
Extensa o ampliada	5	9
Mixta	3	5.5
Total	30	55.5
INCOMPLETA		
Ausencia de figura paterna	23	42.5
Ausencia de figura materna	1	2
Total	24	44.5

Tabla II. Tipo de familia del paciente con intento de suicidio. INP 1990-2000.

PARENTESCO	OCUPACIÓN	No. DE CASOS	%
Padre:	Comerciante	7	13
	Empleado	4	7
	Chofer	4	7
	Albañil	4	7
	Obrero	2	4
	Pintor	2	4
	Periodista	1	2
	Fotógrafo	1	2
	Carpintero	1	2
	Jardinero	1	2
	Soldador	1	2
	Pensión	1	2
	Total:	29	54
Madre:	Empleada	16	30
	Profesionista	2	4
	Comerciante	1	2
	Total	19	35
Otros:			
Tío	Obrero	1	2
Tío	Empleado	1	2
Hermano	Empleado	1	2
Padraastro	Profesionista	1	2
Padraastro	Policía	1	2
Hermano	Se ignora	1	2
	Total:	6	11
TOTAL		54	100

Tabla III. Ocupación del sostén económico de la familia. INP. 1990-2000.

PARENTESCO	AGRESIÓN FÍSICA.	%	AGRESIÓN EMOCIONAL	%	INDIFERENCIA AFECTIVA	%	SOBRE PROTECCIÓN	%
	No. de casos		No. de casos		No. de casos		No. de casos	
Padre	**9	17	**4	7	8	15	0	0
Madre	7	13	1	2	8	15	6	11
Ambos padres	1	2	0	0	9	17	2	4

****Dos de los padres son agresores físicos y emocionales.**

Tabla IV. Relación afectiva padres-paciente. INP. 1990-2000.

PARENTESCO	AGRESIÓN FÍSICA	%	AGRESIÓN EMOCIONAL	%
	No. DE CASOS		No. DE CASOS	
Padre	9	17	4	7
Madre	7	13	1	2
Abuelo(a)	4	7	2	4
Padrastro	3	5	2	4
Hermano(s)	2	4	0	0
Madrastra	1	2	0	0
Total	26	48	9	17

***Puede haber más de un agresor por paciente y más de un tipo de agresión.**

Tabla V. Violencia intrafamiliar y agentes efectores. INP 1999-2000.

PERSONA AFECTADA	ALCOHOLISMO	%	DROGADICCIÓN	%
	No. DE CASOS		No. DE CASOS	
Padre	19	35	2	4
Paciente	8	15	4	7
Abuelos (as)	7	13	0	0
Madre	4	7	0	0
Otros familiares	2	4	2	4
Amigos	0	0	2	4
Total	40	74	10	19

Tabla VI. Antecedentes familiares, personales y amigos con alcoholismo y drogadicción. INP. 1990-2000.

CARACTERÍSTICAS TEMPERAMENTALES Y DE PERSONALIDAD	No. DE CASOS	%
Impulsividad	35	65
Labilidad emocional	20	37
Baja autoestima o imagen personal deficiente	15	28
Desesperanza	12	22
Agresividad	12	22
Problemas interpersonales	8	15
Escasa tolerancia a la frustración	7	13
Conducta antisocial	7	13
Timidez	6	11
Sentimientos de soledad	5	9
Sin expectativas a futuro	4	7
Dificultad para encontrar soluciones alternativas a los problemas cotidianos	1	2

*Los casos no suman el 100%, ya que un paciente puede cursar con más de una alteración.

Tabla VII. Características temperamentales y de personalidad en los pacientes con intento de suicidio. INP. 1990-2000

PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA	No. DE CASOS	%
Depresión	40	74
Trastorno del control de los impulsos	35	65
Trastorno de conducta negativista desafiante	8	15
Trastorno de personalidad histriónica	4	7
Trastorno de ansiedad:		
Obsesivo-compulsivo	2	4
Fobia simple	1	2
Trastorno de hiperactividad y déficit de atención	3	6
Distimia (neurosis depresiva)	2	4
Trastorno de conducta antisocial	2	4
Trastorno afectivo bipolar (maniaco-depresivo)	1	2
Trastorno de personalidad limitrofe	1	2
Trastorno psicofisiológico de eliminación (encopresis)	1	2
Trastorno de conducta disocial	1	2
Trastorno somatomorfe (trastorno de conversión)	1	2
Esquizofrenia	1	2

***Los casos no suman el 100%, ya que un paciente puede cursar con más de un trastorno.**

Tabla VIII. Patología psiquiátrica del paciente con intento de suicidio. INP. 1990-2000.

PACIENTE	No. DE CASOS DE INTENTO	%	No. DE CASOS DE SUICIDIO	%
Madre	2	4	0	0
Hermanos	2	4	1	2
Tíos	2	4	0	0
Padre	1	2	1	2
Padre y tío materno	1	2	0	0
Tíos y primos	1	2	0	0
Otro familiar	1	2	0	0
Total	10	18	2	4

Tabla IX. Antecedentes familiares con intento o suicidio consumado. INP. 1990-2000.

MOTIVO O CAUSA DESENCADENANTE	No. DE CASOS	%
Conflictos familiares:		
Discusión con la madre	12	22
Discusión con ambos padres	6	11
Discusión con el padre	4	7
Discusión con los hermanos	3	5
Discusión con otros familiares	4	7
Sentimiento de enojo por nacimiento de hermano	1	2
Total de conflictos familiares:	30	55
Conflictos con el novio	6	11
Problemas escolares:	5	9
Discusión con amigos	3	5
Recuerdo del padre muerto	3	5
Temor al castigo por los padres	2	4
Depresión por patología de base	1	2
Exigencia por participar en labores domésticas	1	2
Se desconoce	7	13

Los casos no suman el 100%, ya que un paciente puede cursar con 2 motivos desencadenantes.

Tabla X. Motivo desencadenante del intento de suicidio. INP. 1990-2000.

MÉTODO UTILIZADO	No. DE CASOS	%
VÍA ORAL.		
Ingesta de medicamentos:		
Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos	18	33
Antibióticos	13	24
Anticomiciales	10	18
Benzodicepinas	6	11
Antihistamínicos	5	9
Relajantes musculares	4	7
Antiprotozoarios	4	7
Antiparasitarios	3	5
Antiácidos	3	5
Antiespasmódicos	3	5
Antidepresivos	3	5
Anticoagulantes	2	4
Vasodilatadores cerebrales	2	4
Hipoglucemiantes	2	4
Beta bloqueadores	2	4
Otros	12	22
No especificados	4	7
Ingesta de raticida:	5	9
Ingesta de otros productos químicos:	3	5
LESIÓN.		
Casi ahorcamiento	3	5
Inyección de mercurio	2	4
Inyección de organofosforados	1	2
Lanzamiento al vacío	1	2

*Otros incluye: levadura de cerveza, antiagregante plaquetario, anorexigénico, vitaminas, vasoconstrictor, antivertiginoso y antiemético, cardiotónico, enzimas pancreáticas, antimigrañoso, alcaloide, valeriana, ergonovina.

Tabla XI. Método utilizado en el intento de suicidio. INP. 1990-2000.

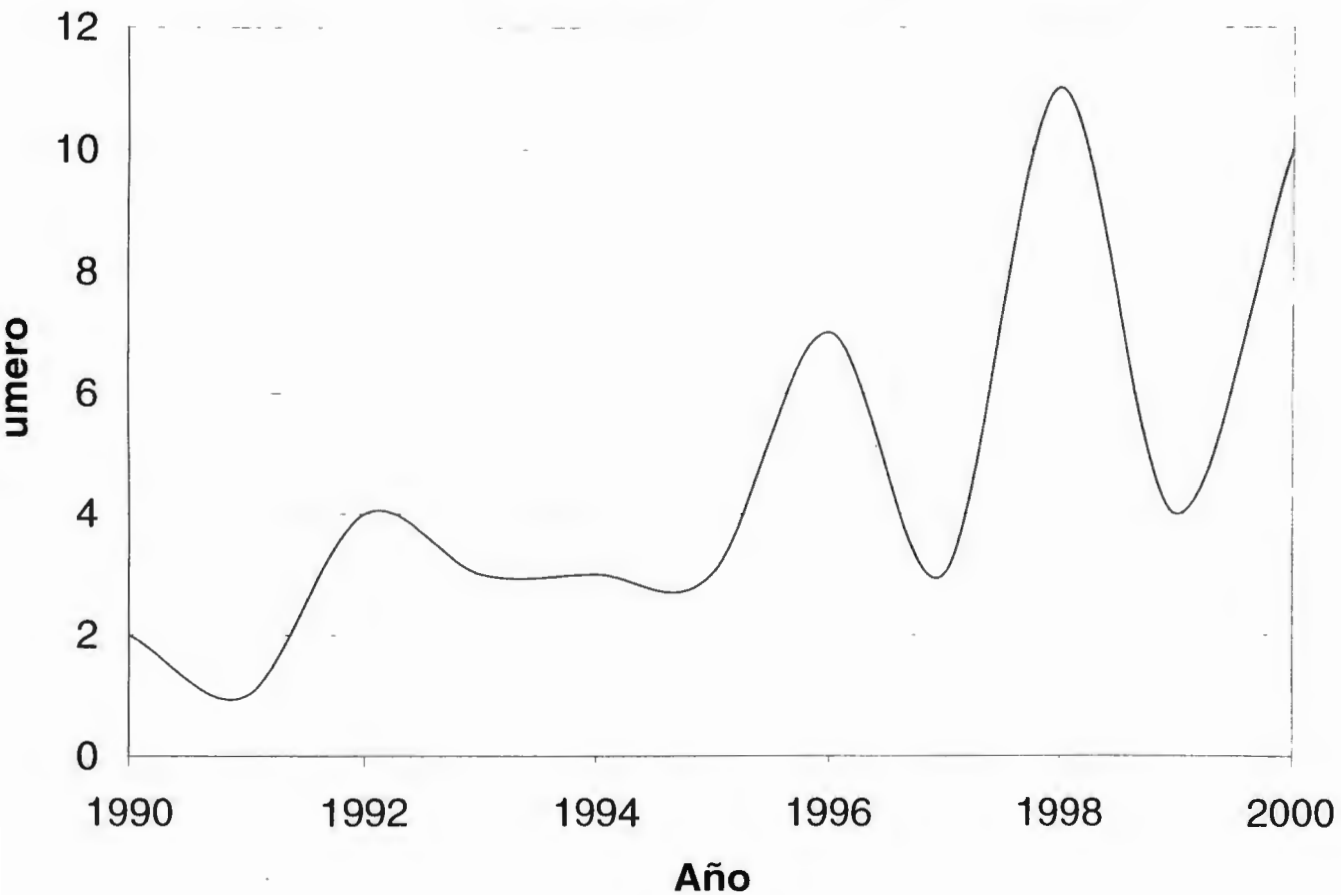
EDAD Y MÉTODO UTILIZADO	FEMENINO	%	MASCULINO	%
	No. DE CASOS		No. DE CASOS	
Vía oral:				
7 años	1	2	0	0
8 años	1	2	0	0
9 años	0	0	0	0
10 años	0	0	0	0
11 años	1	2	0	0
12 años	7	13	0	0
13 años	4	7	0	0
14 años	9	17	0	0
15 años	11	20	2	4
16 años	6	11	2	4
17 años	2	4	0	0
18 años	1	2	0	0
Total vía oral:	43	80	4	8
Lesión:				
Casi ahorcamiento:				
11 años	0	0	1	2
13 años	0	0	1	2
14 años	0	0	1	2
Inyección de mercurio				
17 años	1	2	1	2
Inyección de organofosforados				
16 años	1	2	0	0
Lanzamiento al vacío				
12 años	1	2	0	0
Total de lesiones:	3	6	4	8

Tabla XII. Distribución por edad y método utilizado en el intento de suicidio. INP.
1990-2000.

No. DE INTENTOS	No. DE CASOS	%
Primero	42	78
Segundo	6	11
Tercero	3	5
Cuarto	0	0
Quinto	1	2
Sexto	0	0
Séptimo	2	4
Total de casos	54	100

Tabla XIII. Proporción de intentos de suicidio. INP. 1990-2000.

Egresos por intento de suicidio, INP 1990-2000.



INE
CENTRO DE INFORMACIÓN
Y DOCUMENTACIÓN