

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



INTENTO DE SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, SUS CARACTERÍSTICAS BIOPSIICOSOCIALES Y DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS, HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA, ENERO – FEBRERO 2018

Tesis presentada por la Bachiller:

MOLLENEDO FLORES, LUISA FERNANDA

Para optar el Título Profesional de Médica - Cirujana

Asesor: Dr. Vilca Arenas, Alfredo

Arequipa - Perú

2018

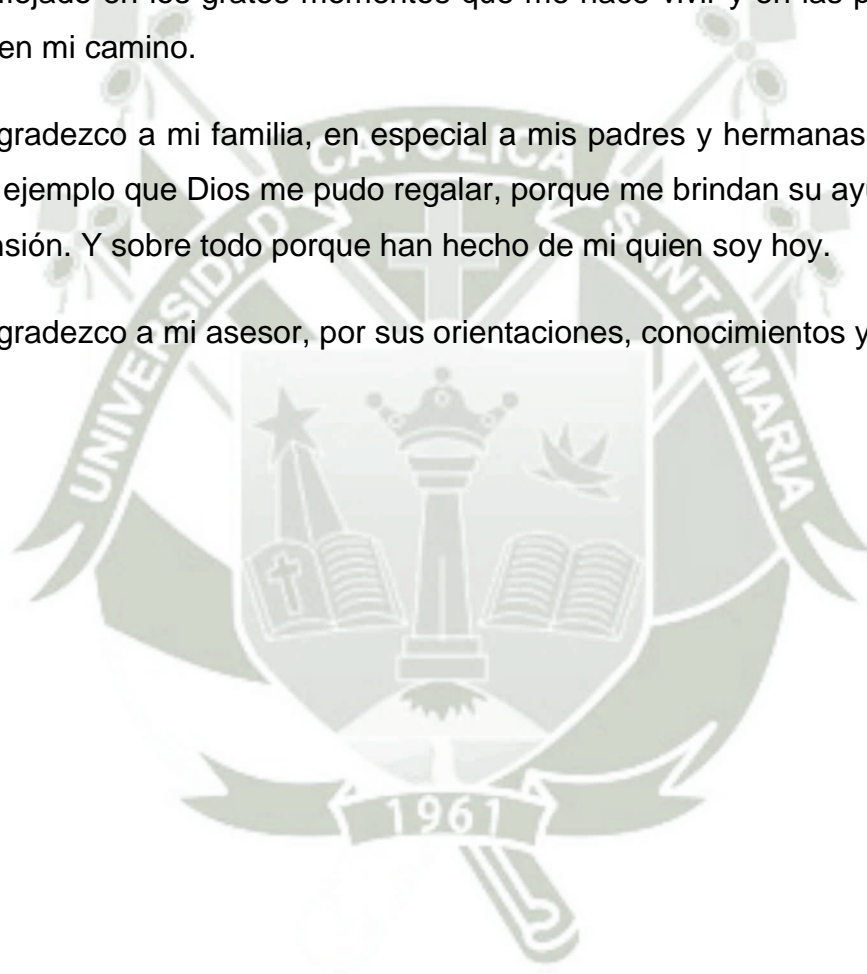


AGRADECIMIENTO

Agradezco y agradeceré siempre a Dios, por todo su amor y porque éste se ve reflejado en los gratos momentos que me hace vivir y en las personas que Él pone en mi camino.

Agradezco a mi familia, en especial a mis padres y hermanas, porque son el mejor ejemplo que Dios me pudo regalar, porque me brindan su ayuda, cariño y comprensión. Y sobre todo porque han hecho de mi quien soy hoy.

Agradezco a mi asesor, por sus orientaciones, conocimientos y tiempo.



DEDICATORIA

A Dios, por darme todo lo que tengo.

A mis padres, quienes me educaron con mucho más de lo que merezco.

A mi asesor por su tiempo y paciencia.



EPÍGRAFE

*El médico que no entiende de almas
no entenderá cuerpos.*
José Narosky



ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	i
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	1
CAPÍTULO II RESULTADOS	5
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	32
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXOS	49
ANEXO 1: Ficha de recolección de datos	50
ANEXO 2: Proyecto de investigación	54
ANEXO 3: Matriz de sistematización de información	85

INTRODUCCIÓN

Durkheim definió el suicidio como “el final de una vida que resulta en forma directa o indirecta de un acto positivo o negativo, realizado por la propia víctima y que sabe que va a morir” (1,2).

La conducta suicida en sí no es una patología, sino que puede estar inscrita en una serie de enfermedades emocionales, siendo la principal el trastorno depresivo, y por lo tanto no se puede establecer una sola etiología (2).

En la actualidad se consideran otras características importantes para definirlo, como el hecho de que sea voluntario, activo (se excluye el suicidio pasivo), limitado en el tiempo, a menudo instantáneo, clásicamente lúcido e intencional de alguien que “podría elegir vivir” (1).

Suele ser difícil entender cómo el ser humano, cuyo instinto está programado para proteger su vida, pueda provocarse la muerte por decisión propia; sin embargo, a diario mueren un millar de personas en el mundo por causa del suicidio, lo que plantea un problema sanitario significativo (1).

La conducta suicida en niños y adolescentes constituye un serio problema de salud que debe ser afrontado por los diferentes elementos de la sociedad ya que intervienen factores individuales de la familia y de la comunidad. La conducta suicida en niños y sobre todo en adolescentes es motivo de consulta frecuente en el Departamento de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado. Una adecuada evaluación psiquiátrica permitirá decidir la conducta terapéutica adecuada a seguir (5).

Es nuestro interés conocer la complejidad de la conducta suicida en niños y adolescentes que acuden para atención, considerando que podemos contribuir al mejor conocimiento de los factores de riesgo personales y familiares que tienen que ver con la conducta suicida en dicha población.

El objetivo del presente trabajo fue determinar las características biopsicosociales y el diagnóstico psiquiátrico de niños y adolescentes

diagnosticados de intento de suicidio y atendidos en el Departamento de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, durante los meses de enero y febrero del 2018.



RESUMEN

El intento de suicidio en niños y adolescentes es un problema que ha ido incrementándose en los últimos años, se ha vuelto un tema de importancia por su impacto. Es más, es la tercera causa de muerte en la juventud de hoy. El objetivo del presente trabajo es determinar las características biopsicosociales y el diagnóstico psiquiátrico de niños y adolescentes diagnosticados de intento de suicidio y atendidos en el Departamento de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa en los meses de enero y febrero del 2018. El método que se usó fue la revisión de las historias clínicas de emergencia, y se dan los resultados haciendo uso de estadística descriptiva. Los resultados que se obtuvieron fueron que hubo un total de 18 casos de niños y adolescentes con el diagnóstico de intento de suicidio, el 83.3% fueron mujeres, con edades entre los 12 a 18 años. En cuanto a las características sociodemográficas, el 83.3% fueron solteros; el 61.1% tenía grado de instrucción secundaria; el 94.4% profesaba la religión católica; el 77.8% eran estudiantes; y el 50.0% procedía de una familia nuclear. Respecto al lugar y al día donde ocurrió el intento de suicidio, el 72.2% fue dentro de la casa y el 44.4% se dio los fines de semana. Las horas de ocurrencia con más frecuencia fueron a las 18:00 y 20:00 horas con 22.2% cada una. El instrumento más utilizado fue la polifarmacia en un 50%. El evento desencadenante más común fue los problemas sentimentales con 16.5%. Respecto a intentos de suicidio anteriores, el 38.9% admitió uno y el 11.1% dos intentos previos. Se presentó antecedente de maltrato infantil en un 61.1%; además, el 72.2% refería antecedentes psiquiátricos en su familia. El diagnóstico más frecuente fue trastorno de personalidad límite con 16.7%. Como conclusión podemos indicar que de los 18 casos diagnosticados, la mayor parte fueron mujeres, estudiantes que optaron por la polifarmacia.

PALABRAS CLAVES: intento de suicidio – niños – adolescentes – factores asociados

ABSTRACT

Child and adolescent suicide attempt is a problem that has increased in recent years, and it has become an important issue because of its impact. Actually, is the third cause of death in the youth nowadays. The objective of this work is determine the biopsychosocial characteristics and the psychiatric diagnosis in children and adolescents with suicide attempt that ere attended by the Honorio Delgado Emergency Department, during January and February 2018. The method that was used was the review of clinical histories from emergency department. Descriptive statistics is used to report the results. The results that were obtained were a total of 18 cases from children and adolescents suicide attempt; 83.3% were women, with ages between 12 to 18 years. Inasmuch as sociodemographic characteristics, 83.3% were single, 61.1% counted with high school, 94.4% professed the Catholic religion, 77.8% were students, 50% came from a nuclear family. About the place and day where the attempt occurred, 72.2% were in home, and 44.4% was on weekends. The most frequent hours of the attempt were 18:00 and 20:00. The most frequent tool was the polypharmacy with 50%. The trigger events more common was the emotional problems with 16.5%. About previous suicide attempts, 38.9% admitted one and 11.1% two previous attempts. Antecedents of child abuse were presented in 61.1%; additionally 72.2% reported family psychiatric history. The most frequent diagnostic was the borderline personality disorder in 16.7%. As s conclusion we can indicate that of the 18 cases diagnosed, the majority were women, students who opted for polypharmacy.

Keywords: suicide attempt – children – adolescents – associated factors

CAPÍTULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

a. **Técnicas:**

En la presente investigación se aplicará la técnica de la observación documental.

b. **Instrumentos:**

Se aplicará como instrumento una ficha de recolección de datos (Anexo 1), donde se consignarán datos de las características sociodemográficas y aspectos clínicos.

c. **Material:**

- Fichas de recolección de datos
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamientos de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

a. **Ubicación espacial:**

El presente trabajo de investigación se realizará en el Departamento de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa del Ministerio de Salud. El Hospital está ubicado en la avenida Alcides Carrión N° 505, en el distrito de Cercado, Provincia y Departamento de Arequipa.

b. **Ubicación temporal:**

El estudio se realizó en el periodo de enero – febrero 2018.

c. **Unidades de estudio:**

Historias clínicas de pacientes niños y adolescentes que acudirán para atención al Departamento de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

Población: Todos los pacientes niños y adolescentes con el diagnóstico de intento de suicidio que acudirán al Departamento de Emergencia que cumplan los criterios de inclusión durante el periodo de estudio.

Muestra: No se consideró el cálculo de un tamaño de muestra, ya que se estudió a toda la población de pacientes con el diagnóstico de intento de suicidio tanto niño y adolescente que acudirán al Departamento de Emergencia durante el periodo de estudio.

d. **Criterios de selección:**

i. **Criterios de inclusión:**

- Pacientes de ambos sexos que fueron atendidos en el Departamento de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, con el diagnóstico de intento de suicidio.
- Pacientes evaluados por médico psiquiatra.
- Pacientes hasta los 18 años.

ii. **Criterios de exclusión:**

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que se causaron algún tipo de daño, de manera accidental.

- Pacientes con Gesto Suicida.
- Pacientes cuya historia clínica no registre adecuadamente las características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos para efectos del estudio.

3. Tipo de investigación: Es un estudio descriptivo.

4. Nivel de investigación: Es un estudio de investigación de tipo descriptivo, individual y trasversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

a. Organización

Una vez aprobado el proyecto, se realizaron las coordinaciones necesarias con el Decano de la Facultad de Medicina Humana para el envío de una carta de presentación, solicitándole la autorización para la realización del estudio.

Se solicitó una autorización del Director del hospital y posteriormente del Jefe del Departamento de Emergencia, para poder revisar el libro de registro de pacientes hospitalizados y el acceso a las historias clínicas.

Se procedió a la aplicación de la ficha de recolección de datos y de registro, se recogerá información de las historias clínicas de emergencia y posteriormente el análisis, interpretación y presentación de los mismos en tablas estadísticas.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

b. Validación de los instrumentos

El instrumento es una ficha para obtener información, por lo que no

requiere de validación.

6. Criterios para manejo de resultados

a) **Plan de recolección:**

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) **Plan de procesamiento:**

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

c) **Plan de clasificación:**

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) **Plan de codificación:**

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) **Plan de recuento:**

El recuento de datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) **Plan de análisis:**

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSS versión 22.0 para Windows.



Tabla 1

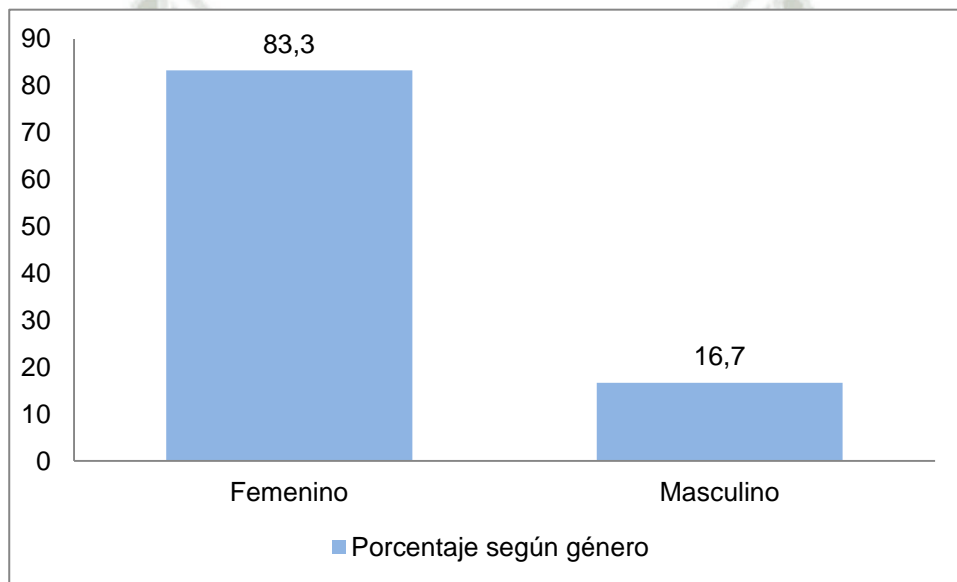
Distribución de pacientes con diagnóstico de intento de suicidio según género

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	15	83,3
Masculino	3	16,7
Total	18	100,0

Fuente: Propia

Gráfico 1

Distribución de pacientes con diagnóstico de intento de suicidio según género



En el gráfico podemos apreciar que 15 de los 18 casos (83.3%) eran del sexo femenino y que solo 3 casos (16.7%) era del sexo masculino.

Tabla 2

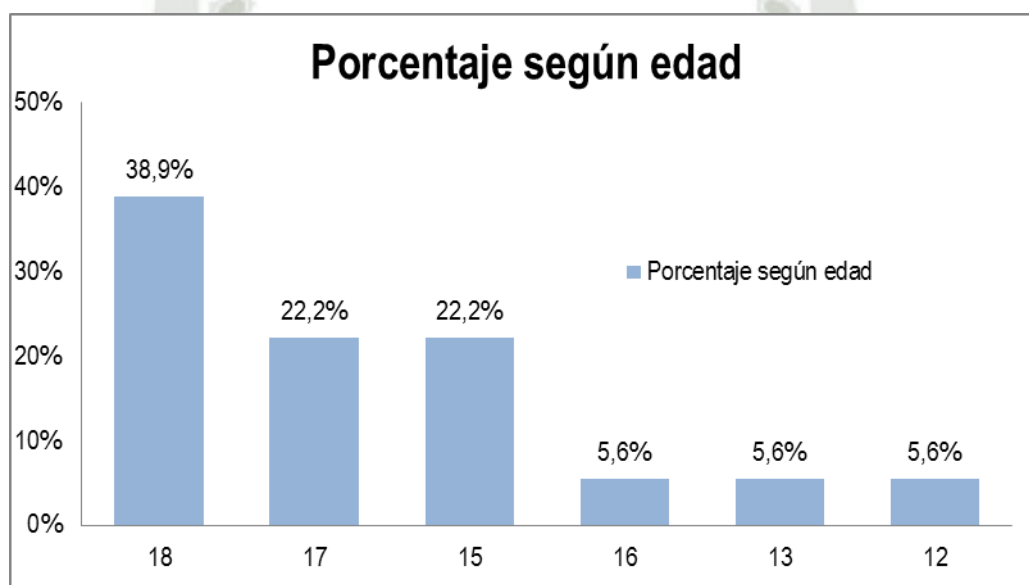
Distribución de pacientes con diagnóstico de intento de suicidio según edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
12	1	5,6
13	1	5,6
15	4	22,2
16	1	5,6
17	4	22,2
18	7	38,9
Total	18	100,0

Fuente: Propia

Gráfico 2

Distribución de pacientes con diagnóstico de intento de suicidio según edad



La tabla y gráfico 2 nos muestran que el rango de edades en las que se dio el intento de suicidio fue de 12 a 18 años, con una media de 16.39 años.

Así mismo podemos ver que la edad de 18 años fue la que obtuvo mayor frecuencia, seguida de los 15 y 17.

Tabla 3

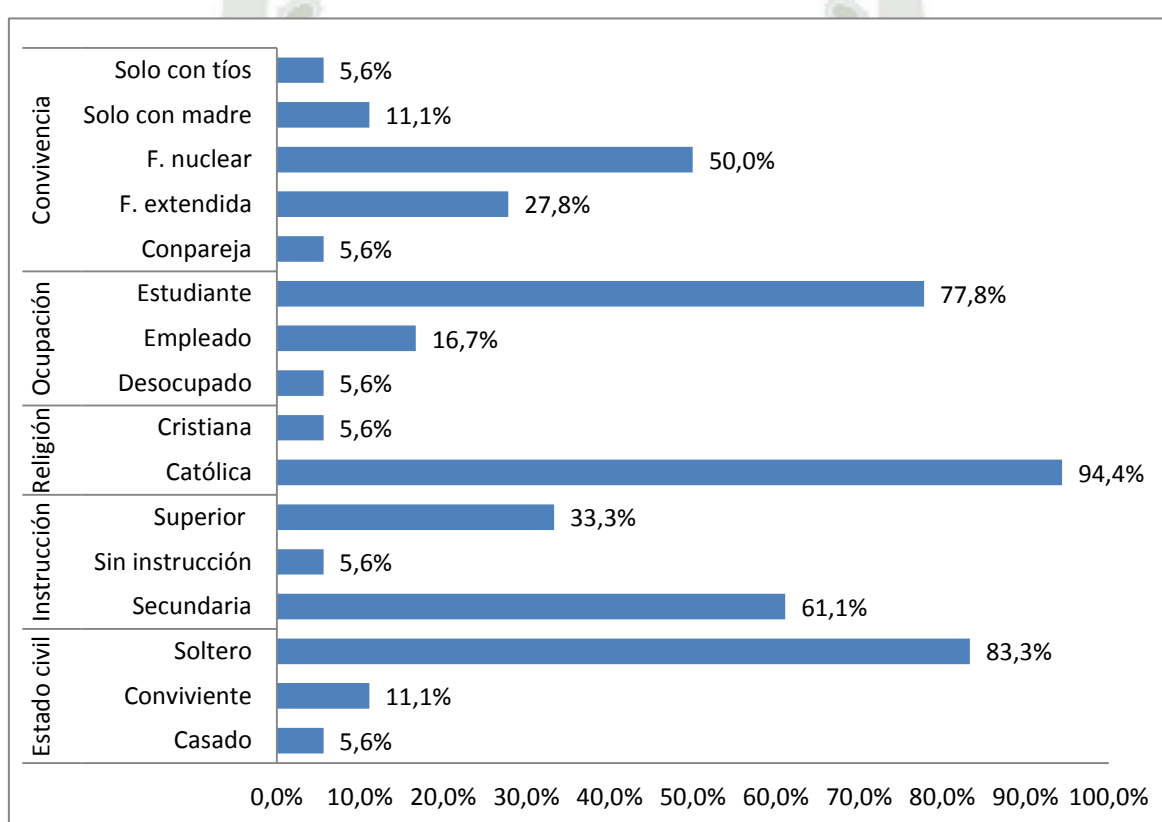
**Características sociodemográficas de los pacientes niños y adolescentes
con diagnóstico de intento de suicidio**

		Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Casado	1	5.6%
	Conviviente	2	11.1%
	Soltero	15	83.3%
Instrucción	Secundaria	11	61.1%
	Sin instrucción	1	5.6%
	Superior	6	33.3%
Religión	Católica	17	94.4%
	Cristiana	1	5.6%
Ocupación	Desocupado	1	5.6%
	Empleado	3	16.7%
	Estudiante	14	77.8%
Convivencia	Con pareja	1	5.6%
	F. extendida	5	27.8%
	F. nuclear	9	50.0%
	Solo con madre	2	11.1%
	Solo con tíos	1	5.6%
Total		18	100.00%

Fuente: Propia

Gráfico 3

Características sociodemográficas de los pacientes



La mitad de los pacientes procedían de una familia nuclear, el 77.8% eran estudiantes, el 61.1% lo eran del nivel secundaria y el 16.7% eran empleados. En cuanto a religión el 94.4% profesaba la religión católica. Con lo que respecta a estado civil el 83.3% eran solteros.

Tabla 4

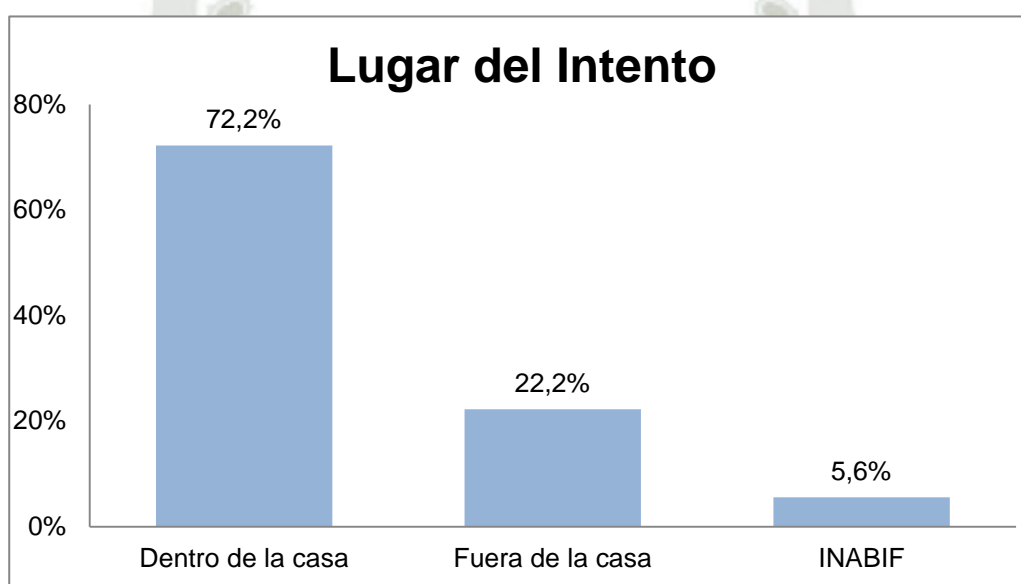
Lugar del intento suicida de los pacientes niños y adolescentes

	Frecuencia	Porcentaje
Dentro de la casa	13	72,2
Fuera de la casa	4	22,2
INABIF	1	5,6
Total	18	100,0

Fuente: Propia

Gráfico 4

Lugar del intento suicida de los pacientes niños y adolescentes



La mayor tasa de intentos de suicidio se dio dentro de la casa (72.2%), fuera de la casa fueron el 22.2% y en el INABIF se dio solo un caso (5.6%).

Tabla 5

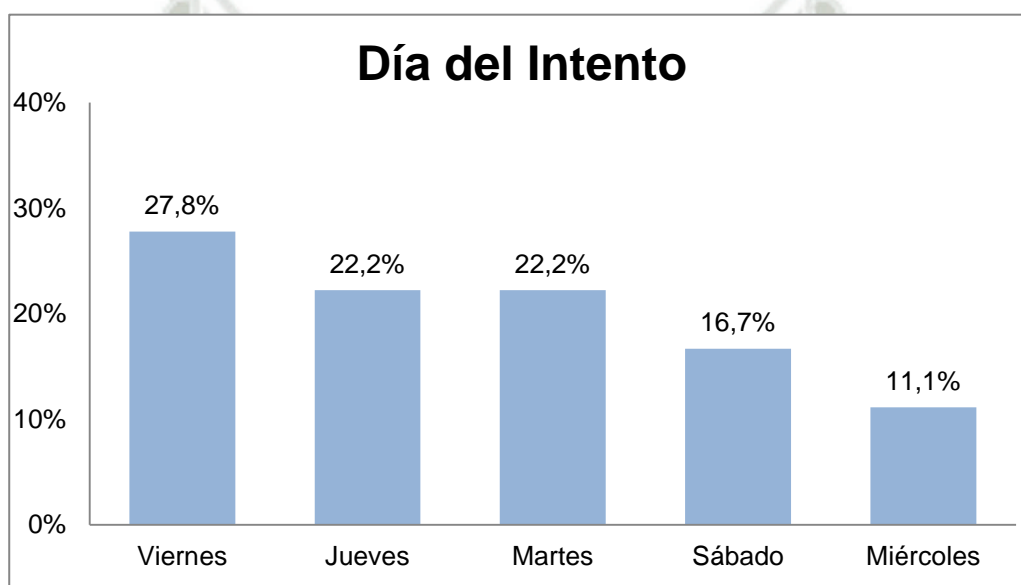
Día de la semana del intento de suicidio de los pacientes niños y adolescentes

	Frecuencia	Porcentaje
Jueves	4	22,2
Martes	4	22,2
Miércoles	2	11,2
Sábado	3	16,7
Viernes	5	27,8
Total	18	100,0

Fuente: Propia

Gráfico 5

Día de la semana del intento de suicidio de los pacientes niños y adolescentes



El día viernes fue en el que más se dio los intentos con un 27.8%, jueves y martes tuvieron un 22.2% cada uno, sábado obtuvo un 16.7% y los miércoles un 11.1%.

Tabla 6

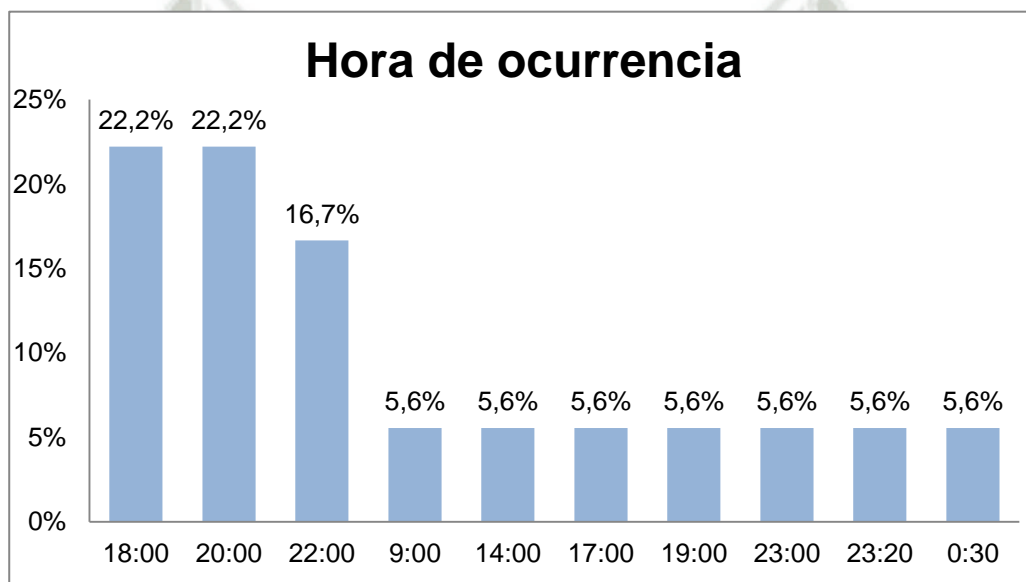
Hora de ocurrencia del intento de suicidio en pacientes niños y adolescentes

Hora	Frecuencia	Porcentaje
0:30	1	5,6
9:00	1	5,6
14:00	1	5,6
17:00	1	5,6
18:00	4	22,2
19:00	1	5,6
20:00	4	22,2
22:00	3	16,7
23:00	1	5,6
23:20	1	5,6
Total	18	100,0

Fuente: Propia

Gráfico 6

Hora de ocurrencia del intento de suicidio en pacientes niños y adolescentes



Las horas con mayor frecuencia fueron las 18:00 y las 20:00 con un 22.2% cada una, las 22:00 horas con un 16.7%. Las demás horas solo obtuvieron un 5.6% cada una

Tabla 7

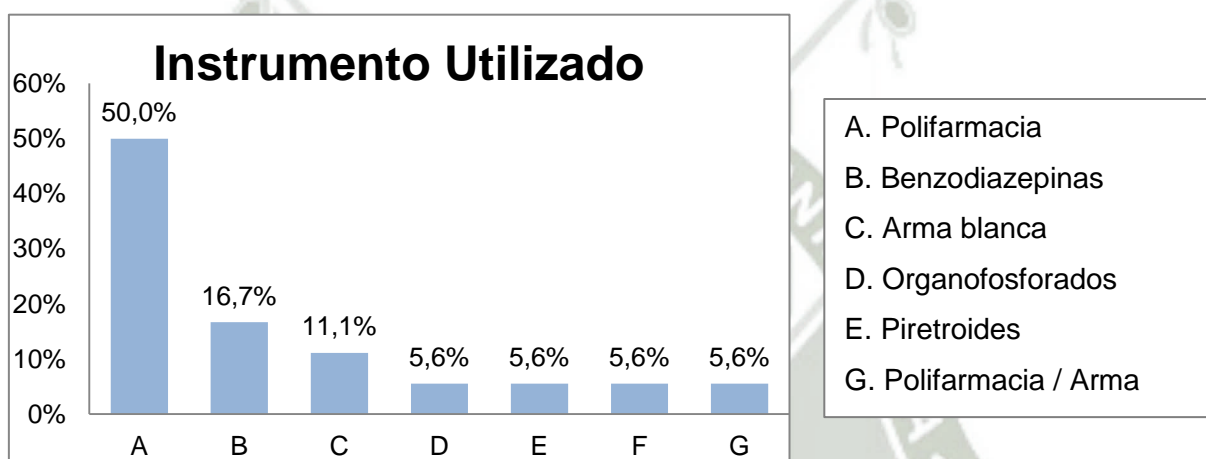
Instrumento utilizado en los pacientes niños y adolescentes con diagnóstico de intento de suicidio

	Frecuencia	Porcentaje
Arma blanca	2	11,1
Benzodiazepinas	3	16,7
Organofosforados	1	5,6
Piretroides	1	5,6
Polifarmacia	9	50,0
Polifarmacia / Arma blanca	1	5,6
Soga	1	5,6
Total	18	100,0

Fuente: Propia

Gráfico 7

Instrumento utilizado en los pacientes niños y adolescentes con diagnóstico de intento de suicidio



El 50% (9 de los 18 pacientes) optó por la polifarmacia para el intento de suicidio, 16,7% (3 de los 18 casos) uso las benzodiazepinas, el 11.1% utilizo un arma blanca y los demás instrumentos fueron utilizados en un 5.6% cada uno.

Tabla 8

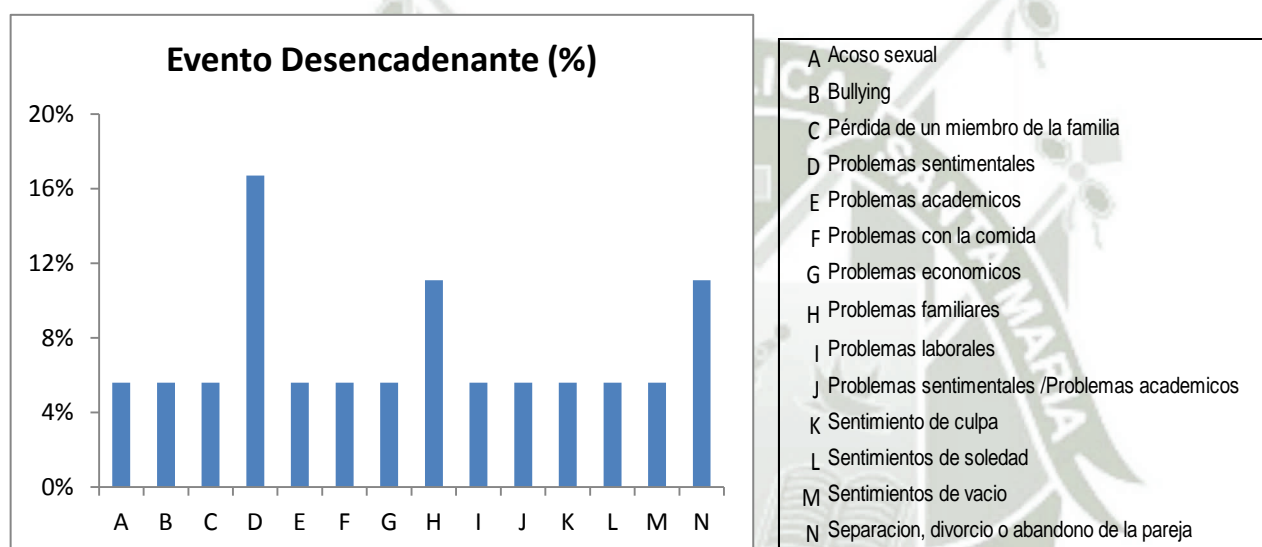
Evento que desencadenó el intento de suicidio en los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
Acoso sexual	1	5,6
Bullyng	1	5
Fallecimiento de un miembro de la familia	1	5,6
Problemas sentimentales	3	16,7
Problemas académicos	1	5,6
Problemas con la comida	1	5,6
Problemas económicos	1	5,6
Problemas familiares	2	11,1
Problemas laborales	1	5,6
Problemas sentimentales / Problemas académicos	1	5,6
Sentimientos de culpa	1	5,6
Sentimientos de soledad	1	5,6
Sentimientos de vacío	1	5,6
Separación, divorcio o abandono	2	11,1
Total	18	100,0

Fuente: Propia

Gráfico 8

Evento que desencadenó el intento de suicidio en los pacientes niños y adolescentes



Los problemas sentimentales fue el evento desencadenante encontrado con mayor frecuencia en un 16.7%, los problemas familiares y la separación, divorcio o abandono ocupó un 11.1% cada uno, y los demás eventos solo se dieron en un 5.6% cada uno.

Tabla 9

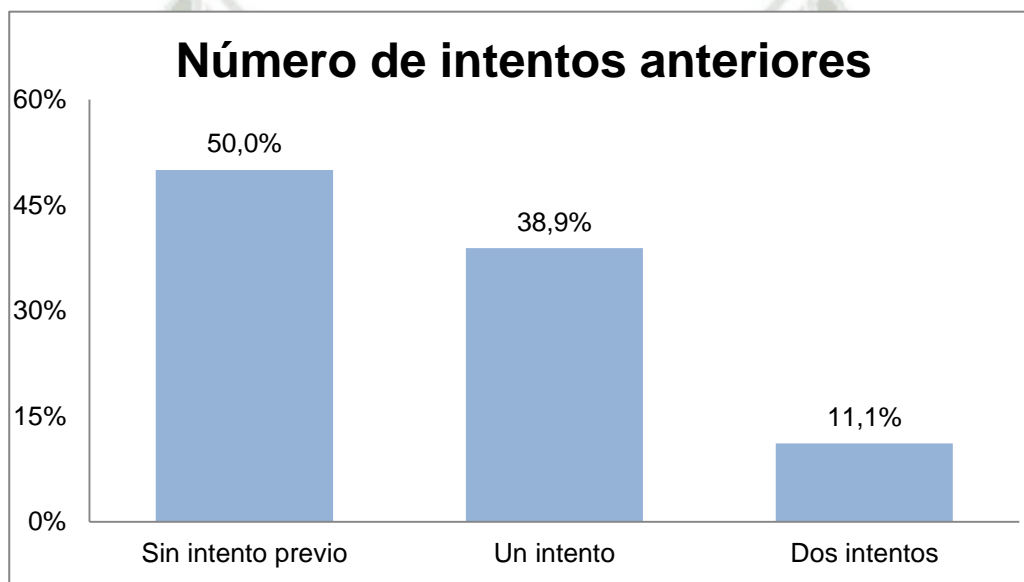
Número de intentos anteriores en los pacientes niños y adolescentes con diagnóstico de intento de suicidio

	Frecuencia	Porcentaje
0	9	50,0
1	7	38,9
2	2	11,1
Total	18	100,0

Fuente: Propia

Gráfico 9

Número de intentos anteriores en los pacientes niños y adolescentes con diagnóstico de intento de suicidio



El 50.0% (9 de los 18 casos encontrados) negaban que lo hayan intentado en una ocasión anterior, el 38.9% lo hizo una vez y 11.1% lo hizo 2 veces.

Tabla 10

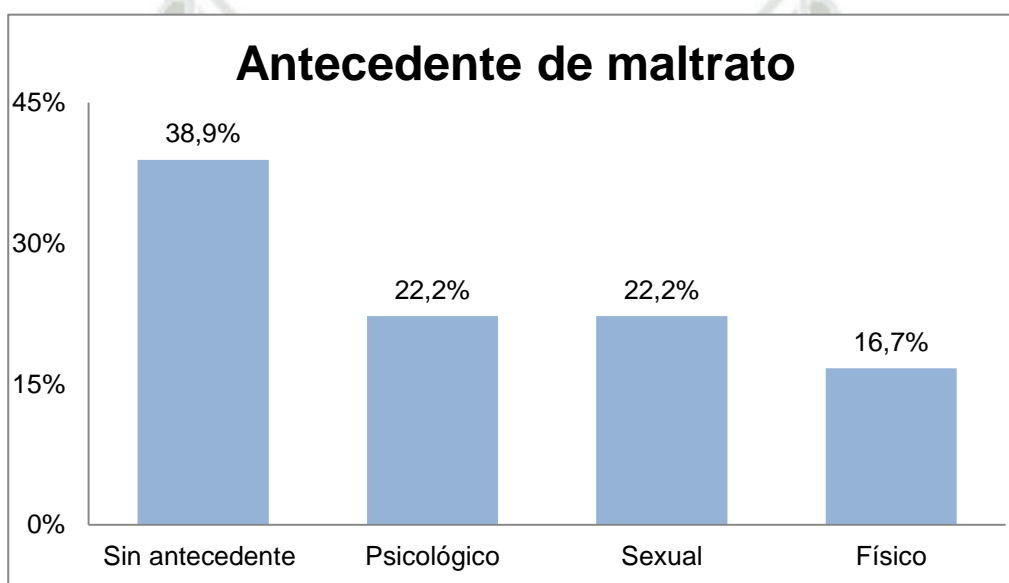
Antecedente y tipo de maltrato infantil en los pacientes niños y adolescentes con diagnóstico de intento de suicidio

	Frecuencia	Porcentaje
Físico	3	16,7
Psicológico	4	22,2
Sexual	4	22,2
No	7	38,9
Total	18	100,0

Fuente: Propia

Gráfico 10

Antecedente y tipo de maltrato infantil en los pacientes niños y adolescentes con diagnóstico de intento de suicidio



No hubo ningún tipo de antecedente de maltrato en un 38.9%, el de tipo psicológico y sexual se reportó en un 22.2% cada uno y el físico en un 16.7%.

Tabla 11

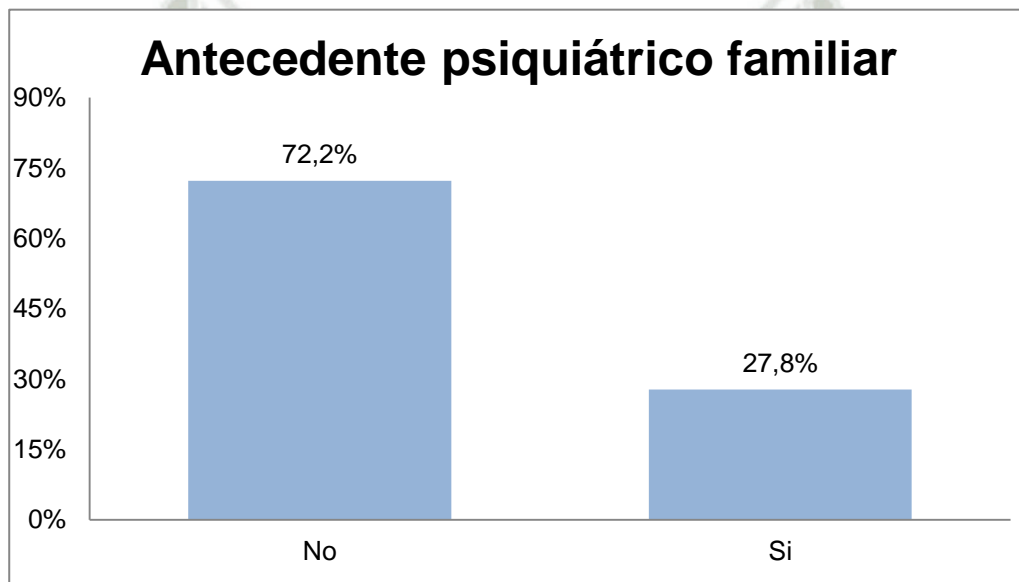
Antecedente psiquiátricos en la familia de los pacientes niños y adolescentes con diagnóstico de intento de suicidio

	Frecuencia	Porcentaje
No	13	72,2
Si	5	27,8
Total	18	100,0

Fuente: Propia

Gráfico 11

Antecedente psiquiátricos en la familia de los pacientes niños y adolescentes con diagnóstico de intento de suicidio



El diagnóstico psiquiátrico de algún miembro de la familia como antecedente fue de 27.8% y el 72.2% negó sucesos.

Tabla 12

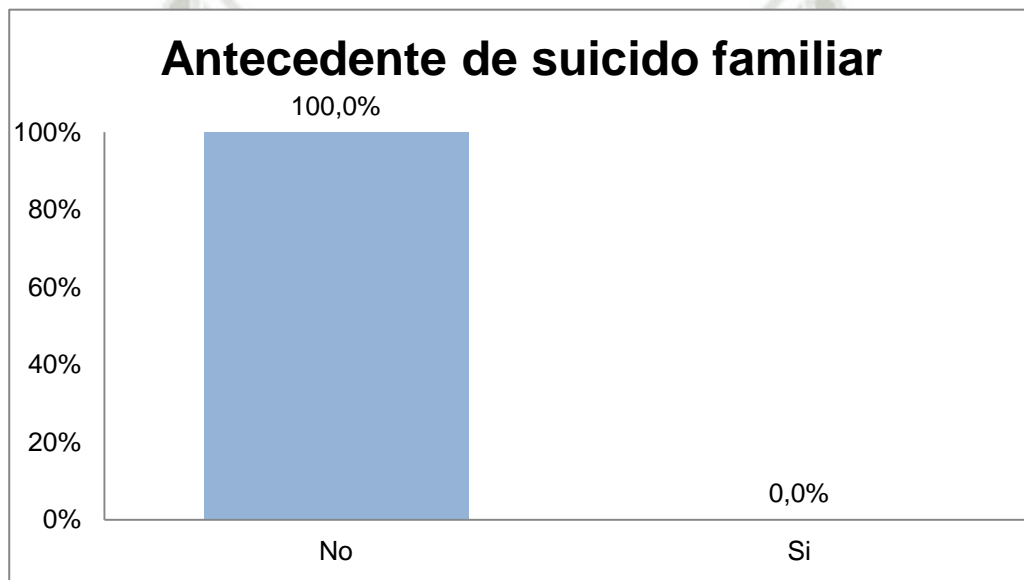
**Antecedente de suicidio o intento de suicidio en la familia de los pacientes
niños y adolescentes con diagnóstico de intento de suicidio**

	Frecuencia	Porcentaje
No	18	100,0
Si	0	0
Total	18	100,0

Fuente: Propia

Gráfico 12

**Antecedente de suicidio o intento de suicidio en la familia de los pacientes
niños y adolescentes con diagnóstico de intento de suicidio**



El 100% informo que no había antecedente de suicidio o intento de suicidio en su familia.

Tabla 13

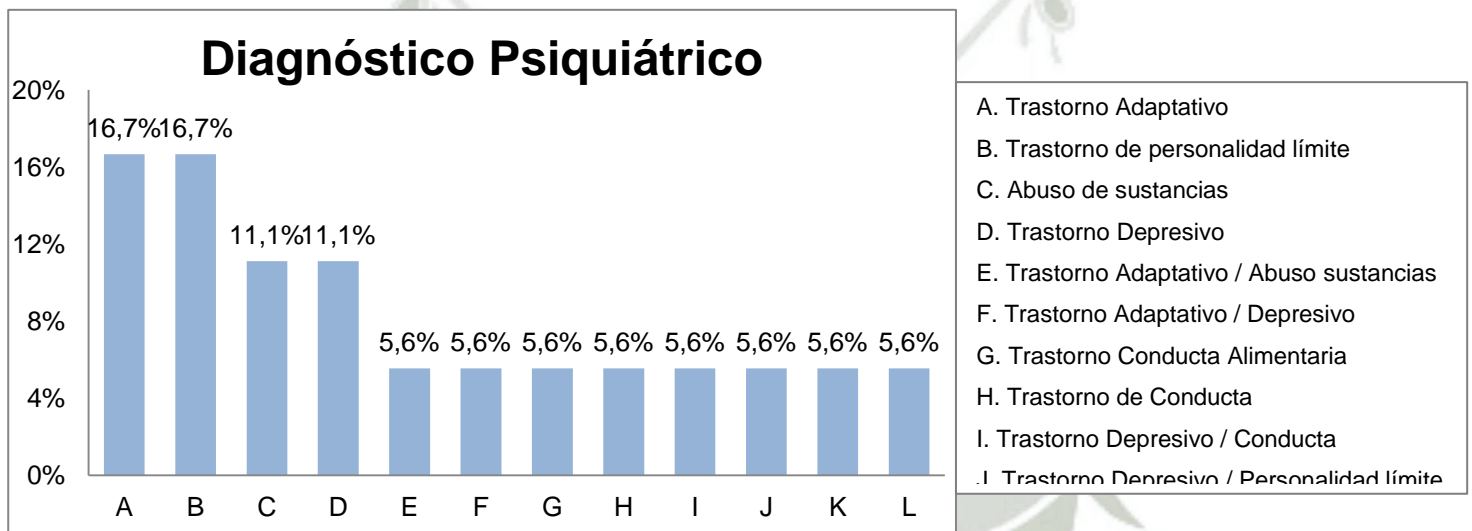
**Diagnóstico psiquiátrico de los pacientes niños y adolescentes que
presentaron intento de suicidio**

	Frecuencia	Porcentaje
Abuso de sustancias	2	11,1
Ninguno	1	5,6
T. Adaptativo	3	16,7
T. Adaptativo / Abuso de sustancias	1	5,6
T. Adaptativo / T. Depresivo	1	5,6
T. de la Conducta Alimentaria	1	5,6
T. de Conducta	1	5,6
T. Depresivo	2	11,1
T. Depresivo / T. de Conducta	1	5,6
T. Depresivo / T. Personalidad límite	1	5,6
T. Personalidad límite	3	16,7
T. Psicótico	1	5,6
Total	18	100,0

Fuente: Propia

Tabla 13

Diagnóstico psiquiátrico de los pacientes niños y adolescentes que presentaron intento de suicidio.



El trastorno adaptativo y el de personalidad límite fueron los diagnosticados con mayor frecuencia en un 16.7% cada uno, seguido por el de abuso de sustancias, y trastorno depresivo con un 11.1% cada uno. El doble diagnóstico estuvo presente en un 22.4%

CAPITULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Se realizó la presente investigación dado que no hay muchos estudios que tomen en cuenta los factores que influyen en la decisión de intentar cometer suicidio tanto en niños como en adolescentes.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestran los 18 casos de niños y adolescentes con diagnóstico de intento de suicidio en el periodo de estudio; donde nos da como resultado que el 83.3% (15 de los 18 casos) fueron pacientes de sexo femenino y el 16.7% fueron de sexo masculino.

Los resultados coinciden con los estudios realizados por Cabrejos y Col. (26) que en su trabajo publican que hay una predominancia de pacientes del sexo femenino con relación al sexo masculino, con una proporción de 5:1. Pérez – Olmos y col. (27) da como resultado una significativa prevalencia del sexo femenino, con un 81.4%. Vásquez – Rojas y col. (17) refieren que en su estudio el 74% eran mujeres a comparación del 26% que eran varones. Según el manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de la AEPNYA (25) el suicidio consumado es más frecuente en los varones, no así el intento de suicidio que es más común en las mujeres con una proporción de 3-4:1. López – Steinmetz (21) en su estudio nos da una proporción a favor de las mujeres (2:1) respecto a los varones. Santisteban, P (30) señala que el 70.5% fueron mujeres y solo un 29.5% fueron varones. Bazán – López y col. (12) en su estudio encontraron que el 51.6% eran mujeres con conducta suicida y el 48.4% eran varones. Pérez – Collado y col. (28) observan que el 88% era del sexo femenino. Inzunza – Canales y col (29) señalan que el 87.2% de su muestra eran mujeres. El estudio que no es acorde a los resultados es el de Gonzales M. (24) en el cual observa que la frecuencia de pacientes adolescentes masculinos fue de 50.64% y de sexo femenino fue de 49.36%.

La mayoría de estos estudios son concordantes con los resultados que hemos obtenido en nuestro estudio en el cual el sexo femenino presenta una mayor

frecuencia de intentos suicida a diferencia del sexo masculino, los cuales presentan una mayor frecuencia de suicidio consumado, esto se podría explicar porque las mujeres tienden a usar métodos no tan efectivos al momento del intento (polifarmacia), no así los varones quienes optan por métodos más violentos y letales, por ello su mayor tasa de éxito, como lo indica la OPS (31). Sólo hay un estudio (24) donde se encontró que era mayor el porcentaje del sexo masculino en lo que respecta a intento suicida, esto podría deberse a diferentes factores implicados.

Respecto a la **tabla y gráfico 2** podemos ver que la edad promedio entre el universo de pacientes del estudio era 16.3 años con una desviación estándar de ± 1.852 , además podemos observar que el rango de edades fue entre los 12 y 18 años y que la edad que se repitió con mayor frecuencia fue los 18 años (7 de los 18 casos), seguido por las edades de 15 y 17 años (4 casos cada uno) y los 12,13 y 16 años (1 caso cada uno).

Bazan – López y col. (12) dan como resultado que el 53.7% estaban entre las edades de 12 y 14 años y el 46.3% pertenecía a las edades de 15 a 17 años. En otro, Inzunza – Canales y col (29) señalan que el 12.8% eran adolescentes menores de 13 años, el 57.4% estaban entre la edad de 14 y 16 años y el 29.8% eran mayores de 17 años. Pérez – Collado y col. (28) encontraron que el grupo etario más prevalente fue el de 15 años con un 34.7%. Gonzales M. (24) señala en su estudio que el 16.31% estaban entre las edades de 10 y 13 años, el 34.76% entre el rango de 14 – 16 años y el 48.93% entre las edades de 17 a 21 años. López – Steinmetz (21) indica que el grupo etario con mayor número de casos fue el de 15 a 24 años con un 52.32%. Vásquez – Rojas y col (17) hallaron que la media de la edad era 13 años, con un rango que iba desde los 6 hasta los 18 años. Santisteban, P (30) en su estudio señala que la media de la edad encontrada era de 13.05, y el rango oscilaba entre los 8 y 14 años. Pérez-Olmos y col (27) refieren que la edad promedio fue de 15,3 años y 70,9% tenía máximo 16 años.

Como podemos ver en los diferentes estudios, las edades más prevalentes varían de un estudio a otro, esto podría deberse a diferentes factores, uno de ellos es el

lugar donde se desarrolló cada uno (31). Los trabajos de investigación realizados en Arequipa (24,30) son concordantes con los resultados encontrados en este estudio en que los intentos de suicidio son directamente proporcional a la edad, puesto que se realizan en población con características sociodemográficas similares.

En la **Tabla y gráfico 3** podemos apreciar las características sociodemográficas de los pacientes estudiados.

Como podemos ver en la tabla, en lo que respecta al estado civil, el 83.3% (15 de los 18 casos) eran pacientes solteros, el 11.1% (2 de los 18 casos) eran convivientes y el 5.6% (1 de los 18 casos) eran casados. Cabrejos y Col. (26) refieren dentro de su estudio que el 100% eran solteros y católicos. La mayor frecuencia del estado civil soltero se debe al grupo etario que abarca este estudio (niños y adolescentes), dado que solo las personas de 18 años o mayores pueden casarse legalmente. Se necesita ampliar el estudio para ver si hay una relación significativa respecto al estado civil y el intento de suicidio en este grupo etario.

En lo que concierne al grado de instrucción, 11 de los 18 casos (61.1%) referían grado de instrucción secundaria, 6 de los casos restantes (33.3%) grado de instrucción superior y solo un caso (5.6%) no tenía algún grado de instrucción. Gonzales M. (24) demostró que el 86.7% de los adolescentes cursaban el nivel secundario, el 9.87% cursaba el nivel primario y el 3.43% cursaba el nivel superior. Bazan – Lopez y col. (12) señalaron que el 28.7% referían nivel educativo primario y 71.3% nivel educativo secundario y bachillerato. Inzunza – Canales y col (29) señalan que el 80.9% eran estudiantes de educación media, el 14.8% eran de educación básica y que el 4.3% eran estudiantes universitarios. Podemos observar que nuestro estudio es acorde con la bibliografía en cuanto a que la mayor frecuencia de casos se da en estudiantes de nivel secundaria, esto se debe a que estos pacientes están en una etapa donde pueden presentar problemas de adaptación social (20) y esto los hace un grupo etario vulnerable.

En relación a la religión, el 94.4% (17 de los 18 casos encontrados) referían religión católica, mientras que el 5.6% (1 de los 18 casos) religión cristiana. Bazan – Lopez y col. (12) señalan el 75.2% de los entrevistados pensaban que tener una religión ayuda cuando uno está en problemas. Vargas, H. y col (14) refieren que la religiosidad podría estar asociada con un mayor número de casos de ideación suicida, pero no tienen datos significativos que apoyen esto. Aquí podemos ver que no hay muchos estudios que tomen en cuenta o relacionen la religión con el intento suicida, incluso muchos de estos son discordantes respecto a que si es un factor de riesgo o protector. Se necesita otros estudios para poder decir que hay algún tipo de asociación entre estas, y sobretodo ver el grado de integración con la religión y no solo la afiliación (4).

Respecto a la ocupación que tenían los pacientes, 14 de los 18 casos (77.8%) eran estudiantes, 3 casos (16.7%) trabajaban y solo un caso (5.6%) era desocupado. Cabrejos y Col. (26) refieren que el 68% de los pacientes de su estudio eran escolares, 12% desempeñaban algún oficio y solo un paciente (4.2%) trabajaba y estudiaba a la vez. Gonzales M. (24) señala que el 80.26% tenían la ocupación de estudiantes, 14,59% trabajaban y el 5.15% eran desocupados. Como comentario podemos ver que hay concordancia entre los estudios, y que la mayoría de pacientes con intento suicida son estudiantes, esto podría deberse al grupo etario que abarca el trabajo de investigación (19).

En relación a que con quien convivían los pacientes, el 50.0% (9 de los 18 casos) refirió que procedía de una familia nuclear, el 27.8% (5 del total de casos) de una familia extendida, 11.1% (2 de los 18 casos) solo convivía con su madre, 5.6% (un solo caso) lo hacía con su con su pareja y 5.6% (un caso) vivía con los tíos. Santisteban, P (30) halla que el 43.3% de los niños y adolescentes estudiados vivían solo con la madre, 41.7% lo hacía con ambos padres, 10% vivía solo con el padre. Pérez-Olmos y col (27) refieren que el 51,1% vivían sólo con uno de los padres, el 43,2% vivía con su familia nuclear y el 5,7% con familia extensa. Inzunza – Canales y col (29) señalan que el 57.4% de los pacientes vivían con ambos padres, el 36.2% solo lo hacía con un padre y el 6.4% lo hacía con un familiar o tutor. Vargas, H. y col (14) describen que vivir apartado de uno de los padres incrementa los casos de fenómeno suicida. Como podemos observar

nuestros resultados son acordes con los obtenidos en otros estudios; casi la mitad de los casos en cada estudio procedía de una familia nuclear, esto es importante saber, porque se pensaba que la separación de los padres era un factor de riesgo (29), lo que no se estudio fue el tipo de relación que había entre los pacientes y sus padres, lo cual podría influir más que la convivencia en sí.

La **tabla y gráfico 4** nos señalan que 13 de los 18 casos (72.2%) se ejecutaron dentro de la casa, 4 de estos (22.2%) fueron fuera de la casa y solo un caso (5.6%) lo realizó en el INABIF.

Cabrejos y Col. (26) mencionan que la mayor frecuencia de intentos de suicidio fueron dentro del dormitorio, en momentos que coinciden con aquellos de descanso y menor actividad de los pacientes, especialmente de los escolares. Santisteban, P (30) halla que el 90.7% de los intentos se dieron dentro de la casa, 3.7% en el colegio y la calle cada uno y 1.9% se dieron en otros sitios no mencionados.

Como podemos comparar con los otros estudios citados, nuestros resultados son semejantes a ellos, el fundamento de esto sería que el instrumento utilizado con mayor frecuencia, es accesible al paciente dentro de la casa (medicamento, sustancias tóxicas) (29), y es por esto que el adolescente teniendo el instrumento a su alcance más la intención de realizarlo, lo hace dentro de la casa.

La **tabla y gráfico 5** muestran que los días en los que más se cometió intento de suicidio fue el viernes con un 27.8% (5 de los 18 casos), el martes y jueves con un 22.2% cada uno (8 casos entre los 2 días). Seguido por el sábado en un 16.7% 3(3 casos) y por último el miércoles con un 11.1% 2(2 casos).

Cabrejos y Col. (26) mencionan que la mayor frecuencia de intentos de suicidio fueron en fines de semana. Canales y col (29) indican que no hay diferencia significativa en cuanto a los días de la semana

No hay muchos estudios con respecto al día de la semana en el que se realizó el intento suicida, pero en un estudio citado (26) y en nuestro trabajo podemos observar que se dan más casos los fines de semana. Estos datos no son

concluyentes, y no se podría decir que hay una asociación significativa entre estas dos variables, se tendrían que realizar más estudios para ver si realmente hay relación con respecto a los días de la semana.

La **tabla y gráfico 6** nos señala las horas de ocurrencia del acto. Las horas en las que se dio con más ocurrencia fueron las 18:00 y las 20:00 horas con un 22.2% cada uno. Seguido por las 22:00 en un 16.7%, y las horas 00:30, 09:00, 14:00, 17:00, 19:00, 23:00 y 23:20 tuvieron cada una un 5.6%.

Cabrejos y Col. (26) encontró que el 50% intentó suicidarse entre las 06: y 12:00 horas.

Pareciera indicar que el aumento de frecuencia a dichas horas se debe a momentos en los que los adolescentes se encuentran solos, pues durante las horas de la mañana la mayoría de los adolescentes se encuentran participando en actividades académicas. Esto no es concordante con el estudio con el que se compara, esto podría deberse a otros factores estudiados y el lugar donde se realizó este.

La **tabla y gráfico 7** nos señala el instrumento utilizado para tal fin, la polifarmacia fue lo que más se usó con un 50.0%, seguida por las benzodiazepinas en un 16.7%, el arma blanca se usó en un 11.1% y los organofosforados, los piretroides, la soga y el uso conjunto de polifarmacia y arma blanca se usó en un 5.6% cada una.

Pérez – Collado y col. (28) refiere que el método más utilizado fue la ingesta de fármacos en un 86.7%, seguido por las sustancias tóxicas en un 6.7%. Gonzales M. (24) nos describe que el método que se usó con mayor frecuencia fue los inhibidores de la acetilcolinesterasa con un 76.82%, seguido de medicamentos varios en un 12.88%, álcalis en un 6.87% y benzodiazepinas en un 3.43%. Cabrejos y Col. (26) refieren que las intoxicaciones con distintas sustancias fueron los instrumentos más frecuentes. Vásquez-Rojas y col. (17) refieren que el método más frecuente fue la intoxicación con sustancias. Pérez-Olmos y col (27) refieren que la intoxicación fue el método suicida más utilizado en un 96,9%. Inzunza – Canales y col (29) hallan que el 93.6% de los pacientes habían

utilizado fármacos como método para el intento y el 6.4% había utilizado fármacos asociados con cortes. Santisteban, P (30) nos indica que 48.4% de los adolescentes usaron la ingesta de organofosforados, 28.1% ingirió otras sustancias no especificadas, 20.3% tuvo ingesta de medicamentos.

Todos los estudios son acordes en que el método más utilizado fue la ingesta de algún elemento, nuestro estudio señala que el 50% de los casos reportados usaron la polifarmacia, y es acorde con otros dos estudios mencionados. Esto podría deberse al acceso que tiene el niño o adolescente a los fármacos que se encuentran en la casa (muchas veces es el tratamiento médico de algún familiar que vive con ellos) (29) y a veces son de venta libre.

La **tabla y gráfica 8** nos muestra el evento desencadenante que obligo a los niños y adolescentes a cometer el intento de suicidio, los problemas sentimentales se presentaron en un 16.7%, los problemas familiares, y la separación estuvieron presentes en un 11.1% cada uno, seguido por el acoso sexual, bullying, fallecimiento de un miembro de la familia, problemas académicos, problemas con la comida, problemas económicos, problemas laborales, sentimientos de culpa, sentimientos de soledad, sentimientos de vacío y la combinación de problemas sentimentales con académicos se encontraron en un 5.6% cada uno.

Inzunza – Canales y col (29) hallaron como causa gatillante al conflicto con padres en un 66.0%, el conflicto de pareja o de pares en un 14.9% cada uno, conflicto escolar en un 8.5% y no se especificó el evento gatillante en un 12.8%. Pérez-Olmos y col (27) refieren que el 83% tenían al menos un evento detonante para el suicidio, 54 pacientes tenían conflictos familiares que correspondían a 56%, seguido de 17 pacientes con conflictos sentimentales que correspondían a un 22,1%, y problemas escolares en 14,3% que eran 11 pacientes. Cortés –Alfaro y col. (23) señalan como factor de riesgo la existencia de problemas afectivos en general (OR = 3,4674). Santisteban, P (30) nos indica que el 57.8% tenía sólo un factor precipitante, 37.5% tenía la asociación de 2 factores y en 4.7% se reportó la asociación de 3 factores.

Como se ve en todos los estudios descritos y comparándolos con el nuestro, los problemas afectivos fueron los que se presentaron con mayor frecuencia como evento desencadenante del intento suicida, esto se puede deber a la edad y lo que conlleva ésta, la mayoría de los pacientes estudiados son adolescentes más que niños, con problemas propios de la edad.

La **tabla y gráfica 9** nos señalan el número de intentos anteriores. Del total, el 50% indico que era la primera vez que lo intentaba (9 de los 18 en total), el 38.9% que había habido un intento anterior (7 de 18 casos) y el 11.1% que había habido 2 intentos anteriores (solo 2 casos).

Según el manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de la AEPNYA (25) un predictor de suicidio es que haya antecedente de intento de suicidio, más aún si se trata de un paciente varón. Inzunza – Canales y col (29) hallaron que el 51.1% tenía antecedente de intento previo y el 48.9% lo negaba. Vásquez-Rojas y col. (17) refieren que el 9.39% tenían 2 o más intentos previos de suicidio. Gonzales M. (24) en su estudio señala que el 89.27% de los adolescentes no presentaba antecedente de suicidio previo y que el 10.73% si lo hacía. Perez – Collado y col. (28) señalan que el 74.7% no tenían antecedente de intento previo, el 18.7% lo habían intentado una anterior vez y que el 6.7% lo habían intentado 2 veces o más. Cabrejos y Col. (26) refieren que los intentos previos estuvieron presentes en el 29.2% de los casos y 57.1% de estos últimos intentó quitarse la vida en más de una ocasión. Santisteban, P (30) en su estudio señala que el 9.8% refería tener antecedente previo. Vargas, H. y col (14) hallaron que aproximadamente la mitad de los adolescentes que comenten un intento de suicidio habían realizado al menos un intento previo.

Todos estos estudios señalan que la mayoría de los pacientes no presentan antecedente de suicidio previo, lo que es conforme con nuestro trabajo. También es importante señalar que el tener antecedente de suicidio es un factor de riesgo en esta población (25). Esto podría deberse a que hay una disminución en el nivel de la serotonina y una alteración a nivel noradrenérgico en estos pacientes que los hace más susceptibles (4).

La **tabla y gráfico 10** nos muestran si hubo antecedente de maltrato infantil y de qué tipo fue. El 38.9% negó algún tipo de antecedente de maltrato, el maltrato psicológico y sexual fueron señalados en un 22.2% cada uno, y el físico en un 16.7%.

Gonzales M. (24) observa que el 3.43% de los pacientes tenía el antecedente de abuso sexual. Cabrejos y Col. (26) encontraron que en un 75% de los pacientes tenían como antecedente maltrato psicológico y en un 58% maltrato físico.

Como podemos observar y comparar, el antecedente de maltrato infantil estuvo presente en más de la mitad de los pacientes de los estudios, esto nos debe de llamar la atención dado que este antecedente no debe pasar por alto. El antecedente de maltrato infantil presenta una elevada frecuencia, esto es explicable ya que la población estudiada presenta una baja capacidad para la resolución de problemas y esto repercutirá en su futuro.

La **tabla y gráfico 11** nos señalan si hubo o no antecedentes psiquiátricos en la familia de los pacientes. Del total de pacientes atendidos (18 casos), el 72.2% (13 casos) negó algún tipo de antecedente y el 27.8% (5 casos) dijo que sí.

Pérez-Olmos y col. (27) refieren que había patología psiquiátrica familiar en un 8,5%.

El estudio citado y lo encontrado en el nuestro señalan que el antecedente de un trastorno psiquiátrico en la familia no es frecuente dentro de los pacientes con intento suicida. Pese a esto, los estudios genéticos refieren que este antecedente aumenta el riesgo de suicidio (4).

La **tabla y gráfico 12** nos muestra si hubo antecedente de suicidio consumado o intento de suicidio en los familiares de los pacientes. El total de los pacientes (100%) negó este antecedente.

Según el manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de la AEPNYA (25) hasta en un 60% de niños que se suicidan tiene el antecedente familiar de comportamiento suicida. Vallejo Ruiloba y col. (3) refieren que en los estudios familiares se demostró la influencia de los factores genéticos en lo que respecta a

la conducta suicida. Cortés –Alfaro y col. (23) en su estudio señalan como factor de riesgo el tener el antecedente de suicidio en la familia. Cabrejos y col. (26) hallaron como un factor de riesgo con gran fuerza predicativa de suicidio. Gonzales M. (24) señala que el 9.87% de los pacientes estudiados tenían el antecedente de un familiar suicida. Perez – Olmos y col. (27) refieren que en 7.1% había antecedente de suicidio familiar.

Lo encontrado en estos estudios es que es un factor de riesgo para el niño y el adolescente el tener algún familiar con intento suicida o suicidio consumado. Aunque en nuestro estudio el 100% de los pacientes lo negó, debe ser tomado como un factor de importancia si este está presente ya que se ha comprobado que este riesgo es hereditario (2).

La **tabla y gráfico 13** nos muestra cual era el trastorno psiquiátrico de los pacientes, el que se encontró con más frecuencia fue el de personalidad límite y el adaptativo con un 16.7% cada uno, seguido por el abuso de sustancias y el trastorno depresivo en un 11.1% cada uno, y el trastorno de conducta alimentaria, de conducta, psicótico y el diagnóstico conjunto de trastorno adaptativo con abuso de sustancias, el de trastorno adaptativo con depresivo, trastorno depresivo con el de conducta, trastorno depresivo con el de personalidad límite en un 5.6% cada uno. Y no hubo diagnóstico psiquiátrico en un 5.6%.

Vallejo, J. y col (2) indican que las pacientes anoréxicas presentan un riesgo 10 veces mayor de intentar suicidarse que las mujeres de su edad, y que la distorsión de la imagen podría ser considerada un factor de riesgo. Según el manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de la AEPNYA (25) hasta un 90% de adolescentes suicidas presentaban diagnóstico de un trastorno psiquiátrico al momento de cometer el acto y que aproximadamente un 70% presentaba más de un trastorno psiquiátrico. Vásquez-Rojas y col. (17) observaron 93 casos con diagnóstico de trastorno de ansiedad, 89 tenían diagnóstico de trastorno depresivo, 37 con déficit cognitivo, 16 casos de trastorno obsesivo compulsivo, 16 con diagnóstico de trastorno oposicional desafiante, 14 de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, 10 casos de fobia social, 4 con trastorno del vínculo, 5 presentaban alguna condición médica grave o crónica

asociada (hemofilia, epilepsia, lupus eritematoso sistémico, vitiligo, anemia falciforme) y 7 presentaron consumo de sustancias psicoactivas. Gonzales M. (24) observó que del total de pacientes estudiados el 39.07% tenía diagnóstico de trastorno adaptativo sin subtipo, el 27.31% presentaba trastorno adaptativo con síntomas depresivos, 19.75% tenía trastorno adaptativo con síntomas mixtos, el 4.62 presentaba depresión mayor, 2,10% tenía trastorno de conducta, y 0,42% trastorno psicótico. Cabrejos y Col. (26) refieren que los cinco diagnósticos más frecuentes, no se presentaron en los pacientes de manera aislada sino que coexisten en el 66.7% y se verificaba una asociación entre la presencia de tres o más factores contextuales y los antecedentes de abuso físico, psicológico e inadecuado soporte social. Pérez-Olmos y col. (27) refiere que 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. Santisteban, P (30) señala que el 85.5% de los pacientes tenía antecedente de un trastorno psiquiátrico previo y el 14.3% tenía 2 trastornos. Así mismo señala que el 42.2% de los pacientes presentaba trastorno de la conducta, 28.1% trastorno depresivo, 25% trastorno ansioso y 4.7% algún otro trastorno no especificado. Vallejo Ruiloba y col. (3) indica que tres cuartas partes de los que realizan un intento de suicidio tienen el diagnóstico de trastorno de la personalidad. Vargas, H. y col (14) indican que 90% de los adolescentes que consuman el suicidio presentaban un trastorno psiquiátrico al momento de morir. También refieren que es frecuente que haya una comorbilidad de trastornos mentales, y que a mayor número de estos, más aumenta el riesgo de intento y suicidio consumado.

Los diferentes estudios nos indican que casi el total de pacientes estudiados tienen un trastorno psiquiátrico de fondo y que se encontró la asociación de 2 trastornos. Esto nos indica que es un muy probable que exista un factor estresante que hace que el niño o adolescente tome la decisión de intentar suicidarse, ya que es esta decisión es una complicación de su trastorno base y una evidencia del fracaso al momento de tratar de resolverlos (17).



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Primera: En niños y adolescentes se encontró que la mayor frecuencia de intentos de suicidio se dio en pacientes de sexo femenino con 83.3%; solteros con 83.3%; estudiantes con grado de instrucción secundaria con 61.1% y que procedían de una familia nuclear con 50%.

Segunda: En cuanto al intento de suicidio, el 72.2% se dio dentro de la casa; el 44.5% se dio en los fines de semana; las horas de ocurrencia con mayor frecuencia fueron las 18:00 y 20:00 horas con 22.2% cada una; en cuanto al instrumento utilizado; la polifarmacia se halló en la mitad de los pacientes y el evento desencadenante con mayor frecuencia fueron los problemas sentimentales con un 16.7%.

Tercera: En cuanto al perfil clínico de los pacientes, el 50% no tenía antecedente de intento previo de suicidio, hubo algún tipo de maltrato infantil en un 61.1%; el diagnóstico psiquiátrico familiar estuvo ausente en un 72.2%; todos negaron intento de suicidio o suicidio consumado en su familia y el diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue el trastorno de la personalidad límite en 16.7% y en 22.4% hubo doble diagnóstico.

RECOMENDACIONES

- Primera:** Se deben de realizar más trabajos de investigación sobre el tema de suicidio, desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado en niños y adolescentes tanto en el Hospital Honorio Delgado como en los otros hospitales de la región.
- Segunda:** En el Departamento de Emergencia solicitar oportunamente la interconsulta a Psiquiatría de niños y adolescentes con intento de suicidio para el diagnóstico y tratamiento oportunos y adecuados, ya que ello tiene repercusión importante en el futuro de estos pacientes.
- Tercera:** Se sugiere que en el Departamento de Emergencia se realicen acciones de prevención dando consejería al niño y adolescente, así como a su familia para que el paciente acuda por consultorio externo del Servicio de Psiquiatría para el tratamiento y seguimiento respectivo.
- Cuarta:** A partir del presente trabajo se recomienda ampliar el tiempo de estudio, ya que nos permitirá tener una mayor población y obtener resultados más referenciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vidal, G.; Alarcón, R.; Lolas, F. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Ed. Médica Panamericana S.A. Buenos Aires-Argentina 1995.
2. Vallejo, J.; Leal, C. Tratado de Psiquiatría Editorial Marban. Madrid-España 2012.
3. Vallejo Ruiloba, Julio: Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Octava Edición MASSON, S.A. Barcelona (España) 2015.
4. Sadock, B.; Sadock V.; Ruiz, P. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias del Comportamiento/Psiquiatría Clínica. Editorial Wolters Kluwer. Décimo primera edición. Barcelona-España. 2015.
5. Vargas, Horacio; Saavedra, Javier E. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. Revista Peruana de epidemiología Vol. 16, num 3, septiembre – diciembre 2012, Lima – Perú.
6. Toro, R.; Yepes, L. Psiquiatría. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia. V Edición 2010.
7. Instituto Especializado de Salud Mental H. Delgado-H.Noguchi Oficina de Estadística e Informática, Programa de Prevención del Suicidio. Cifra de Suicidios 2002, Lima Perú.
8. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana, IESM H. Delgado-H.Noguchi Capítulo sobre Suicidio. 2002, Ed. Especial de Anales de Salud Mental,2003, Lima-Perú.
9. Vásquez F. Y cols. El Panorama de los suicidios en el Perú durante el año 2003.Programa de Prevención del Suicidio IESM H. Delgado-H. Noguchi, Lima. Perú.
10. Vásquez F. y cols. Análisis de la conducta suicida en el Perú año 2004. .Rev Española Ed. Especial Centenario JJ López Ibor,Abril 2006,España.

11. Vilca, J. Frecuencia de suicidios en niños y adolescentes registrados en la división de Medicina Legal de Arequipa, 1996 – 2000. Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina. Arequipa – Perú 2001.
12. Bazán López, J.; Olórtegui – Malaver, V.; Vargas – Murga, H.; Huayanay – Falconi, L. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Rural. Rev Neuropsiquiatría 79 (1),2016.
13. Alba, A. Conducta suicida adolescencia y riesgo. Revista Cubana de Medicina General Integral 2013; 30(1): 132-139.
14. Vargas, H.; Saavedra, J. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Revista de Neuro-Psiquiatría. Volumen 75 N° 1 enero – marzo 2012 Lima – Perú.
15. Mamani J, Sistema familiar de los pacientes que reinciden en el intento de suicidio atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, en el año de 1999. Tesis UNSA. Facultad de Medicina 2000.
16. Pinto, F.; Sal y Rosas H.; Vega, J.; Chávez, J.; Intentos de Suicidio en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Algunas características epidemiológicas. Libro de resúmenes. XVII Congreso Peruano de Psiquiatría Lima-Perú 2002.
17. Vásquez-Rojas, R.; Quijano-Serrano, M. Cuando el intento de suicidio es cosa de niños. Revista Colombiana de Psiquiatría. Suplemento 2013.
18. Asociación Psiquiatría Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Editorial Médica Panamericana. España 2014.
19. Soutullo, C; Manual de Psiquiatría del Niño y del adolescente. Editorial Médica Panamericana S.A., Primera Edición. España 2010
20. Shailsh, J.; Rakesh, J.; Jamal, I. Cómo reducir el riesgo de suicidio en niños y adolescentes deprimidos. Current Psychiatry Vol 4 N° 3.
21. Parellada, M.; Saiz, P.; Bobes, J. ¿Los intentos de suicidio son diferentes en adolescentes y en adultos?. Psychiatry Research 157 (1 – 3): 131 – 137, Ene 2008.

22. Cabra O. L.; Infante D. C.; Sossa F.N.; El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Peruana Sanitas*. 13 (2): 28-35, 2010.
23. Cortés, A.; Aguilar, J.; Suárez, R.; Rodríguez, E.; Durán, J. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr* v.27 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2011.
24. Gonzales, M. "Trastornos Mentales más frecuentes en pacientes adolescentes con intento de suicidio hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado durante 2011". Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina. Arequipa – Perú 2012.
25. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Editorial Médica Panamericana. España 2010.
26. Cabrejos, C.; Krüger, H.; Samalvides, F. Intento de suicidio en niños y adolescentes, sus características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. Lima Marzo 2005.
27. Pérez-Olmos, I.; Rodríguez-Sandoval, E.; Dussán-Buitrago, M.; Ayala-Aguilera, J. Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. *Rev Salud Pública*. Vol 9 no 2 Bogotá Apr./June 2007.
28. Pérez, J.; Pérez, T.; Azcuy, M.; Mirabal, G. Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. *Rev Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 2014; 33(1):70-80.
29. Inzunza, C.; Navia, F.; Catalán, P.; Brehme, C.; Ventura, T. Conducta suicida en niños y adolescentes ingresados en un hospital general. *Rev Médica Chile* 2012; 140:751-762.
30. Santisteban, P. "Frecuencia y características clínico epidemiológicas del intento de suicidio en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche, Arequipa 2009-2013". Universidad Católica de Santa María, Arequipa - Perú 2015.
31. Organización Panamericana de la Salud. *Mortalidad por suicidio en las Américas*. Informe Regional. Washington D.C. 2014





ANEXO 1
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y DE REGISTRO

Ficha No.

1. Nombre

.....

2. Historia Clínica No.

3. Edad

4. Sexo 1: M 2: F

5. Estado civil

1: Soltero 2: Casado 3: Conviviente 4: Separado

6. Grado de Instrucción

1: Primaria 2: Secundaria 3: Superior
4: Técnica 5: Sin instrucción

7. Religión

1: Católica 2: Evangelista 3: Cristiana

8. Ocupación

1: Estudiante 2: Obrero 3: Empleado
4: Independiente 5: Ama de casa 6: Desocupado

9. Convivencia

1: Familia nuclear 2: Familia extendida 3: Solo
4: Con los tíos 5: Con madre 6: Con pareja
7: Con tíos

10. Lugar de Intento

1: Dentro de la casa 2: Fuera de casa 3: INABIF

11. Día del Intento

- | | | | |
|------------|-----------|--------------|-----------|
| 1: Lunes | 2: Martes | 3: Miércoles | 4: Jueves |
| 5: Viernes | 6: Sábado | 7: Domingo | |

12. Hora de Ocurrencia

13. Instrumento utilizado

- | | | |
|---------------------|-------------------------------|--------------------|
| 1: Organofosforados | 2: Arma blanca | 3: Benzodiazepinas |
| 4: Polifarmacia | 5: Caídas | 6: Soga |
| 7: Piretroides | 8: Polifarmacia / arma blanca | |

14. Evento o estresor desencadenante

- 1: Fallecimiento de un miembro de familia
- 2: Problemas de salud
- 3: Problemas sentimentales
- 4: Separación, divorcio o abandono
- 5: Sentimiento de vacío
- 6: Problemas académicos
- 7: Sentimiento de soledad
- 8: Conflictos con vecinos
- 9: Problemas económicos
- 10: Problemas laborales
- 11: Problemas legales
- 12: Acoso sexual
- 13: Sentimiento de culpa
- 14: Problemas con la comida
- 15: Problemas familiares
- 16: Bulling

15. Intentos anteriores

- | | | | |
|------------|-------|-------|-------------|
| 1: Ninguno | 2: 01 | 3: 02 | 4: Más de 2 |
|------------|-------|-------|-------------|

16. Antecedentes de maltrato infantil

1: Físico 2: Psicológico 3: Sexual 4: No

17. Diagnósticos psiquiátricos en la familia

1: Si 2: No

18. Suicidio o intento de suicidio en la familia

1: Si 2: No

19. Diagnóstico en el eje I: CIE-10

- 1: Trastorno adaptativo
- 2: Trastorno depresivo
- 3: Trastorno psicótico
- 4: Abuso o dependencia de sustancias
- 5: Trastorno de personalidad límite
- 6: Trastorno psicótico
- 7: Trastorno de conducta
- 8: Trastorno de conducta alimentaria
- 9: Ninguno



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



INTENTO DE SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, SUS CARACTERÍSTICAS BIOPSIOSOCIALES Y DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS, HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA, ENERO – FEBRERO 2018

Proyecto de tesis presentado por:

MOLLENEDO FLORES, LUISA FERNANDA

Asesor: Dr. Vilca Arenas, Alfredo

Arequipa - Perú

2018

I. PREÁMBULO

Desde tiempos remotos el suicidio ha sido para la humanidad un fenómeno incomprendido y despreciado, lo que determinó que presente una imagen cargada de contenidos condenatorios, impregnados de sanciones judiciales y religiosas; sin embargo, desde hace casi dos siglos el suicidio adquirió el carácter de objeto de estudio científico del que se desprende dos grandes corrientes de investigación, una es la psicopatología, que tiene como punto de partida la publicación del estudio de Esquirol, “Sur la monomanie suicide”, en 1827, y otra es la sociología, cuyo exponente más destacado fue de Emile Durkheim, que en 1897 publicó “Le Suicide” (1,2).

Provenientes de los vocablos latinos, sui (mismo) y caedere (matar), el suicidio es un fenómeno plurideterminado que presenta numerosos aspectos y connotaciones (3).

Durkheim definió el suicidio como “el final de una vida que resulta en forma directa o indirecta de un acto positivo o negativo, realizado por la propia víctima y que sabe que va a morir” (4).

En la actualidad se consideran otras características importantes para definirlo, como el hecho de que sea voluntario, activo (se excluye el suicidio pasivo), limitado en el tiempo, a menudo instantáneo, clásicamente lúcido e intencional de alguien que “podría elegir vivir” (3,4).

Suele ser difícil entender cómo el ser humano, cuyo instinto está programado para proteger su vida, pueda provocarse la muerte por decisión propia; sin embargo, a diario mueren un millar de personas en el mundo por causa del suicidio, lo que plantea un problema sanitario significativo (1).

La conducta suicida en niños y adolescentes constituye un serio problema de salud que debe ser afrontado por los diferentes elementos de la sociedad ya que intervienen factores individuales de la familia y de la comunidad. La conducta suicida en niños y sobre todo en adolescentes es motivo de consulta frecuente en el Departamento de Emergencia del Hospital Regional Honorio

Delgado. Una adecuada evaluación psiquiátrica permitirá decidir la conducta terapéutica adecuada a seguir (5).

Es nuestro interés conocer la complejidad de la conducta suicida en niños y adolescentes que acuden para atención, considerando que podemos contribuir al mejor conocimiento de los factores de riesgo personales y familiares que tienen que ver con la conducta suicida en dicha población.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son las características biopsicosociales y el diagnóstico psiquiátrico de niños y adolescentes con el diagnóstico de intento de suicidio atendidos en el Departamento de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, durante los meses de enero y febrero de 2018?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Suicidio en niños y adolescentes

b) Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADOR	TIPO	ESCALA
Edad	Años	Numérica	Razón

Sexo	Masculino Femenino	Categórica	Nominal
Estado civil	Soltero, casado, conviviente, separado, otro.	Categórica	Nominal
Grado de instrucción	Sin instrucción, primaria, secundaria, técnica, superior	Categórica	Nominal
Religión	Católica, evangelista, ninguna, otra.	Categórica	Ordinal
Ocupación	Estudiante, obrero, empleado, independiente, ama de casa, desocupado, otra..	Categórica	Nominal
Convivencia	Familia nuclear, familia extendida, solo, otro.	Categórica	Nominal
Lugar de Intento	Dentro de la casa, fuera de casa.	Categórica	Nominal
Día del intento	Lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado, domingo.	Categórica	Ordinal
Hora de ocurrencia	0 – 24 horas	Numérica	Intervalo
Instrumento utilizado	Organofosforados, arma blanca, benzodicepinas,	Categórica	Nominal

	polifarmacia, caídas, otros		
Evento o estresor desencadenante	Fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud, problemas sentimentales, separación, divorcio o abandono, vivir solo, problemas académicos, desempleo, conflictos con vecinos, problemas económicos, problemas laborales, problemas legales, otro.	Categórica	Nominal
Intentos anteriores	01, 02, 03 a más, ninguno	Numérica Discreta	Razón
Antecedentes de maltrato infantil	Físico, psicológico, sexual	Categórica	Nominal
Diagnósticos psiquiátricos en la familia.	Sí, no	Categórica	Nominal Dicotómica

Suicidio o intento de suicidio en la familia.	Sí, no	Categórica	Nominal Dicotómica
Diagnósticos DSM-5.	Trastorno adaptativo, trastorno depresivo, trastorno psicótico, abuso o dependencia de sustancias, otro.	Categórica	Nominal
Intento de suicidio	Si No	Categórica	Nominal Dicotómica

Tipo de investigación: la presente investigación es un estudio descriptivo.

Nivel de investigación: El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo, individual y de corte transversal.

1.3. Justificación del problema

Originalidad: El presente estudio, reviste originalidad porque en el Departamento de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa se han hecho pocos estudios acerca del intento de suicidio en niños y adolescentes.

Relevancia científica: La conducta suicida en niños y adolescentes evidencia que las motivaciones guardan relación con factores de riesgo sociodemográficos, psicopatológicos, caracteriales y psicosociales. Conocer estos factores de riesgo sirve para medidas de prevención.

Relevancia práctica: Conocer mejor los factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes permite poder intervenir en forma temprana y evitar muertes futuras o complicaciones médicas que se producen como consecuencia del intento.

Relevancia social: La conducta suicida en niños y adolescentes constituye un serio problema de salud que debe ser afrontado por los diferentes elementos de la sociedad ya que intervienen factores individuales de la familia y de la comunidad.

Factibilidad: El presente estudio es factible por tratarse de un diseño descriptivo, individual y de corte transversal.

Interés personal: La conducta suicida en niños y sobre todo en adolescentes es motivo de consulta frecuente en el Departamento de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado. Una adecuada evaluación psiquiátrica permitirá decidir la conducta terapéutica adecuada a seguir.

Contribución académica: El presente estudio contribuirá al mejor conocimiento de los factores de riesgo personales y familiares que tienen que ver con la conducta suicida.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Definición

- CONDUCTA SUICIDA.- “es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. Se puede originar esta conducta en función a una decisión voluntaria, motivos inconscientes, en estados psicopatológicos que cursan con alteraciones del afecto, del pensamiento, de la conciencia y de los impulsos “(2,3)
- CONDUCTA SUICIDA: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. (2)

2.2. Definiciones Operativas

- IDEACION SUICIDA: Se denomina así en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Sinónimo de pensamiento suicida (1).
- INTENTO DE SUICIDIO: Es el concepto general que sirve para designar a todo acto que busque la muerte propia, inclusive de manera manipulatoria, y del cual se sobrevive (1).
- SUICIDIO CONSUMADO: acto por el cual el paciente logra su cometido de auto eliminarse (1).
- GESTO SUICIDA: conducta que pretende suicidio pero a través de la cual el paciente no tiene intención de quitarse la vida, si no de utilizar esta posibilidad como forma de manipulación (1).

2.3. Etiología

La conducta suicida en sí no es una patología, sino que puede estar inscrita en una serie de enfermedades emocionales, siendo la principal el Trastorno depresivo, y por lo tanto no responde a una sola etiología. Se enumeran las teorías propuestas (2):

Teoría Neurobiológica

Una disminución en la acción de la serotonina, 5 HT (5HT) está implicada en conductas depresivas, agresivas, y de trastornos del control de los impulsos, asociados a los suicidios violentos o agresivos. Asimismo, la conducta suicida se asocia con una disminución en los niveles serotoninérgicos de la corteza ventral pre-frontal. Igualmente, se encontró niveles bajos de serotonina (5-HT) y su metabolito principal, ácido 5-hidróxiindolacético (5-HIAA) en cerebros post-mortem (1,4,5).

También se ha señalado la falta de procesamiento adecuado en la corteza prefrontal del cerebro de la que depende la toma de decisiones, y que se vería

debilitada por los estados depresivos, abuso de alcohol o sustancias psicoactivas u otros estados psicopatológicos (6).

En sujetos con intento de suicidio la reducción de los niveles de 5-HIAA en el LCR se correlacionó con el diagnóstico psiquiátrico y la letalidad del intento (4).

Estudios sugieren que existe una asociación entre alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y suicidio. Las primeras observaciones fueron hechas por Buney y Fawcett (1965) quienes encontraron una elevada excreción urinaria de 17-hidroxycorticosteroides en víctimas de intentos de suicidio y suicidios consumados. También han sido informadas elevaciones de cortisol en sangre en suicidas e incluso valores arriba de 20 mg/dl podrían tomarse como marcador biológico de alto riesgo de suicidio (2).

Los niveles de colesterol sanguíneo, fundamentalmente la hipocolesterolemia (menor de 160 mg/dl), ha venido siendo estudiado en numerosos países, como un factor que puede estar relacionado con el metabolismo del triptofano, precursor de la serotonina, sin que se encuentre correlación en todas las series estudiadas, pero por la sencillez y economía es un factor a considerar.(2).

Aspectos Genéticos

Ciertas investigaciones sugieren una tasa elevada de concordancia de suicidio en gemelos idénticos. En un estudio danés sobre gemelos monocigóticos se observó que, en 20% de los casos en los que un hermano se suicidaba, el otro fallecía de la misma manera (2,3,4).

En estudios locales se encontró que familiares del grado de intentadores de suicidio habían cometido suicidio (26.7 %) (4).

Estudios sobre adopción realizados en Dinamarca muestran un mayor número de suicidios en familiares de personas suicidas comparadas con familiares de los controles (3,4).

Teorías Psicológicas

En las teorías Cognitivas, Aaron Beck ha examinado la función de los estados emocionales como la desesperanza y el desamparo en la patogenia de la depresión y el suicidio. Este autor ha relacionado la “triada negativa” de la depresión con el suicidio basándose en que el pensamiento del individuo se deforma cuando la víctima se encuentra deprimida; de esta manera adquiere una opinión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo. De manera que la idea de suicidio represente una mejoría respecto a la situación actual (1,2,4).

En la teoría Psicoanalítica, Sigmund Freud (1917), fue el primero en ofrecer explicaciones psicológicas al suicidio, quien postulaba que los motivos del acto eran intrapsíquicos, vinculándolas al instinto de muerte y a la pulsión suicida con cargas tanáticas dirigidas contra el propio yo, donde no siempre la persona es consciente de sus actos. Así sus mecanismos de defensa (negación...) son una forma de huir de la vida (de sus problemas) optando así por el suicidio (4).

Recientemente se viene estudiando la conducta impulsiva que sobrepasa los umbrales del procesamiento o ejecución a nivel de la corteza pre-frontal del cerebro, frente a ciertos estresores en determinados casos (1).

Teoría de la Crisis

La Conducta suicida es una situación crítica en la cual existe una pérdida temporal del equilibrio psíquico, principalmente por la incapacidad de manejar situaciones dolorosas y amenazantes, por colapso de los recursos adaptativos de la persona (4).

La Teoría de la Crisis aparece a raíz de los suicidios durante la guerra mundial, a inicios del '60 el movimiento de prevención del suicidio creció con rapidez en los Estados Unidos, al apoyarse en parte sobre la teoría de la crisis de Kaplan (4).

2.4. Aspectos epidemiológicos

Se estima que la tasa de suicidio mundial es aproximadamente de 15 por 100000 habitantes según OMS del año 2002. Los países de América latina con

mayor prevalencia de suicidio son Cuba con 11 por 100000 y Puerto Rico con 10 por 100000 habitantes (1,4).

Se puede decir que en países como Escandinavia, Finlandia, Suiza, Alemania, Austria o Europa del Este, tienen tasas de suicidio elevadas, por encima de 25/100.000 habitantes y España, Italia o Egipto, tasas por debajo de 5/100.000 habitantes. Estados Unidos está en una situación intermedia (3,4).

El MINSA en el año 2000 reporta 228 suicidios consumados, de los cuales el 63% eran varones. En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao en el año 2002 realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", en lo referente a la prevalencia de vida de pensamiento suicida es de 30.3% con predominio del sexo femenino. La prevalencia de vida de conductas suicidas con referencia al intento es 5.2% con predominio del sexo femenino (7,8).

En el estudio Epidemiológico de salud Mental realizado en la Sierra peruana en el año 2003 por el IESM "H.D-HN", encontramos que la prevelecia anual de deseos de morir esta en 34.2%, y la prevalencia de vida del intento suicida esta en 2.9% (9).

En análogo estudio en la selva del Perú, 2004 no se observa mayor diferencia en cuanto a los porcentajes de los estudios anteriores (10).

Pasan del pensamiento a la concreción suicida en un 34% y de la planificación al intento en 72%, según investigaciones foráneas (9).

Fases de la conducta suicida

- 1) Idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer suicidio.

- 2) Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir.
- 3) Decisión en la que ya se pasa a la acción (1).

Factores de riesgo asociados

- Género: Los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres en relación de 3 : 1 mientras que el suicidio consumado es más frecuente en los varones, en general, en la misma relación (4).
- Edad: En referencia a los suicidios consumados, cerca de la mitad están entre 18 a 33 años. Existe una tendencia a nivel mundial del aumento de las tasas de suicidio en niños y adolescentes, las cuales se han triplicado en relación a la década anterior. También se aprecia un aumento de estas tasas en la población de la tercera edad (3,11).
- Estado Civil: Los solteros constituyen el mayor grupo de riesgo en suicidio consumado e intento de suicidio. En el Programa de Prevención de Suicidio (PPS) del Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” se encontró que el 62.2% pacientes con intento de suicidio eran solteros (4,7).
- Ocupación: Los desocupados constituyen el grupo de riesgo más relevante. Se ha visto un incremento de conductas suicidas violentas en militares, policías y vigilantes de seguridad, así como sus familiares, ya que cuentan con mayor disponibilidad de medios letales (4,8).
- Condiciones Socioeconómicas: Es mayor en el estrato social bajo, relacionándose con la frustración y carencias. El hecho de vivir solo es otro elemento de importancia (3).
- Antecedentes Familiares de Enfermedad Mental: La depresión constituye el trastorno mental más frecuentemente encontrado en los familiares de

pacientes suicidas, seguido de dependencia a alcohol y drogas y luego esquizofrenia (2,12).

- Antecedentes Familiares de Conducta Suicida: Los antecedentes de intento de suicidio en familiares de primer grado es 10.4%, predominando aquel de los hermanos con 50%; y los familiares de segundo grado 7.5% de acuerdo a los datos encontrados en el Programa de Prevención de Suicidio (PPS) del IESM "HD-HN", 2003 (7,12,13).
- Enfermedades Física y/o Mentales: En estudios post mortem se muestra que entre 25% a 75% de suicidios consumados padecían algún tipo de afección somática. Entre la patologías presentes tenemos SIDA, cáncer, enfermedades del SNC, cardiovasculares y otras. En relación a los trastorno mentales y los intentos de suicidio, encontramos que la depresión es hallada en un 75% de los pacientes, trastorno borderline de la personalidad 37.3% y alcohol y dependencia de drogas con 21.7%, los trastorno de adaptación con 23.2%, Trastornos de la conducta alimentaria en un 15 %, (Bulimia Nervosa), de acuerdo a la fuente anteriormente citada (2,4).
- Consumo de Alcohol y Sustancias Psicoactivas: Existen estudio en que se encuentra que el riesgo de suicidio en alcohólicos es de 60 a 120 veces mayor en alcohólicos que en la población general (8,14).
- Antecedente de Maltrato Físico, Sexual y Psicológico: Son factores directamente vinculados las conductas suicidas, ya sea como antecedentes o recientes (13).
- Conflictos Familiares y/o Pareja: Se les considera los estresores psicosociales más fuertemente vinculados con la conducta suicida (15).
- Pérdida Parental: Se ha encontrado que las féminas son más vulnerables a pérdidas parentales tempranas, con relación al intento suicida, según los estudios realizados por el PPS del IESM"HD-HN", 2003 (9).
- Carencia de Soporte Socio-Familiar: La conducta suicida se presenta con mayor frecuencia en la población con déficit en el soporte sociofamiliar.

Anticona y col. Epidemiología de la conducta suicida en el Hospital Victor Larco Herrera (9,10).

- Intentos Suicidas Previo: Es el indicador más importante del riesgo de suicidio consumado, todo intento de suicidio previo se debe tomar seriamente con factor predictor independientemente de su letalidad. Se ha encontrado su presencia en 47.9% de los pacientes atendidos como intentos suicidas (11,16).
- Problemas de Identidad Sexual: Estudios publicados encuentran evidencias que en personas que tienen atracción por el mismo sexo presentan un incremento en los grados de auto agresión (3,4).
- La difusión mediática alarmista o distorsionada puede influir en las personas proclives, ya sea en el método o en algún otro aspecto. El uso inapropiado de la tecnología, como por ejemplo el Internet viene siendo otro factor de importancia vía la globalización (17).

2.5. Diagnóstico

Criterio de Diagnóstico

La conducta suicida es caracterizada por un espectro clínico que abarca desde ideas suicidas vagas hasta el suicidio consumado. Los pensamientos suicidas son más frecuentes que los intentos de suicidio o suicidios consumados. La conducta suicida debe ser explorada en todos los pacientes que presentan episodio depresivo, crisis de angustia, episodios psicóticos agudos, conducta impulsiva y consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades terminales como, cáncer, HIV, SIDA, neurológicas (hemiplejia, cuadriplejia), delirium tremens o condiciones como el embarazo no deseado, etc (2).

Instrumentos de Evaluación: Se cuenta con escalas o instrumentos como la Escala de Ideación Suicida SSI, y de Intencionalidad Suicida de Beck, así como la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida de Pierce, o Escala de Hamilton de la Depresión (3).

Criterios de Severidad

Relacionados con:

Método Utilizado: Se considera de alta letalidad: Armas de fuego, sustancias cáusticas, ahorcamiento (18).

Planificación del Acto Suicida: Plan activo, determinante.

Persistencia del Pensamiento Suicida: Reiterativo.

Alucinaciones Auditivas Comandatorias de Autoeliminación: Voces que ordenan que se elimine.

Trastornos Psiquiátricos Mayores: Como por ejemplo, Depresión mayor, Esquizofrenia Paranoide, Trastorno de Estrés Post Traumático, Trastorno por Abuso de sustancias psicoactivas y alcohol, ludopatía, Trastorno de la Conducta Alimentaria, etc (18).

Diagnóstico Diferencial

Intoxicaciones accidentales, alérgicas, por inhalación de gases o accidentes laborales, de tránsito o fortuitos, ahogamiento, caídas de altura, quemaduras, heridas de bala, fracturas, etc. (18).

Señales de suicidio

Los factores de riesgo más fuertes con respecto al intento de suicidio en los jóvenes son la depresión, el abuso de alcohol o drogas, comportamientos agresivos o perturbadores e intentos previos de suicidio. Si varios de los siguientes síntomas, experiencias o comportamientos están presentes, se debe consultar a un profesional de la salud mental u otro adulto de confianza, como un padre o un consejero escolar (4):

- Estado de ánimo depresivo.
- Abuso de sustancias adictivas.
- Frecuentes huidas o detenciones policiales

- Perdida familiar o inestabilidad
- Expresiones de pensamientos suicidas
- Muerte durante momentos de tristeza
- Retraimiento con respecto a los amigos y familiares
- Dificultades para enfrentar la identidad sexual
- Embarazos no planeados
- Perdida de interés o placer por actividades anteriormente placenteras (4).

Los adolescentes que consideran la idea de suicidarse generalmente se sienten solos, sin esperanzas y rechazados son especialmente vulnerables a estos sentimientos si han sufrido una pérdida, humillación o trauma de algún tipo: escaso rendimiento en una prueba, ruptura con un novio o novia, padres con problemas de alcohol o drogas o que son abusivos o una vida familiar afectada por la discordia entre los padres, separación o divorcio. Sin embargo, un adolescente puede ser depresivo o suicida aun sin experimentar ninguna de estas situaciones adversas (14).

2.6. Tratamiento

El tratamiento específico para los sentimientos y comportamientos suicidas será determinado por el médico de su hijo adolescente basándose en lo siguiente:

- La edad del adolescente, su estado general de salud y su historia médica.
- Qué tan avanzados están los síntomas del adolescente.
- La seriedad del intento.
- La tolerancia del adolescente a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.
- Sus expectativas con respecto del riesgo futuro de suicidio.
- Su opinión o preferencia (19).

Todo adolescente que haya intentado suicidarse requiere de una evaluación física inicial y tratamiento hasta recuperar la estabilidad física. El tratamiento de la salud mental para los sentimientos, ideas o comportamientos suicidas comienza con una evaluación minuciosa de los acontecimientos de la vida del adolescente ocurridos durante los dos o tres días previos al comportamiento suicida. Una evaluación integral del adolescente y de la familia contribuye a la toma de decisiones con respecto de las necesidades de tratamiento (19).

Las recomendaciones de tratamiento pueden incluir, entre otras, la terapia individual para el adolescente, terapia de familia y, cuando sea necesario, la internación para brindarle al adolescente un entorno supervisado y seguro. Los padres tienen un rol vital de apoyo en cualquier proceso de tratamiento (20,21).

2.7. El suicidio en la infancia y adolescencia

Hay que tener en cuenta que, en general, el concepto de muerte aparece entre los 5 y 9 años —como algo temporal y reversible—, entre los 8 y los 11 años aparece el concepto de muerte como algo irreversible y es ya a partir de los 12-13 años cuando el pleno concepto de muerte es adquirido, aunque es posible, en ciertas ocasiones, la comprensión de la muerte con menos de 6 años (22).

El suicidio consumado es excepcional por debajo de los 12 años—aunque podría haber un sesgo en el sentido que los suicidios en estas edades se tenderían a ocultar especialmente, debido a los sentimientos generados en el seno familiar—. En relación a las tentativas de suicidio conviene señalar que cuanto menor es el niño, tanto más violenta y traumática suele ser la tentativa de suicidio (precipitación, armas,...), mientras que en la adolescencia suele preferirse la intoxicación medicamentosa (22).

La conducta suicida en la población infanto-juvenil se ve especialmente asociada a algún trastorno mental (90%) y a ciertos rasgos de personalidad (impulsividad, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, baja tolerancia a la frustración, estilo cognitivo rígido, labilidad emocional, sentimientos de

soledad o rechazo), así como a historia familiar de suicidio, ambiente familiar desestructurado (destacando la ausencia de alguna figura parental), la exposición o contacto con el suicidio (bien por la historia familiar, bien a través de los medios de comunicación), la condición social baja y los problemas de adaptación social (trastornos conductuales como fugas, "novillos", que suelen ser infravalorados y son un factor de vulnerabilidad importante en niños y adolescentes) (20,25).

Por otra parte, hay que señalar que son una población con muy bajo índice de seguimiento (30-40%) y que el tratamiento suele ser abandonado en numerosas ocasiones en contra del criterio médico. Si tenemos en cuenta que la mayoría de los suicidios consumados se dan en esta población en los dos años posteriores al intento inicial, nos daremos cuenta la importancia de este hecho y que la recomendación mínima de seguimiento sea de 2 años tras un intento de suicidio (13,23).

2.8. Niñez y adolescencia

Desde el punto de vista de la dinámica del desarrollo humano, podemos señalar que este progresa desde niveles elementales hasta niveles cada vez más complejos, conformando estados o etapas que son caracterizados por actividades o tareas evolutivas (19).

La interacción constante de los procesos de maduración biológica y las influencias del medio ambiente, originan sucesivas transformaciones que van reorganizando la estructura física, mental y social de la persona. La mayoría de teorías del desarrollo afirman que en la conducta del ser humano se van marcando cambios bien definidos, que algunos identifican como crisis o conflictos, seguidos de periodos más estables. Estas etapas se hallan relacionadas con la edad cronológica de manera aproximada, sin embargo no constituyen un parámetro exacto en la medida que en estos cambios intervienen variables individuales, sociales y culturales. Así tenemos que (19):

La niñez es la etapa comprendida entre la concepción de un ser humano y el inicio de la adolescencia, aproximadamente hasta los 11 ó 12 años. Podemos dividirla en las siguientes etapas:

- Desarrollo Pre-Natal y Nacimiento (abarca la concepción y el nacimiento).
- La Primera infancia o Etapa Preescolar (0-6 años)
- La Segunda infancia o Etapa Escolar (6-12 años) (19)

La adolescencia se inicia con los cambios físicos de la pubertad, entre los 12 y 13 años y termina cuando se adquieren características propias de un status adulto, aproximadamente entre los 18 y 20 años. Podemos dividirla en las siguientes etapas:

- Pubertad (12 – 14 años)
- Adolescencia (14-18 años) (19)

La noción de adolescente es variada en un país multicultural como el Perú. En las zonas rurales andinas y amazónicas, la adolescencia suele ser considerada como un período breve, en muchas ocasiones casi inexistente, más bien caracterizada por la búsqueda de pareja y por el inicio de la vida conyugal. En las áreas urbanas, en cambio, la adolescencia tiende a durar varios años, casi siempre caracterizados en la búsqueda de oportunidades de estudio y de trabajo. Otras diferencias entre los adolescentes peruanos parten de sus distintas dinámicas familiares, formas o estilos de vida y modelos de éxito (11).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Autor: Gonzales Valdivia, Marie Alessandra (24)

Título: “Trastornos mentales más frecuentes en pacientes adolescentes con intento de suicidio hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado durante 2011”

Resumen: El intento de suicidio es un problema de salud pública, que actualmente va en aumento afectando principalmente a los adolescentes, este es muchas veces pobremente estudiado sin llegar a un diagnóstico psiquiátrico, perdiendo así la oportunidad de un adecuado tratamiento. El presente trabajo es un estudio observacional, retrospectivo y transversal. Los objetivos específicos fueron: establecer la frecuencia de los trastornos mentales en el intento de suicidio de adolescentes hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado en el año 2011.

De una población de 289 historias clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado se excluyeron aquella que no cumplieron con los criterios de selección ya establecidos quedando una población final de 233 historias clínicas con las que se elaboraron las fichas de recolección de datos.

Se encontró que el trastorno psiquiátrico más frecuente en pacientes adolescentes con intento de suicidio hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado es el trastorno adaptativo con un 89.91%. Relacionado a las características del intento de suicidio se concluye que: predomina el sexo masculino con 50.67%, así mismo, la edad más frecuente fue de 17 a 21 años con un 48.93% que corresponde a adolescentes avanzados. También se encontró que el grado de instrucción que predomina es la secundaria con 86.70% y 80.26% son estudiantes. Además se encontraron diversos factores que a pesar que no conforman la mayoría son importantes dentro de este estudio y cabe mencionarlos: muestra pacientes con intento suicida anterior, con un 10.73%; otra conclusión importante es que 71.67% de pacientes no acudieron a su control por psiquiatría.

Asimismo se observa que el método de suicidio más utilizado son los inhibidores de la acetilcolinesterasa con 76.82%. Además 39.91% de pacientes fueron dados de alta a solicitud. Otro hallazgo importante fueron los adolescentes con padres separados con un 33.05%. Cabe resaltar el antecedente de consumo de sustancias con 13.73% y la presencia de un familiar suicida con un 9.87%. En menor porcentaje pacientes que presentaron un familiar alcohólico con 5.15% y abuso sexual con 3.43%.

Fuente: Gonzales, M. “Trastornos Mentales más frecuentes en pacientes adolescentes con intento de suicidio hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado durante 2011”. Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina. Arequipa – Perú 2012.

Autor: Vilca Gonzales, Josefa Raquel (11)

Título: Frecuencia de suicidios en niños y adolescentes registrados en la división de Medicina Legal de Arequipa, 1996 – 2000.

Resumen: Se realizó el presente estudio en primer lugar, revisando todos los protocolos de suicidios en niños y adolescentes registrados en la División de Medicina Legal de Arequipa, a partir del mes de enero de 1996 a diciembre del año 2000; asimismo, y en razón a conseguir más datos sobre este fenómeno se acudió a las diferentes dependencias policiales, a fin de indagar y cursar información con la obtenida en la repartición señalada. Habiendo encontrado una frecuencia de 90 casos; que comenzó con 10 en el año 1996 y se contó con 25 en el año 2000, lo que refleja un incremento estadísticamente significativo.

Un hecho que consideramos muy significativo, es el haber encontrado casuística de suicidio en niños, cuyas edades están comprendidas entre 8 y 10 años; hecho difícil de producirse en otras sociedades, tal como lo aseveran las diferentes investigaciones realizadas y que las hemos consultado. Asimismo se ha encontrado a niños, cuyas edades están entre 11 a 12 años y, por supuesto que el mayor porcentaje se presenta entre las edades de 13 a 18 años, que viene a ser la adolescencia propiamente dicha. En razón a la edad, la mayoría tiene como ocupación la de ser estudiante, tanto del nivel primario como secundario; existiendo casos aislados como el de los soldados y el chofer. Son los distritos de mayor población como Paucarpata, Miraflores, Mariano Melgar, y el Cercado, donde se realizado la mayor consumación de suicidios; siendo los meses de julio a septiembre, los de mayor frecuencia; así como las horas de nocturna, las que encontraron más propicias para efectivizar el suicidio.

El método más utilizado por niños y adolescentes fue el envenenamiento, seguido del ahorcamiento; drogas y/o medicamentos. En menor incidencia está el uso de arma de fuego y la precipitación de altura. El desencadenante más funesto deviene de los conflictos familiares, ya sea la falta de uno de los progenitores, el divorcio o separación, el alcoholismo, la farmacodependencia, el maltrato; realidad que impulsa a niños y adolescentes a suicidarse. Estos hechos precisan el desarrollo de medidas preventivas que enfrenten este problema social y de salud pública.

Fuente: Vilca, J. Frecuencia de suicidios en niños y adolescentes registrados en la división de Medicina Legal de Arequipa, 1996 – 2000. Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina. Arequipa – Perú 2001.

Autor: Vargas, H.; Saavedra, J. (14)

Título: Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao.

Resumen: *Objetivo:* Identificar la prevalencia y los factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Métodos:* Se usó la base de datos del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Se aplicó una ficha demográfica y socioeconómica, el cuestionario de Salud Mental de Colombia y la M.I.N.I. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional – CIE 10. Se ajustaron modelos de regresión logística múltiple. *Resultados:* La prevalencia de vida, en el último año y actual del deseo de morir fue 29.1%, 15.2% y 6.8%, respectivamente, observándose según el modelo de regresión logística múltiple final, asociaciones estadísticamente significativas con: sexo femenino, nada o poca satisfacción con su inteligencia, principios y valores diferentes a los de la familia, tener amigo confidente, tener enamorado(a), dificultades en las funciones como hijo, fobia social y episodio depresivo. En cuanto al intento suicida, la prevalencia de vida, en el último año y actual fue 3.6%, 2.4% y 0.4%, respectivamente, observándose según el modelo de regresión logística múltiple final,

asociaciones estadísticamente significativas con: sentir que nada o poco lo respetan en la familia, tener enamorado(a), y episodio depresivo. *Conclusiones:* La presencia de depresión y fobia social, así como los aspectos de la dinámica familiar aparecen como factores importantes a considerar en la prevención en la conducta suicida en adolescentes.

Fuente: Vargas, H.; Saavedra, J. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. Rev. PERÚ. EPIDEMIOL. Vol 16 N° 3 Diciembre 2012.

Autor: Bazán López, J.; Olórtegui – Malaver, V.; Vargas – Murga, H.; Huayanay – Falconi, L. (12).

Título: Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Rural.

Resumen: *Objetivos:* Identificar la prevalencia y los factores asociados con tendencias suicidas en adolescentes de Lima rural. *Métodos:* Se realizó un análisis secundario de un subconjunto de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007, que incluye variables demográficas y socioeconómicas, aspectos generales de salud mental, trastornos clínicos y relaciones intrafamiliares. *Resultados:* La prevalencia de vida del deseo de morir y del pensamiento suicida en adolescentes fue 21.4% y 7.4% respectivamente; observándose según el análisis multivariado asociaciones estadísticamente significativas para el deseo de morir con: sexo femenino, cuánto le importa si hiciera algo que avergonzara a su familia, reglas y castigos del lugar injustos, apoyo del hermano(a), tener amigo confidente, importancia de Dios en la vida, trastorno de ansiedad generalizada y depresión mayor. En el análisis multivariado para el pensamiento suicida se observó asociaciones significativas con: contar con cancha de vóley, cuánto le importa si hiciera algo que avergonzara a su familia y tener amigo o confidente. *Conclusiones.* En los adolescentes de Lima rural, la prevalencia de deseos de morir fue alta mientras

que la de pensamiento suicida fue similar a la de otros países. Las asociaciones identificadas deberían ser evaluadas en estudios posteriores.

Fuente: Bazán López, J.; Olórtegui – Malaver, V.; Vargas – Murga, H.; Huayanay – Falconi, L. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Rural. Rev Neuropsiquiatría 79 (1), 2016.

Autor: Alba, A. (13)

Título: Conducta suicida adolescencia y riesgo

Resumen: *Introducción:* en la actualidad el suicidio constituye la tercera causa de muerte a nivel mundial en los adolescentes entre 11 y 18 años y en Cuba ocupa la tercera causa de muerte en las edades de 10 a 19 años. Este evento ocurre con mayor frecuencia en los varones, sin distinción de color de la piel ni clase social. Cuando un adolescente se suicida o intenta suicidarse, todo el mundo se ve afectado, familiares, amigos, compañeros, vecinos y a veces personas que ni siquiera conocían o conocen al adolescente. El adolescente que intenta suicidarse puede experimentar sentimientos de dolor, confusión y culpa.

Objetivo: profundizar en la problemática de la conducta suicida en los adolescentes por ser una etapa de vulnerabilidad y riesgo.

Método: se realizó una revisión bibliográfica donde se consultaron las bases de datos incluidas en los servicios LILACS, EBSCO e HINARI, y se alcanzó muy buena cobertura, tanto en Cuba, en Latinoamérica y el Caribe, como en el resto del mundo.

Desarrollo: se exponen las características generales de los adolescentes sanos y factores de riesgo que los hacen vulnerables a tener una conducta suicida, lo cual permite una reflexión sobre el tema para contribuir a su prevención, especialmente desde el nivel primario de atención de salud.

Conclusiones: la conducta suicida en los adolescentes constituye un serio problema de salud que debe ser afrontado por los diferentes elementos de la

sociedad ya que intervienen factores individuales de la familia y de la comunidad.

Fuente: Alba, A. Conducta suicida adolescencia y riesgo. Revista Cubana de Medicina General Integral 2013; 30(1): 132-139.

Autor: Alba, A.; Aguilar, J.; Suárez, R.; Rodríguez, E.; Durán, J. (23)

Título: Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes.

Resumen: *Introducción:* las tentativas de suicidio se han incrementado considerablemente antes de los 20 años en las últimas décadas.

Objetivos: identificar los factores de riesgo asociados con los intentos suicidas en adolescentes de 10 a 19 años.

Métodos: se realizó un estudio analítico (casos controles pareados) de los adolescentes que tuvieron intento de suicidio en la provincia de Cienfuegos durante el segundo semestre de 2007. Se calcularon porcentajes y medias aritméticas, para identificar asociación se utilizó la prueba chi cuadrado de Mantel y Haenszel y cálculo de odds ratio, sus intervalos de confianza y significación para $\alpha = 0,05$.

Resultados: se identificó asociación con el intento de suicidio de las variables siguientes: deseos de hacerse daño, elaboración de planes anteriores para cometer dicho acto, presencia de desesperanza, maltrato físico, disputa, desconfianza y malas relaciones con los padres, antecedentes familiares de suicidio y enfermedad psiquiátrica, sentirse atormentado, y problemas con la pareja, entre otros. Se encontró que un 9,0 % de los adolescentes estudiados manifestaron no arrepentimiento o sin crítica de lo ocurrido.

Conclusiones: existieron factores personales y familiares asociados con los intentos de suicidio, así como un alto porcentaje de adolescentes que intentaron suicidarse con crítica o arrepentimiento de lo ocurrido.

Fuente: Alba, A.; Aguilar, J.; Suárez, R.; Rodríguez, E.; Durán, J. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr v.27 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2011.

4. OBJETIVOS

General:

- Determinar las características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos en niños y adolescentes con intento de suicidio atendidos en el Departamento de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado en los meses de enero y febrero 2018.

Específicos:

- Determinar la prevalencia de intento de suicidio en niños y adolescentes atendidos en el Departamento de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado, en los meses de enero y febrero 2018.
- Conocer las características biopsicosociales en niños y adolescentes atendidos en dicha institución.
- Conocer el diagnóstico psiquiátrico (DSM-5) en niños y adolescentes atendidos en dicha institución.

5. HIPÓTESIS

No se requiere por tratarse de un estudio observacional.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicara la técnica de la observación documental.

Instrumentos: Se aplicara como instrumento una ficha de recolección de datos, donde se consignarán datos de las características sociodemográficas y aspectos clínicos.

Material:

Fichas de investigación

Material de escritorio

Computadora personal con programas de procesamientos de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

Ubicación espacial: El presente trabajo de investigación se realizará en el Departamento de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa del Ministerio de Salud. El Hospital está ubicado en la avenida Alcides Carrión N° 505, en el distrito de Cercado, Provincia y Departamento de Arequipa.

Ubicación temporal: El estudio se realizará en el periodo de enero – febrero 2018.

Unidades de estudio: Pacientes niños y adolescentes que acudirán para atención al Departamento de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

Población: Todos los pacientes niños y adolescentes con el diagnóstico de intento de suicidio que acudirán al Departamento de Emergencia que cumplan los criterios de inclusión durante el periodo de estudio.

Muestra: El estudio se realizará con el universo de pacientes que acudirán al Departamento de Emergencia durante el periodo de estudio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos que serán atendidos en el Departamento de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, con el diagnóstico de intento de suicidio.
- Pacientes evaluados por médico psiquiatra.
- Pacientes hasta los 18 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes de mayores de 18 años.
- Pacientes que se causaron algún tipo de daño, de manera accidental.
- Pacientes con Gesto Suicida.
- Pacientes cuya historia clínica no registre adecuadamente las características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos para efectos del estudio.

3. Estrategia de Recolección de datos

Organización

Una vez aprobado el proyecto, se realizarán las coordinaciones necesarias con el Decano de la Facultad de Medicina Humana para el envío de una carta de presentación, solicitándole la autorización para la realización del estudio.

Se solicitará una autorización del Director del hospital y posteriormente del Jefe del Departamento de Emergencia, para poder revisar el libro de registro de pacientes hospitalizados y el acceso a las historias clínicas.

Se procederá a la aplicación de la ficha de recolección de datos y de registro, se recogerá información de las historias clínicas de emergencia y posteriormente el análisis, interpretación y presentación de los mismos en tablas estadísticas.

Recursos

a) Humanos:

Investigador: Luisa Fernanda Mollenedo Flores. Alumna del Programa Profesional de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

- b) Tutor: Dr. Alfredo Pompeyo Vilca Arenas. Médico Psiquiatra, asistente del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín.
- c) Institucionales:
Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa
Biblioteca de la Universidad Católica de Santa María
- d) Materiales:
Historias clínicas de emergencia, ficha de recolección de datos, libros de registro, material de escritorio, computadora, paquete estadístico.
- e) Financieros:
La investigación será solventada con recursos propios del investigador.

Criterios para manejo de resultados

- a) Plan de procesamiento: los datos registrados en el Anexo 1 serán codificados y tabulados para su análisis e interpretación.
- b) Plan de clasificación: se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribirán los datos obtenidos en cada ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010)
- c) Plan de codificación: se procederá a la codificación de los datos que contengan indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

- d) Plan de recuento: el recuento de datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.
- e) Plan de análisis: se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS versión 20



CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo en meses	Año							
	2017					2018		
	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Búsqueda bibliográfica del problema de investigación	X	X						
Sistematización de bibliografía sobre intento de suicidio en niños y adolescentes			X					
Redacción de proyecto				X				
Revisión y aprobación de proyecto de tesis					X	X		
Recolección de datos						X	X	
Análisis e interpretación de resultados								X
Presentación del Informe final								X

V. BIBLIOGRAFIA

1. Vidal, G.; Alarcón, R.; Lolas, F. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Ed. Médica Panamericana S.A. Buenos Aires-Argentina 1995.
2. Vallejo, J.; Leal, C. Tratado de Psiquiatría Editorial Marban. Madrid-España 2012.
3. Vallejo Ruiloba, Julio: Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Octava Edición MASSON, S.A. Barcelona (España) 2015.
4. Sadock, B.; Sadock V.; Ruiz, P. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias del Comportamiento/Psiquiatría Clínica. Editorial Wolters Kluwer. Décimo primera edición. Barcelona-España. 2015.
5. Vargas, Horacio; Saavedra, Javier E. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. Revista Peruana de epidemiología Vol. 16, num 3, septiembre – diciembre 2012, Lima – Perú.
6. Toro, R.; Yepes, L. Psiquiatría. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia. V Edición 2010.
7. Instituto Especializado de Salud Mental H. Delgado-H.Noguchi Oficina de Estadística e Informática, Programa de Prevención del Suicidio. Cifra de Suicidios 2002, Lima Perú.
8. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana, IESM H. Delgado-H.Noguchi Capítulo sobre Suicidio. 2002, Ed. Especial de Anales de Salud Mental,2003, Lima-Perú.
9. Vásquez F. Y cols. El Panorama de los suicidios en el Perú durante el año 2003.Programa de Prevención del Suicidio IESM H. Delgado-H. Noguchi, Lima. Perú.
10. Vásquez F. y cols. Análisis de la conducta suicida en el Peru año 2004. .Rev Española Ed. Especial Centenario JJ López Ibor,Abril 2006,España.
11. Vilca, J. Frecuencia de suicidios en niños y adolescentes registrados en la división de Medicina Legal de Arequipa, 1996 – 2000. Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina. Arequipa – Perú 2001.

12. Bazán López, J.; Olórtegui – Malaver, V.; Vargas – Murga, H.; Huayanay – Falconi, L. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Rural. Rev Neuropsiquiatr 79 (1),2016.
13. Alba, A. Conducta suicida adolescencia y riesgo. Revista Cubana de Medicina General Integral 2013; 30(1): 132-139.
14. Vargas, H.; Saavedra, J. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Revista de Neuro-Psiquiatría. Volumen 75 N° 1 enero – marzo 2012 Lima – Perú.
15. Mamani J, Sistema familiar de los pacientes que reinciden en el intento de suicidio atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, en el año de 1999. Tesis UNSA. Facultad de Medicina 2000.
16. Pinto, F.; Sal y Rosas H.; Vega, J.; Chávez, J.; Intentos de Suicidio en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Algunas características epidemiológicas. Libro de resúmenes. XVII Congreso Peruano de Psiquiatría Lima-Perú 2002.
17. Vásquez-Rojas, R.; Quijano-Serrano, M. Cuando el intento de suicidio es cosa de niños. Revista Colombiana de Psiquiatría. Suplemento 2013.
18. Asociación Psiquiatría Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Editorial Medica Panamericana. España 2014.
19. Soutullo, C; Manual de Psiquiatría del Niño y del adolescente. Editorial Médica Panamericana S.A., Primera Edición. España 2010
20. Shailsh, J.; Rakesh, J.; Jamal, I. Como reducir el riesgo de suicidio en niños y adolescentes deprimidos. Current Psychiatry Vol 4 N° 3.
21. Parellada, M.; Saiz, P.; Bobes, J. ¿Los intentos de suicidio son diferentes en adolescentes y en adultos?. Psychiatry Research 157 (1 – 3): 131 – 137, Ene 2008.
22. Cabra O. L.; Infante D. C.; Sossa F.N.; El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. Revista Peruana Sanitas. 13 (2): 28-35, 2010.

23. Alba, A.; Aguilar, J.; Suárez, R.; Rodríguez, E.; Durán, J. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr v.27 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2011.
24. Gonzales, M. “Trastornos Mentales más frecuentes en pacientes adolescentes con intento de suicidio hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado durante 2011”. Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina. Arequipa – Perú 2012.





ANEXO 3
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN

	Edad	Sexo	Estado civil	Grado de instrucción	Religión	Ocupación	Convivencia	Lugar del intento	Día del intento	Hora de ocurrencia	Instrumento	Evento gatillante	Intentos anteriores	Antecedente maltrato infantil	Diagnóstico psiquiátrico familiar	Suicidios anteriores	Diagnóstico CIE - 10
1	18	2	1	2	1	1	2	1	2	20:00	4	12	2	3	2	2	2 y 5
2	18	1	1	3	1	3	5	2	5	23:20	4	9	3	2	2	2	4
3	18	1	1	2	1	1	2	1	5	18:00	4	10	2	1	2	2	4
4	17	2	3	3	3	3	1	2	6	18:00	1	3	1	3	2	2	1
5	13	2	1	2	1	1	1	1	3	14:00	3	3	2	2	1	2	3
6	18	2	2	3	1	3	1	1	4	22:00	4	3	3	3	2	2	5
7	15	2	1	2	1	1	2	1	4	20:00	7	1	2	4	2	2	1
8	16	2	3	5	1	1	6	2	2	3:00	3	4	1	2	2	2	9
9	18	2	1	3	1	1	1	2	2	0:30	4	4	2	1	2	2	1 y 4
10	18	2	1	2	1	6	1	1	5	20:00	4	13	2	4	1	2	2
11	15	2	1	2	1	1	4	3	4	22:00	2 y 4	15	1	2	1	2	7
12	17	2	1	2	1	1	1	1	5	17:00	2	3 y 6	1	4	2	2	5
13	17	2	1	3	1	1	1	1	6	20:00	3	14	1	4	2	2	8
14	17	2	1	2	1	1	2	1	3	18:00	2	5	1	4	1	2	1 y 2
15	12	2	1	2	1	1	2	1	5	23:00	4	7	1	4	2	2	2
16	15	2	1	2	1	1	1	1	2	19:00	4	6	1	1	1	2	1
17	15	1	1	2	1	1	5	1	6	22:00	6	15	1	4	2	2	2 y 7
18	18	2	1	3	1	1	1	1	4	18:00	4	16	2	3	2	2	5

