

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS VALLE DE SULA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE PEDIATRÍA



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INTENTO SUICIDA EN EL
ADOLESCENTE**

AUTOR: KRISTELL PATRICIA HAWITH BAUTISTA

ASESOR TÉCNICO: DR. OSCAR PONCE

ASESOR METODOLÓGICO: DRA. NANCY ÁVILA

AGRADECIMIENTOS

A Dios Nuestro Redentor, principio de toda sabiduría, que con su amor y misericordia, me dio el soporte necesario para culminar con éxito este lapso de mi vida.

A mi madre María Bautista, por el ser que me dio la vida, e inculco en mí los valores para ser la persona que soy ahora, ha sido su presencia mi guía cuando se oscurece el sendero, ha sido luz entregándome las herramientas necesarias para caminar por la difícil senda de la vida.

A mi padre Donaldo Hawit, por darme su amor, apoyo y palabras de aliento para que cada día sea más fuerte y capaz de seguir luchando por mis aspiraciones y más deseados anhelos.

A mi esposo Juan Miguel Chávez, por su paciencia y comprensión, porque prefirió sacrificar su tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Usted es parte importante para la culminación de mi Postgrado, ya que con su apoyo constante y amor incondicional ha sido amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento. A su familia por hacerme sentir miembro de la misma, en especial a mi suegra María del Carmen Aguilera.

A mi hija Luciana Sihaam, por ser la luz de mi vida y mi inspiración para terminar con éxito esta difícil etapa para ella.

A mis abuelo Daniel Bautista y Martha García, por su amparo en todo momento. Papa Daniel, sé que en el cielo está celebrando este triunfo.

A mis hermanos, Rosny Bautista, Donald Hawit, Sussel Hawit, Andrea Hawit, Carol Hawit, Valeria Maradiaga, Jade y David Hawit, por su amor y cariño.

A mis Maestros, por enriquecer mis conocimientos, transmitiéndome su cognición, y más aún por jugar un papel importante en mi vida, convirtiéndose en familia y amigos.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios, quien ha estado presente en cada uno de mis pasos, guiándome, llenándome de bendiciones y proporcionándome la fortaleza y sabiduría necesaria, para afrontar cada uno de los retos que se me han presentado.

A mis padres y esposo por su continua lucha, dedicación y amor, por el apoyo permanente paulatino de mis proyectos de vida.

A mi hija Luciana, mi vida y mi inspiración.

A todas las personas que de una u otra manera, están presentes en mis acciones cotidianas y son partícipes de mis retos, triunfos y vicisitudes.

ÍNDICE

Índice	Página
Introducción.....	1
Capítulo I. Planteamiento del Problema.....	2
1.1 Antecedentes.....	2
1.2 Justificación del Problema.....	3
1.3 Pregunta de Investigación.....	3
Capítulo II. Objetivos:	4
II.1 Objetivo General.....	4
II.2 Objetivos Específicos.....	4
Capítulo IV. Marco Teórico.....	5-15
Capítulo V. Diseño metodológico	
V.1 Enfoque de la Investigación.....	16
➤ Cuantitativa.....	16
V.2 Diseño de la Investigación.....	16
➤ No experimental, Transversal.....	16
V.3 Alcance de la Investigación.....	16
➤ Descriptivo.....	16
V.4 Identificación de las Variables.....	16
V.4.A Variable Dependiente.....	16
V.4.B Variables Independientes.....	16
V.5 Población y Muestra.....	16
V.5.A Población/Muestra.....	16
V.5.B Área de Estudio.....	16
V.5.C Muestra	16
➤ No Probabilístico.....	16

V.6 Criterios de Selección.....	17
V.6.A Criterios de Inclusión.....	17
V.6.B Criterios de Exclusión.....	17
V.7 Plan de Recolección de Datos.....	17
V.7.A. Método de Recolección.....	17
V.7.B Técnica de Recolección.....	17
V.7.C Instrumento.....	17
V.8 Plan de Análisis.....	17
V.8.A Procesamiento de Datos.....	17
V.8.B Tabulación de Datos.....	17
V.8.C Análisis.....	17
V.8.D Interpretación de Datos.....	18-37
V.8.E Discusión.....	38-40
Capítulo VI. Consideraciones Éticas	
VI.1 Aspectos Éticos Considerados.....	41
VI.2 Clasificación del Riesgo de la Investigación.....	41
Capitulo VII. Conclusiones y Recomendaciones	
VII.1 Conclusiones.....	42
VII.2 Recomendaciones.....	43
Capitulo VII. Bibliografía.....	44-47
Capitulo IX. Anexos	
IX.1 Operacionalización de las variables.....	48-50
IX.2 Consentimiento informado.....	51
IX.3 Instrumento.....	52-53

INTRODUCCIÓN

El intento suicida es un problema de salud frecuente en adolescentes que preocupa a padres, médicos generales, pediatras y demás factores involucrados en la atención y seguimiento de estos. Su manejo en muchas ocasiones resulta complejo y desalentador por el riesgo de suicidio. También llamado tentativa de suicidio, en él intervienen aspectos biológicos, psicológicos, sociales y éticos. Este tiene sus inicios desde épocas remotas, y las actitudes ante él han ido variando según la época y la cultura.

El intento de suicidio constituye un problema importante de salud, un verdadero drama existencial del hombre, reconocido desde la antigüedad, recogido en la Biblia y otras obras literarias de entonces. En la Era Cristiana, fue considerado un pecado, siendo perseguido y condenado por la Iglesia todo individuo con conducta suicida. Actualmente la conducta suicida es considerada como un hecho de causas multifactoriales en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el suicidio dentro de las cinco principales causas de mortalidad entre los 15 y 19 años. Si revisamos las estadísticas mundiales, podemos encontrar que aproximadamente la mitad de todas las muertes producidas por hechos de violencia, la constituye la conducta suicida. Podríamos decir que en un año fallecen por esta causa cerca de 1 millón de personas y se estima que para el 2020 alcanzará la cifra de 1 millón y medio de seres humanos que deciden quitarse la vida, según datos ofrecidos por la OMS. Estos daños son los ocasionados a las personas, sin contar los que el acto autoinfligido provoca a la economía, a escala mundial el riesgo de suicidio sólo puede reducirse, no se elimina, y los factores de riesgo no proporcionan más que orientación.

Para la comprensión de este fenómeno se requiere un enfoque interdisciplinario que abarque la influencia de factores de índole individual, social y familiar que induzcan a una persona a intentar su autodestrucción.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.1 ANTECEDENTES:

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

El término suicidio en sí evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad. Aparentemente, Sir Thomas Browne fue quien acuñó la palabra suicidio en su obra *Religiomedici* (1642). Médico y filósofo, Browne creó la palabra basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). El término nuevo reflejaba el deseo de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona. Sin duda, en cualquier definición de suicidio la intención de morir es un elemento clave

En la sociedad actual nos hemos acostumbrado a aliviar el más pequeño dolor cuando se presenta. Nadie quiere sufrir por algo, si este algo se puede evitar. Tal es así que, de forma concurrente a la percepción del entorno, hay una huida constante de cualquier foco que provoque dolor, que incite a padecer, en la búsqueda exasperada de cualquier paliativo.

La frecuencia mundial de suicidio e intentos suicidas en adolescentes entre 1970 y 1990, muestran comportamientos disímiles entre los distintos países. Mientras que en naciones como Irlanda, Israel y Noruega hubo un crecimiento explosivo, en Yugoslavia y Suecia disminuyó. En las últimas décadas los países de Europa del Este muestran la mayor incidencia anual de suicidio consumado.

I.2 JUSTIFICACIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el suicidio dentro de las cinco principales causas de mortalidad entre los 15 y 19 años y estima que por lo menos 1 100 personas se suicidan y ocurren de 10-15 intentos suicidas por cada suicidio siendo el grupo etáreo más afectado el de 15 a 24 años.

El intento suicida y el suicidio son las 2 formas más representativas de la conducta suicida; aunque representa un continuum que va desde la idea suicida hasta el suicidio. El intento suicida o para-suicidio es definido como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención.

Y es en este contexto, ante la tentativa de suicidio o el acto fallido, uno de los primeros escenarios donde el adolescente y el pediatra comparten escena. Ya sea en consulta, por sintomatología aversiva o anomalías en el comportamiento –situaciones generadoras de la inquietud del entorno– o en régimen de Urgencias, el papel del pediatra va a resultar de gran valor para detectar anomalías que hagan levantar sospechas y de tal forma movilizar recursos. Desde esta atención, la primera línea de acción se centrará en la detección de los posibles factores de riesgo que acompañan al cuadro clínico.

Ya que hasta la fecha no existe ningún estudio donde se identifiquen estos factores de riesgos en los adolescentes que acuden al Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, nos planteamos la siguiente pregunta:

I.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a intento suicida en los adolescentes que acuden al Hospital Nacional Mario Catarino Rivas en el periodo comprendido entre Junio 2017 a Mayo 2018?

CAPITULO II. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar los factores de riesgo asociados al intento suicida en los pacientes adolescentes que asisten al Hospital Nacional Mario Catarino Rivas en el periodo comprendido de Junio 2017 a Mayo 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar las variables sociodemográficas vinculadas al intento suicida en los adolescentes: edad, sexo, escolaridad, tutor, religión, raza, procedencia.
- Caracterizar el intento de suicidio en estos pacientes: mecanismo, motivo, vía.
- Mencionar los factores de riesgo escolar, psicológico y familiar presentes en estos pacientes.
- Describir si existen episodios previos de intento suicida y/o antecedentes familiares de intento suicida.

CAPITULO III. MARCO TEÓRICO

El intento suicida es un problema de salud frecuente en adolescentes que preocupa a padres, médicos generales, pediatras y demás factores involucrados en la atención y seguimiento de estos. Su manejo en muchas ocasiones resulta complejo y desalentador por el riesgo de suicidio. También llamado tentativa de suicidio, en él intervienen aspectos biológicos, psicológicos, sociales y éticos. Este tiene sus inicios desde épocas remotas, y las actitudes ante él han ido variando según la época y la cultura¹.

En la valoración de la conducta suicida adolescente, la normalidad entendida según la norma estadística fracasa. El momento evolutivo incita a considerar normales algunas conductas que en otras etapas serían patológicas, arriesgándose así a eludir todo significado de alteración, como sería el riesgo suicida². La adolescencia es más que un momento difícil. Una edad crítica en el desarrollo. Es por definición la etapa por la cual el niño pasa a ser adulto. A nivel intrapsíquico, se impone una nueva búsqueda de la identidad y del autoconcepto basado en el pasado, pero enganchado con su presente y en perspectiva con su futuro. A nivel neurobiológico, las regiones y los sistemas aún en desarrollo se encuentran asociados a la capacidad para la inhibición de respuestas, la percepción del riesgo, la anticipación de los refuerzos o la regulación emocional³.

A nivel social, la aparición de nuevos escenarios, fuente de estrés y de exposición constante, provocan relaciones ambivalentes con el entorno familiar y grupal. En este paso adolescente, las necesidades frustradas pueden conllevar a una vivencia de indefenso y desesperanza, que dirige al adolescente hacia una percepción opresiva del entorno que limita las opciones de solución a una sola. Sin embargo, la ambivalencia cognitiva ante la decisión final provoca la dificultad de realizar el acto de forma inmediata, dando la oportunidad de una intervención preventiva basada en la dialéctica entre adolescente y pediatra^{2, 3}.

La adolescencia es un período de la vida de cada individuo que ha sido estudiada y definida históricamente, por lo cual existen diferentes enfoques sobre la misma, que van desde una concepción de una etapa de constante crisis y pérdida de valores, hasta visiones más integrales que la conceptualizan como un período de crecimiento y desarrollo que le permite al ser humano elaborar su propia identidad. La Organización Mundial de la Salud la define como el período en el cual el individuo progresa desde la aparición de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual⁴.

Una vez analizados los aspectos básicos de la adolescencia y sus características, se observa que la misma es un período de cambios constantes, por lo que se constituye en una población vulnerable para enfrentar situaciones difíciles. Por lo anterior se considera que recibir información adecuada sobre temas de interés podría beneficiar a personas en riesgo⁵.

Al abordar el tema del suicidio, es primordial tener claro que toda persona que piense suicidarse emite una serie de señales de angustia que pueden ser detectadas por las personas que le rodean o por profesionales entrenados. Esta detección a tiempo puede significar la diferencia entre la vida y la muerte.

Entre las señales de advertencia se encuentran:

- Pensamientos nuevos o más frecuentes deseos de morir.
- Comportamiento autodestructivo.
- Los signos de aumento de la ansiedad, pánico, agitación, agresividad, impulsividad, insomnio o irritabilidad.
- Inquietud o movimientos involuntarios (acatisia).
- Grado extremo de euforia o energía.
- Discurso rápido, impulsivo.
- Nueva aparición de planes o metas poco realistas¹.

EL SUICIDIO

El suicidio es definido como la muerte auto-infligida intencionalmente.

Es “el acto consciente de aniquilación auto-inducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas”⁶.

El suicidio no debe ser considerado como un acto realizado al azar o sin sentido, ya que al contrario, es, para la persona que lo comete la salida a un problema o una crisis que le causa intenso sufrimiento. Se asocia a frustración o necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperación y desamparo, conflictos ambivalentes entre la supervivencia y una tensión insoportable, una disminución de las alternativas, y una necesidad de escapar^{6, 7}.

La conducta suicida abarca las actitudes o gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado.

Los gestos suicidas son aquellos planes y actos de tipo suicida que parecen tener pocas probabilidades de éxito. Ese tipo de mensajes no deben ser pasado por alto, son peticiones de ayuda que requieren una cuidadosa evaluación y un tratamiento encaminado a aliviar el sufrimiento y prevenir la repetición de intentos, especialmente si se tiene en cuenta que el 20% de las personas que hacen un primer intento vuelven a probar un año después y en el 10% de los casos consuman el suicidio⁸.

El intento de suicidio es, pues, un acto suicida sin consecuencias fatales, bien porque la intención era vaga o ambigua o la forma elegida tenía un potencial letal bajo. La mayoría de las personas que hacen algún intento de suicidio están ambivalentes respecto al deseo de morir, de hecho, el intento puede ser una demanda de ayuda y puede fallar porque es más fuerte el impulso de vida⁹. La ideación suicida y los intentos de suicidio se asocian con mayor riesgo de intentos repetidos y de muerte posterior; hasta el 27% de los niños y adolescentes de 10-18 años que se presentan con un primer intento suicida tendrá un segundo intento⁹.

El suicidio consumado es el que tiene como resultado la muerte. El comportamiento autodestructivo puede ser directo (incluye generalmente ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado) o indirecto (caracterizado por exponerse a un riesgo que compromete la vida sin intención directa de provocarse la muerte, generalmente de forma reiterada y a menudo inconscientemente, con consecuencias que, en última instancia, pueden ser autodestructivas).

Ejemplos de este tipo indirecto de conducta suicida son el consumo abusivo de alcohol y otras drogas, el hábito fumar, comer excesivamente, descuidar la propia salud, provocarse automutilaciones, la adicción a someterse a múltiples intervenciones quirúrgicas, hacer huelga de hambre, llevar un comportamiento delictivo y conducir de forma imprudente⁸.

Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación en la forma en que se vive, de un desacuerdo social. El suicidio es el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida, acto que puede ser una lesión auto-producida o suicidio, o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal.

Otro tipo de suicidio es el que se conoce como sub-meditado, en donde la intención de morir no es consciente, de manera que la víctima – sin reconocerlo – se autodestruye lentamente, esto se presenta por ejemplo en el caso de las personas que padecen una enfermedad provocada por sentimientos negativos o estados emocionales que afectan la salud física¹⁰.

El suicidio es un fenómeno complejo en el que intervienen elementos de diversa índole. Su estudio, comprensión, atención y prevención deben considerar la interacción de éstos para ser más completos y eficientes. Suele ser la consecuencia de diversos factores precipitantes o predisponentes de índole social (aislamiento, experiencias negativas, falta de reconocimiento), cultural, biológica, psicopatológica (esquizofrenia, trastorno bipolar e incluso genética, que se generan en condiciones estructurales de pobreza, violencia, desempleo, migración,

consumo de drogas, criminalidad e inseguridad y en la actualidad se le considera como un problema de salud pública¹⁰.

Si todos los estudios previos invitan a pensar que el suicidio es un acto multicausado, y por lo tanto complejo en su estructura y difícil de predecir, es lógico anticipar que se esté hablando de un fenómeno que, independientemente de la cultura, sigue camuflándose en la sociedad. En concreto, actualmente se trata de uno de los principales problemas que de forma paulatina va en ascenso, principalmente en la población joven (15-29 años), llegando a convertirse en la tercera causa de muerte en la sociedad occidental¹¹.

En la valoración de la conducta suicida adolescente, la normalidad entendida según la norma estadística fracasa. El momento evolutivo incita a considerar normales algunas conductas que en otras etapas serían patológicas, arriesgándose así a eludir todo significado de alteración, como sería el riesgo suicida¹².

Y es en este contexto, ante la tentativa de suicidio o el acto fallido, uno de los primeros escenarios donde el adolescente y el pediatra comparten escena. Ya sea en consulta, por sintomatología aversiva o anomalías en el comportamiento –situaciones generadoras de la inquietud del entorno– o en régimen de Urgencias, el papel del pediatra va a resultar de gran valor para detectar anomalías que hagan levantar sospechas y de tal forma movilizar recursos. Desde esta atención, la primera línea de acción se centrará en la detección de los posibles factores de riesgo que acompañan al cuadro clínico¹⁰.

Los estudios previos han valorado el comportamiento autoagresivo y los sentimientos de profunda soledad como denominadores comunes a cualquier intención suicida, a lo que se va sumando otros posibles “factores de riesgo” en ambos sexos; Los factores de riesgo se dividen en dos categorías principales, el riesgo estático y el riesgo dinámico, Entre el riesgo estático incluye el sexo, raza, edad, orientación sexual, antecedentes familiar, antecedentes personales y de intentos de suicidio; los factores de riesgo dinámicos fluctúan a lo largo de la vida de un individuo; tales ejemplos incluyen síntomas actuales de la

enfermedad mental, abuso de sustancias, la posesión de armas de fuego, y el acceso a la asistencia sanitaria¹³.

Tenemos como factores de riesgo además: 1) concurrencia de acontecimientos vitales estresantes (abusos, duelos, conflictos interpersonales, cambios de vida, experiencias de discriminación, etc.); los conflictos interpersonales (parientes, amigos, colegio, pareja) son los factores desencadenantes más comunes; 2) historia de tentativa previa de intentos de suicidio; 3) presencia de trastornos mentales, especialmente el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar, los trastornos de ansiedad, los trastornos de conducta, el trastorno por abuso de sustancias (alcohol y drogas), los trastornos psicóticos, los trastornos del sueño y los trastornos de personalidad, en especial del clúster B (antisocial, límite, histriónico y narcisista) así como su posible comorbilidad; 4) elevada reactividad emocional en forma de sentimientos de desesperanza, anhedonia, inutilidad, agresividad e impulsividad; 5) falta de estrategias de regulación emocional y/ o habilidades de comunicación; 6) problemas en el núcleo familiar principalmente derivados de la presencia de psicopatología parental, presencia de antecedentes de comportamientos suicidas familiares, discordancia familiar derivada por problemas en la interacción o figuras parentales disfuncionales; 7) falta de red de apoyo, malas relaciones con el grupo de iguales o sentimientos de aislamiento social principalmente a nivel escolar; 8) rupturas de pareja o sentimientos de desamor de intensidad moderada, así como sentimientos de atracción sexual no aceptados en entornos desfavorables; 9) abuso de sustancias, principalmente alcohol; 10) sobreexposición al suicidio por otros miembros familiares, amigos o medios de comunicación; 11) acceso a los medios letales; 12) situaciones socioeconómicas desfavorables^{9, 10}.

Para favorecer la apertura emocional por parte del adolescente, es necesario que el pediatra mantenga una metacomunicación que posibilite no tratar de dar respuestas, sino recibir y hacerse cargo de la vivencia del adolescente, esquematizando un mapa con los puntos cardinales y

las particularidades del caso. Para ello, es necesario que el pediatra tenga en cuenta una serie de claves que van desde el cuidado de la "relación" directa con el adolescente como quid de la confianza, la observación desde la escucha más allá de la sintomatología y de las angustias del entorno, el grado de la realidad de la situación de planteamiento de muerte y, finalmente, la visión del abordaje desde una óptica multidisciplinar con la regularidad en el planteamiento común¹⁴.

La adolescencia, como etapa de desarrollo de todo individuo, es una etapa dolorosa en que el joven pasa por cambios difíciles que le producen ansiedad y depresión. Por esto, la tentativa del suicidio es una de las conductas más significativas del adolescente. Por el contexto depresivo que la envuelve, la tentativa de suicidio plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis durante la adolescencia¹⁵.

La manipulación de la idea de muerte en el joven suele ser frecuente; sin embargo, hay que distinguir entre el adolescente que piensa en el suicidio, inclusive como una idea «romántica», y aquél que realmente lo lleva a cabo¹².

Durante esta etapa, el adolescente se siente muy inseguro en razón de su desarrollo corporal, por otro lado, durante la adolescencia, el individuo abandona gran parte de sus ideas e imágenes infantiles, tan importantes para él durante todo su desarrollo anterior. De esta manera el intento suicida puede ser la representación de su trabajo de duelo.

Los factores que contribuyen al suicidio de adolescentes son variados y entre ellos se cuentan: la depresión, aislamiento emocional, pérdida de autoestima, estrés emocional excesivo, problemas mentales, fantasías románticas, gusto por el peligro, abuso de drogas y alcohol, y disponibilidad de armas de fuego y otros elementos de autodestrucción^{11, 14}. En la mayoría de los casos, el suicidio es el resultado de la combinación de diversos factores, en lugar de uno solo aislado. La falta de un perfil personal consistente dificulta la identificación de los adolescentes que presentan riesgos de suicidio¹⁵.

Depresión y suicidio en adolescentes

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes, el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastro y hermanastro, o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. En algunos casos, el suicidio aparenta ser una "solución." La depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales que se pueden tratar. Hay que reconocer y diagnosticar la presencia de esas condiciones tanto en niños como en adolescentes y se debe desarrollar un plan de tratamiento. Cuando los padres sospechan que el niño o el joven pueden tener un problema serio, un examen psiquiátrico puede ser de gran ayuda¹².

Muchos de los síntomas de las tendencias suicidas son similares a los de la depresión. Los padres deben de estar conscientes de las siguientes señales que pueden indicar que el adolescente está contemplando el suicidio. Los psiquiatras de niños y adolescentes recomiendan que si el joven presenta uno o más de estos síntomas, los padres tengan que hablar con su hijo sobre su preocupación y deben buscar ayuda profesional si los síntomas persisten^{12, 14}.

El suicidio afecta a jóvenes de todas las razas y grupos socioeconómicos, aunque algunos grupos tienen tasas más altas que otras. Varones / nativos de Alaska indígenas americanos tienen la tasa más alta de suicidios, y las mujeres de raza negra tienen la menor tasa de suicidio. Jóvenes de minorías sexuales (es decir, lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, o cuestionamiento) tienen más del doble de la tasa de ideación suicida⁵.

Factores de riesgo social y ambiental incluyen la intimidación, deterioro de la relación padre-hijo, fuera del hogar (sin hogar o en un centro de

corrección u hogar de grupo), dificultades en la escuela, no trabajan ni ir a la escuela, el aislamiento social, y la presencia de eventos estresantes de la vida que viven, tales como las dificultades legales o románticas o una discusión con uno de los padres. Un entorno social sin apoyo para las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales y adolescentes, por ejemplo, aumenta el riesgo de intentos de suicidio.

Factores de protección incluyen la participación religiosa y la conexión entre el adolescente y los padres, la escuela y compañeros¹⁴.

EL ACOSO

La intimidación también está fuertemente relacionado con el intento suicida y el acto suicida¹⁷; se ha definido en base a 3 elementos: el comportamiento agresivo o deliberadamente dañino (1) entre pares que se (2) repite una y otra vez y (3) implica un desequilibrio de poder, por ejemplo, en relación con la fuerza física o la popularidad, por lo que es difícil para la víctima defenderse a sí mismo¹⁸. Se divide en 4 categorías: directo físico (por ejemplo, asalto, robo), directo verbal (por ejemplo, amenazas, insultos, apodos), indirecta-relacional (por ejemplo, social la exclusión, la difusión de rumores), y el acoso cibernético. Un análisis de 31 estudios, Klomek et al encontraron una clara relación entre la victimización tanto la intimidación y la perpetración y la ideación y comportamiento suicida en niños y adolescentes¹⁹.

El ciberacoso, una nueva forma de violencia; a través de medios electrónicos tiene preocupado a los padres, educadores e investigadores debido a sus efectos sobre la salud mental de los adolescentes; El acoso cibernético, implica el uso de medios electrónicos con la intención de causar daño, humillación, sufrimiento, miedo y desesperación de la persona que es objeto de una agresión²⁰.

Además se ha demostrado que el 85% de los niños y adolescentes que sufre acoso cibernético, han sufrido acoso tradicional²¹.

El uso de Internet

El uso patológico de Internet se correlaciona con la ideación suicida e intento suicida^{22, 23}; uso diario de los videojuegos e Internet superior a 5 horas está fuertemente asociado con niveles más altos de depresión y las tendencias suicidas (ideación e intentos) en adolescentes²⁴.

Un problema más específico es que los adolescentes con ideación suicida puede ser un riesgo especial para la búsqueda en Internet para obtener información sobre temas relacionados con el suicidio^{25, 26}.

El uso de drogas

Como ya se mencionó, el consumo y el abuso de drogas se encuentran entre los factores que aumentan el riesgo de que se presente conducta suicida. En la literatura se reporta que los consumidores de drogas tienen tentativas de suicidio que oscilan entre 25% y 50%²⁷, que el uso de drogas inyectadas predice el intento de suicidio en adolescentes con síntomas de depresión y que el consumo reciente se relaciona con la severidad del método que se elige en el intento²⁸.

Esto permite afirmar que el incremento en el consumo de drogas en adolescentes se relaciona con el aumento de intentos de suicidio y de suicidios consumados en dicha población.

La relación que existe entre el consumo de drogas en estudiantes y otras conductas problemáticas o de riesgo (actos antisociales, conductas sexuales riesgosas, intentos suicidas, depresión) resalta la necesidad de atender el traslape de estas conductas en forma integral y coordinada, ya que repercuten en el desarrollo psicológico y emocional, lo que representa un bache en el desarrollo pleno y armónico de los adolescentes²⁸.

Manejo del Adolescente Suicida

Desafortunadamente, nadie puede predecir con exactitud el suicidio, los expertos solo pueden determinar quién está en mayor riesgo. Se habla de alto riesgo a aquellos que tienen un plan o intento suicida reciente, e que haya confesado un intento suicida, ideación o comportamiento suicida reciente, acompañado de desesperanza e impulsividad, depresión mayor, psicosis o un trastorno por uso de sustancias. El bajo riesgo es difícil de determinar. Los adolescentes que parecen estar en riesgo moderado o alto de suicidios o han intentado suicidarse, deben ser evaluados por un profesional de salud mental de forma inmediata. Entre las opciones de evaluación inmediata están hospitalización, traslado a un departamento de urgencias o una cita el mismo día¹⁴.

Los pediatras pueden mejorar la continuidad de la atención y el cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento al mantener contacto con adolescentes suicidad, incluso después de realizar las derivación del mismo¹⁵.

El riesgo de suicidio solo puede reducirse, no eliminarse, y los factores de riesgo no ofrecen más que una guía.

CAPITULO IV. DISEÑO METODOLÓGICO

IV.1 Enfoque de la investigación: cuantitativo

Tiene un enfoque cuantitativo porque se plantea un problema delimitado y concreto, usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Las preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas. Se realizará una revisión de la literatura sobre lo que se ha investigado para construir un marco teórico y buscar variables significativas que puedan ser medidas, además se realizará una recolección de datos que se analizarán mediante procedimientos estadísticos.

IV.2 Diseño de la investigación: transversal

IV.3 Alcance de la investigación: descriptivo

IV.4 Identificación de variables:

IV.4.A Variable dependiente: intento suicida

IV.4.B Variables independientes:

Edad, sexo, escolaridad, religión, raza, nivel socioeconómico, tutor, antecedentes patológicos personales de trastornospsiquiátricos e intentos suicidas previos, así como antecedentes patológicosfamiliares de trastornos psiquiátricos, uso de drogas, conducta suicida,conflictos desencadenantes y métodos más utilizados para realizar el intentode suicidio, finalidad que se perseguía con el intento, la letalidad, gravedad yseriedad de este.

IV.5 Población y muestra:

IV.5.A Universo: pacientes adolescentes de 12 años a 17 años 364 días de edad con que acuden a la emergencia de pediatría del HNMCR durante el periodo de Junio 2017 a Mayo 2018

IV.5.B Área de estudio: Hospital Nacional Mario Catarino Rivas

IV.5.C Muestra: no probabilístico, 35 pacientes.

IV.6 Criterios de selección

IV.6.A Criterios de inclusión:

1. Todos los pacientes con intento suicida que acudieron al servicio de emergencia de pediatría del HNMCR de 12 años-17 años 364 días
2. Pacientes que previa autorización de los padres deseen participar

IV.6.B Criterios de exclusión:

1. Pacientes que no deseen participar en el estudio.
2. Pacientes menores de 12 años y mayores de 18 años.

IV.7 Plan de recolección de datos

IV.7.A Método de recolección:

Cuestionario estructurado en base a preguntas abiertas y cerradas en 3 secciones:

Datos generales, datos familiares, datos personales.

IV.7.B Técnica de recolección:

A todos los pacientes con intento suicida que acudieron a la emergencia de Pediatría del HNMCR de 12 años-17 años 364 días, previa autorización de los padres y lectura del consentimiento informado se les aplicó una encuesta sobre: Factores de riesgo asociados a intento suicida en el adolescente.

IV.7.C INSTRUMENTO: ver anexos.

IV.8 Plan de análisis

IV.8.A Procesamiento de datos:

Se elaboró una base de datos y todas las encuestas se digitalizaron en el paquete estadístico IBM SPSSStatistics 23.0 (Versión para Windows).

IV.8.B Tabulación de datos:

Los datos se tabularon en el paquete estadístico IBM SPSSStatistics 23.0 (Versión para Windows).

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de pacientes atendidos en el HMCR con Intento Suicida durante el período de Junio 2017- Mayo 2018.

Tabla No. 1 Distribución de acuerdo a edad y sexo de los pacientes con intento suicida atendidos en HNMCR Junio 2017- Mayo 2018. N: 34

Edad/ sexo	Mujer	%	Hombre	%	Total	%
12	3	8.8	0	0	3	8.8
13	1	2.9	0	0	1	2.9
14	3	8.8	0	0	3	8.8
15	10	29.4	0	0	10	29.4
16	4	11.8	1	2.9	5	14.7
17	7	20.7	5	14.7	12	35.3
Total	28	82.4	6	17.6	34	100.0

La edad más frecuente en este estudio fue 17 años, representando el 35.3%; seguido de 15 años que corresponde al 29.4%. De acuerdo al sexo, la mayoría eran mujeres (28) que corresponde a 82.4%, solo 6 eran hombres que representa el 17.6%.

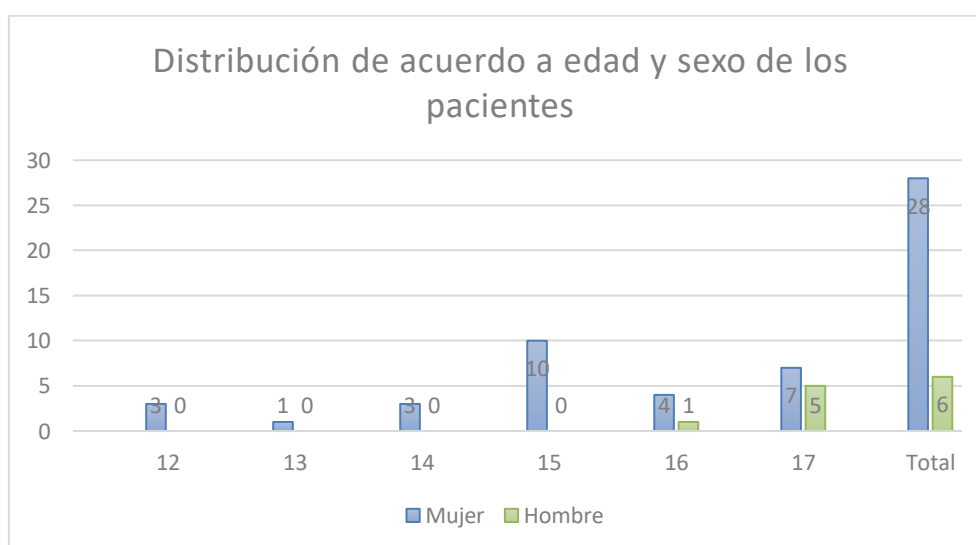


Tabla No. 2 Distribución de acuerdo a escolaridad y ocupación de los pacientes con intento suicida en HNMCR Junio 2017- Mayo 2018. N:34

Escolaridad/ ocupación	Estudia	%	Trabaja	%	Ninguna	%	Total	%
Primaria	5	14.7	1	2.9	4	11.8	10	29.4
Secundaria	19	55.9	2	5.9	3	8.8	24	70.6
Total	24	70.6	3	8.8	7	20.6	34	100.0

Todos los pacientes tenían un grado de escolaridad; 24 de ellos asistieron a secundaria representando 70.6%; en este estudio no se encontraron pacientes que asistieran a universidad. De acuerdo a la ocupación del paciente, la mayoría eran estudiantes siendo un total de 24 pacientes, representando el 70.6%; 7 pacientes no tenían ningún tipo de ocupación.

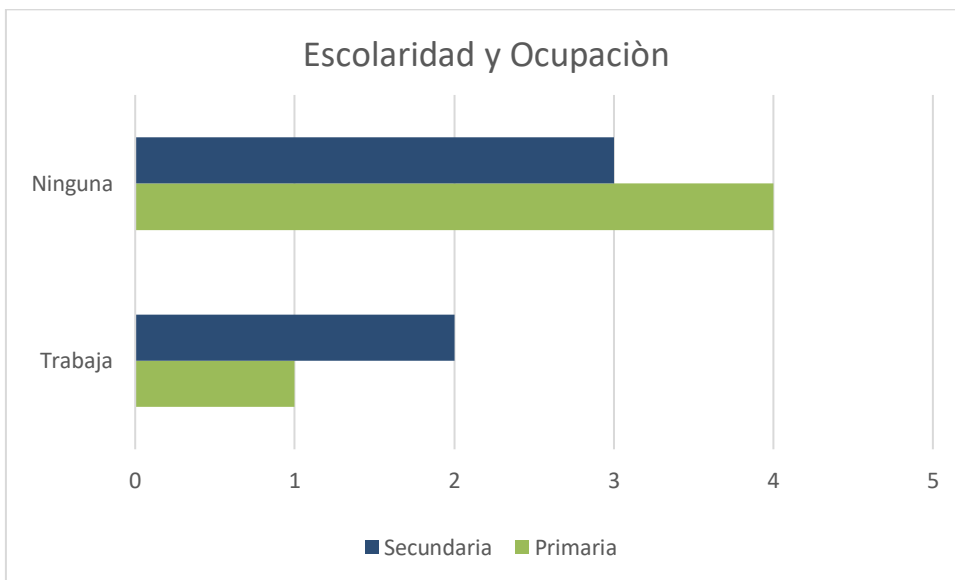


Tabla No. 3 Distribución de acuerdo a religión de los pacientes con intento suicida en HNMCR Junio 2017- Mayo 2018. N:34

Religión	N	Porcentaje
católico	10	29.4
evangélico	16	47.1
Otro	3	8.8
ninguno	5	14.7
Total	34	100.0

En cuanto a la religión 16 pacientes eran evangélicos, que representa 47.1%, y 10 pacientes eran católicos, representado por el 29.4%.

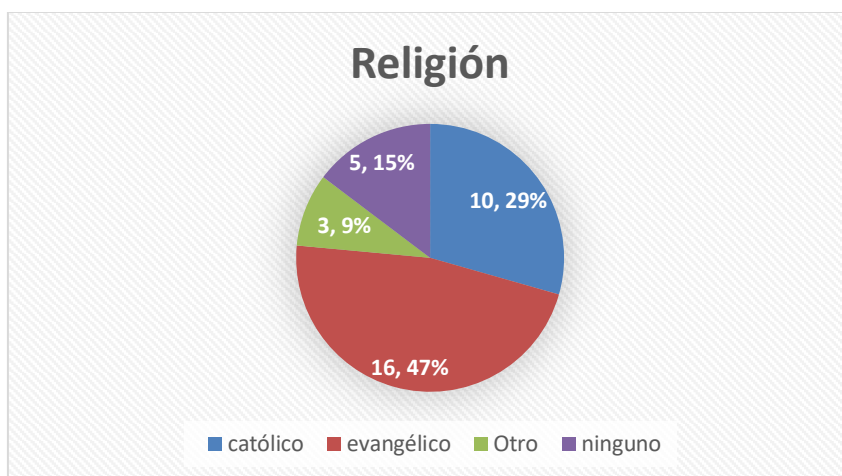


Tabla No. 4 Distribución de acuerdo a la raza del paciente

Raza	N	Porcentaje
Mestizo	29	85.3
Blanco	4	11.8
Negro	1	2.9
Total	34	100.0

En cuanto a la raza 29 pacientes son mestizos, representando 85.3%, solo 1 paciente es negro que representa al 2.9%.

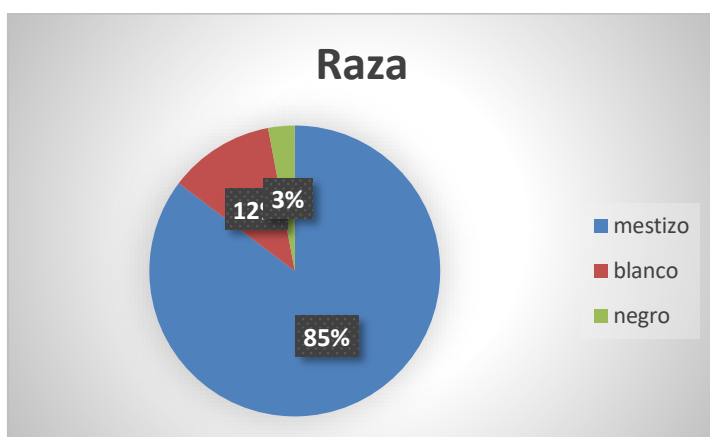


Tabla No.5 Distribución de acuerdo al lugar de Procedencia de los pacientes con intento suicida en HNMCR Junio 2017- Mayo 2018 N: 34

Procedencia	N	Porcentaje
San Pedro Sula	20	58.8
Cortes	10	29.4
Santa Bárbara	1	5.8
Yoro	1	3.0
Copan	1	3.0
Total	34	100.0

De acuerdo al lugar de procedencia 20 pacientes que representa el 58.8% viven en San Pedro Sula; solo 3 pacientes procedían de áreas rurales representando 8.8%

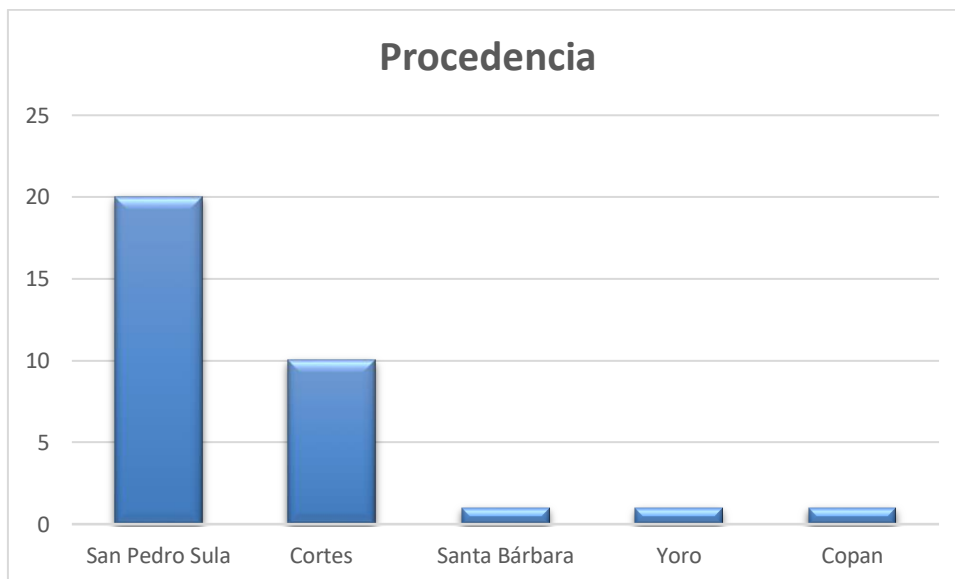


Tabla No. 6 Distribución de acuerdo al tutor de los pacientes con intento suicida en HNMCR Junio 2017- Mayo 2018 N: 34

Tutor	N	Porcentaje
madre	10	29.4
padre	1	2.9
ambos padres	13	38.2
hermanos	2	5.9
abuelos	4	11.8
otros	4	11.8
Total	34	100.0

De 34 pacientes, 13 vivían con ambos padres que representa el 38.2%; 10 pacientes vivían con su madre que representa 29.4%

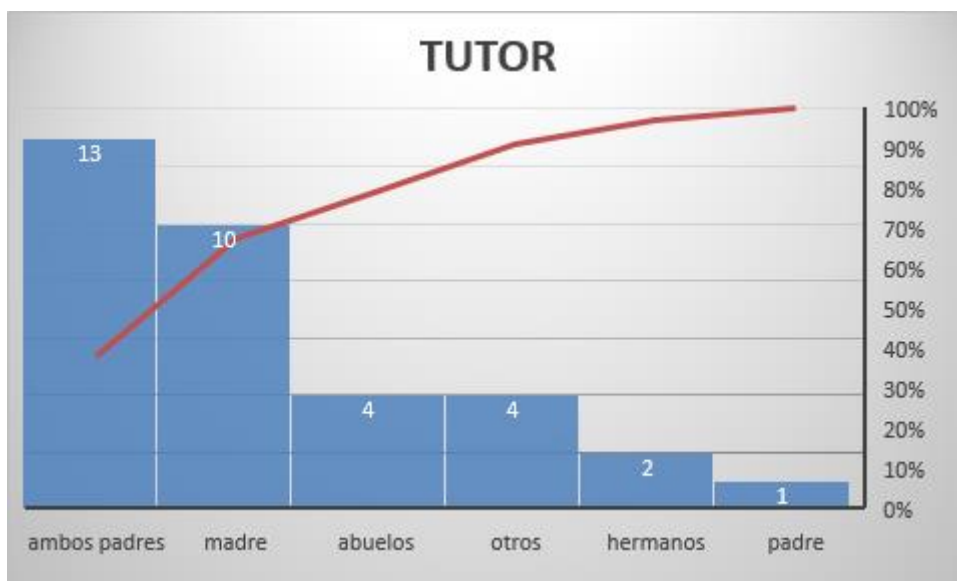


Tabla No. 7 Distribución de acuerdo al turno en que llego el paciente al HNMCR Junio 2017- Mayo 2018 N: 34

Turno	N	Porcentaje
Turno A	13	38.2
Turno B	13	38.2
Turno C	8	23.5
Total	34	100.0

De acuerdo al turno en que llego el paciente, no hay predominio establecido; 13 pacientes llegaron en turna A y 13 llegaron a turno B, representando el 38.2% respectivamente. Solo 8 pacientes se presentaron en turno C.

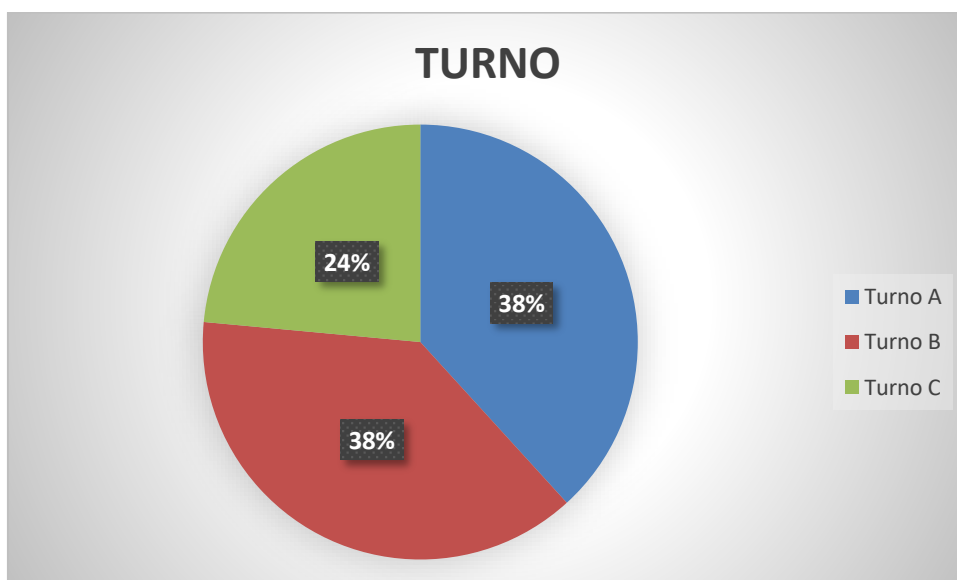


Tabla No. 8 Distribución de acuerdo al día de la semana en que llegó el paciente a HNMCR Junio 2017- Mayo 2018 N: 34

Día de la semana	N	Porcentaje
Lunes	5	14.7
Martes	7	20.6
miércoles	3	8.8
Jueves	4	11.8
Viernes	8	23.5
Sábado	4	11.8
domingo	3	8.8
Total	34	100.0

De acuerdo al día de la semana, la mayoría de los pacientes asistieron el día viernes representando el 23.5%, seguido del día martes con 7 pacientes que corresponde al 20.6%, los días que menos pacientes asistieron fue el día miércoles y domingo, donde solo asistieron 3 pacientes que representa 8.8%.

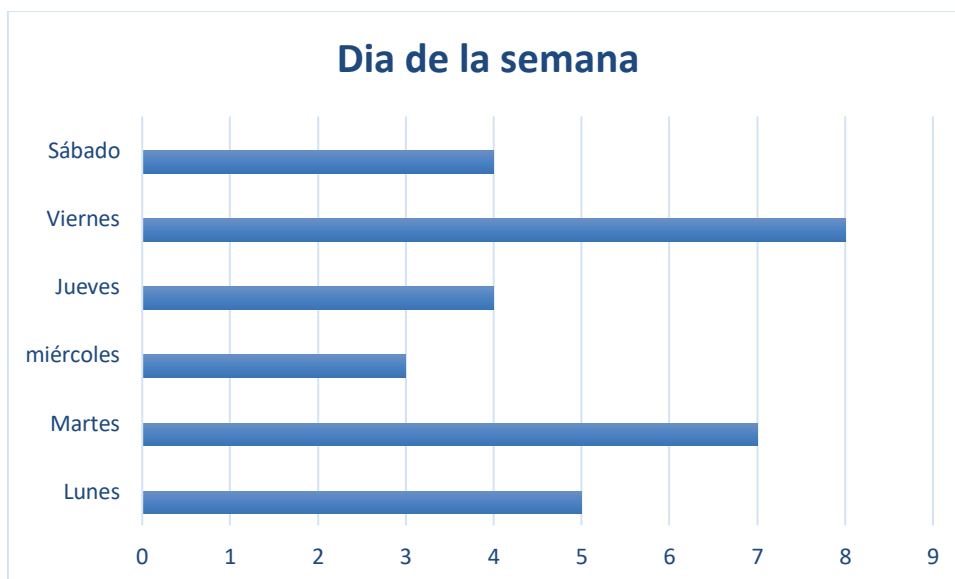


Tabla No. 9 Distribución de acuerdo al mes en que asistieron los pacientes con intento suicida a HNMCR Junio 2017- Mayo 2018 N: 34

Mes	N	Porcentaje
junio	2	5.9
julio	5	14.7
agosto	6	17.6
septiembre	1	2.9
octubre	1	2.9
noviembre	1	2.9
diciembre	3	8.8
enero	2	5.9
febrero	4	11.8
marzo	3	8.8
abril	3	8.8
mayo	3	8.8
Total	34	100.0

De los 34 pacientes que asistieron durante un año a la emergencia por intento suicida 6 se presentaron en el mes de agosto, representando 17.6%. Los meses en que menos pacientes asistieron fueron septiembre, octubre y noviembre.

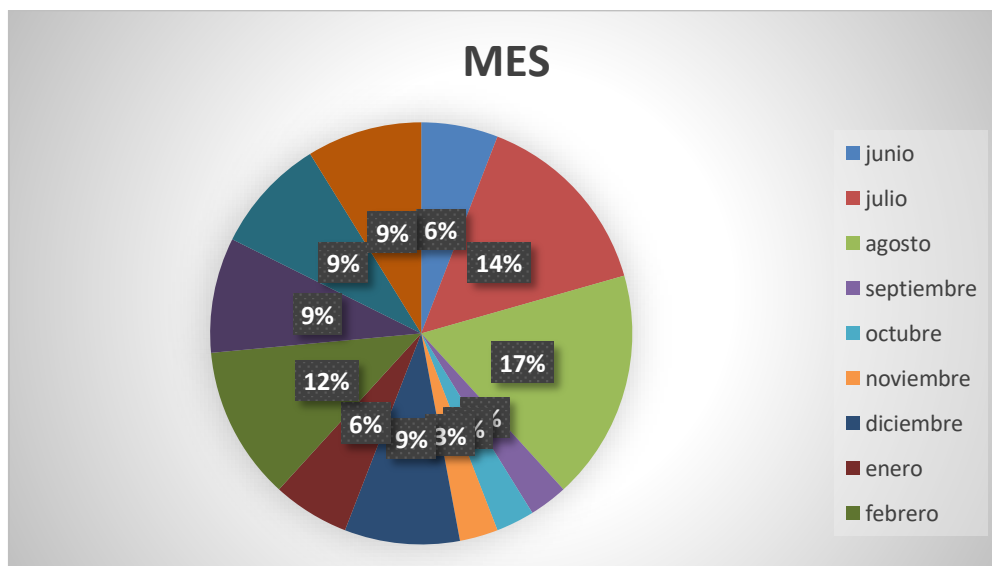


Tabla No. 10 Antecedentes familiares de intento suicida en los pacientes que acudieron al HNMCR Junio 2017- Mayo 2018 N: 34

Antecedentes familiares	N	Porcentaje
Si	5	14.7
no	21	61.8
ignora	8	23.5
Total	34	100.0

De acuerdo a si existían antecedentes familiares de intento suicida, solo 5 pacientes que representa el 14.7% tenían antecedentes; 8 pacientes ignoraba si existían o no dichos antecedentes.

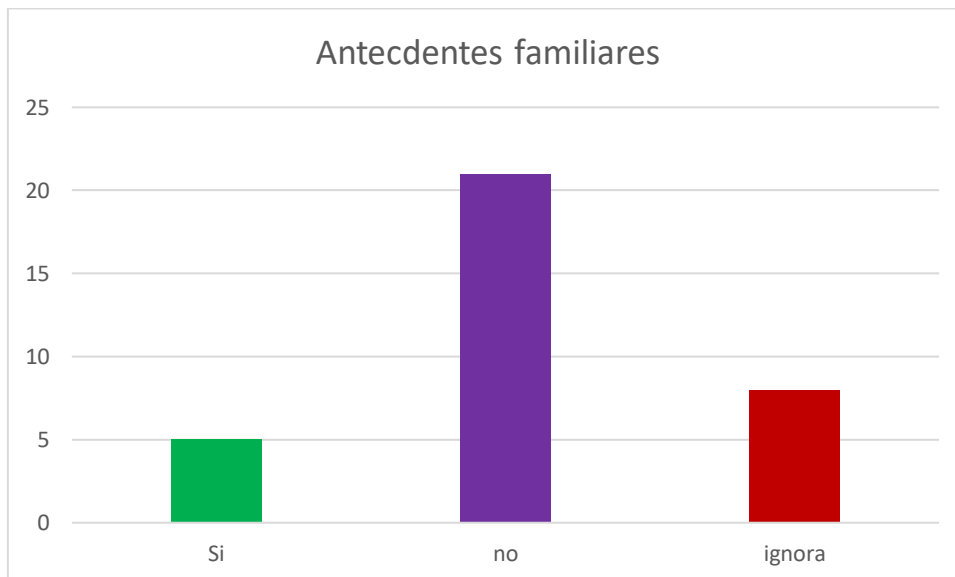


Tabla No. 11 Distribución de acuerdo a si los pacientes con intento suicida tenían celular. HNMCR Junio 2017- Mayo 2018 N: 34

Tiene celular	N	Porcentaje
si	20	58.8
no	14	41.2
Total	34	100.0

La mayoría de los pacientes tenían celular, que representa el 58.8%.



Tabla No. 12 Distribución de acuerdo a si el paciente pertenece a redes sociales HNMCR Junio 2017- Mayo 2018 N: 34

Pertenece a redes	N	Porcentaje
Si	26	76.5
No	8	23.5
Total	34	100.0

De acuerdo a si pertenecen a redes sociales; 26 pacientes si pertenece a redes sociales, representando el 76.5%, solo 8 pacientes (23.5%) no pertenecen a redes sociales.

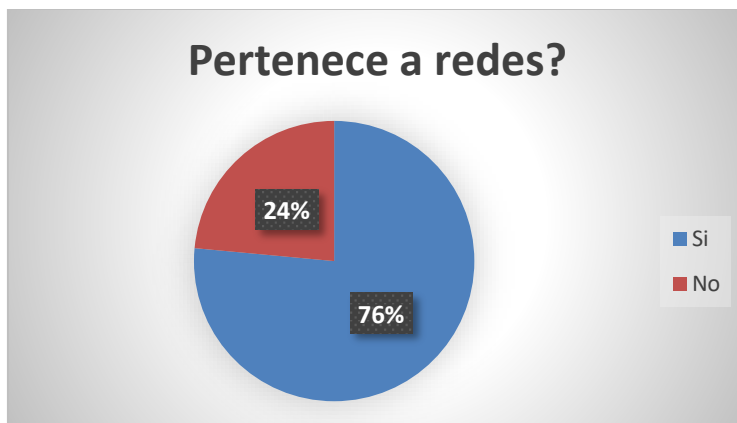


Tabla No. 13 Distribución de acuerdo a si existen intentos suicidas previo y el número de intentos de los pacientes con intento suicida. HNMCR Junio 2017- Mayo 2018 N: 34

Intentos previos/ No.	Si	%	No	%	Total	%
0	0	0	25	73.5	25	73.5
1	5	14.7	0	0	5	14.7
3	3	8.8	0	0	3	8.8
6	1	2.9	0	0	1	2.9
Total	9	26.5	25	73.5	34	100.0

Del total de pacientes, 9 presenta intento suicida previo, que corresponde al 26.5%; 25 pacientes no presentan intentos previos.

De los 9 pacientes que tienen intento suicida previo, 3 de ellos había tenido 3 intentos previos, que representa 8.8%, 5 pacientes presento un solo intento que corresponde al 14.7%; y un paciente presento 6 intentos suicida previo, representando el 2.9% del total de pacientes.

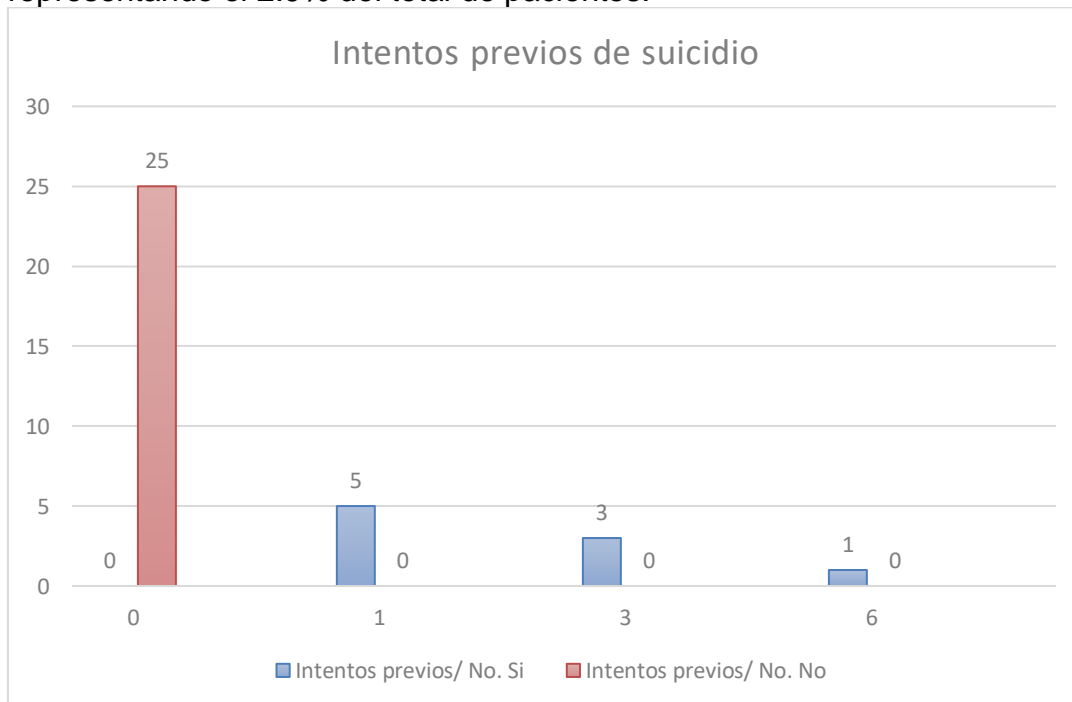


Tabla No.14 Distribución de acuerdo a método utilizado en intento suicida actual en pacientes con intento suicida. HNMCR Junio 2017- Mayo 2018 N: 34

Método utilizado	N	Porcentaje
Precipitación	1	2.9
envenenamiento	27	79.4
Asfixia	2	5.9
HPAB	4	11.8
Total	34	100.0

Del total de pacientes, 27 utilizaron el método de envenenamiento representando el 79.4%; el método menos utilizado fue precipitación con un solo paciente que representa el 2.9%

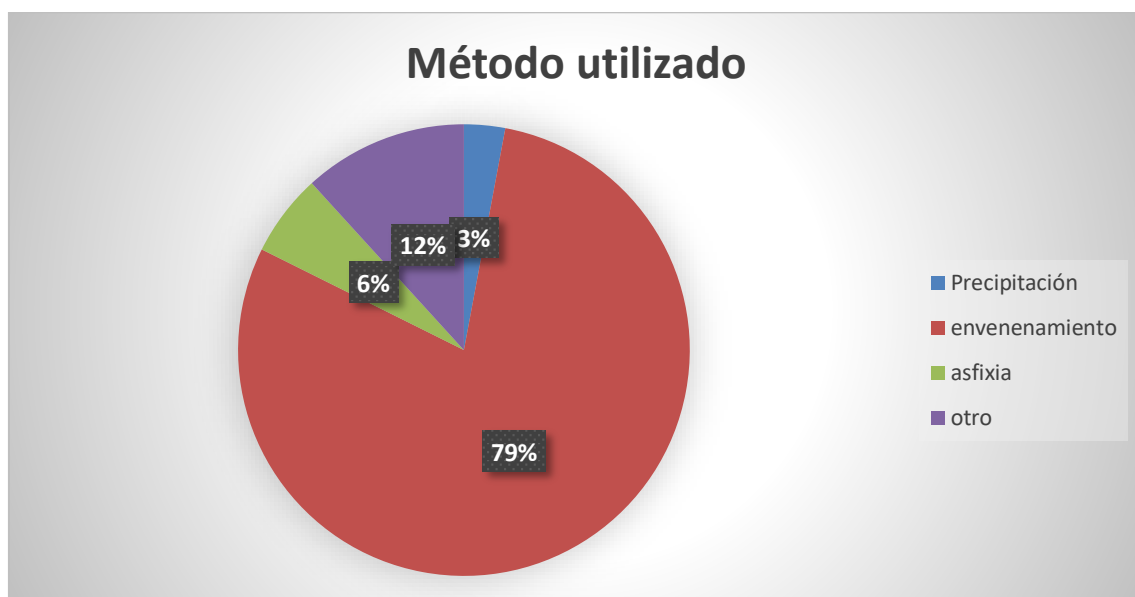


Tabla No. 15 Distribución de acuerdo al tipo de envenenamiento utilizado en los pacientes con intento suicida. HNMCR Junio 2017- Mayo 2018

Tipo de envenenamiento	Frecuencia	%
Farmacológico	20	74.0
No farmacológico	7	26.0
Total	27	100.0

De acuerdo al tipo de envenenamiento 20 pacientes utilizaron sustancia farmacológicas representando el 74.0%; y 7 pacientes utilizaron sustancias no farmacológicas que corresponde el 26.0%

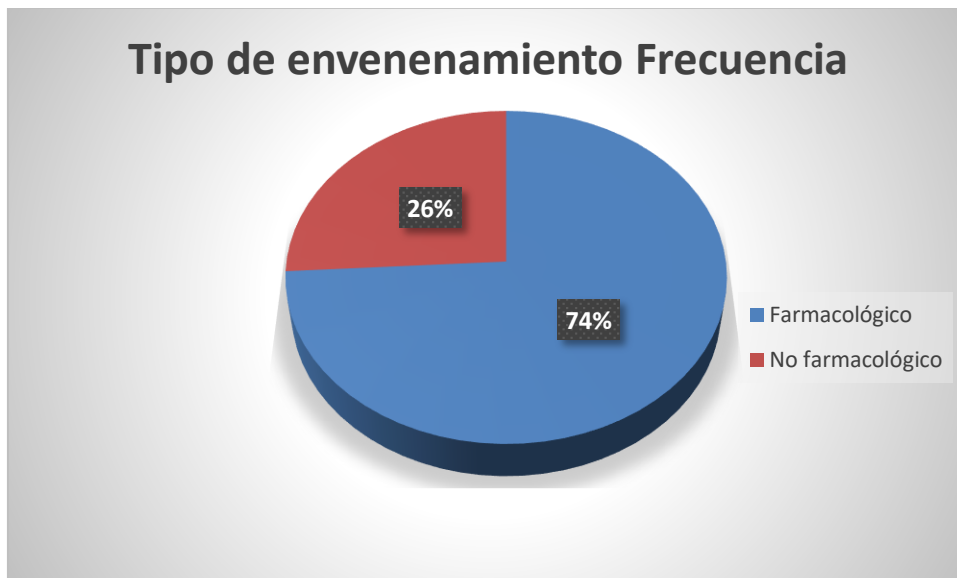


Tabla No. 16 Distribución de acuerdo al tiempo transcurrido en horas antes de llegar al Hospital

Tiempo antes de llegar al Hospital	N	Porcentaje
< 2hras	10	29.4
2-4 hras	11	32.4
4-6 horas	4	11.8
>6 horas	9	26.5
Total	34	100.0

De acuerdo al tiempo transcurrido antes de llegar al Hospital 11 pacientes asistieron entre 2 y 4 horas, representando 32.4%; 4 pacientes que corresponde el 11.8% asistieron entre 4 y 6 horas.

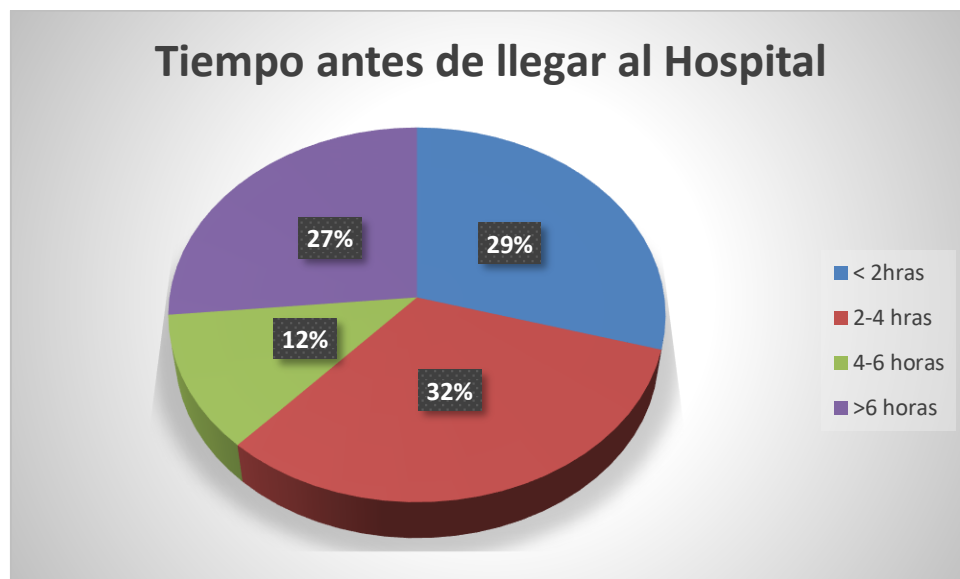


Tabla No. 17 Distribución de acuerdo al lugar donde ocurre el evento

Lugar donde ocurre el evento	N	Porcentaje
Casa	29	85.3
Trabajo	2	5.9
vía publica	2	5.9
Otros	1	2.9
Total	34	100.0

La mayoría de los eventos ocurrieron en la casa, con 29 pacientes que corresponde el 85.3%, 2 de los eventos ocurrieron en el trabajo y vía publica respectivamente, que representa 5.9%



Tabla No. 18 Distribución de acuerdo al uso de drogas de los pacientes con intento suicida en HNMCR Junio 2017- Mayo 2018

Uso de drogas	N	Porcentaje
Si	6	17.6
No	28	82.4
Total	34	100.0

Del total de pacientes, solo 6 usaban algún tipo de droga que representa el 17.6%

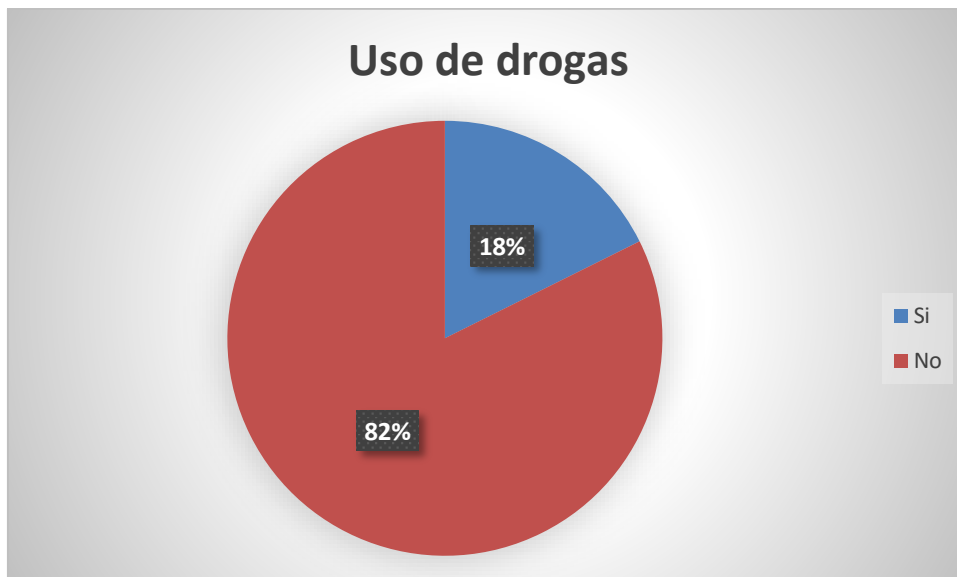


Tabla No. 19 Distribución de acuerdo al tipo de droga utilizada por los pacientes con intento suicida. HNMCR Junio 2017- Mayo 2018

Tipo de droga	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	2	33.3
Marihuana	2	33.3
Tabaco	1	16.7
Varias	1	16.7
Total	6	100.0

De los 6 pacientes que consumían drogas, 2 usaban marihuana representando 5.9%, 2 usaban alcohol, 1 paciente consumía varias sustancias, representando 2.9%

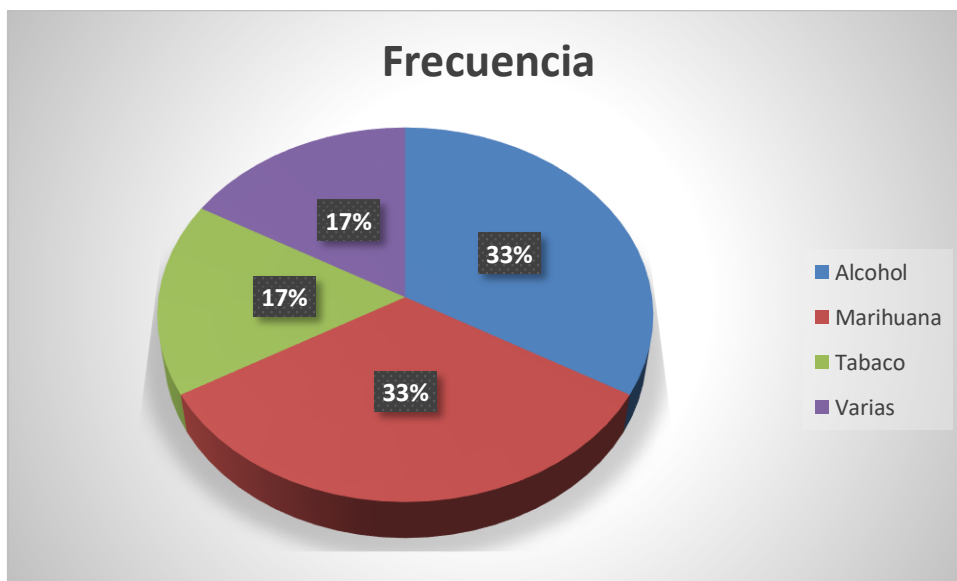


Tabla No. 20 Distribución de acuerdo al motivo del intento suicida de los pacientes que acudieron al HNMCR Junio 2017- Mayo 2018 N: 34

Motivo del intento	N	Porcentaje
Sentimental	16	47.1
Familiar	15	44.1
Económico	1	2.9
Educativo	1	2.9
bullying escolar	1	2.9
Total	34	100.0

De acuerdo al motivo del intento suicida, la mayoría fue por motivo sentimental con un total de 16 pacientes que corresponde al 47.1%, seguido por motivo familiar con 15 pacientes que representa el 44.1%.

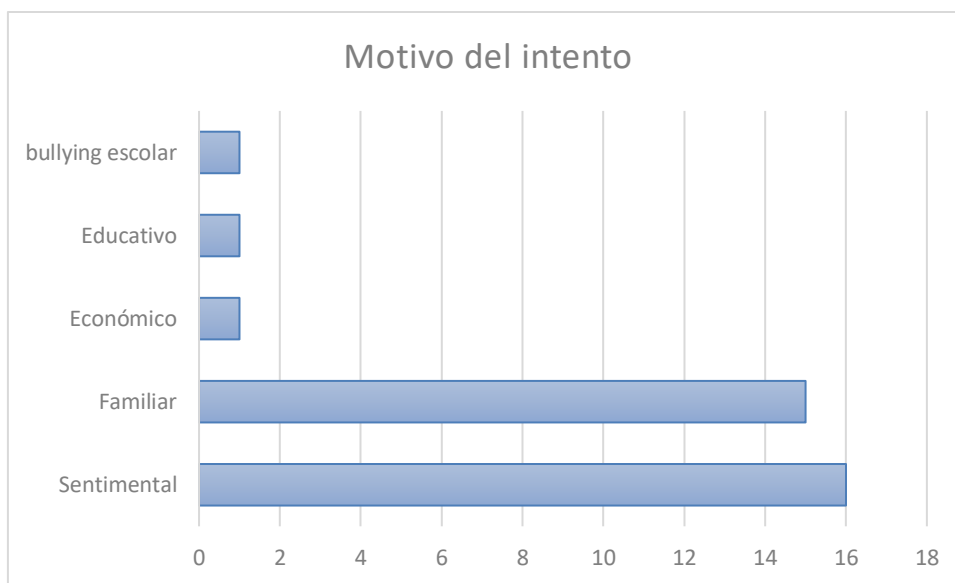
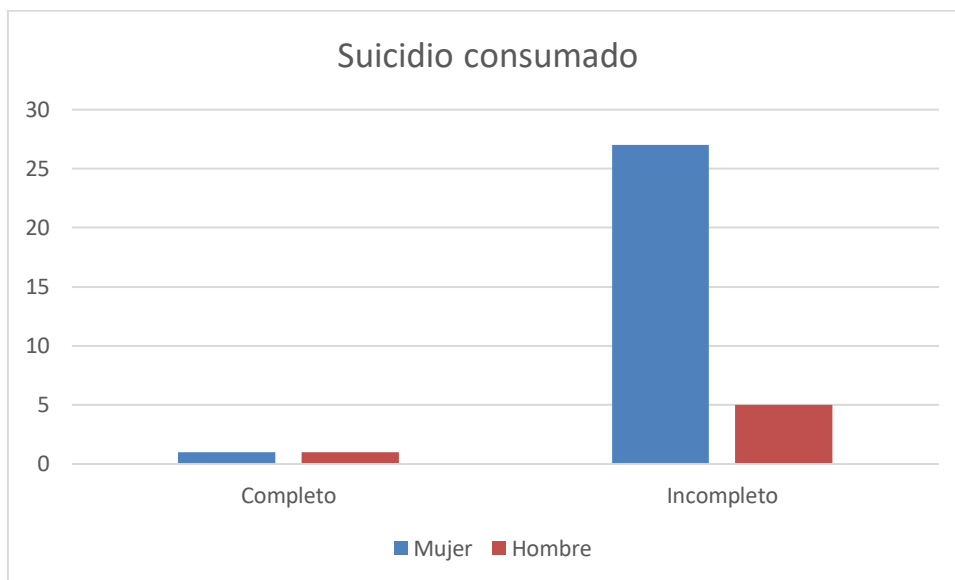


Tabla No. 21 Distribución de acuerdo a si el suicidio fue consumado y el sexo de los pacientes que acudieron al HNMCR Junio 2017- Mayo 2018 N: 34

Sexo/ tipo de suicidio	Completo	%	Incompleto	%	Total	%
Mujer	1	2.9	27	79.4	28	82.3
Hombre	1	2.9	5	14.7	6	17.7
Total	2	5.9	32	94.1	34	100.0

Del total de pacientes, 2 fallecieron, representando el 5.9%



DISCUSIÓN

El estudio anterior, describió desde una perspectiva epidemiológica los factores de riesgo asociados a intento suicida en el adolescente; siendo la edad más frecuente los adolescentes de 17 años con 12 pacientes que representa el 35.3% de los cuales 7 eran mujeres y 5 hombres, seguido de 15 años con 10 pacientes, lo cual coincide con la literatura internacional; en un estudio realizado por Benjamin Shain en EUA, se demostró que es la segunda causa de muerte entre adolescentes de 15-19 años¹. Además se ha demostrado que los niños pre-púberes no están en mayor riesgo, pero que los adolescentes mayores de 15 años tienen mayor riesgo incluso que los adultos¹³. También se estima que si bien el intento de suicidio es dos veces más frecuente en las mujeres que en hombres, la muerte por suicidio es más frecuente en los varones que en las mujeres (9,4 / 100.000 frente a 2,7 / 100.000), ya que los hombres suelen utilizar métodos letales en comparación con las mujeres; en un estudio realizado en Italia por Dilillo et. al., los sujetos que intentaron suicidarse con edad superior a 12 años eran en su mayoría mujeres²⁹, lo que coincide con el estudio, donde de los 34 adolescentes con intento suicida 28 eran mujeres que representa el 82.4%.

Todos los pacientes estudiados tenían un grado de escolaridad; de acuerdo a la ocupación del paciente, la mayoría eran estudiantes siendo un total de 24 pacientes, representando el 70.6%; 7 pacientes no tenían ningún tipo de ocupación, lo que es considerado como factor de riesgo para intento suicida, ya que el desempleo y el no asistir a la escuela aumenta la tasa de suicidios hasta en un 50%³⁰.

En la relación a la religión, la mayoría de los pacientes del estudio eran protestantes y católicos, lo que coincide con un estudio realizado por Massimiliano Beghi et. al., donde se ha demostrado que las tasas más altas de suicidio ocurre en los protestantes (31,4 / 100.000)³⁰, pero contrasta con Connie Svob et. al.; quien indica que la creencia religiosa de los padres y la asistencia a la iglesia, independientemente de la creencia de los hijos, disminuye hasta un 80% el riesgo de suicidio en los hijos³¹.

Con respecto a la raza, el 85.3% eran mestizos, solo hubo 1 paciente de la raza negra en el estudio. En EUA se observó que el intento suicida es mayor en jóvenes blancos no hispano. El suicidio afecta a jóvenes de todas las razas,

los varones indios americanos tienen la tasa de suicidio más alta, y las mujeres negras tienen la tasa más baja de suicidio¹.

Otro factor de riesgo encontrado en el estudio fue en cuanto al tutor de los adolescentes, ya que solo el 38.2% de ellos vivían con ambos padres, el vivir solo con uno de los padres ya sea por separación o viudez, o el vivir sin los padres aumenta el riesgo de intento suicida. En un estudio realizado por KhairulZainum sobre suicidio en adolescentes el 48% de las víctimas vivía solo con uno de sus padres³².

El tener miembros de la familia con comportamiento suicida aumenta el riesgo de suicidio, independientemente de si presenta enfermedades psiquiátricas²⁹, en el estudio realizado se demostró que el 14.7% de los adolescentes tenían antecedentes familiares de intento suicida.

Del total de pacientes el 58.8% tenían celular y el 76.5% pertenecía a redes sociales; se ha demostrado que con el advenimiento de la tecnología (redes sociales y mensajería instantánea) a través de Internet y teléfonos móviles, ha surgido el ciberacoso. En muchos estudios han encontrado que más de un 85% de los implicados en el acoso cibernético también están involucrados en el acoso tradicional y han sugerido que los problemas de salud asociados con la participación de ciberacoso están mediados por acoso tradicional²⁰. Estas asociaciones se cuantificaron en 6 meta-análisis: los que han experimentado ciberacoso son 2.10 veces más propensos a exhibir comportamientos suicidas, 2.57 veces más propensos a intentar el suicidio, y 2.15 veces más propensos a tener pensamientos suicidas que los que no sufren acoso cibernético²¹. En una encuesta 2013 40% niños son intimidados en la escuela, 30% por vía electrónica¹.

Datos de la literatura muestra que una historia previa de intento suicida o comportamiento parasuicidas, representa un importante factor de riesgo para el suicidio²⁹, Además el 30% de los sujetos que han intentado suicidarse durante la adolescencia vuelve a intentarlo dentro de 4 años. Otros estudios indican que el 42% de los adolescentes que han intentado suicidarse buscará de nuevo el plazo de 2 años³³, un intento de suicidio previo ha demostrado ser significativamente más común en niños femeninos en comparación con los niños de sexo masculino, la Encuesta de Comportamiento de Riesgo Juvenil

2011 estima que el 15,8% de los jóvenes en la población en general, entre 15 y 19 años, había pensado en suicidarse en el último año, y el 7,8% realizado al menos un intento³⁴, en el estudio 9 adolescentes que representa el 26.5% tenían antecedentes previos de intento suicida; coincidiendo con la literatura.

De acuerdo al método utilizado en el intento suicida, en el estudio se encontró que el principal método fue el envenenamiento con un 79.4%, lo que contrasta con la literatura, ya que en los países desarrollados el principal método es la asfixia con un 43%, seguido de las heridas por arma de fuego con 42%, y el envenenamiento solo ocurre en 6% de los casos^{1, 29, 32}.

Según el lugar donde ocurrió el evento, lo encontrado en el estudio coincide con varias revisiones, donde la mayoría de los eventos ocurren en la casa^{32, 33}.

El uso de drogas y alcohol es considerado factor de riesgo, por lo que siempre debe ser investigada, ya que aumenta la posibilidad de suicidio, especialmente entre los adolescentes varones con trastornos del humor; en el estudio el 17.6% de los adolescentes consumían drogas, entre ellas alcohol, marihuana y tabaco. El consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo de suicidio en y 1.2 veces en sujetos de menores de 18 años. Por otra parte, otro estudio demostró que el consumo de alcohol cuando uno se siente “bajo” aumenta el riesgo de intento de suicidio por 3 veces²⁹.

En el estudio se encontró que la principal causa del intento suicida fue por motivos sentimentales en un 47.1%, lo que coincide con Dilillo et. al., donde la causa más frecuente de suicidio entre los italianos fue conflicto en una relación romántica²⁹.

Del total de pacientes 2 fallecieron representando el 5.9% de los cuales uno era hombre y otro mujer, lo que contrasta con la literatura, ya que el suicidio es más frecuente en hombre y el intento más frecuente en mujeres^{1, 29}.

V. CONSIDERACIONES ÉTICAS

V.1 Aspectos éticos considerados:

A cada participante se le explicara el propósito del estudio y se obtendrá consentimiento informado escrito asegurando la confidencialidad de la información personal.

V.2 Clasificación del riesgo de intervención:

Categoría I: Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna Intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

CONCLUSIONES

- En los antecedentes con intento suicida, la edad más frecuente encontrada fue 17 años; el sexo femenino fue el predominante, la mayoría procedían de la ciudad de San Pedro Sula.
- Entre los factores de riesgo de intento suicida encontrados en el estudio fueron: los antecedentes familiares de intento suicida, aunque solo 5 pacientes tenían dicho antecedente; el intento suicida previo también estuvo presente en 9 pacientes; pertenecer a redes sociales; el uso de alcohol y drogas estuvo presente en 6 de los pacientes estudiados.
- De acuerdo al método utilizado predominó el envenenamiento con sustancias farmacológicas, y el principal motivo encontrado en el estudio fue dificultades románticas, la mayoría de los eventos ocurrieron en el hogar.
- Del total de pacientes estudiados, 2 de ellos fallecieron.

RECOMENDACIONES

- Aconsejar a los Padres de familia de que no hayan armas de fuego en casa, y que haya un suministro seguro de medicamentos recetados.
- A los pediatras a reconocer las necesidades médicas y psiquiátricas del adolescente con intento suicida y trabajar estrechamente con las familias y los profesionales de la salud involucrados en el manejo y seguimiento de los jóvenes que están en riesgo o ha intentado suicidarse.
- Desarrollar relaciones de trabajo con servicios de urgencia y de salud mental para evaluar y gestionar de manera óptima la atención de los adolescentes en riesgo de suicidio.
- Educar a la familia sobre factores de riesgo y señales de advertencia.
- Exigir a las Autoridades de Gobierno a prohibir la venta libre de fosforo de aluminio.
- Incentivar a los médicos residentes de Pediatría a realizar más estudios en pacientes pediátricos con intento suicida.
- Capacitar a los pediatras y demás profesionales de la salud en el diagnóstico y manejo del adolescente con riesgo de suicidio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benjamin Shainand COMMITTEE ON ADOLESCENCE, Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics* June 2016. DOI: 10.1542/peds.2016-1420
2. Janitzia Pérez Collado, Tania Pérez Collado, Martha Azcuy Collado, Grisell Mirabal Martínez. Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. *RevCub de Investigaciones Biomédicas*. 2014; 33(1):70-80.
3. Alameda Angulo A. Pediatra, adolescente y conducta suicida: una puesta en común. *EvidPediatr*. 2016;12:1
4. Swanson SA, Colman I. Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth. *CMAJ*. 2013;185(10):870–877
5. Haw C, Hawton K, Niedzwiedz C, Platt S. Suicide clusters: a review of risk factors and mechanisms. *Suicide Life ThreatBehav*. 2013;43(1):97–108
6. Committee On Adolescence. Officebased care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *Pediatrics*. 2013;132(1):198–203
7. Keyes MA, Malone SM, Sharma A, IaconoWG, McGue M. Risk of suicide attempt in adopted and nonadopted offspring. *Pediatrics*. 2013;132(4):639–646
8. Kelleher I, Corcoran P, Keeley H, et al. Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(9):940–948
9. Gregory Plemmons, Matthew Hall, Stephanie Doupnik, James Gay, Charlotte Brown, Whitney Browning, Hospitalization for Suicide Ideation or Attempt: 2008–2015, *Pediatrics* June 2018, VOL 141 / ISSUE 6.
10. AsarnowJR, Porta G, Spirito A, et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(8):772–781
11. Wilkinson PO. Nonsuicidal self-injury: a clear marker for suicide risk. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(8):741–743

12. Cox LJ, Stanley BH, Melhem NM, et al. Familial and individual correlates of nonsuicidal self-injury in the offspring of mood-disordered parents. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(6):813–820
13. Steele Ian H. et al. Understanding Suicide Across the Lifespan: A United States Perspective of Suicide Risk Factors, Assessment & Management. *J Forensic Sci*, 2017.
14. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Web site. Available at: www.aacap.org. Accessed July 27, 2015
15. Richardson LP, Ludman E, McCauley E, et al. Collaborative care for adolescents with depression in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014;312(8):809–816
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DS-5). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013
17. Allgaier AK, Pietsch K, Frühe B, Sigl-Glöckner J, Schulte-Körne G. Screening for depression in adolescents: validity of the patient health questionnaire in pediatric care. *Depress Anxiety*. 2012;29(10):906–913
18. Brunstein-Klomek A, Sourander A, Gould M. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Can J Psychiatry*. 2010;55(5):282–288
19. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(4):419–426
20. Sara Mota Borges Bottino, Cássio M. C. Bottino, Caroline Gomez Regina, Aline Villa Lobo Correia, Wagner Silva Ribeiro. Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, mar, 2015, 31(3):463-475.
21. John Ann. Et al. Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review. *J Med Internet Res* 2018.
22. Winsper C, Lereya T, Zanarini M, Wolke D. Involvement in bullying and suiciderelated behavior at 11 years: a prospective birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(3):271–282.e3

23. Durkee T, Hadlaczky G, Westerlund M, Carli V. Internet pathways in suicidality: a review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8(10):3938–3952
24. Messias E, Castro J, Saini A, Usman M, Peeples D. Sadness, suicide, and their association with video game and internet overuse among teens: results from the youth risk behavior survey 2007 and 2009. *Suicide Life Threat Behav*. 2011;41(3):307–315
25. Westerlund M, Hadlaczky G, Wasserman D. The representation of suicide on the Internet: implications for clinicians. *J Med Internet Res*. 2012;14(5):e122
26. Katsumata Y, Matsumoto T, Kitani M, Takeshima T. Electronic media use and suicidal ideation in Japanese adolescents. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62(6):744–746
27. Wong, S. S., Zhou, B., Goebert, D., & Hishinuma, E. S. The risk of adolescent suicide across patterns of drug use: A nationally representative study of high school students in the United States from 1999 to 2009. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2013 48(10), 1611-1620.
28. Liu, R. T., Case, B. G., & Spirito, A. Injection drug use is associated with suicide attempts but not ideation or plans in a sample of adolescents with depressive symptoms. *Journal of Psychiatric Research*, 2014. 56, 65-71.
29. Dilillo et al. Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Italian Journal of Pediatrics*. 2015. DOI 10.1186/s13052-015-0153-3
30. Beghi Massimiliano. Et al. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2013;9 1725–1736.
31. Svob, Connie et al. Association of Parent and Offspring Religiosity With Offspring Suicide Ideation and Attempts. *JAMA Psychiatry*. Published online. August 8, 2018
32. Zainum Khairul. Cohen Marta C. Suicide patterns in children and adolescents: a review from a pediatric institution in England. *Forensic Sci Med Pathol*. 2017

33. Soole Rebecca. KölvesKairi. De Leo Diego. Suicide in Children: A Systematic Review. 2014. DOI: 10.1080/13811118.2014.996694
34. Stokes Marquita L. et al. Suicidal Ideation and Behavior in Youth in the Juvenile Justice System: A Review of the Literature. Journal of Correctional Health Care. 2015, Vol. 21(3) 222-242.
35. Thullen, M. J., Taliaferro, L. A., & Muehlenkamp, J. J. Suicide Ideation and Attempts Among Adolescents Engaged in Risk Behaviors: A Latent Class Analysis. Journal of Research and Adolescence. 2015 doi: 10.1111/jora.12199.
36. Wilcox Holly C. et al. Suicide Prevention Strategies for Improving Population Health. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am. 2015. *****
37. Serafini Gianluca. Et al. Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2015.
38. McKean AJS, et al. Lethality of first suicide attempt in youth higher than previously thought. J Am Acad Child Teen Psychiatry. 2018; doi: 10.1016 / j.jaac.2018.04.021

ANEXOS

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Operacionalizacion	
		Escala	Descripción
Edad	Cuantitativa Discreta	12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años	Según años cumplidos
Sexo	Cualitativa Nominal	Femenino Masculino	Según sexo biológico
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Universitaria Ninguna	Según grado terminado
Religión	Cualitativa Nominal	Católico Evangélico Otros Ninguna	Según religión que pertenezca
Raza	Cualitativa Nominal	Blanca Mestiza Negra	Según raza que pertenezca
Tutor	Cualitativa Nominal	Padre Madre Ambos padres Hermanos Tíos Abuelos Otros	Según con quien viva
Tiene celular	Cualitativa Nominal	Si No	Si: cuando tiene celular propio

			No: cuando no tiene celular
Pertenece a redes sociales	Cualitativa nominal	Si No	Si: cuando pertenece a redes sociales No: cuando no pertenece a redes sociales.
Antecedente Patológicos Familiares de conducta suicida	Cualitativa Nominal	Si No	Sí: cuando algún familiar haintentado contra su vida,independientemente del conocimiento del menor. No: Cuando no hay este antecedente
Intento suicida previo	Cualitativa Nominal	Si No	Según antecedentes patológicos personales de Intento suicida.
Método utilizado	Cualitativa Nominal	Caída Ahorcamiento Envenenamiento Heridas por armas de fuego	Según método utilizado
Tipo de envenenamiento	Cualitativo nominal	Farmacológico No farmacológico	Farmacológico: si ingirió medicamentos. No farmacológico: si no ingirió medicamentos si no sustancias toxicas.
Tiempo en que acude al hospital en horas	Cualitativo nominal	< 2 horas 2- 4 horas 4- 6 horas >6horas	De acuerdo a las horas transcurridas al llegar al hospital

Sitio donde ocurre el evento	Cualitativa nominal	Casa Escuela Trabajo Vía pública Otros	De acuerdo al lugar donde ocurre el intento suicida
Uso de drogas	Cualitativa nominal	Si No	Si: cuando ha usado drogas No: cuando no ha utilizado drogas
Tipo de droga utilizada	Cualitativa Nominal	Alcohol Tabaco Marihuana Varios	De acuerdo al tipo de droga utilizada
Motivo del intento suicida	Cualitativa nominal	Sentimental Familiar Económico Educativo Acoso escolar	De acuerdo al motivo por el cual intenta suicidarse.
Tipo de suicidio	Cualitativo nominal	Intento suicida Suicidio consumado	Según si el adolescente fallece.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE PEDIATRÍA**

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INTENTO SUICIDA EN EL ADOLESCENTE”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Introducción: Este estudio consiste en determinar los Factores Asociados a Intento suicida en el adolescente en HNMCR de Junio 2017 a Mayo 2018.

Confidencialidad: La información que usted nos brinde es totalmente confidencial y no será revelada a persona alguna; se utilizara únicamente para propósitos de investigación científica. Su dirección, sexo, edad o cualquier otro dato personal serán eliminados de nuestros documentos y utilizaremos únicamente códigos que nos permitan establecer una conexión entre sus respuestas y nuestro estudio.

Participación voluntaria: Su participación es completamente voluntaria; si tiene alguna pregunta acerca del estudio puede hacerla personalmente al encuestador. Puede retirarse en cualquier momento de la entrevista.

Consentimiento: Al firmar el presente consentimiento se entiende que usted ha comprendido y ha aceptado participar voluntariamente en el estudio.

Expreso mi consentimiento para participar en el estudio: **“Factores de Riesgo Asociados a Intento Suicida en el Adolescente”**

Nombre _____ Firma _____

INSTRUMENTO

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INTENTO SUICIDA EN EL ADOLESCENTE



Encuesta No:

Hora: _____ Día de la semana _____ Mes _____

Lugar de Procedencia:

Lugar de Residencia: _____

I. DATOS GENERALES

1. Edad: _____ Sexo: H M
2. ¿Qué grado de escolaridad tiene?
Primaria Secundaria Universidad Ninguna
3. Religión: católico evangélico otros ninguno
4. ocupación: estudiante trabaja ninguna
5. Raza: blanco mestizo negro

II. DATOS FAMILIARES

- Tutor: Madre Padre ambos padres hermanos
Tíos abuelos otros
- Antecedentes familiares de intento suicida:
Si No ignora

III. DATOS PERSONALES

- Tiene celular: Si No
- pertenece a redes sociales: Si NO
- Intento suicida previo: Si No:
- No. De intentos previos:

- Método utilizado en el intento actual:
 Caída Envenenamiento asfixia
 HPAF otro
- En caso de envenenamiento; sustancia ingerida:
 Lícita ilícita
- Si fue HPAF; el arma era:
 Propia ajena
- Tiempo en que acudió al Hospital en horas:
 < 2 hrs 2-4 hrs 4-6 hrs > 6 hrs
- Quien lo trajo al Hospital:
 Padre madre hermano otro nadie
- Sitio donde ocurrió el evento:
 Casa escuela trabajo vía pública otros
- Uso de drogas: Si No
- Tipo de droga utilizada:
 Alcohol tabaco marihuana cocaína crack
- Motivo del intento
 sentimental familiar económico
 educativo bullying polar
- El suicidio fue:
 Completo incompleto