

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN-MANAGUA

HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA.

ABORDAJE DE INTENTO SUICIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE DEL 1 ENERO 2013 A DICIEMBRE DEL 2015

Autor:

Dra. Wendy María Valle Ampié

Médico y Cirujano

Tutor:

Dra. Johanna Galán

Especialista en Pediatra

Managua, Febrero 2016.

ÍNDICE

Contenido	Páginas.
Resumen	i
Agradecimiento.	ii
Dedicatoria	iii
Introducción	1
Antecedentes	4
Justificación	7
Planteamiento del problema	8
Objetivos	9
Marco Teórico	10
Diseño metodológico	19
Operacionalización de las variables	21
Resultados	25
Discusión de los Resultados	27
Conclusiones	32
Recomendaciones	33
Bibliografía	34
Anexos	38

RESUMEN

El presente trabajo titulado **ABORDAJE DE INTENTO SUICIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE DEL 1 ENERO 2013 A DICIEMBRE DEL 2015** tiene como objetivo Conocer el abordaje de los casos de Intento de Suicidio en pediatría en el Hospital “Alemán Nicaragüense”, en el período del 1° de Enero de 2013 al 31 de Diciembre de 2015, para el cual se indicó un estudio Descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, se estudió un total de 12 pacientes en el periodo de 1° de Enero del 2013 al 31 de Diciembre del 2015 donde se obtuvieron los resultados siguientes: Con respecto a las características generales de los pacientes durante el periodo de estudio se encontró que el grupo etario predominante fue entre 12- 15 años, del sexo femenino, de procedencia urbana, de escolaridad secundaria, con bajo nivel socioeconómico, dentro de un núcleo familiar disfuncional, con antecedentes de intento suicidas negados. Dentro de los factores desencadenantes asociados a intento suicida predominaron los conflictos intrafamiliares en el total de los pacientes pero se identificó más de 1 factor de riesgo por paciente para la ocurrencia del hecho. El método que se utilizó más frecuentemente para ejecutar el intento de suicidio fue el farmacológico. La duración de la estancia hospitalaria fue en promedio de 2-5 días y la condición de egreso de los pacientes en estudio fue de altas vivas. Por lo que se recomienda: Diferenciar el diagnostico de auto eliminación de la intoxicación medicamentosa en el registro de expedientes. Dar seguimiento y referir a nivel de atención primaria a los egresados donde se cuente con Psicología para manejo multidisciplinario. Coordinar la efectiva realización de la ruta crítica en relación al abordaje multidisciplinario del paciente por parte del ministerio de la familia. Promover grupos de apoyo individual y colectivo para el seguimiento del evento.

AGRADECIMIENTO

A DIOS, porque tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda, y cuando caigo y me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta de que los pones en frente mío para que mejore como ser humano y crezca de diversas maneras.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por confiar y creer en mí y en mis expectativas, sin el apoyo, dedicación y sacrificio de ellos no sería lo que hoy soy.

Mi agradecimiento también para todos los médicos colegas que me han ayudado en mi crecimiento y formación como especialista. Especial agradecimiento a mi tutora por su apoyo y consejos durante estos años.

DEDICATORIA

A DIOS por haberme permitido llegar a este punto, por su infinita bondad y amor y haberme permitido tener lo necesario para concluir este proyecto.

A mis padres por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, por sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien. Pero más que nada por su amor verdadero, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracteriza que han calado en mi para salir adelante.

OPINION DEL TUTOR

El intento de suicidio es “el acto que lo define, pero frenado antes de que la muerte se produzca” (Durkheim, 1897/2004: 11). Lo que diferencia el suicidio del intento es que este último no llega hasta el desenlace trágico. La ideación suicida podría definirse como “aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto-infligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir”

El primer paso para intervenir efectivamente el suicidio, los intentos de suicidio y la ideación suicida en el ámbito escolar, es reconocer que el problema existe en nuestra comunidad y que no se trata de un problema aislado que deba ser objeto de vergüenza y ocultamiento. Se trata de un fenómeno global que está en aumento y que no sólo tiene que ver con factores individuales, pues en éste también influyen aspectos familiares, escolares y sociales que podemos prevenir e intervenir.

Por lo que su importancia radica en la prevención incidiendo en aquellos factores desencadenantes de esta misma pero desde la perspectiva de salud nuestro deber va enfocado en asegurar que la ideación suicida sea superada por el paciente proporcionándole apoyo multidisciplinario abarcando a todo su núcleo familiar como a este mismo. Por lo anterior mencionado es que se debe conocer el cumplimiento del abordaje de este tipo de pacientes que es el objetivo principal de este estudio.

Dra. Johanna Lissette Galán López.

Especialista en Pediatría.

INTRODUCCION

Cada 40 segundos una persona se quita la vida. Así lo asegura el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2002. (26)

Según el estudio "Reflexiones de datos epidemiológicos sobre el comportamiento del suicidio en el año 2006", publicado por la Universidad Centroamericana (UCA) en ese año, la cifra real podría ser hasta tres veces mayor. (26)

"Las cifras [de suicidios] son mucho más elevadas de lo que el Ministerio de Salud reporta, ya que hay personas [amigos y familiares de los suicidas] que por sus creencias religiosas o por vergüenza no los reportan, y eso no lo tienen registrado", señala el estudio. (26)

La investigación indica que el suicidio es un problema de salud pública muy preocupante en Nicaragua, porque es la principal causa de muerte en los grupos productivos de 15 a 34 años, especialmente entre los varones. (26)

El suicidio es un severo problema social de orden mundial. En la mayoría de países desarrollados se encuentra entre las diez primeras causas de muerte y en ciertos grupos de edades ocupa el segundo lugar. (18).

Si limitamos el concepto de suicidio a aquellos actos en que voluntariamente se pone fin a la vida, existiendo conciencia de la irreversibilidad del hecho, no podríamos hablar de suicidio antes de los 7 u 8 años de edad. En el niño, discriminar entre accidente y suicidio no siempre es posible. Un niño que se lanza

al vacío imitando un personaje de la televisión o del cine y se fractura o muere en realidad no buscaba ese resultado (4, 12, 17).

Después de los 10 años se hacen presentes tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados, siendo su frecuencia progresiva, al punto de constituir en el grupo etario entre 15 y 24 años la segunda causa de muerte (12, 17).

Entre el 9 y el 18% de los preadolescentes sin trastornos psiquiátricos tienen ideas suicidas, en tanto que un 1.5% amenazan realmente con suicidarse. Se calcula que por cada suicidio llevado a cabo existen entre 5 y 45 intentos de suicidio. La tasa de suicidio en varones es tres veces mayor que en las mujeres, pero ésta razón se invierte en el intento de suicidio (4, 6, 7, 10, 12, 17).

Los adolescentes pueden acudir al suicidio como solución a sus problemas psicológicos y de su entorno. Entre el 15 y el 40% de los suicidios consumados están precedidos por otros intentos de suicidio. Las dificultades escolares están presentes en el 61% de los varones y en el 72% de las niñas, el 42% de los intentos de suicidio han sido efectuados con medicamentos indicados recientemente (4, 6, 8).

En casi todos los países existen grandes dificultades para registrar los suicidios con un razonable grado de confiabilidad. Esta dificultad se acentúa en los países más pobres (18).

En nuestro país existen razones de orden cultural y dentro de éste de tipo religioso, así como social, que inciden negativamente para que las familias

registren las defunciones de sus parientes como suicidio, procurando ocultar tal características siempre que pueden (18).

Los pacientes atendidos en la sala de urgencias deben ser ingresados durante uno o varios días en el hospital para realizar una evaluación más adecuada de su estado mental y de las circunstancias familiares o del entorno, estas hospitalizaciones suelen durar entre 2 y 3 días (4).

Cuando el médico vea al paciente suicida en su consulta, debe establecer un contrato de “no al suicidio” con él. Se debe avisar a los padres y realizar un estudio psiquiátrico. Dado que el 50% de los pacientes que han intentado el suicidio no acuden ni siquiera a una consulta psiquiátrica externa, el médico debe tramitar una cita concertada específicamente en 1 o 2 días (4).

El interpretar los intentos de suicidio como un deseo desesperado de comunicarse, permite empatizar con la persona en crisis e iniciar una relación terapéutica con perspectivas integradoras. El tratamiento estará orientado a establecer una comunicación satisfactoria en sus distintos ámbitos de vida y corregir los factores interactuantes. Cuando esto es posible, el pronóstico es favorable (6, 12).

“ANTECEDENTES”

El suicidio es la octava causa de muerte y en los jóvenes cuyas edades van entre los 15 y 24 años es la tercera causa de muerte más frecuente, entre el 9 y el 18% de los preadolescentes sin trastornos psiquiátricos tienen ideas suicidas, en tanto que un 1.5% amenazan realmente con suicidarse. El suicidio es la sexta causa de muerte para los niños entre 5 y 14 años. Cerca de 500,000 personas al año cometen un intento de suicidio lo suficientemente serio como para recibir atención en salas de urgencias y millones más sufren de pensamientos suicidas (1, 4, 8).

En el Departamento de La Plata, en Francia, en el mes de Octubre de 2,000, se registraron 15 casos de suicidio, tres de ellos, protagonizados por menores de 21 años. En el mismo mes hubo 18 causas por muerte dudosa, 13 de ellas fueron por tóxicos (2).

En un estudio realizado en Francia sobre abordaje y seguimiento de los casos de intento de suicidio posterior al egreso hospitalario, se concluyó que los pacientes y / o familias que tenían capacidad de recuperación lo hicieron, cuando el intento se había perpetuado en situación de una disfunción familiar, pasada esa situación, decían sentirse bien, no hubo relación entre la evolución y la gravedad del intento, en todos el intento había causado un fuerte impacto en la vida familiar, en ningún caso se había vuelto a hablar del tema y en todos los casos la visita fue bien recibida, pero la conmoción tanto de los integrantes de la familia como de la trabajadora social fue muy profunda; se les ofreció la consulta en caso de necesidad y no se los volvió a visitar. Es importante tener en cuenta que esta visita se realizó a más de 2 años del intento (2).

En el Hospital Infantil de México se realizó un estudio retrospectivo de 1,993 a 1,997, con la finalidad de conocer las características del intento de suicidio en adolescentes, ingresando en éste período 30 adolescentes, 22 mujeres y 8 hombres, con una media de edad de 15.2 años. Presentando antecedente de intento de suicidio previo en 7 casos, uso de alcohol y drogas en el momento del intento en 4 casos, antecedente de suicidio en dos padres por ahorcamiento, el núcleo familiar era disfuncional en el 70%, provenían de medio socioeconómico bajo 96.6%, el método utilizado intoxicación 76.7%, la estancia hospitalaria fue de 24 a 72 horas en 79.6% y estudiaban 46.6%, al realizar visita domiciliaria para determinar evolución se localizaron 24 adolescentes, 2 de ellos con tres intentos de suicidio posterior al egreso (23).

En un estudio realizado en México sobre epidemiología del suicidio de 1,970 a 1,994, se observó un notable incremento de la tasa de suicidios en ambos sexos, siendo este aumento más marcado en el sexo masculino, se notó un incremento de la mortalidad por suicidio del 0.11 al 0.62%, los porcentajes de variación más elevadas en la tasa de mortalidad por suicidio se observaron en las poblaciones de mayor edad (más de 65 años) y en las más jóvenes (menor de 19 años) (5).

En Nicaragua en 1,992 hay 111 suicidio registrados en 1,992, que correspondían a un 0.89% de las muertes generales y un 6.02% de las muertes traumáticas, para una tasa de 2.8 por 100,000 (tomando la totalidad de la población estimada para ese año), en 1,996 hay 224 casos, correspondiente al 1.67% de las causas generales y al 11.83% de las traumáticas, para una tasa de 5.0 por 100,000 habitantes. Chinandega alcanzó de 1,992 a 1,994 un incremento del 336.36% (de 11 a 37 casos), constituyendo en dicho año el 25.34% de todos los suicidios del país (18).

En un estudio sobre epidemiología del suicidio en la ciudad de Estelí de 1,980 a 1,993, se observó un aumento en la incidencia de suicidios en los últimos 5 años, el sexo más afectado fue el masculino, el grupo de edad más afectada fue el de 15

a 24 años de edad, la mayoría de los pacientes cursaban con un síndrome depresivo (17).

Patrones conductuales de crianza como factor de riesgo de suicidios fue un estudio realizado en la ciudad de Chinandega en el período de Julio a Septiembre de 1,997, concluyéndose que el comportamiento suicida se relaciona con el patrón conductual del padre o la madre del mismo sexo. Los patrones conductuales de crianza como de riesgo suicida fueron madres rechazantes, culpabilizantes y padres abusivos (13).

De acuerdo con el Minsa, en el período 1999-2003 se registraron 1,762 suicidios, 70% (1,233) en hombres y 30% (529) en mujeres, con una razón hombre-mujer de 2 por 1. (24)

Durante 2003 se registraron 354 suicidios, correspondiendo el 73% (260) a hombres y el 27% (94) a mujeres. Los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (Silais) con mayores tasas de suicidio son Chinandega con 10 x 100,000 hab. (43) Managua con 8 x 100000 hab. (104) y Matagalpa con una tasa de 7 x 100.000 habitantes (43) (24)

En un estudio sobre epidemiología de la conducta suicida a nivel centroamericano de 1999- 2008 se concluyó que en Nicaragua ha habido un incremento de las tasas de 2.2 suicidio en 1990 a 13.21 por 100000 habitantes al año hasta 2007, obteniendo de esa forma el primer lugar dentro los países en estudio. Con método más importante de suicidio los constituyen los pesticidas en un 70% y el ahorcamiento en un 30%. (25)

“JUSTIFICACION”

Los casos de intento de suicidio y suicidio en niños no son muy frecuentes, pero, cuando suceden, deben ser de mucha preocupación; los niños toman una medida tan extrema como la decisión del suicidio cuando son maltratados física o psicológicamente o cuando son abusados sexualmente.

Por el desenlace final de muchos pacientes con intento de suicidio, principalmente cuando no se les brinda apoyo psicoterapéutico familiar, es necesario estudiar a éstos pacientes y darles seguimiento posterior a su egreso hospitalario por la consulta externa.

El grado de registro de los intentos de suicidio y suicidios en los diferentes organismos involucrados en el fenómeno es muy deficiente, en el Ministerio de salud hay un evidente Subregistro de estos casos. Por otro caso no existe una legislación en nuestro país que nos permita realizar acciones que pudieran aproximarnos a las cifras reales de suicidio, como podría ser la obligatoriedad de practicar la autopsia en cualquier fallecimiento súbito, violento o sospechoso.

Por todo lo mencionado anteriormente, consideramos de extrema importancia conocer nuestra realidad sobre intento de suicidio en las edades pediátricas, ya que existen muy pocos estudios en nuestro país sobre este tema. Esperamos que este estudio sirva de base para realizar en un futuro estudios de mayor complejidad y que a su vez nos permita empezar a ejecutar acciones para modificar la actitud del personal médico y paramédico al tener presente en la consulta un caso de intento de suicidio o suicidio para un abordaje adecuado de estos pacientes.

A su vez esperamos que sirva el presente trabajo para iniciar coordinaciones con entes del estado o la formación de los mismos para el seguimiento de los pacientes sobrevivientes.

“PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA”

¿Cómo fue el abordaje de los casos de intento de suicidio hospitalizados en pediatría en el Hospital “Aleman Nicaragüense”, en el período del 1° de Enero de 2013 al 31 de diciembre del 2015?

“OBJETIVO GENERAL”

Conocer el abordaje de los casos de Intento de Suicidio en pediatría en el Hospital “Aleman Nicaragüense”, en el período del 1° de Enero de 2013 al 31 de Diciembre de 2015.

“OBJETIVOS ESPECIFICOS”

1. Describir las características generales de los pacientes en estudio.
2. Identificar los factores desencadenantes asociados del intento suicida.
3. Conocer el método utilizado para ejecutar el intento de suicidio.
4. Determinar la duración de la estancia hospitalaria y la condición de egreso de los pacientes en estudio.
5. Mencionar si se realiza el adecuado abordaje multidisciplinario.

“MARCO TEORICO”

El suicidio está considerado como una Emergencia Psiquiátrica, que debe ser atendida y evaluada de forma inmediata, ya que es una conducta perturbada. El suicidio no es un acto consciente, ni valiente ni cobarde, ni de un santo ni de un pecador. Es un acto de una persona desesperada, deprimida que no ve salida a su padecimiento, que no encuentra opciones (2, 10, 22, 23).

El suicidio de adolescentes es una tragedia que afecta no sólo al individuo, sino que también a la familia, los amigos, la comunidad donde vivía el adolescente. El suicidio entre los adolescentes ha tenido un aumento dramático en los años recientes. Cada año miles de adolescentes se suicidan en los Estados Unidos. El suicidio es la tercera causa de muerte más frecuente para los jóvenes entre 15 y 24 años de edad y la sexta causa de muerte para los de entre 5 y 14 años en ese país (1, 2, 10).

Al adolescente se le ha descrito como una persona sumamente voluble y egocéntrica que tiene poco contacto con la realidad y es incapaz de la autocrítica. También se le ha llamado conservador, estereotipado, inestable, perfeccionista y sensible. Fontain hace la siguiente lista de cualidades que diferencian al adolescente de los adultos:

- A. Sentimientos especialmente intensos y volubles.
- B. Necesidad de recompensas frecuentes e inéditas.
- C. Poca capacidad para examinar la realidad.
- D. Incapacidad para la autocrítica.
- E. Inconsciencia o indiferencia hacia las cosas y sucesos que no están relacionados con la propia personalidad (3, 12, 21).

DEFINICION:

SUICIDIO:

Es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Significa, pues, darse muerte a uno mismo. En relación con este comportamiento se diferencian algunos tipos de suicidios entre los que destacan (27):

- Suicidio frustrado: Acción de suicidio que no ha conseguido su fin, teniendo el paciente auténtica intención de llegar a él.
- Suicidio consumado: Es el intento que ha tenido éxito bien como expresión de los auténticos deseos suicidas o como una casualidad no deseada dentro del comportamiento suicida.
- Conductas suicidas: Son las encaminadas a conseguir ese fin, consciente o inconscientemente, o el aniquilamiento de una de sus partes.
- Simulación suicida: Es la acción de suicidio que no llega a su fin, por no existir auténtica intención de llegar a él.
- Riesgo de suicidio: Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida. Dicho riesgo se incrementa si existe la idea de minusvalía de la vida, deseo de muerte por considerarla un descanso, amenazas y tentativas suicidas previas.
- Intento de Suicidio: Constituye toda conducta encaminada a conseguir la propia muerte pero que no llega a consumarse.

FASES DEL PROCESO SUICIDA:

1. Fase ideativa: Tiene la idea que aparece y desaparece, como una ocurrencia. Siguen apareciendo vivencias que motivan la aparición de la idea. Lo toma en consideración, es una mera expresión emocional.

2. Fase deliberativa: Analiza los pros y los contras de esa idea. Comienza a considerar la idea. Esta fase puede durar días, meses o años. Lo habitual es de semanas a meses. La idea comienza a tener forma y sentido, y el suicidarse, que hasta ese momento era una idea loca, una ocurrencia por el estado emocional se hace más visible.

3. Fase decisiva: el sujeto toma la decisión de suicidarse. Ha evaluado todo llega a la conclusión "yo me quiero suicidar". Esto sucede algo después del curso de la deliberación, por eso el tiempo de decisión no es en segundos. Luego que tomó la decisión de suicidarse entra en un período de calma, porque estas tres fases son de mucha angustia y dolor. El sujeto sufre mucha angustia hasta que llega a la decisión y cuando ya ha decidido lo que va a hacer se tranquiliza.

4. Fase dilatoria: Corresponde al período de calma, cuando se tranquiliza, ya sabe lo que va a hacer. Esta fase es de duración variable, habiendo hechos que lo adelantan a la siguiente fase.

5. Fase operativa: A esta corresponde toda maniobra que hace el sujeto para ejecutar el suicidio. Es todo lo previo que hace al acto suicida, desde prever que

va a hacer con sus bienes (escribe un testamento, saca un seguro de vida, arregla los aspectos laborales con toda discreción, regala objetos personales muy queridos, etc.), para que no se den cuenta de su decisión de suicidio, para que no intervengan en el acto.

6. Fase ejecutiva: Ejecuta la acción concreta.

CLASIFICACION DEL SUICIDIO:

1) Suicidio egoísta: Se cree que se origina en la falta de integración del individuo en la sociedad. Las víctimas en su mayoría son personas solas, o que suelen no relacionarse con su comunidad ni dependen de ella, “tienden a ser individuos solitarios”.

2) Suicidio altruista: La persona está integrada en un grupo que cree que ningún sacrificio que se haga es demasiado grande, un ejemplo sería el de los que se inmolan para llamar la atención a una causa.

3) Suicidio amónico: La víctima es incapaz de hacer frente a una crisis de forma racional y decide que el suicidio es la solución al problema, esto es, cuando la relación normal del individuo con la sociedad se altera súbita y radicalmente.

4) Suicidio fatalista: Se cree que lo provoca una excesiva regulación social que restringe por completo la libertad personal, sus víctimas piensan que “no existe futuro viable para ellos”.

5) Suicidio imprudente: El sujeto no tiene intención ni voluntad de suicidarse, pero el suicidio se concreta por exceso de la acción (suicidio accidental), Ejemplo: mujer que toma pastillas para dormir y sin darse cuenta se excede, sin voluntad de quitarse la vida (2, 5, 7).

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN PROVOCAR UN SUICIDIO

La lista siguiente expone más ejemplos que pueden ser señal de suicidio, muchas de ellas no necesariamente terminan en suicidio, pero generalmente cuanto más señales da la persona, mayor riesgo de suicidio

SITUACIONES:

- Abuso sexual, emocional o físico.
- Historia familiar de suicidio o violencia.
- Divorcio o separación, marcando el fin de una relación
- Pobres resultados académicos.
- Abuso de sustancias psicoactivas
- Perdida del trabajo o problemas en el trabajo.
- Problemas económicos
- Fallecimiento de un amigo íntimo o miembro de la familia

COMPORTAMIENTO

- Llanto
- Peleas

- Infracciones a la ley
- Irreflexiones
- Auto agredirse.
- Escritos acerca de la muerte y el suicidio.
- Comportamiento previo de suicidio.
- Extremos en el comportamiento

PENSAMIENTOS Y EMOCIONES

- Pensamientos hacia el suicidio.
- Soledad. Falta de apoyo de la familia y amigos.
- Rechazo. Sentirse marginado.
- Profunda tristeza o culpa.
- Incapacidad de enfocar las cosas.
- Ansiedad y estrés.
- Pérdida de autoestima.

INDICADORES O SÍNTOMAS DEL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES

- Cambios en los hábitos de dormir y de comer.
- Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales.
- Actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa.
- Uso de drogas o de bebidas alcohólicas.
- Abandono fuera de lo común en su apariencia personal.

- Cambios pronunciados en su personalidad.
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- Quejas frecuentes de síntomas físicos, tales como: los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven.
- Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones.
- Poca tolerancia de los elogios o los premios.
- Sentimientos de no ser útil y culpabilidad
- Pensar en la muerte y la opción del suicidio.

El adolescente que está contemplando el suicidio también puede:

- Quejarse de ser “malo” o de sentirse “abominable”
- Lanzar indirectas como: “No les seguiré siendo un problema”, “nada me importa”, “para que molestarse” o “no te veré otra vez”.
- Poner en orden sus asuntos; por ejemplo, regalar sus posesiones favoritas, limpiar su cuarto, botar papeles o cosas importantes, etc.
- Ponerse muy contento después de un periodo de depresión.

Según el Programa de salud Mental del MINSA, un poco más del setenta por ciento de los pacientes que intentan suicidarse lo hace por trastornos depresivos. “La posibilidad que una persona se deprima es aproximadamente del 10 al 11 por ciento, lo que indica que esta enfermedad está ubicada en el quinto lugar entre las causas de enfermedades médicas más frecuentes”.

NORMAS DE ATENCION A PACIENTES CON INTENTOS DE SUICIDIO

1. Todo paciente que llegue Emergencia o a consulta Externa de cualquier área de atención con IDEAS O INTENTOS DE SUICIDIO detectados durante el interrogatorio debe ser atendido como una EMERGENCIA ingresando al Hospital aunque su condición médica no lo indique, para su atención integral.
2. Reportar a PSICOLOGIA quienes realizaran Intervenciones exploratorias, de crisis y determinación del RIESGO DE SUICIDIO, aplicando Escala de Evaluación del mismo (Escala SIS) y diagnostico psicológico de la paciente.
3. Reportar a TRABAJO SOCIAL para exploración social de las condiciones de la paciente (Ficha social)
4. En caso de que el paciente llegue en fin de semana o por las noches debe realizarse el ingreso del paciente, no debe permitirse el Alta ni Abandono para reportar el caso en a.m.
5. Una vez iniciada su valoración se realizaran por parte del equipo Psicosocial orientaciones educativas a padres familiares y pacientes tratando de que estos comprendan la magnitud del problema.
6. Psicología realizara intervenciones en crisis a pacientes y familiares y sesiones de apoyo, persuasión, relajación, valorando sistemáticamente de nuevo el riesgo suicida.
7. El equipo psicosocial debe orientar al personal médico y de enfermería encargado del cuidado del paciente sobre el riesgo elevado y manejo ético del mismo.
8. Trabajo Social debe realizar las visitas domiciliarias requerida para preparar el reintegro posterior de la paciente, así como la búsqueda de redes de apoyo.
9. Psicología realizara Psicoterapias familiares y/o de pareja ya que en su mayoría estos problemas están asociados a disfunciones familiares graves.

10. Trabajo Social focalizará las redes de apoyo necesarias para el caso.
11. Se realizaran por la parte Médica y/o de Psicología las solicitudes y coordinaciones de Interconsultas con Psiquiatría y otras especialidades que amerite la paciente.
12. El equipo psicosocial determinara el alta hasta que las condiciones familiares garanticen la integración adecuada del px y el riesgo este altamente disminuido (Riesgo bajo).
13. Si el caso está asociado a problemas de Maltrato Infantil y específicamente Abuso Sexual se deberá aplicar el Protocolo respectivo.
14. Con el alta el caso siempre tendrá seguimiento por Consulta Externa de Psicología inicialmente 1 vez por semana espaciándose gradualmente según la evolución del caso lo permita, prolongando este seguimiento a través de un año como mínimo.
15. En todos los casos La Directora del Hospital no puede rehusar el ingreso de estos pacientes según Resolución Ministerial 31-93 que obliga a internar a los pacientes psiquiátricos y psicopatológicos en el hospital de su comunidad, sobre todo en estos casos en que las pacientes están más al borde de la muerte que en otros casos de enfermedades convencionales.

“MATERIAL Y METODO”

Tipo de Estudio: Descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Universo: Representado por el total de egresados de los servicios de Pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense corresponde a 12 pacientes.

Muestra: Conformada por total de pacientes pediátricos que su motivo de hospitalización fue por Intento de Suicidio o Suicidio que corresponde a 12 pacientes.

Muestreo: De tipo no probabilístico, por conveniencia.

Criterios de inclusión: Casos de niños con diagnóstico de Intento de Suicidio o Suicidio que tenían de edad 15 años o menos, que fueron ingresados a los servicios de pediatría.

Criterios de exclusión: Casos de Intento de Suicidio o Suicidio que no fueron ingresados a nuestro centro, mayores de 15 años y aquellos pacientes cuyos expedientes no fueron encontrados.

Métodos de recolección de la información: La recolección de la información se realizara a partir de la revisión de expedientes clínicos y fichas de trabajo social, de los cuales se obtendrán los datos.

Procesamiento de los datos: La tabulación y cómputo de los datos se efectuara por medios computarizados utilizándose el programa EPI-INFO. Se realizara entre cruzamiento de variables, presentándose los resultados en cuadros y gráficos.

VARIABLES:

1. Edad
2. Sexo
3. Procedencia.
4. Escolaridad.
5. Equipo Multidisciplinario.
6. Nivel socioeconómico.
7. Núcleo familiar.
8. Antecedentes de intento de suicidio.
9. Factores desencadenantes asociados.
10. Intento de suicidio.
11. Suicidio.
12. Método utilizado.
13. Complicaciones.
14. Estancia hospitalaria.
15. Condición de egreso.
16. Seguimiento por consulta externa.
17. Psicoterapia familiar.

LIMITANTES DEL TRABAJO

Falta de registro del problema en estudio reflejado en los expedientes como intento de auto eliminación.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA
1. EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del diagnóstico de intento de suicidio.	6 - 8 años 9 - 11 años 12 – 15 años
2. SEXO	Distinción de género basada en el fenotipo.	Masculino Femenino
3. PROCEDENCIA	Lugar donde el paciente habita.	Rural Urbana
4. ESCOLARIDAD	Nivel de estudio que el paciente ha alcanzado	Primaria Secundaria
5. EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO	Es el grupo que brinda atención al paciente de manera integral y que está conformado por médico pediatra, psicólogo y trabajador social.	Sí No
6. NIVEL SOCIOECONOMICO	Para este estudio se definió como las condiciones del ambiente familiar del paciente en el momento de su hospitalización basado en el ingreso económico promedio mensual por persona y la disponibilidad de servicios básicos.	Bajo Medio Alto No especificado

7. NUCLEO FAMILIAR	Grupo primario de apoyo conformado por padre, madre y hermanos.	Integrado Desintegrado Disfuncional
8. ANTECEDENTES DE INTENTO DE SUICIDIO	Es la historia de suicidio en la paciente o en sus familiares.	Personal Familiar Negados
9. FACTORES DESENCADENANTES ASOCIADOS	Elementos que originaron o propiciaron el acto de intento de suicidio o suicidio.	Conflictos intrafamiliar. Depresión Abuso sexual/violación Maltrato infantil Trastornos mentales Causas amorosas Abuso de Drogas/alcohol No determinado
10. INTENTO DE SUICIDIO	Es un acto más o menos esbozado, mediante el cual el niño manifiesta su desesperación.	Sí No
12. METODO UTILIZADO	Medio usado para ejecutar el suicidio.	Farmacológica

		Plaguicidas Ahorcamiento Arma de fuego Arma blanca Ahogamiento
VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA
13. COMPLICACIONES	Daño secundario al método utilizado para el intento de suicidio.	Neurológicas Gastrointestinales Respiratorias Cardiovasculares
14. ESTANCIA HOSPITALARIA	Es el número de días transcurridos desde el ingreso hasta el egreso hospitalario.	1 Día 2 a 5 días 6 a 10 días >10 días
15. CONDICION DE EGRESO	Es la condición en que el paciente sale del hospital	Alta Abandono Fuga Fallecido
16. SEGUIMIENTO POR CONSULTA EXTERNA	Es la asistencia a las citas dadas en consulta externa al paciente con intento de suicidio posterior a su egreso.	Acudió a 1 cita Acudió a 2-3 Citas Acudió a + 3 citas. No acudió

17. PSICOTERAPIA FAMILIAR	Es la terapia brindada al núcleo familiar primario para obtener beneficios en la evolución psicológica del niño con intento de suicidio.	Hospitalización Hospitalización y consulta externa No recibieron
---------------------------	--	--

- *En este estudio, para la clasificación del nivel socioeconómico del paciente se obtuvieron los datos plasmados en los expedientes de la nota de ingreso, historia clínica y evaluación por trabajo social y psicología definiéndose las siguientes subescalas:*

- Bajo: Carece de 1 o más servicios básicos y el ingreso promedio persona mensual es menor de C\$2000.
- Medio: Tiene todos los servicios básicos y el ingreso promedio persona mensual es de C\$2000 a C\$5000.
- Alto: Tiene todos los servicios básicos y el ingreso promedio persona mensual es mayor de C\$5000
- No especificado : Aquellos casos en que los datos no se encontraron disponibles en el expediente.

RESULTADOS

Una vez realizada la revisión de los expedientes y fichas de los 12 pacientes se obtuvieron los siguientes resultados

En relación a la edad, el grupo etario de 6-8 años presenta 1 caso que equivale a 8.3 %, el grupo etario 9-11 años presenta 3 casos que equivalen a un 25 % y el grupo etario de 12-15 años presenta 8 casos, que equivalen a 66.7%. En cuanto a la variable del sexo, se presentan 2 casos masculino que equivalen a 16.7 %, y femenino 10 casos que equivalen a 83.3 %. Según la procedencia se presentaron 8 casos en el área urbana que equivalen a un 66.7 % y 4 casos en el área rural que equivalen a un 33.3 %. En relación a la escolaridad se dieron 5 casos que cursan primaria con un 41.7% y 7 casos que cursan secundaria con un 58.3%. (Ver Tabla 1).

La valoración por el equipo multidisciplinario fue realizada en 10 pacientes que representa 83.3 %. En cuanto al nivel socioeconómico se presentaron 9 casos de nivel bajo, que equivale a 75 %, y 3 casos de nivel medio que equivale a 25 %. Según núcleo familiar se presentan 2 casos de tipo integrado que equivale a 16.7 %, 4 casos de tipo desintegrado con un 33.3 % y 6 casos de tipo disfuncional con 50 %. Entre los antecedentes de intento suicida se presentaron 3 casos con antecedente personal que equivale al 25 %m 4 casos con antecedente familiar que representa 33.3 % y 5 casos que negaron antecedentes. (Ver Tabla 1).

Con respecto a los factores desencadenantes asociados se presentaron 12 casos por conflictos intrafamiliares con 100 %, depresión 5 casos con 41.7 %, abuso sexual 3 casos con 25 %, trastornos mentales 1 caso con 8.3 %, causas amorosas con 3 casos con 25 %, abuso de drogas y alcohol 2 casos con 16.7 %, maltrato infantil 3 casos con 25 %. (Ver Tabla 2)

En relación al método utilizado el farmacológico se presentó en 8 casos con un 66.6 %, plaguicidas 2 casos con 16.7 % y arma blanca 2 casos con 16.7 %.(Ver Tabla 3). En cuanto a complicaciones post evento se presentaron alteraciones

neurológicas en 9 casos con 75 %, gastrointestinal 2 casos con 16.7 %, respiratoria 1 caso con 8.3 %. (Ver Tabla 3).

En relación a la estancia hospitalaria el promedio de 2-5 días fue el mayor con 8 casos con 66.7 %, de 6-10 días 3 casos con 25 % y más de 10 días 1 caso con 8.3 %. (Ver Tabla 4). La condición de egreso fue alta vivos 11 casos con 91.7 % y fuga 1 caso con 8.3 %. (Ver Tabla 4).

Según el seguimiento por consulta externa 5 acudieron a 1 cita que equivale al 41.7%, 4 de 2-3 citas, 33.3%, 1 acudió más de 3 citas, 8.3%, 2 no acudieron 16.7%. (Ver Tabla 5).

La Psicoterapia familiar fue recibida en 7 casos con 58.3%, y no recibieron 5 casos, con 41.7 %. (Ver Tabla 6).

DISCUSION

En relación a la edad se identifica que el grupo etario predominante fue de los 12-15 años de edad que corresponde a etapa de adolescencia y de cambios de comportamiento típicos de esta edad cuya incidencia siempre se mantiene más alta, debido a que al adolescente se le describe según la literatura como una persona voluble que tiene poco contacto con la realidad y es incapaz de la autocrítica. Fontain hace la siguiente lista de cualidades que diferencian al adolescente de los adultos:

- F. Sentimientos especialmente intensos y volubles.
- G. Necesidad de recompensas frecuentes e inéditas.
- H. Poca capacidad para examinar la realidad.
- I. Incapacidad para la autocrítica.
- J. Inconsciencia o indiferencia hacia las cosas y sucesos que no están relacionados con la propia personalidad (3, 12, 21).

Respecto al sexo se encontró mayor incidencia de casos fueron femeninos en comparación a los masculinos que puede ser explicado por la relación hombre mujer a nivel nacional. Lo que no se corresponde con estudios realizados en adultos principalmente donde no hay diferencia entre el sexo para desarrollar el evento, sin embargo en estudios realizado en Estelí se evidencio que el sexo masculino fue el más afectado. (5,13) sin embargo en la literatura se reporta que existen patrones de suicidio de acuerdo al sexo que son diferentes en cada país sin embargo está establecido que las mujeres realizan más el intento de suicidio.

Dentro de la procedencia se destaca mayor presencia de casos en área urbana esto puede ser un factor importante debido a la accesibilidad en la información donde se publica las maneras en que se puede cometer el acto suicida.

Con la escolaridad predomina el mayor número de casos al cursar secundaria que corresponde a la etapa adolescente y al grupo etario en que se presentó el evento. Sin embargo se constituye un factor desencadenante cuando hay bajo rendimiento

escolar, actitud negativa acerca de la escuela y la actividad escolar lo que incrementa la prevalencia del fenómeno suicida.

En la mayoría de los casos se logró un abordaje multidisciplinario por pediatría, psicología, trabajo social y MI FAMILIA limitando su cumplimiento total por falta de valoración por ministerio de la familia en pocos casos. Sin embargo MINSA a normado lo siguiente: Todo paciente que llegue Emergencia o a consulta Externa de cualquier área de atención con IDEAS O INTENTOS DE SUICIDIO detectados durante el interrogatorio debe ser atendido como una EMERGENCIA ingresando al Hospital aunque su condición médica no lo indique, para su atención integral.

Reportar a PSICOLOGIA quienes realizaran Intervenciones exploratorias, de crisis y determinación del RIESGO DE SUICIDIO, aplicando Escala de Evaluación del mismo (Escala SIS) y diagnostico psicológico de la paciente.

Reportar a TRABAJO SOCIAL para exploración social de las condiciones de la paciente (Ficha social)

En caso de que el paciente llegue en fin de semana o por las noches debe realizarse el ingreso del paciente, no debe permitirse el Alta ni Abandono para reportar el caso en a.m.

Una vez iniciada su valoración se realizaran por parte del equipo Psicosocial orientaciones educativas a padres familiares y pacientes tratando de que estos comprendan la magnitud del problema.

El equipo psicosocial debe orientar al personal médico y de enfermería encargado del cuidado del paciente sobre el riesgo elevado y manejo ético del mismo.

Trabajo Social debe realizar las visitas domiciliarias requerida para preparar el reintegro posterior de la paciente, así como la búsqueda de redes de apoyo.

Psicología realizara Psicoterapias familiares y/o de pareja ya que en su mayoría estos problemas están asociados a disfunciones familiares graves.

Trabajo Social focalizará las redes de apoyo necesarias para el caso.

Si el caso está asociado a problemas de Maltrato Infantil y específicamente Abuso Sexual se deberá aplicar el Protocolo respectivo.

Con el alta el caso siempre tendrá seguimiento por Consulta Externa de Psicología inicialmente 1 vez por semana espaciándose gradualmente según la evolución del caso lo permita, prolongando este seguimiento a través de un año como mínimo.(27)

El nivel socioeconómico bajo fue el de mayor presencia y de origen urbano que tiene una importante participación para la realización del acto ya que son pacientes que se les obliga a realizar muchas actividades extra a las tareas escolares que los condiciona a depresión y a problemas de rendimiento escolar. Este dato se relacionó con estudio realizado en el hospital infantil de México (12). Sin embargo no podemos inferir que los pacientes de nivel socioeconómico bajo siempre serán las víctimas de dicho acto ya que hay sociedades de que son de mejor nivel económico y no son exento de este problema por lo tanto se denota la complejidad de dicho fenómeno.

En cuanto al núcleo familiar el tipo disfuncional fue el de mayor predominio y donde se encontraron antecedentes personales de intento suicida. La mayor parte de los pacientes aquejan adicciones en familiares, abuso sexual y maltrato psicológico. Se conoce en la literatura que refiere que el clima emocional en el que convive el menor es importante ya que los motivos para desencadenar un suicidio en la infancia son variadas e inespecíficas, un niño cuando convive en un hogar roto, con discusiones y peleas frecuentes entre los padres, que reciben maltrato físico o psicológico en forma de rechazo manifiesta humillaciones y vejaciones o un hogar sin normas de conductas coherentes con el papel de cada miembro de la familia, puede ser un caldo de cultivo para la realización de un acto suicida.(28)

En cuanto a antecedentes suicidas estos fueron en su mayoría negados, lo que no se corresponde con la literatura revisada que expresa que en la mayoría de los niños que realicen un acto de autolesión se tiene que tener en cuenta la presencia de familiares especialmente padres, hermanos y abuelos, con antecedentes de

comportamiento suicida, por la posibilidad del aprendizaje por imitación. Destacando también la existencia de amigos o compañeros de escuela con dicha conducta. (28)

En relación a los factores desencadenantes asociados los conflictos intrafamiliares fueron de mayor incidencia, que predominó en el grupo de 12-15 años, describiendo los pacientes discusiones entre sus familiares, violencia intrafamiliar, abandono del hogar, separación de los padres. Este mismo hallazgo se encontró en un estudio realizado en México (12). Se ha descrito que vivir apartado de los padres se asocia con el incremento de la prevalencia del fenómeno suicida. Algunos estudios sugieren que las mujeres son menos reactivas a factores estresantes familiares que los varones y también se han relacionado bajos niveles de comunicación padres-hijos con la ideación y conducta suicida.

El método utilizado de mayor uso fue el farmacológico, predominando el grupo etario 12-15 años debido a que pacientes en realidad no desean quitarse la vida solo llamar la atención de sus padres los medicamentos utilizados son los que estos tienen acceso en casa. Este hallazgo no se relaciona con la literatura en que reportan que el abuso de drogas y alcohol fue el principal factor que conllevó a realizar el acto suicidio. (12)

De las complicaciones presentadas posterior al evento las alteraciones neurológicas fueron de mayor presencia debido a que los fármacos utilizados para el intento suicida son aquellos a los que tienen más rápido acceso y los más comunes en casa como antihistamínicos con efecto de depresión del sistema nervioso en altas concentraciones.

La estancia hospitalaria de mayor prevalencia fue entre 2-5 días la cual puede deberse a la necesidad del cumplimiento del abordaje multidisciplinario por parte de psicología, trabajo social y MI FAMILIA ya que no se da alta al paciente mientras no se dé el cumplimiento de este.

Con respecto a la condición de egreso la mayor parte de los pacientes fue egresada de alta vivos ya que no se logró llevar a cabo el suicidio.

En relación al seguimiento por consulta externa la mayor parte de los casos acudieron solo a 1 cita que llama la atención la falta de asistencia por parte del paciente y su núcleo familiar que hace pensar que se le resta importancia al problema por parte de ellos y que esto pueda influir a que el paciente reincida en el problema.

La psicoterapia familiar fue cumplida solo con un miembro del núcleo durante la hospitalización del paciente algo que puede influir en la reincidencia de los casos ya que el abordaje para un apoyo total al paciente debería ser por parte de toda su familia, de igual manera en su seguimiento los pacientes acudieron solo con un familiar que en su mayoría era su mama observándose un alto ausentismo por parte de los padres.

CONCLUSIONES

1. Con respecto a las características generales de los pacientes durante el periodo de estudio se encontró que el grupo etario predominante fue entre 12- 15 años, del sexo femenino, de procedencia urbana, de escolaridad secundaria, con bajo nivel socioeconómico, dentro de un núcleo familiar disfuncional, con antecedentes de intento suicidas negados.
2. Dentro de los factores desencadenantes asociados a intento suicida predominaron los conflictos intrafamiliares en el total de los pacientes pero se identificó más de 1 factor de riesgo por paciente para la ocurrencia del hecho.
3. El método que se utilizó más frecuentemente para ejecutar el intento de suicidio fue el farmacológico.
4. La duración de la estancia hospitalaria fue en promedio de 2-5 días y la condición de egreso de los pacientes en estudio fue de altas vivas.
5. En la mayoría se cumplió el abordaje multidisciplinario, el seguimiento por consulta externa y la psicoterapia a nivel hospitalario

RECOMENDACIONES

1. Diferenciar el diagnóstico de auto eliminación de la intoxicación medicamentosa en el registro de expedientes.
2. Dar seguimiento y referir a nivel de atención primaria a los egresados donde se cuente con Psicología para manejo multidisciplinario.
3. Coordinar la efectiva realización de la ruta crítica en relación al abordaje multidisciplinario del paciente por parte del ministerio de la familia.
4. Promover grupos de apoyo individual y colectivo para el seguimiento del evento.

BIBLIOGRAFIA

- 1) American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (ACCAP), Public Information. EL SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES. Artículo. 1998.
- 2) Asociación Médica Mundial –BP 63 – 01212 Ferney – Voltaire Cedex, Francia. DECLARACION DE LA ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL SOBRE EL SUICIDIO DE ADOLESCENTES. 1-33, Noviembre 1991.
- 3) Friends Internacional. INFORMACION SOBRE SUICIDIOS Y CRISIS. Artículo. 2000.
- 4) Berman, Kliegman, Arvin, Nelson. TRATADO DE PEDIATRIA. 15ava. Edición, Volumen 1, McGraw Hill, 1997. 103-106 y 678-679.
- 5) Borges G., Rosovsky H., Gómez C., Gutiérrez R. EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO EN MEXICO DE 1970 A 1994. Salud Pública Mex. 1996 38: 197 – 206.
- 6) Contreras Claudia M. Lic. SUICIDIO. Artículo Internet 01-08-01.
- 7) Copyright 2000 Familia 2000, Org. Inc. SUICIDIO. Artículo Internet Enero 2,000.
- 8) Division for Church in Society. PREVENCION DEL SUICIDIO. Artículo Internet. 14-11-99.

9) Fundamor. Org. Co. LA PREVENCION DEL SUICIDIO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS. Artículo Internet. 1998.

10) García D., Morán G. ALGUNOS ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL SUICIDIO EN SALUD PUBLICA. Mex. 1974; 15: 195 – 211.

11) Levobici Serge, Diatkene René, Soulé Michel. TRATADO DE PSIQUIATRIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. Tomo VII. 3era. Edición. 1995.

12) Meneguello. PEDIATRIA. Editorial Universitaria. Vol. I, 4ta. Edición. Pág. 109.

13) Mendoza Martha Gioconda Dr. PATRONES CONDUCTUALES DE CRIANZA COMO FACTOR DE RIESGO DE SUICIDIOS, CHINANDEGA, JULIO – SEPTIEMBRE 1,997. Trabajo monográfico.

14) Molina C. Eudilia Lic. DEPRESION Y SUICIDIO. Impresiones y troqueles S.A. Managua, 2001.

15) Moreira Diego. Secretario del IX Congreso Metropolitano de Psicología. Adolescencia y Suicidio. ADOLESCENCIA Y SUICIDIO. Artículo Internet 2,000.

12) Moreira Diego. Ed. Homo Sapiens. PSICOPATOLOGIA Y LENGUAJE EN PSICOANALISIS. 1,995. 5ta. Edición. Pág. 65 – 80.

16) Organización Panamericana de la Salud. Serie PALTEX. MANUAL DE PSIQUIATRIA PARA TRABAJADORES DE ATENCION PRIMARIA. Tomo 1. 1,995. 63-69.

17) Parrales Molina Benjamín Dr. EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE ESTELI, 1980 – 1993. Trabajo monográfico.

18) Programa de Salud Mental – MINSA. NORMAS DE ABORDAJE DEL SUICIDIO EN NICARAGUA. 1,997.

19) Psiquiatría Académica. III Fórum de Psiquiatría, Simposio de suicidio. RESUMOS DO SIMPOSIO SOBRE SUICIDIO. Artículo Internet Brasil 1,999.

20) Revista ARBIL, anotaciones de pensamiento y crítica. EL SUICIDIO. Artículo Internet 2000.

21) Suárez Richards Manuel. Editorial Salerno. INTRODUCCION A LA PSIQUIATRÍA. Argentina. 1,995

22) Ulloa Ch. Fresia. TENTATIVAS Y CONSUMACION DE SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Revista chilena de Pediatría. Santiago, Chile. Vol. 64, No 4, Julio – Agosto, 1993. P. 272 – 276.

23) Vázquez –Pizaña E., González Velázquez EM., Rojo-quiñones AR., Figueroa-Lugo RM. Bol Clin Hosp Infantil Edo Son 1998. INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES. Artículo Internet.

24 Managua, Nicaragua - Viernes 13 de [Julio](#) de [2007](#) - Edición 9667. El nuevo diario

25. CIDS.EDU.NI epidemiologia de la conducta suicida. Artículo de internet.

26. La brújula- revista. El suicidio más común de lo que pensabas. www.labrujula.com.ni/noticia/305

27. Protocolo de atención a pacientes con intento de suicidio. Hospital materno infantil Fernando veles país, Managua enero 2011.

28. Perez Barrero- Sergio Andres. Rev. Cubana Med Gen Integ 1999;15(2):196-217. EL SUICIDIO, COMPORTAMIENTO Y PREVENCIÓN.

ANEXO 1 FICHA DE RECOLECCIÓN

ABORDAJE DE INTENTO SUICIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE DEL 1 ENERO 2013 A DICIEMBRE DEL 2015

Edad:

6-8 años _____ 9-11 años _____ 12-15 años _____

Procedencia:

Rural: _____ Urbano _____

Sexo

Masculino _____ Femenino _____

Procedencia

Urbano _____ Rural _____

Escolaridad

Primaria _____ Secundaria _____

Nivel Socioeconómico

Bajo _____ Medio _____

Núcleo Familiar

Integrado _____ Desintegrado _____ Disfuncional _____

Antecedente de intento suicida

Personal_____ Familiar_____ Negados_____

Factores Desencadenantes Asociados

Conflictos Intrafamiliares_____ Depresión_____

Abuso Sexual / Violación_____ Trastornos Mentales_____

Causas Amorosas_____ Abuso de Drogas / Alcohol_____

Maltrato Infantil_____

Método Utilizado

Farmacológico_____ Plaguicida_____ Arma Blanca_____

Complicaciones

Neurológicas_____ Gastrointestinal_____ Respiratorias_____

Estancia Hospitalaria

2-5 días_____ 6-10 días_____ 10 días_____

Condición de Egreso

Alta _____ Fuga_____

Equipo Multidisciplinario

SI_____ NO_____

ANEXO 2 TABLAS Y GRAFICOS

Tabla 1. Características generales de los casos de intento de suicidio y suicidio hospitalizados en pediatría en el Hospital “Aleman nicaragüense”, en el período del 1° de Enero de 2013 al 31 de diciembre del 2015.

VARIABLE	FRECUENCIA N= 12	PORCENTAJE %
EDAD		
6-8	1	8.3
9-11	3	25
12-15	8	66.7
SEXO		
Femenino	10	83.3
Masculino	2	16.7
PROCEDENCIA		
Urbano	8	66.7
Rural	4	33.3
ESCOLARIDAD		
Primaria	5	41.7
Secundaria	7	58.3
NIVEL SOCIOECONOMICO		
Bajo	9	75
Medio	3	25
NUCLEO FAMILIAR		
Integrado	2	16.7
Desintegrado	4	33.3
Disfuncional	6	50
ANTECEDENTE DE INTENTO SUICIDA		
Personal	3	25
Familiar	4	33.3
Negados	5	41.7

Fuente secundaria: expediente clínico y fichas de trabajo social

Tabla 2. Factores desencadenantes de los casos de intento de suicidio y suicidio hospitalizados en pediatría en el Hospital “Aleman nicaragüense”, en el período del 1° de Enero de 2013 al 31 de diciembre del 2015.

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	N= 12	%
FACTORES DESENCADENANTES		
Conflictos intrafamiliares	12	100
Depresión	5	41.7
Abuso sexual/ violación	3	25
Trastornos mentales	1	8.3
Causas amorosas	3	25
Abuso de drogas-alcohol	2	16.7
Maltrato infantil	3	25

Fuente secundaria: expediente clínico y fichas de trabajo social

Tabla 3. Método utilizado para cometer el intento suicida y complicaciones más frecuentes de los casos de intento de suicidio y suicidio hospitalizados en pediatría en el Hospital “Aleman nicaragüense”, en el período del 1° de Enero de 2013 al 31 de diciembre del 2015.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	N= 12	%
METODO UTILIZADO		
Farmacológico	8	66.6
Plaguicida	2	16.7
Arma blanca	2	16.7
COMPLICACIONES		
Neurológico	9	75
Gastrointestinal	2	16.7
Respiratorias	1	8.3

Fuente secundaria: expediente clínico y fichas de trabajo social

Tabla 4. Duración de la estancia hospitalaria y condición de egreso de los casos de intento de suicidio y suicidio hospitalizados en pediatría en el Hospital “Aleman nicaragüense”, en el período del 1° de Enero de 2013 al 31 de diciembre del 2015.

VARIABLES	CANTIDAD	PORCENTAJE
Estancia hospitalaria		
2-5 días	8	66.7 %
6-10 días	3	25 %
10 días	1	8.3 %
Condición de Egreso	CANTIDAD	PORCENTAJE
Alta	11	91.7 %
Fuga	1	8.3 %

Fuente secundaria: expediente clínico y fichas de trabajo social

Tabla 5. Cumplimiento del abordaje multidisciplinario de los pacientes.

VARIABLE	FRECUENCIA n=12	PORCENTAJE %
Equipo multidisciplinario		
Si	10	83.3
No	2	16.7

Fuente secundaria: expediente clínico y fichas de trabajo social

Tabla 6. Relación entre factores desencadenantes asociados y edad de los casos de intento de suicidio y suicidio hospitalizados en pediatría en el Hospital “Aleman nicaragüense”, en el período del 1° de Enero de 2013 al 31 de diciembre del 2015

FACTORES DESENCADENANTES	EDAD		
	6- 8 años	9- 11 años	12- 15 años
Conflictos intrafamiliar	1	3	8
Depresión		2	3
Abuso sexual/violación		1	2
Maltrato infantil			3
Trastornos mentales			1
Causas amorosas			3
Abuso de drogas/ alcohol			2

Fuente secundaria: expediente clínico y fichas de trabajo social

Tabla 7. Relación entre el método utilizado para el intento suicida con la edad de los casos de intento de suicidio y suicidio hospitalizados en pediatría en el Hospital “Aleman nicaragüense”, en el período del 1° de Enero de 2013 al 31 de diciembre del 2015.

METODOS UTILIZADOS	EDAD		
	6- 8 años	9- 11 años	12- 15 años
Farmacológico	1	3	4
Plaguicidas			2
Arma Blanca			2

Fuente secundaria: expediente clínico y fichas de trabajo social

Tabla 8. Relación entre nivel socioeconómico con la procedencia de los casos de intento de suicidio y suicidio hospitalizados en pediatría en el Hospital “Aleman nicaragüense”, en el período del 1° de Enero de 2013 al 31 de diciembre del 2015.

NIVEL SOCIOECONOMICO	PROCEDENCIA	
	Urbano	Rural
Bajo	5	4
Medio	3	

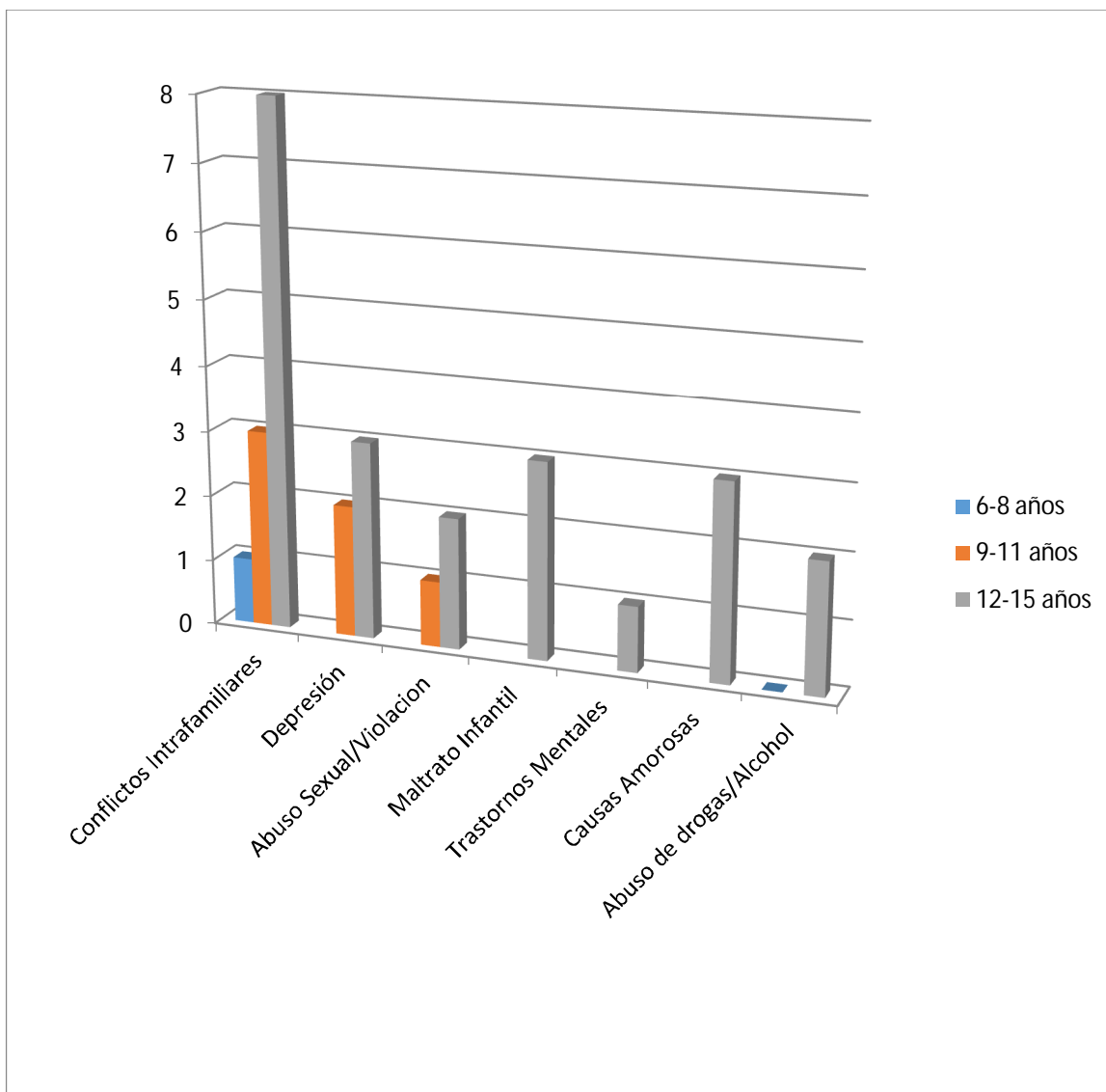
Fuente secundaria: expediente clínico y fichas de trabajo social

Tabla 9. Relación entre núcleo familiar con los antecedentes de intento suicida de los casos de intento de suicidio y suicidio hospitalizados en pediatría en el Hospital “Aleman nicaragüense”, en el período del 1° de Enero de 2013 al 31 de diciembre del 2015.

NUCLEO FAMILIAR	ANTECEDENTE DE INTENTO SUICIDA		
	Personal	Familiar	Negados
Integrado			2
Desintegrado		2	2
Disfuncional	3	2	1

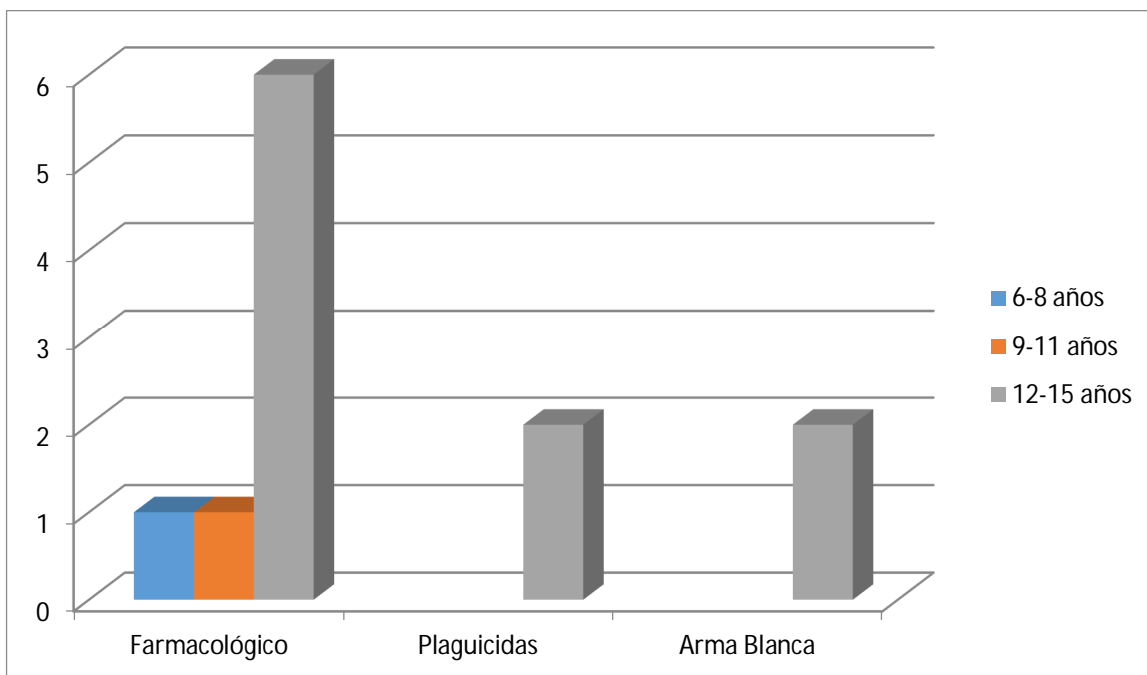
Fuente secundaria: expediente clínico y fichas de trabajo social

GRAFICO 1. Relación entre factores desencadenantes asociados y edad de los casos de intento de suicidio y suicidio hospitalizados en pediatría en el Hospital “Alemán nicaragüense”, en el período del 1° de Enero de 2013 al 31 de diciembre del 2015



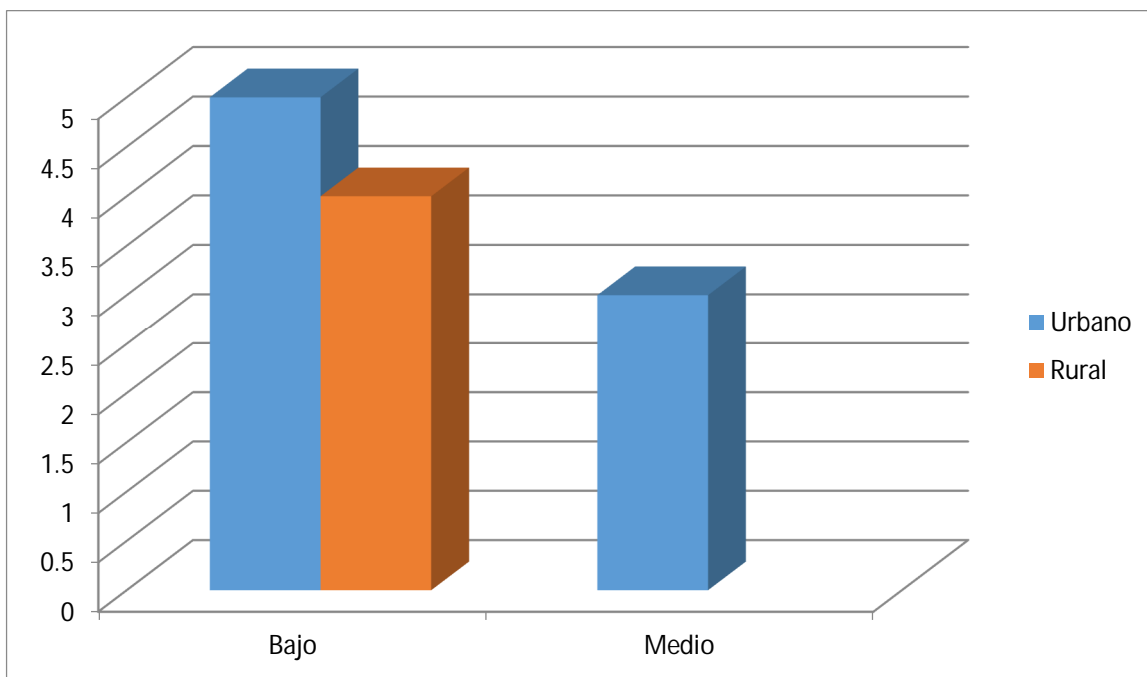
Fuente: Tabla 6.

GRAFICO 2. Relación entre el método utilizado para el intento suicida con la edad de los casos de intento de suicidio y suicidio hospitalizados en pediatría en el Hospital “Alemán nicaragüense”, en el período del 1° de Enero de 2013 al 31 de diciembre del 2015.



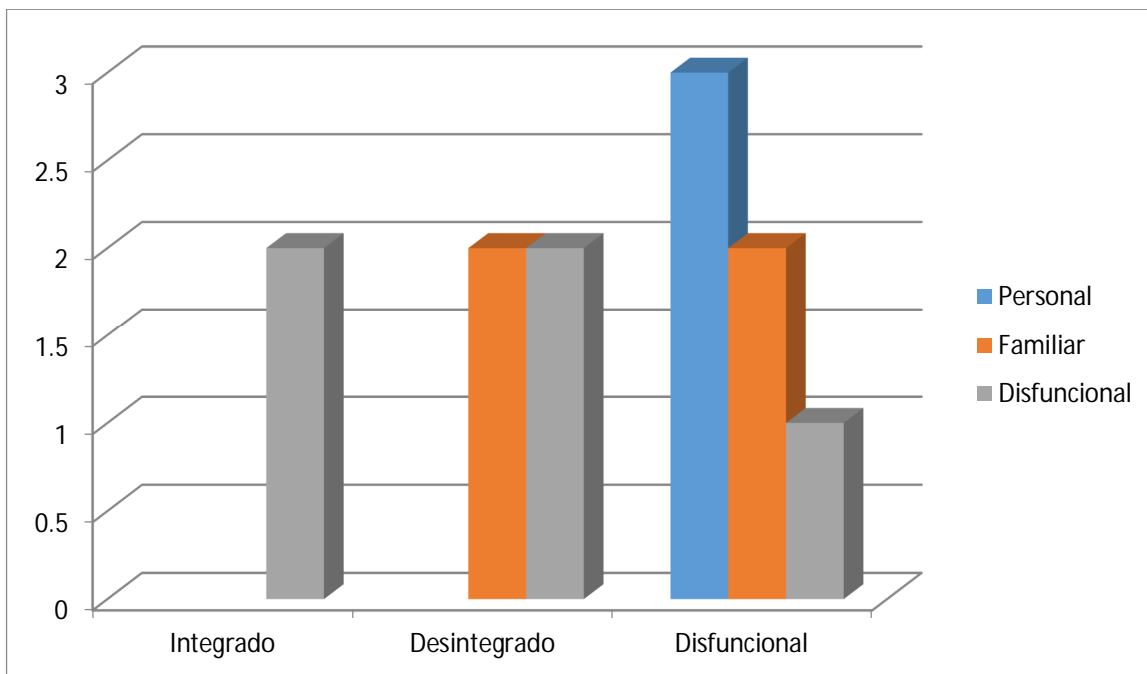
Fuente: Tabla: 7

GRAFICO 3. Relación entre nivel socioeconómico con la procedencia de los casos de intento de suicidio y suicidio hospitalizados en pediatría en el Hospital “Aleman nicaragüense”, en el período del 1° de Enero de 2013 al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Tabla 8

GRAFICO 4. Relación entre núcleo familiar con los antecedentes de intento suicida de los casos de intento de suicidio y suicidio hospitalizados en pediatría en el Hospital “Aleman nicaragüense”, en el período del 1° de Enero de 2013 al 31 de diciembre del 2015.



Fuente: Tabla 9