

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACION
PEDIATRICA CON DIAGNOSTICO DE INTENTO DE
SUICIDIO**

HNHU 2007

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PAUL ROLANDO CARDENAS GARCIA

LIMA – PERÚ

2008

ASESOR

Dr. Carlos Hironaka Ichiyanagui

Medico asistente del servicio de pediatría del

Hospital Nacional Hipolito Unanue.

AGRADECIMIENTOS:

Dr. Carlos Hironaka Ichiyanagui.

Dr. Edmundo Beteta Pacheco.

Dr. Alejandro Villanueva Ruska.

Dra. Maria Mercedes Saravia Bartra.

Dr. Pablo Adan Bustamante.

MARCO TEORICO

FACTORES DE RIESGO SUICIDA

1. Factores personales:

Los 2 factores de riesgo más importantes y verificados en toda la literatura acerca del suicidio son: la presencia de un trastorno mental y conducta suicida previa.

Trastorno mental: el **95%** de las personas que se suicidan tienen un trastorno psiquiátrico. Es el factor de riesgo suicida más importante.

De las personas que cometen suicidio, más de la mitad tienen un trastorno afectivo (sobre todo depresión), el 25% son alcohólicos y el 10% tienen esquizofrenia.

El 10-15% de los pacientes con trastornos afectivos mayores, con esquizofrenia y con alcoholismo crónico acaban suicidándose.

En jóvenes, los trastornos depresivos y de ansiedad, los trastornos de conducta (sobre todo antisocial) y los trastornos por alcohol y drogas son los más asociados al suicidio. La esquizofrenia menos pues inicia más tarde.

Los síntomas más frecuentemente encontrados en adolescentes con conducta suicida son: impulsividad y agresividad, baja autoestima, desesperanza, baja tolerancia a la frustración, labilidad emocional y sentimientos de soledad y rechazo.

Conducta suicida previa: uno de los mejores indicadores de riesgo suicida es que el paciente tenga antecedentes de tentativas previas. Actualmente el 50-60% de pacientes que realizan una tentativa de suicidio ya ha realizado alguna con anterioridad. El 25-50% de pacientes que consuman el suicidio habían realizado un intento previo. El máximo riesgo de repetición es en los primeros tres meses tras la tentativa.

2. Factores epidemiológicos:

Edad:

El suicidio es extremadamente raro entre los niños prepuberales, se postula que la inmadurez cognitiva protege contra el suicidio. Entre los adolescentes la proporción aumenta con el aumento de la edad (pico máx. entre 19 y 23)

Así, la tasa de mortalidad por suicidio entre los 15-19 años en EEUU es de 9,5/100.000 hab/año, y entre los 20-24 años es de 13,6/100.000 hab/año.

Sexo:

El suicidio es mucho más frecuente entre los varones, entre los 15-19 años se suicidan 4,5 varones por cada mujer. Entre los 20-24 años, 6 varones por cada mujer.

Las tentativas de suicidio entre las chicas es el doble de frecuente que entre los chicos.

Esto se cree que podría ser por la propensión de los varones a utilizar métodos más violentos e irreversibles.

Raza:

El suicidio es más frecuente entre los blancos que entre los afroamericanos, aunque en los últimos años las diferencias se han reducido debido al gran aumento del suicidio entre los afroamericanos desde finales de los 80 (hasta un 300% más). También se desconoce el motivo.

Las tentativas de suicidio y la ideación suicida son más frecuentes entre la comunidad hispana que en blancos y afroamericanos.

Método:

La mayoría de los suicidios adolescentes parecen ser impulsivos, del pensamiento al acto pasa muy poco tiempo y por ello es más difícil hacer una intervención.

Las armas de fuego son el método más común empleado para consumar el suicidio en ambos sexos en EEUU, la disponibilidad de este tipo de armas es un factor de riesgo elevado. El ahorcamiento sería el 2º método empleado.

La precipitación desde la altura también es más frecuente.

En las tentativas de suicidio el método mayoritario es la intoxicación por psicofármacos y la venosección.

Ambos tipos de conducta suicida además se diferencian en las características de realización: suele ser premeditada y cuidando las circunstancias que impidan el rescate en el suicidio consumado. En las tentativas la realización suele ser impulsiva, dejando “pistas” que faciliten el rescate o incluso el propio sujeto comunica o busca ayuda para su tratamiento.

Factores biológicos:

Campo de estudio reciente, aparece como consecuencia de los hallazgos neuroquímicos en adultos, especialmente los que hacen referencia a la disfunción serotoninérgica, relacionada con los trastornos afectivos, impulsividad, conducta violenta y conducta suicida.

3. Factores genéticos:

Los estudios familiares, de gemelos, de adopción y de comunidades endogámicas sugieren una transmisión genética de la conducta suicida. La asociación con una historia familiar de suicidio es un factor de riesgo considerable.

La búsqueda de los genes que pudieran estar implicados en la conducta suicida es de momento infructuosa.

4. Factores familiares:

La alteración de las relaciones familiares en la infancia está asociada a la conducta suicida en la población infanto-juvenil. Un ambiente familiar roto por separación, divorcio o viudedad (ausencia de uno de los padres), violencia familiar, malos tratos físicos o psíquicos, abusos sexuales, abandono, falta de comunicación se han relacionado con el suicidio juvenil.

La existencia de enfermedad mental en los padres: depresión, abuso de sustancias, trastornos de personalidad, son un factor de riesgo adicional para el suicidio adolescente.

Estos aspectos son especialmente importantes a la hora de establecer un plan terapéutico. En muchas ocasiones, la falta de un soporte familiar adecuado implica que la contención debe hacerse en un medio hospitalario.

5. Factores sociales:

Los problemas de adaptación social son una característica importante en los niños y adolescentes con conductas suicidas.

Es frecuente encontrar trastornos de conducta: fugas, repetida siniestralidad, hurtos...que no son adecuadamente valorados o incluso reducidos a “chiquilladas”. Son los llamados “chicos problemáticos”, que con frecuencia recurren al abuso de tóxicos y alcohol. Estas situaciones potencian sentimientos de rechazo, soledad y baja autoestima, que culminan en la conducta suicida.

El homosexual también presenta mayor riesgo de tentativas suicidas. El grado de asociación entre orientación sexual y conducta suicida no está esclarecida pues diversos estudios muestran que presentan varios factores de riesgo: elevadas tasas de uso de alcohol y drogas, más propensos a ser intimidados y victimizados en la escuela, más dificultades familiares.

DESENCADENANTES DE LA CONDUCTA SUICIDA:

Suelen preceder a la conducta suicida pero, por sí solos, no son la causa de la misma. Son “la gota que colma el vaso”.

Los más frecuentes en jóvenes son:

- **Ruptura sentimental.**
- **Problemas de disciplina o dificultades académicas en la escuela.**
- **Discusiones familiares.**
- **Problemas legales. (30)**

DEPRESION

La OMS define a la depresión como el más común de los trastornos mentales. Afecta alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo. Con una prevalencia estimada de 15 al 25%, siendo mayor en mujeres.

ETIOLOGIA: Desconocida. Multicasual. Los factores causales pueden dividirse en biológicos, genéticos y psicosociales.

Teoría biológica: Aminas biogenas; trastornos de la noradrenalina (disminución), serotonina (disminución), dopamina (disminución) y en el GABA (disminución). Neuroendocrina; trastornos en el eje adrenal y en el eje tiroideo.

Teoría genética: es de 1-1,5 veces mas probable que los parientes de 1° grado de los pacientes que sufren trastornos del estado de animo sufran el mismo trastorno. Heredabilidad: en gemelos monocigotos existe un riesgo de 50-75% más. En gemelos dicigotos existe un riesgo de 50% más.

Teoría Psicosociales: sucesos vitales y factores estresantes.

CUADRO CLÍNICO

-Humor		deprimido.
-Anhedonia.		
-Pérdida	de	energía.
-Trastornos	del	sueño.
-Ansiedad.		
-Trastornos	del	apetito.
-Trastornos		sexuales.
-Síntomas		cognitivos.
-Quejas somáticas.		

SINTOMAS CLINICOS:

El humor deprimido y la pérdida de interés o satisfacción son los síntomas clave de la depresión. Los pacientes pueden comentar que se sienten tristes desesperanzados, sumidos en la melancolía. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Los pacientes describen con frecuencia el síntoma como un dolor emocional que es una agonía, a veces se quejan de incapacidad para llorar. Dos tercios de los pacientes de planea el suicidio y el 15% llegan a cometerlo. Casi todos los pacientes manifiestan una pérdida de energía que dificulta la finalización de las tareas cotidianas, empeora el rendimiento escolar y laboral. Disminuye el la motivación para emprender nuevos proyectos. Un 80% de los pacientes presenta dificultades para dormir, en especial despertar precoz(insomnio terminal) y múltiples despertares. Algunos pacientes presentan hipersomnia, que sumado a aumento del apetito y ganancia del peso constituyen síntomas atípicos. La ansiedad es un hecho común (incluye crisis de pánico) suele complicar el tratamiento del trastorno depresivo sumado al abuso de alcohol. Un 50% de los pacientes empeora a la mañana con mayor gravedad de los síntomas y se alivia a medida que pasa el día. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia). En los niños y los adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Esta forma de presentación debe diferenciarse del patrón de «niño mimado» con irritabilidad ante

las frustraciones. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (p. ej., las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual. Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Los cambios psicómotores incluyen agitación (p. ej., incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (p. ej., lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo). La agitación o el enlentecimiento psicómotores deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva. Suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. Muchos refieren capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pueden distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. En sujetos de edad avanzada con un episodio depresivo mayor, la queja principal puede ser la falta de memoria, que puede ser tomada erróneamente por un signo de demencia.

Síntomas y trastornos asociados:

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. En los niños puede presentarse una ansiedad por separación. Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias. También puede haber una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas. Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (p. ej., la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio).

CURSO:

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos

y síntomas depresivos leves, que puede durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Un episodio depresivo mayor debe distinguirse de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Esto se determina según la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o la exploración física. Un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se distingue del episodio depresivo mayor por el hecho de que una sustancia (una droga, un medicamento o un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo.

HALLAZGOS POLISOMNOGRAFICOS :

Los hallazgos más frecuentes incluyen: 1) alteraciones de la continuidad del sueño, como una latencia de sueño prolongada, mayor frecuencia de despertares intermitentes y despertar precoz; 2) reducción de los movimientos oculares lentos (NREM) en los estadios 3 y 4 del sueño (sueño de ondas lentas), con un cambio de la actividad de ondas lentas más allá del primer período NREM; 3) disminución de la latencia de los movimientos oculares rápidos (REM) (ej., acortamiento de la duración del primer período NREM); 4) aumento de la actividad de la fase REM (ej., el número de los movimientos oculares verdaderos durante el REM), y 5) aumento de la duración del sueño REM al principio de la noche .

PSICOSEMIOLOGIA:

Descripción general: retardo psicomotor generalizado. Bradipsiquia.

Humor, afectividad y sentimientos: depresión.

Lenguaje: disminución de la velocidad y del volumen del discurso.

Alteraciones perceptivas: delirios y alucinaciones (en el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos). Congruentes ó incongruentes con el estado de ánimo.

Pensamiento: negativismo. Rumiaciones. Bloqueos(10% de los casos).

Sensorio y cognición: orientación conservada. Memoria alterada: pseudodemencia(50-70% de los casos).

Control de los impulsos: Suicidio 15%. Ideación de suicidio en el dos tercio de los casos.
Juicio y percepción interna: Conservada. Exagerada.

Fiabilidad: sobrevalora lo malo.

CURSO Y PRONOSTICO:

Inicio: 50% de los casos antes de los 40 años.

Duración: 6 a 13 meses sin tratamiento. 3 meses con tratamiento.

Pronóstico: tiende a ser crónico. 25% recurren en los primeros 6 meses. 50% recurren en los primeros 2 años. 50-75% recurren en los primeros 5 años. Incidencia de recaídas es menor con profilaxis antidepressiva.

Buen pronóstico: episodios leves, de corta duración y sin síntomas psicóticos. Sólidas relaciones interpersonales en la adolescencia. Familia estable. Ausencia de comorbilidad psiquiátrica. Edad de inicio avanzada.

Mal pronóstico: Coexistencia con distimia. Alcoholismo y abuso de sustancias. Trastornos de ansiedad. Trastornos depresivos previos.

TRATAMIENTO:

Garantizar la seguridad del paciente.

Evaluación diagnóstica completa.

Abordaje terapéutico

Psicoterapia: Psicodinámica. Cognitiva. Interpersonal.

Farmacoterapia: Para la elección del fármaco: buena respuesta anterior en el paciente o en su familia; efectos adversos y costo. IMAO. Antidepresivos tricíclicos atípicos. IRSS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina). Bupropión (aminocetona). Litio.
(26)

INTENTO DE SUICIDIO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el intento de suicidio como “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica”. Siendo clasificado según el CIE-10 con el código Z91.5(29).

Criterios operativos de un suicidio:

- a. Un acto con resultado letal;
- b. Deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto.
- c. El sujeto sabe o espera el resultado letal, y
- d. Busca la muerte como instrumento para obtener cambios deseables en la actividad **consciente y/o en el medio social”.**

EPIDEMIOLOGÍA

En el mayor estudio realizado hasta la fecha en los Estados Unidos (llamado ECA) sobre prevalencia de enfermedades psiquiátricas en la comunidad general en 18.000 sujetos mayores de 18 años, 2,9% reportaron que habían intentado suicidarse en algún momento de sus vidas. Todos ellos presentaban alguna forma de patología psiquiátrica. Otros factores de riesgo identificados fueron el género femenino, el ser separados, divorciados o viudos y un nivel socioeconómico bajo. Se estima que existe una proporción de 8:1 entre los intentos y las muertes por suicidio, aunque existen amplias diferencias según edad y género. La incidencia es mucho más grande en mayores de 60 años.

De aquellos que intentaron el suicidio y fallaron, una tercera parte tuvieron otro intento en el curso del año siguiente. En Colombia, el suicidio representa el 5,3% de las muertes violentas de acuerdo con los informes del Instituto de Medicina Legal. Sesenta de las 1.492 víctimas de suicidio en 1994 fueron estudiadas por medio de extensas entrevistas a familiares y

relacionados (“autopsia psicológica”) y se encontró presencia muy significativa de trastornos psiquiátricos.

CUADRO CLÍNICO, AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

El mayor número de casos suele presentarse, como es obvio, en el servicio de urgencias. No existe una coincidencia significativa entre la gravedad médica del intento y el riesgo vital a que se expone quien lo ejecuta. Por ejemplo, un acto autolesivo interpretado como breve producto de impulsividad emotiva, con pocas consecuencias inmediatas, puede tener consecuencias médicas de mucha trascendencia. De la misma manera, un intento de alta intencionalidad premeditada, puede presentarse como ingesta de una sustancia de baja toxicidad debida a la mala información del paciente. La apariencia, el porte y la actitud del paciente pueden ser igualmente engañosos. Algunos pacientes con intención suicida altamente estructurada pueden mostrarse al examen médico como calmados, reflexivos y demostrando un “gran control”, ocultando elementos fundamentales para la anamnesis y con una actitud y apariencia aparentemente tan adecuadas como para evitar la intervención médica de emergencia.

Esta intervención puede ser salvadora, no solamente por el control de heridas o de toxicidad, sino por la adopción de medidas que puedan preservar la salud y la vida del paciente.

Ante todo intento de suicidio, el comportamiento del médico debe seguir los siguientes lineamientos:

1. Manifestar una empatía que exprese serenidad y que tienda permanentemente a mantener un clima de respeto explícito, lo que implica no emitir juicios apresurados

con respecto a la conducta del paciente.

2. Tener siempre presente que los pacientes pueden presentar reacciones muy intensas

y de inicio rápido frente al médico, que puede ir desde franco rechazo hasta un compromiso emocional marcado.

3. Asegurar la participación activa de la familia en la atención y el tratamiento. Se debe

informar a la familia, tanto sobre los hallazgos en el paciente, como sobre cada paso que se va a seguir y los peligros implícitos que haya podido tener el intento. Muchas familias

perciben alivio al iniciarse la atención médica. No es raro que éste alivio se siga de una despreocupación que lleva a que se omitan otras medidas, como interconsultas a psiquiatría o valoraciones neurológicas o psicológicas, de las que puede

depender en el futuro la vida del paciente.

La valoración inicial debe centrarse en la gravedad del intento. Es necesario tener en cuenta:

1. La violencia del mismo. Aquellos métodos especialmente violentos pueden ser indicativos de patología psiquiátrica grave (esquizofrenia, por ejemplo) o de circunstancias que comprometan las funciones corticales del paciente (cuadros neurológicos).
2. Condiciones de planeación: ¿es el intento el resultado de un plan bien reflexionado por el paciente?
3. ¿Cuál era la situación del paciente antes del intento? Esto incluye una apreciación breve de las circunstancias emocionales y cognoscitivas predominantes en dicho período. ¿Es acaso síntoma de un trastorno psiquiátrico previamente diagnosticado?

DIAGNOSTICO:

Los trastornos del estado de ánimo (Trastorno Depresivo Mayor, especialmente si forma parte de un trastorno bipolar –psicosis maniaco-depresiva–) causan la mayor parte de los suicidios.

La esquizofrenia ocupa el segundo lugar. Algunas enfermedades crónicas, especialmente de naturaleza neurológica (esclerosis múltiple, enfermedades de Parkinson y Huntington) o algunos tumores malignos se relacionan con un incremento en la letalidad autoinflingida.

En el diagnóstico se evalúa el control de impulsos:

1. Buen control de impulsos:

Puede expresar y manejar afectos urgentes, deseos y necesidades de manera adaptativa.
Puede lograr un balance basado en la realidad entre deseos y necesidades

Por una parte y la posibilidades y limitaciones del ambiente por otra.

Puede experimentar conscientemente sensaciones fuertes, deseos y necesidades, sin permitir que se expresen en la acción.

2. Control medio de impulsos:

Los efectos urgentes, deseos y necesidades son manejados a través de un balance no adaptativo entre deseos y necesidades, por una parte, y las posibilidades y limitaciones de la realidad por la otra.

3. Control exagerado de sentimientos e impulsos:

Dificultad en establecer limites.

Dificultades generalizadas para afirmar deseos y necesidades haciendo demandas o vociferando críticas, lo cual puede llevar a inhibición en situaciones de necesidad. Dificultad “innecesaria” al hacer una solicitud.

Sus necesidades pueden ser desplazadas hacia personas o situaciones “equivocadas”, bajo circunstancias especiales.

Los deseos y necesidades pueden a veces ser expresadas bajo influencia de alcohol o drogas o en estados regresivos causados por crisis.

4. Pobre control de impulsos:

Manifiesta dificultad en posponer la satisfacción de necesidades y deseos urgentes y en controlar los efectos a que ellos pueden dar lugar: comportamiento impulsivo, generalizado de palabra y obra.

Los deseos y necesidades son de carácter compulsivo y tienen que ser efectuados inmediatamente con poca o ninguna consideración hacia las consecuencias.

TRATAMIENTO INICIAL Y CRITERIOS DE REFERENCIA

El punto inicial es asegurar la supervivencia del paciente. El segundo es la prevención de nuevos intentos, inmediatos o a largo plazo. Como la etiología más frecuente del intento de suicidio son los estados depresivos en general, sus síntomas suelen ser los más evidentes.

Desde el punto de vista farmacológico el control de los mismos suele aparecer entre dos y tres semanas después de iniciado el antidepresivo. Por lo tanto, la inmediata prescripción de antidepresivos no tiene efecto práctico para el momento en el cual se deben tomar determinaciones.

La ansiedad y el insomnio tienen efectos altamente negativos sobre el control de impulsos y sobre la determinación suicida en particular.

La intervención farmacológica más importante en urgencias es el control de estos dos síntomas.

La elección del tipo de medicamento depende de las características de impulsividad del paciente.

1. En caso de historia de pobre control de impulsos, las benzodiazepinas pueden incrementar dicha impulsividad. En tal sentido, se debe elegir un antipsicótico atípico a dosis muy bajas: clozapina 6,25-25mg por día, risperidona 0,25-1mg por día, u olanzapina 1,25-5 mg por día. Tanto la clozapina como la olanzapina pueden inducir somnolencia, efecto secundario que debe tenerse en cuenta para así prescribir el total o la mayoría de la dosis a la hora de dormir.

2. En el resto de los pacientes deben utilizarse benzodiazepinas de alta potencia: alprazolam o lorazepam. Las variaciones individuales en la respuesta son muy amplias y la dosificación debe tener en cuenta la respuesta inicial, valorada a las dos horas de administrada por vez primera.

Una vez controlada la ansiedad, se plantea el problema de la continuidad del tratamiento, ya que éste debe seguirse en forma ambulatoria.

Es prudente iniciar el tratamiento por medio de una hospitalización general breve (24-48 horas).

1. En el caso de excelente respuesta a la sedación, con un ambiente familiar estructurado y responsable, una patología psiquiátrica leve y una historia de buen control de impulsos, el paciente podrá continuar su tratamiento ambulatoriamente.

2. Si algunos de esos puntos no se cumplen, es prudente optar por una hospitalización breve que garantice control adecuado tanto del sueño como del control de la ansiedad, y que permita un tiempo para que algunas circunstancias ambientales puedan ser reflexionadas y en consecuencia controladas por el paciente.

3. Si la patología psiquiátrica es evidente, o si el intento de suicidio ocurrió bajo efecto de tóxicos y existe historia de uso frecuente, abuso o adicción, el tratamiento debe hacerse en clínica u hospital especializado, pues las posibilidades de recurrencia son altas.(27)

DEPRESIONES: SU IMPACTO EN LA HUMANIDAD.

EL CONCEPTO DE CARGA GLOBAL

1. Introducción

Los cambios deficitarios en los procesos perceptivos, cognoscitivos, de conación y actitudinales vinculados a la depresión en cualquiera de sus variantes o estadios clínicos, fueron identificados desde las primeras observaciones sindrómicas de la enfermedad (WHO, 2001b; Cassano & Fava, 2002). Sin embargo, los estudios que involucran el costo económico y social de los trastornos psiquiátricos datan solamente de la década de los años 50. Estos estudios presentan estimados que naturalmente responden a perspectivas de la cultura occidental en su período posindustrial o "moderno", esto es, información que permita medir, comparar, proyectar, o incluso modificar el impacto multidimensional de todo tipo de enfermedad; en último término, estos hallazgos se pueden traducir en definición de prioridades y formulación de estrategias preventivas y programas de atención (Maizberg, 1950; Fein, 1958).

Desde la perspectiva de la salud pública, los parámetros descritos implican tomar en cuenta datos de prevalencia en estudios transversales, estimados de incidencia, uso de servicios y acceso a tratamiento en todas sus formas y alternativas, sus implicaciones en la atención primaria de salud y, más recientemente, la influencia de comorbilidades y esenciales aspectos clínicos y biológicos de la enfermedad (WHO, 2001b; Cassano & Fava, 2002). De la misma forma, y dados los lazos estrechos entre vertientes económicas, sociales y salubristas, las recomendaciones sobre políticas de salud abarcan sugerencias de tipo presupuestal. Los estudios e informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Banco Mundial, exhiben una secuencia similar. La línea de investigación principal y su tema de trabajo se ha denominado Carga Global de Enfermedad {Global Burden of Disease, GBD) (World Bank, 1993; Murray & López, 1996; WHO, 2000; CMH-WHO, 2001; WHO, 2001a; WHO, 2001b; WHO, 2002; WHO, 2004).

Este capítulo se ocupa de la descripción, comparación y discusión pertinente de GBD referidos a la depresión, con énfasis en información de décadas recientes. La mayor parte de

los datos que se incorporan en el texto se refieren a la depresión unipolar y no consideran sus frecuentes variaciones clínicas.

2. Estudios sobre carga global

La mayor parte de las publicaciones sobre GBD, y más aun, en el caso específico de la depresión, ha sido promovida por la OMS, con productividad mayor en la década de los 90. Los propósitos más importantes del estudio inicial, al que llamaremos GBD 1990, comprendieron la compilación y resumen de información y estimaciones diversas sobre enfermedades o daños a la salud, incluyendo evoluciones no fatales. Esta compilación fue a su vez sometida a análisis y ajustes estadísticos, fuertemente influidos por fórmulas y estimados econométricos, con él objeto de establecer prioridades en la investigación en salud y como fuente informativa básica para políticas y planes de salud (Murray & López, 1996). Desde el punto de vista epidemiológico, el estudio sobre GBD puede ser considerado una "meca-síntesis" de información sobre prevalencia, incidencia, duración, severidad, discapacidad asociada, edad de inicio, curso y tasas de tratamiento de la enfermedad en estudio.

En el caso de la depresión unipolar, el análisis general la ubica como una de las mayores cargas sociales. La depresión unipolar es la cuarta causa de carga entre todas las enfermedades estudiadas, genera el 3.7 % del total de años de vida ajustados a discapacidad (*Disability-adjusted life-years, DALYs*), y el 10.7% del total de años vividos con discapacidad (*Years lived with disability, YLDs*). Los DALYs son una medida diferencial (situación saludable vs. diversos grados de pérdida de tal condición) del estado de la salud que combina información sobre el impacto de la muerte prematura, de la discapacidad y otras evoluciones no saludables. Así, un DALY puede ser pensado en términos tangibles como un año perdido de "vida saludable"; y la "carga de la enfermedad" sería la medida diferencial entre el estado de salud actual y la situación ideal en la que se llega a la tercera edad libre de enfermedades o discapacidades. Los YLDs son un componente de los DALYs y abarcan la estimación complementaria al cálculo de los años perdidos por muerte prematura. Los YLDs muestran más directa e ilustrativamente el componente de discapacidad que la enfermedad, en nuestro caso la depresión, genera en las poblaciones (Murray & López, 1996; WHO, 2001a).

Las Tablas 1 y 2 resumen datos incluidos en el Informe Mundial sobre la Salud (WHO, 2001a). En todos los segmentos de estas tablas, la depresión se encuentra invariablemente entre los 10 primeros lugares. Es notable el particular impacto que la depresión y otros trastornos mentales, incluido el abuso de alcohol y otras sustancias, tienen entre las edades de

15 a 44 años, considerada la población "económicamente activa" y base de diversas estructuras en sociedades del mundo occidental.

TABLA 1. CAUSAS DE DALYS, TODAS LAS EDADES Y ENTRE 15 y 44 AÑOS, POR SEXO.

Ambos sexos, todas las edades	% Total	Hombres, todas las edades	% Total	Mujeres, todas las edades	% Total
1. Infecciones respiratorias bajas	6.4	1. Condiciones peri-natales	6.4	1. VIH/SIDA	6.5
2. Condiciones peri-natales	6.2	2. Infecciones respiratorias bajas	6.4	2. Infecciones respiratorias bajas	6.4
3. VIH/SIDA	6.1	3. VIH/SIDA	5.8	3. Condiciones peri-natales	6.0
4. Depresión unipolar	4.4	4. Enfermedades diarreicas	4.2	4. Depresión unipolar	5.5
5. Enfermedades diarreicas	4.2	5. Enfermedad cardíaca isquémica	4.2	5. Enfermedad diarreica	4.2
6. Enfermedad cardíaca isquémica	3.8	6. Accidentes de tránsito	4.0	6. Enfermedad cardíaca isquémica	3.3
7. Enfermedad cerebro vascular	3.1	7. Depresión unipolar	3.4	7. Enfermedad cerebro vascular	3.2
8. Accidentes de tránsito	2.8	8. Accidente cerebro vascular	3.0	8. Malaria	3.0

9. Malaria	2.7	9. Tuberculosis	2.9	9. Anormalidades congénitas	2.2
10. Tuberculosis	2.4	10. Malaria	2.5	10. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2.1
Ambos sexos, 15-44 años		Hombres, 15-44 años		Mujeres, 15 años	
1. VIH/SIDA	13.0	1. VIH/SIDA	12.1	1. VIH/SIDA	13.9
2. Depresión unipolar	8.6	2. Accidentes de tránsito	7.7	2. Depresión unipolar	10.6
3. Accidentes de tránsito	4.9	3. Depresión unipolar	6.7	3. Tuberculosis	3.2
A. Tuberculosis	3.9	4. Trastornos por uso de alcohol	5.1	4. Anemia por deficiencia de hierro	3.2
5. Trastornos por uso de alcohol	3.0	5. Tuberculosis	4.5	5. Esquizofrenia	2.8
6. Injurias auto-inflingidas	2.7	6. Violência	3.7	6. Labor obstruída	2.7
7. Anemia por deficiencia de hierro	2.6	7. Injurias auto-inflingidas	3.0	7. Trastorno afectivo bipolar	2.5
8. Esquizofrenia	2.6	8. Esquizofrenia	2.5	8. Aborto	2:5
9. Trastorno afectivo bipolar	2.5	9. Trastorno afectivo bipolar	2.4	9. Injurias auto-inflingidas	2.4
10. Violencia	2.3	10. Anemia deficiencia de hierro	2.1	10. Sepsis materna	2.1

Los objetivos que definieron el estudio GBD 1990 se mantuvieron esencialmente en el diseño del GBD 2000. Como consecuencia, en ambos casos se procede a la medición de la magnitud de los problemas de salud, el debate de la utilidad de estas mediciones para la elaboración de políticas y el hecho de que los estimados de tales problemas se acomoden en unidades de tiempo que permitan apropiadas decisiones económicas a nivel nacional o incluso regional (Ustun et al., 2004).

TABLA 2. CAUSAS DE YLDS, TODAS LAS EDADES Y ENTRE 15 Y 44 AÑOS, POR SEXO.

Ambos sexos, todas las edades	% Total	Hombres, todas las edades	% Total	Mujeres, todas las edades	% Total
1. Depresión unipolar	11.9	1. Depresión unipolar	9.7	1. Depresión unipolar	14.0
2 Pérdida de la audición. inicio en la adultez	4.6	2 Trastornos del uso de alcohol	5.5	2. Anemia por deficiencia de hierro	4.9
3. Anemia por deficiencia de hierro	4.5	3. Pérdida de la audición. inicio en la adultez	5.1	3. Pérdida de la audición. inicio en la adultez	4.2
4. E.P.O.C.	3.3	4. Anemia por deficiencia de hierro	4.1	4. Osteoartritis	3.5
5. Trastornos por uso de alcohol	3.1	5. E.P.O.C.	3.8	5. E.P.O.C.	2.9
6. Osteoartritis	3.0	6. Caídas	3.3	6. Esquizofrenia	2.7
7. Esquizofrenia	2.8	7. Esquizofrenia	3.0	7. Trastorno bipolar	2.4
8. Caídas	2.8	8. Accidentes de tránsito	2.7	8. Caídas	2.3

9. Trastorno bipolar	2.5	9. Trastorno bipolar	2.6	9. Alzheimer y otras	2.2
10. Asma	2.1	10. Osteoartritis	2.5	10. Labor obstruída	2.1
Ambos sexos 15-44 años		Hombres 15-44 años		Mujeres 15-44 años	
1. Depresión unipolar	16.4	1. Depresión unipolar	13.9	1. Depresión unipolar	18.6
2. Trastorno por uso de alcohol	5.5	2. Trastorno por uso de alcohol	10.1	2. Anemia por deficiencia de hierro	5.4
3. Esquizofrenia	4.9	3. Esquizofrenia	5.0	3. Esquizofrenia	4.8
4. Anemia defic. Hierro	4.9	4. Trastorno bipolar	5.0	4. Trastorno bipolar	4.4
5. Trastorno bipolar	4.7	5. Anemia por deficiencia de hierro	4.2	5. Labor obstruida	4.0
6. Pérdida de la audición, inicio en la adultez	3.8	6. Pérdida de la audición, inicio en la adultez	4.1	6. Trastorno de la audición de inicio en la adultez	3.6
7. VIH/SIDA	2.8	7. Accidentes de tránsito	3.8	7. Chlamydia	3.3
8. E.P.O.C.	2.4	8. VIH/SIDA	3.2	8. Aborto	3.1
9. Osteoartritis	2.3	9. Trastornos por uso de drogas	3.0	9. Trastorno de pánico	3.8

10. Accidentes de tránsito	2.3	10. Enfer. pulmonar obstructiva crónica	2.6	10. VIH/SIDA	2.5
-----------------------------------	------------	--	------------	---------------------	------------

Por otro lado, el segundo estudio (GBD 2000) utilizó diferentes estimados epidemiológico-descriptivos con el objetivo de mejorar la comparabilidad, validez y confiabilidad de datos propuestos para mortalidad y evoluciones no fatales de las enfermedades, daños físicos y sus factores de riesgo o asociados. En base a esta revisión metodológica, el GBD 2000 identifica diferencias, en especial en el estimado de los DALYs. En el caso de la depresión, el concepto mismo de enfermedad, la definición de caso y las aproximaciones de medición (e.g., la metodología y resultados de las diferentes encuestas que son consideradas informativas) fueron factores extensamente revisados (Mathers et al., 2002; Mathers et al., 2004).

Una forma interesante de ajustar las observaciones ha sido, por ejemplo, la descripción de los DALYs según las regiones geográficas de la OMS, las que a su vez se dividieron adicionalmente para estimados subregionales más precisos. La Tabla 3, extraída y redistribuida del reciente trabajo de Ustun et al. (2004), ilustra estos cambios. Este abordaje puntualiza diferencias que, en la práctica, son decisivas para el establecimiento de políticas de salud y distribución de presupuestos nacionales o de cooperación externa. También queda claro que, en definitiva, no pueden existir "recetas" únicas para el desarrollo social y económico global, o inclusive dentro de una misma región.

El GBD 2000 describe también resultados sobre muertes relacionadas con condiciones neuropsiquiátricas. Las cifras son presentadas en la Tabla 4. La observación de los datos y un raciocinio conjunto con lo apreciado en las Tablas 1 y 2, confirma que la depresión es una enfermedad más discapacitante que mortal. Nótese la persistencia concomitante del abuso de alcohol y otras sustancias en casi todas las tablas presentadas.

Es de notar en la Tabla 4 que, en términos de mortalidad, las cifras absolutas para Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, esquizofrenia y abuso de drogas están por encima de las cifras de depresión. En la medida que la expectativa general de vida se prolongue, es claro que estas cifras variarán al influjo del impacto económico y social de estas enfermedades, medido por GBD, una suerte de transición epidemiológica al interior de las mismas enfermedades crónicas o no transmisibles. En la misma Tabla 4, las cifras, combinadas de mortalidad por el uso de alcohol y drogas son cinco veces mayores en

hombres que en mujeres. Este valor combinado refleja una condición o entidad neuropsiquiátrica que genera los mayores niveles de mortalidad en el caso de pacientes varones con una desproporción según sexo que el resto de condiciones no presentan. Este dato debe ser recordado cuando se revise la importancia de la comorbilidad.

TABLA 3. CAUSAS DE DALYS EN LAS REGIONES GEOGRÁFICAS DE LA OMS

	% Total		% Total		% Total
África		Las Américas		Mediterráneo Oriental	
VIH/SIDA	17.8	Depresión unipolar	8.0	Condiciones perinatales	9.3
Malaria	10.3	Condiciones perinatales	5.0	Infecciones respiratorias bajas	8.6
Infecciones respiratorias bajas	8.4	Violencia	4.7	Enfermedades diarreicas	7.6
Condiciones perinatales	6.3	Enfermedad cardíaca isquémica	4.5	Enfermedad cardíaca isquémica	3.9
Enfermedades diarreicas	6.1	Trastornos de uso de alcohol	4.3	Depresión unipolar	3.5
Sarampión	4.6	Accidentes de tránsito	3.2	Anomalías congénitas	3.2
Tuberculosis	2.4	Enfermedad cerebro-vascular	2.8	Accidentes de tránsito	2.8
Tos ferina	1.9	Anomalías congénitas	2.5	Sarampión	2.4

Accidentes de tránsito	1.8	Diabetes mellitus	2.3	Tuberculosis	2.2
Malnutrición calórico-proteica	1.6	Infecciones respiratorias bajas	2.3	Tos ferina	1.9
Europa		Sudeste Asiático		Pacífico Occidental	
Enfermedad cardíaca isquémica	10.5	Condiciones perinatales	9.5	Enfermedad cerebro-vascular	6.0
Enfermedad cerebro vascular	6.8	Infecciones respiratorias bajas	7.6	Depresión unipolar	6.0
Depresión unipolar	6.1	Enfermedades diarreicas	5.6	Condiciones perinatales	5.6
Alzheimer y otras demencias	3.0	Depresión unipolar	4.7	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	5.2
Trastornos por uso de alcohol	2.2	Enfermedad cardíaca isquémica	4.7	Infecciones respiratorias bajas	4.5
Pérdida de la audición. inicio en la adultez	2.6	Tuberculosis	3.7	Accidentes de tránsito	3.4
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2.4	VIH/SIDA	2.9	Enfermedad cardíaca isquémica	2.8
Accidentes de tránsito	2.4	Accidentes de tránsito	2.7	Injurias auto-infligidas	2.5
Osteoartritis	2.4	Enfermedad cerebro-vascular	2.3	Anomalías congénitas	2.4

Injurias auto-infligidas	2.3	Anomalías congénitas	2.1	Pérdida de la audición, inicio en la adultez	2.3
--------------------------	-----	----------------------	-----	--	-----

TABLA 4. ESTIMADOS GLOBALES DE MUERTES RELACIONADAS CON CONDICIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS, POR SEXO

	Total (n)	Hombres [n]	Mujeres [n]
Población Mundial	6.045.170.000	3.045.370.000	2.999.800.000
Condiciones neuropsiquiátricas	1.010.940	517.654	493.286
Alzheimer y otras demencias	360.540	128.963	231.576
Otros trastornos neuropsiquiátricos	239.972	125.565	114.407
Epilepsia	108.562	62.310	46.252
Enfermedad de Parkinson	90.465	44.207	46.258
Trastornos por uso de alcohol	86.174	73.457	12.717
Trastorno por uso de drogas	69.500	57.233	12.267
Esquizofrenia	23.182	11.586	11.596
Esclerosis múltiple	14.967	6.068	8.899
Depresión unipolar	12.044	5.462	6.582

Retardo mental causado por plomo	4.642	2.507	2.135
Trastorno bipolar	812	258	554
Trastorno por estrés post-traumático	82	40	42
Daños auto infligidos	854.861	525.721	329.140

En América Latina, los estudios epidemiológicos en relación a depresión son relativamente escasos. Una revisión de García Alvarez (1986) detectó prevalencia variable del 10 al 15 % (Argentina, 12 %; Chile, 15.3 %; República Dominicana, 9.8 %; Perú, 11 %), cifra que se incrementó significativamente cuando la población estudiada fue la de consultorios externos en hospitales (México y República Dominicana, 19 %; Cuba, 39 %; Costa Rica, 53 %).

Recientemente, dos estudios mexicanos han arrojado información adicional Caraveo-Anduaga et al. (1997) encontraron un 8.3 % de prevalencia de vida y 13.9% entre pacientes que buscaron atención profesional. Medina-Mora et al (2003) detectaron una prevalencia global de 9.1 % para trastornos afectivos en general y 3.3 % para episodio depresivo mayor; sin embargo, en términos de prevalencia de vida, la cifra para depresión fue de 5.7 %, en 12 meses, 2.6 % y en un mes, 1.1 %. Andrade et al. (2002) en Brasil encontraron 16.8 % de prevalencia de vida para episodios depresivos, 4.3 % para distimia, y 7.1 y 4.5 % para prevalencia de depresión en general, en períodos de 12 meses y un mes, respectivamente.

Un estudio multicéntrico internacional encontró que la prevalencia de trastornos del ánimo a lo largo de la vida de un individuo oscilaba entre 7.3 % en Turquía y 19.4 % en los Estados Unidos (Weissman et al., 1996). Las cifras de suicidio como indicador de depresión severa reflejan un fenómeno de creciente intensidad, particularmente entre mujeres, adolescentes, adultos jóvenes y ancianos, miembros de minorías étnicas y pobladores de zonas pobres (Tsuang & Tohen, 2002). América Latina no es ciertamente una excepción, como lo demuestra una revisión reciente de investigaciones en diversos países a lo largo de los últimos 30 años (Alarcón, 2002).

3. Perspectivas socioculturales

Existe acuerdo en que las manifestaciones clínicas e incidencia de la depresión obedecen a una variedad de factores culturales, clasificados por Silverman (1968) como generadores o

reforzadores, protectores o correctores y modificadores. Entre los primeros pueden citarse influencias formativas tempranas, incluido el grado de permisividad en la formación y adquisición de hábitos durante la infancia y adolescencia, el manejo (estímulo o inhibición) y catalogación intrafamiliar de la agresividad; cambios o variantes socioeconómicas, y el siempre variable nivel de cohesión social (Murphy et al., 1967). Entre los factores protectores o correctores se citan creencias y rituales (religiosos o morales), el impacto de la familia (nuclear y extendida) y las características logísticas y estructurales (accesibilidad y calidad) de los sistemas de provisión de servicios.

Dos factores culturales importantes en el desarrollo, manifestaciones clínico-conductuales, curso y desenlace de la depresión son las concepciones en torno a las causas, implicaciones y tratamiento de la depresión, y los atributos del llamado "rol de enfermo". Aquellas, pertenecientes a lo que Alarcón et al. (1999) llaman dimensiones interpretativo-explanatoria y patogénico-patoplástica de la cultura y su vinculación con psicopatología, tienen que ver con la transmisión (o aprendizaje) inter-generacional de maneras de pensar respecto a una entidad clínica dada; en el caso de la depresión, estos enfoques incluyen nociones tan variadas y disímiles como pecado, castigo, cobardía, inadecuación personal, hechicería, destino, fatalismo o escepticismo. La llamada "microcultura familiar" genera productos y subproductos que, a su vez, influyen en el medio que circunda al paciente tales como actitud crítica, vergüenza y esigmatización (Alarcón, 2005).

Lo anterior se vincula también sustancialmente al "rol de enfermo", es decir la serie de mecanismos que dictan la presentación, transacciones interpersonales, transmisión de expectativas, actitudes y acciones de la persona identificada como "paciente". Cada cultura influye de manera diversa en la conformación de estas funciones. Los estudios de epidemiología descriptiva, pueden arrojar luz sobre el tema; por ejemplo, Caraveo et al. (1997) en México, detectaron que pacientes mujeres con depresión lidian con ella por sí solas, con profesionales de salud mental, solicitando también la opinión de familiares y amigos; en tanto que los varones acuden más a profesionales de salud general y recurren más a compañeros de trabajo y supervisores. Ambos géneros, sin embargo, fijan límites en cuanto al nivel de información y a la discusión de situaciones o casos "personales".

El Estudio Cooperativo sobre Depresión, auspiciado por la OMS (1980), identificó un síndrome depresivo nuclear en cinco países pero reveló significativas diferencias en cuanto a presentación de síntomas, conceptualización del afecto, gravedad e influencia de los procesos de aculturación entre inmigrantes. En un clásico estudio sobre neurastenia y depresión en China, Kleinman y Good (1985) distinguen claramente un estado (y su conceptualización)

culturalmente determinado y una condición clínica identificable por los sistemas nosológicos convencionales. El tema de la migración (Collazos Sánchez et al., 2004), considerado por muchos el motor de la llamada "globalización", se traduce en una variedad de condiciones diagnosticables, entre las cuales la depresión se tiñe de claras influencias culturales en el contexto del llamado "duelo migratorio" parcial, recurrente, múltiple, ambivalente, regresivo y transgeneracional, vinculado estrechamente a la temática de identidad.

4. Perspectivas neurobiológicas

No cabe duda que la carga global de la depresión obedece a una serie de actores, los cuales, en última instancia, se vinculan también a substratos neurobiológicos de tipo bioquímico, fisiológico o farmacológico. Esta área incluye asimismo elementos o conceptos de índole antropológico-cultural tales como etnicidad (conglomerado de bases tanto genéticas como sociales que confieren identidad y un muy personal sentido de pertenencia grupal, basada en razones históricas, geográficas, económicas o raciales); elementos clínicos tales como severidad del cuadro y respuesta al tratamiento; y elementos genéticos, vinculados tanto a investigaciones sobre etiología y patogenia como al joven campo de la farmacogenética (Smith 2005). La explosión informativa y heurística en el campo de las neurociencias y su aceptación de información epidemiológica y de otras disciplinas, no sólo asegura un avance uniforme del estudio de cuadros como la depresión desde diversos campos, sino que confirma el rechazo de un dualismo obsoleto y el advenimiento y aceptación de un "pluralismo explicatorio", tal como ha sido recientemente postulado por Kendler (2005).

5. Limitaciones y oportunidades

Como en toda tarea humana y en particular las de naturaleza científica, el reconocimiento de limitaciones, cuando no errores en estudios de diversa índole, es fuente mayor de mejores desarrollos y de resultados más certeros. Esto se aplica con mayor pertinencia a los estudios descritos en este capítulo. El objetivo de los párrafos que siguen es inducir al lector a un mejor entendimiento de la depresión como problema de salud global y a una reflexión comprensiva del papel que los profesionales de la salud (especialmente de salud mental) deben cumplir en este campo.

5.1. Métodos

Una limitación fundamental y frecuente en la metodología de los estudios sobre GBD es la de utilizar y presentar información inapropiada, es decir, ausencia o pobreza de información, difícil acceso, irregularidad y manejo sesgado, cuando no manipulación flagrante. Este

problema puede involucrar a la mayor parte de la administración o estructura estatal de un país, hasta incluir indicadores básicos de la economía. En otras ocasiones, constituyendo una suena de espectro o gradiente de esta realidad, se puede identificar ausencia de información focalizada en el sector salud, y muy frecuentemente en el área de la salud mental (ver WHO, 200 Ib). El efecto es el mismo que los valores perdidos en cualquier estudio observacional o de búsqueda de asociaciones: detrimento de la validez y generalización de resultados, y la dilución de asociaciones o atribuciones de causalidad cuyo hallazgo podría haber sido, de otro modo, factible e invariablemente útil.

La información inapropiada y, más aun, ausencia de información, puede resultar en la detención del desarrollo de un país o incluso de regiones enteras. Existe, por otro lado, un problema adicional: la existencia de información de poca utilidad, obtenida con metodología o instrumentos que no admiten comparación con aquellos que se incluyen en los parámetros de homogeneidad usados en epidemiología, como ocurre con los cálculos del GBD. En otros casos, métodos e instrumentos cuidadosamente escogidos, aun con mínimas diferencias entre distintos estudios, podrían generar resultados significativamente distintos.

El ejemplo más ilustrativo corresponde precisamente a la depresión y se puede encontrar en las diferencias entre los hallazgos de prevalencias del estudio Epidemiologic Catchment Área (ECA; Weissman et al., 1998a, 19880) y del National Comorbidity Survey (NCS; Kessler et al., '1994), llevados a cabo en Estados Unidos. El ECA encontró una prevalencia anual de 2.6% y una prevalencia de vida de 4.4%; mientras que el NCS detectó 10.3% y 17.1%, respectivamente. Por otro lado, los estimados descritos en Taiwan para los mismos parámetros son 0.6% y 0.9% (Hwu et al., 1989).

Dada la importancia de las cifras de prevalencia en la estimación de GBD por el hecho de que los cálculos econométricos suelen reducirse al nivel del individuo como unidad de análisis, los datos puntuales mencionados arriba ilustran cabalmente diferencias que podrían asumirse, si estos estimados se toman como validos y generalizables ignorando otros estudios. La discusión sobre las razones de las diferencias entre los resultados de ECA y NCS concluye que aquellas se deben a las variantes entre los instrumentos utilizados. El .University of Michigan Composite Internacional Diagnostic Interview (UM-CIDI) tiene componentes y mecanismos en la entrevista que incrementan significativamente la detección de casos de depresión en comparación con el Diagnostic Interview Schedule (DIS) (Blazer et al., 1994; Kessler et al, 1994). Luego de aproximadamente una década, la replica del NCS (NCS-R) encontró una prevalencia de vida para depresión de 16% y una prevalencia anual de 6.6%

(Kessler et al., 2003). Sin embargo, los cálculos de la GBD fueron hechos usando los estimados de prevalencia del estudio ECA.

Finalmente, los valores significativamente bajos encontrados en el estudio de Taiwan, reflejan el que, además de diferencias instrumentales o de metodología, también existen diferencias importantes entre distintos grupos culturales, lo que ha sido corroborado por los resultados iniciales que publica el Consorcio encargado de realizar la Encuesta Mundial sobre Salud Mental de la OMS (WHO-World Mental Health Survey -WMH (Demyttenaere et al., 2004).

El problema de las diferencias en metodologías y naturalmente en resultados, se suele atenuar con el uso de instrumentos y procedimientos de preferencia únicos, que hagan posible la comparación en principio, pero fundamentalmente las inferencias y generalizaciones de resultados. Una vez más, esta desventaja es marcada en países en desarrollo en donde muchas encuestas, inclusive recientes, han persistido en errores metodológicos que los esfuerzos del Estudio WMH, no han podido finalmente suplir o corregir. Así, datos sobre prevalencia de depresión y otros problemas de salud mental, que en parte son producto de buenas intenciones pero adolecen de un nivel técnico apropiado, proveen, resultados mas bien anecdóticos, carecen de posibilidades de comparación internacional y, naturalmente, ofrecen una contribución muy pobre para los cálculos de GBD, aun cuando pudieran considerados "informativos".

5.2. El factor cultural

La aplicación del concepto de dimensiones clínicas de la psiquiatría cultural contemporánea (Alarcón et al., 1999) al área de la depresión tiene, además de lo expuesto en páginas anteriores, implicaciones importantes para la evaluación de la carga global de esta condición, en diversas latitudes. La dimensión nosológico-clínica, por ejemplo, permitiría una identificación más homogénea de los cuadros depresivos a nivel mundial, sobre la base de investigaciones bien planeadas (Alarcón et al., 2002). La dimensión terapéutico-protectora y la de servicios y manejo gerencial, cuando están imbuidas de características culturales apropiadas tendrán también un impacto respetable sobre los estimados de depresión. La comparabilidad de datos es un problema cuando hay diferencias metodológicas, logísticas y culturales en los centros bajo estudio, pero el esfuerzo tiene indudable mérito heurístico, clínico, administrativo y de salud pública. Por ejemplo, las variables ambientales asociadas al mayor riesgo de abuso de sustancias y depresión (pobre supervisión parental, ruptura

familiar), se superponen significativamente (Kendler et al., 2003) y ciertamente el cuadro es más complejo a nivel internacional o global.

5.3. Comorbilidad

Todo psiquiatra o profesional de la salud que ha atendido pacientes con depresión, o que ha estado involucrado en ensayos clínicos, puede reconocer que aproximadamente la mitad de los casos adolecen de alguna otra condición, sea física o mental. Los datos empíricos que sustentan esta observación provienen de multitud de estudios a través del tiempo. En particular, ECA y NCS incluyen una importante variedad de trastornos incluyendo abuso de alcohol y otras sustancias (Christie et al., 1988; Regier et al., 1990; Kessler & Magee, 1993; Kessler et al., 1996). A la información epidemiológica, deben añadirse correlatos clínicos, terapéuticos, ambientales, y de ciencias básicas y del desarrollo, incluida la genética. Las entidades que co-ocurren predominantemente con la depresión, son trastornos de ansiedad, condiciones físicas y dolor, y el abuso o adicción a tabaco, alcohol y otras drogas legales e ilegales (Iosifescu et al., 2003, Iosifescu et al., 2004; Fleishman, 2004; Nurnberger et al., 2004; Gilder et al., 2004; Volkow, 2004, Emtage et al., 2005). En menor escala pero todavía con relevancia clínica, figuran los llamados trastornos de personalidad (Alarcón, 2000).

Para la depresión, el NCS-R describe una comorbilidad de vida de 59% con trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobias, trastorno de estrés post-traumático y trastorno obsesivo compulsivo), de 24% para uso de sustancias (incluido alcohol) y 30% para trastornos del control de impulsos. El mismo estudio incluye también un análisis temporal de eventos. En 41% de los casos, la depresión precedía al uso de sustancias (prevalencia de vida), y tal cifra llega a 49%, si se analizaban sólo los últimos 12 meses (Kessler et al., 2003; Kessler, 2004).

Desde la vertiente biológica, algunas observaciones sobre la exposición a drogas y la depresión merecen comentario especial. En la investigación sobre factores del neurodesarrollo se debe tomar en cuenta las proporciones de adolescentes o incluso niños que se inician en el consumo de sustancias. Estas exposiciones tempranas no sólo han sido asociadas a una mayor proclividad a consumir drogas, sino a un incremento en la susceptibilidad a depresión en modelos animales (Bolanos et al., 2003). De Otro lado, existe la posibilidad de que el estrés tanto agudo como crónico incrementa, en conjunto, la susceptibilidad a la comorbilidad (Markou et al., 1998).

La evidencia epidemiológica, clínica y biológica que respalda las comorbilidades no ha podido contribuir en forma definitiva a los cálculos para estimar su aporte a la GBD, aun

cuando todo indica que de tomarse en cuenta sus efectos aditivos y de interacción, el incremento sería significativo. Esto tiene relación cercana con procedimientos estadísticos y de aproximación a la temporalidad o duración de los eventos depresivos, que revisaremos en el siguiente acápite.

5.4. Aproximaciones estadísticas

La complejidad de las aproximaciones estadísticas que hubieran permitido un modelo epidemiológico más contributivo al estudio de GBD de la depresión, estaban aún en etapas de desarrollo, o los paquetes estadísticos (software) aun no incluían funciones para tales cálculos, al momento de los estudios. Sin duda, las comorbilidades han sido parte de esta complejidad. Así, al observar uno de los modelos básicos del estudio GBD para calcular efectos sobre mortalidad, vemos que sólo se incluye una causa, y por lo tanto, los estimados se han hecho según causa, sin incluir las posibilidades de adición de efectos o interacción estadísticamente analizables para los casos de comorbilidad. Por ejemplo, en la fórmula:

$$\ln M_{a,k,i} = C_{a,k,i} + \beta_1 \ln Y + \beta_2 \ln HC + \beta_3 T,$$

donde $C_{a,k,i}$ es una constante; $M_{a,k,i}$, es la tasa de mortalidad por grupos de edad sexo k , y causa i ; y Y , HC , y T denotan el producto nacional bruto por persona, capital humano y tiempo respectivamente (Murray & López, 1997). Imaginemos la cantidad de cálculos adicionales que habría que hacer y que a su vez no son independientes (están correlacionados por el mismo sujeto o grupo de sujetos en el tiempo) para evaluar las comorbilidades con una mayor consistencia matemática. Si bien muchos avances teóricos en la sofisticación de los modelos lineares generalizados se dieron durante la década de los 80' y primera mitad de los 90', su incorporación a paquetes estadísticos como STATA, SAS o SUDAAN datan de esta década y en algunos casos aún están en progreso.

Hasta el momento, el aporte revisado de las enfermedades a la GBD ha incluido eventos (e.g., la enfermedad presente alguna vez durante la vida) y combinaciones de eventos (e.g., las comorbilidades). Sin embargo, la incorporación de la temporalidad a estos cálculos (qué evento ocurre primero) y la duración del evento, es también de gran importancia. La temporalidad es más útil cuando se estudian asociaciones que consolidan una inferencia causal (e.g., si un evento precede a otro y su asociación es fuerte, es probable que sea su causa). De manera similar, la duración tiene que ver directamente con la estimación de la GBD, más aún, y en el caso de la depresión.

Eaton et al. (1997) analizaron los datos del estudio de seguimiento de 12 años del ECA y encuentran que la mediana de la duración del episodio depresivo fue de 12 semanas y la media de 27 semanas, y que el 22% de los casos permanecía crónicamente enfermo. El NCS, con datos transversales y sin tomar en cuenta el 3% de sujetos que presentaron episodios muy largos, encuentra que la duración media del episodio es de 22.6 semanas (Kessler et al., 1994). En el trabajo de Spijker et al. (2002), la mediana de la duración de los nuevos casos de depresión fue de 3.5 meses y el 20% de los sujetos permanecía deprimido luego de 2 años. El estudio sobre GBD usó la duración propuesta uniformemente por la clínica (6 meses) como parámetro de cálculo.

La importancia del análisis precedente se complementa con la deducción de que la distribución de la duración del episodio depresivo no es Gaussiana ("normal"), es log-normal. El problema es que todos los cálculos para GBD de la depresión fueron hechos asumiendo una distribución "normal" (i.e., uso de medias, etc.) cuando en realidad debió usarse la mediana de la duración (i.e., distribución en cuartiles, etc.), y tomarse en cuenta las razones subyacentes a la distribución log-normal en particular aquellas que determinan los episodios prolongados en una proporción nada despreciable de los cuadros depresivos (Ustun & Kessler, 2002).

5.5. Determinantes de los trastornos mentales

Los determinantes de los trastornos mentales más ampliamente estudiados incluyen nivel socioeconómico y pobreza, edad, sexo, enfermedades físicas, desastres y conflictos, y factores familiares, socioculturales y ambientales. De su adecuado análisis y conclusiones, se desprende la necesidad de decisiones en relación a intervenciones prioritarias y la estructuración de programas que las continúen y evalúen. Este es el fin último de los estudios sobre GBD.

Sin embargo, estos mecanismos no son tan simples, dada la muy compleja relación entre, por ejemplo, nivel socioeconómico y depresión incluyendo sus diversos grados de discapacidad. Un aspecto crítico de esta asociación es la posible relación causal entre nivel socioeconómico y depresión. Se sabe que personas de nivel socioeconómico bajo padecen de 1.81 veces más depresión o sintomatología depresiva que los grupos de Otros niveles (Lorant et al., 2003). Varios estudios longitudinales arriban a conclusiones similares. Sin embargo, la duda sobre qué componente debe priorizarse en esfuerzos o presupuesto se mantiene. No es claro si lo más conveniente es intervenir y procurar la detección y tratamiento a los casos de depresión, o si es prioritario intentar la corrección de variables de pobreza y autonomía reducida (e.g.,

acceso a un trabajo, idealmente independiente, digno y seguro). Evidentemente, un enfoque más pragmático e integral deberá incluir ambos cursos de acción. Una revisión crítica y sistematizada sobre el tema concluye en la necesidad urgente de más investigación sobre la depresión como problema de salud pública con énfasis en su impacto discapacitante. Esto está largamente justificado en la medida que la gran mayoría de decisiones y prioridades se define en base a mortalidad (Lewis & Araya, 2001).

De igual forma, incluyendo la variable tiempo, no es muy claro si es necesario intervenir preventivamente tan temprano como en la infancia para evitar casos de depresión en el futuro, o evitar exposiciones a estrés o mejorar las posibilidades de convivir con el estrés ya en la vida adulta. Una vez más, aun cuando es indiscutible que todas estas posibles alternativas podrían ser necesarias, la tarea y finalmente la obligación de priorizar, hacen de este un problema sumamente complejo y, en no pocos casos, origen de inequidades y careas fallidas (Muntaner et al., 2004). Aquí, los estudios sobre GBD se convierten longitudinalmente en una suerte de vigilancia de estos fenómenos, confirmando no pocas veces enormes desventajas que se refuerzan a sí mismas en el caso de los países en desarrollo.

6. Direcciones futuras

La evaluación correcta de la carga global de la depresión debe incluir la necesaria sofisticación metodológica al lado de un mecanismo confiable de colección de datos. Estos aspectos tienen importancia crítica para la formulación de planes y políticas coherentes. Existen suficientes razones para considerar la depresión como un problema de salud pública a nivel global, por lo cual la realización de estudios epidemiológicos y clínicos multinacionales comparables en todas las dimensiones y aspectos analizados, es impostergable. Lo mismo es válido para la difusión de sus resultados. El análisis de la composición demográfica, étnica, socioeconómica, cultural y neurobiológica de las poblaciones en estudio y su revisión objetiva por agencias formuladoras de políticas de salud en países y regiones conducirá claramente al desarrollo sólido de acciones preventivas, núcleo y razón de ser del enfoque de salud pública en el mundo actual.(31)

INTRODUCCION

El suicidio es frecuente, pero aún más lo es el intento suicida. Cada año ocurre un millón de suicidios en el mundo, afectando en promedio a 6 ó 7 sobrevivientes por suicidio. En 1998, el suicidio fue la octava causa de muerte en todas las edades en los Estados Unidos y la tercera causa de muerte entre hombres y novena en mujeres jóvenes y adultos jóvenes de los Estados Unidos de América y Europa (15-24 años). Las cifras arrojadas por el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia, indicaron que el suicidio corresponde a la cuarta causa de muerte en jóvenes entre 12 y 15 años; 57 de cada 1.000 colombianos intentan suicidarse durante su vida y que entre 10% y 15% culminan en suicidio en muchos de estos casos asociados a trastornos depresivos. Actualmente en la evaluación clínica hospitalaria se ha encontrado que el intento de suicidio es ocasionada por enfermedades mentales, depresión y otros factores, ⁽²⁸⁾ En la población peruana se encuentra que el 32.6% presenta síntomas depresivos sin trastornos específicos. ⁽⁴⁾ y la prevalencia de sintomatología depresiva inespecífica en la población general es de 9 - 20%. ^(5, 6,7) La depresión es el desorden psiquiátrico más común y es la enfermedad mas frecuente en el mundo llegando a tener una prevalencia del 3-5 % según la OMS. Es la cuarta enfermedad limitante y se considera que para el año 2020 será la segunda después de las enfermedades coronarias. ⁽¹⁾ Se le considera la primera causa de consulta médica en el Perú y una de las primeras causas de suicidio e intento de suicidio en el mundo. ⁽²⁾ La depresión entre niños y adolescentes es común pero frecuentemente no reconocida, la tasa de prevalencia del Episodio Depresivo Mayor es de 1 % en infantes prepúberes y 5 % en adolescentes en tanto que la prevalencia en el adulto está entre 15 y 20 %. Además los problemas depresivos debutan en la adolescencia etapa de la vida comprendida entre los 10 y 19 años según la OMS considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años según DSM IV. ^(8,9,10,11,25)

En los adolescentes los trastornos afectivos fueron identificados desde el siglo XVII. ^(4,13) pero es en 1970 al realizarse el IV congreso de la unión de Psiquiatras Europeos en Estocolmo donde toma importancia, el tema central fue "Los estados depresivos en la niñez y en la adolescencia" se concluyo que la depresión en estas etapas de la vida era una entidad psiquiátrica frecuente. Se ha reportado la asociación clínica entre la presencia de síntomas depresivos en etapas tempranas de la vida y depresión mayor en la adultez e intento de suicidio. ⁽¹²⁾ Pine y col. encuentran que los síntomas depresivos en adolescentes de mas de 2

desviaciones estándar sobre el promedio, elevaba 2 a 3 veces el riesgo de desarrollar depresión mayor en la adultez. Esto fue corroborado por otros estudios.⁽¹⁴⁾

Los factores de riesgo que causan intento de suicidio incluyen historia familiar de depresión, episodios depresivos previos, familia conflictiva, la incertidumbre en cuanto a la orientación sexual, pobre rendimiento académico y comorbilidades tales como distimia, desordenes de ansiedad y abuso de sustancias.^(15,16) El sexo femenino es el mayor factor de riesgo demográfico para la depresión e intento de suicidio; la clase social, cultura, y raza no se han visto consistentemente asociadas.⁽¹⁷⁾

En los Estados Unidos, la prevalencia de depresión mayor es aproximadamente 1% en preescolares, 2% en niños de edad escolar y 5-8 % en adolescente.^(20,22) La prevalencia de depresión parece estar incrementando en generaciones sucesivas de niños con inicio en edades tempranas.^(19,20)

Debido a que pocos estudios sobre factores de riesgo que ocasionan intento de suicidio han sido realizados en el Perú , y con un alto incremento en la prevalencia de intentos de suicidio según reporte del servicio de pediatría y de epidemiología del Hospital Hipólito Unanue, encontramos la necesidad de determinar los factores de riesgo, como depresión, trastornos psiquiátricos, maltrato físico infantil, maltrato psicológico infantil, abuso sexual , consumo de drogas, bajo rendimiento escolar, entre otros , que desencadenan en la población pediátrica el intento de suicidarse y que es atendida en el hospital Hipólito Unanue, por lo que nos formulamos la siguiente interrogante ¿cuales son los factores de riesgo que causan el intento de suicidio en la población pediátrica?

El presente trabajo tiene como objetivo determinar los factores de riesgo que causan en la población pediátrica el intento de suicidio. Según el diseño metodológico, es una investigación de hechos analítico- descriptivos, y transversal retrospectivo

Los resultados de la evaluación servirán para un mejor conocimiento y conducta a seguir que beneficiará a los pacientes que presentan diagnóstico de intento suicida.

El diagnóstico del paciente con intento de suicidio realizado por el especialista es determinante para inferir que las alteraciones posteriores producidas en el comportamiento de estos pacientes son los efectos de diferentes factores de riesgo a determinar. Las observaciones son obtenidas de las historias clínicas y estarán sujetas a variaciones debidas, a la veracidad de los datos recolectados en el momento de la atención realizada en el servicio de emergencia pediátricas en donde se diagnostica el intento de suicidio, tipo de sustancia

consumida como órganos fosforados, ingesta de polifarmacia, otros agentes nocivos, y/o auto agresión, también podrán obtenerse datos como otros diagnósticos y estancia hospitalaria.

ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

Salazar Loroña, Gustavo Omar. (2002) realizaron un trabajo en el que tenían por objetivo determinar la prevalencia de depresión mayor, y de síntomas depresivos en escolares de 12 a 16 años de edad en tres colegios de la ciudad de Huancayo. Evaluaron la asociación entre la edad, sexo, colegio de procedencia, año de estudios de los sujetos estudiados; con el diagnóstico de depresión mayor mediante la entrevista Clínica Estructurada para el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, y los puntajes obtenidos del Inventario de Depresión para niños y adolescentes de Kovacs. Realizaron un estudio de tipo descriptivo, transversal y analítico en septiembre del 2002, evaluaron 240 escolares, elegidos aleatoriamente en tres colegios de la ciudad de Huancayo. Obteniendo los siguientes resultados: La prevalencia de depresión mayor encontrada fue de 12.08 por ciento y la prevalencia de síntomas fue de 34.5 por ciento. Se encontró 14.4 por ciento de depresión mayor en el grupo de 15 a 16 años, 10.6 por ciento en el grupo menor de 15 años; 16.6 por ciento de depresión mayor en mujeres, 7.5 por ciento en varones; 14.1 por ciento de depresión mayor en escolares procedentes de colegio estatal, 10 por ciento en escolares procedentes de colegio particular; 15.9 por ciento de depresión en el grupo de escolares de 4° y 5° año de secundaria, 9.8 por ciento en el grupo de escolares de 1°, 2° 3° año de secundaria. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre sexo con depresión mayor. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre edad, colegio de procedencia y año de estudios con depresión mayor. Concluyendo que existe una elevada prevalencia de depresión mayor y de síntomas depresivos entre los escolares de 12 a 16 años de edad. El sexo femenino en la adolescencia es un factor asociado a depresión mayor. Existe una mayor prevalencia de depresión mayor entre los escolares de 15 a 16 años, procedentes de colegios estatales y en los que cursan los 2 últimos años de educación secundaria; respecto a los escolares menores de 15 años, a los procedentes de colegio particular y a los que cursan los 3 primeros años de educación secundaria.(21)

Gerardo Campo y colaboradores (2003) realizaron un estudio sobre envenenamiento auto infringido por ingestión de sustancias como método de suicida mas utilizado, realizado en el Hospital Universitario del Valle, en Cali. Evaluaron los 18 menores de catorce años que fueron llevados de urgencia en un periodo de un año, dos niñas fallecieron y de los pacientes

restantes, sólo ocho aceptaron participar en el estudio; todos tenían enfermedad mental asociada y la mitad, un grado de retardo mental, cada menor se evaluó con la aplicación de la historia toxicológica o de trauma, historia clínica psiquiátrica, el Child Behavior Checklist, prueba de la figura humana y de la familia, la Escala Revisada de Inteligencia de Wechsler para Niños y una entrevista semi-estructurada de evaluación familiar. La mayoría presentó compromiso de la atención, comportamientos violentos, disóciales, delictivos, de aislamiento y depresión. Como características psicológicas predominantes estuvo la perturbación en el ámbito sexual, represión emocional, negación de la situación penosa y agresividad, además de disfunción familiar severa en todos los casos. Los métodos suicidas empleados comúnmente incluyen ahorcamiento, sofocación y sumergimiento, instrumentos cortantes y punzantes, salto de altura, uso de armas de fuego, envenenamiento mediante sustancias sólidas o líquidas. Concluyendo que las mujeres prefieren la sobredosis de medicamentos y laceración de muñecas; entre tanto los hombres tienden a escoger métodos más violentos y en general de mayor grado de letalidad, como heridas con armas de fuego, ahorcamiento y salto de altura.⁽²⁸⁾

Freyre Diaz, Efraín Manuel.(2004) Realizó un estudio descriptivo analítico transversal sobre prevalencia de síntomas depresivos en el distrito de Pichanaki, Junín, por medio del Inventario de Depresión de Beck. Se tomó como población a un grupo de 480 alumnos del primero al quinto año de educación secundaria distribuidos en cuatro colegios, para calcular la prevalencia de sintomatología depresiva y observar su relación con respecto a los años de estudio y a las variables sociodemográficas sexo y edad. La distribución de la población por sexos resultó con 52.1 por ciento para el sexo masculino y 47.9 por ciento para el sexo femenino. La prevalencia general de síntomas depresivos en la población fue de 36.4 por ciento y se dividió en grados leve con 19.3 por ciento, moderado con 7 por ciento y severo con 10 por ciento. La relación entre la variable síntomas depresivos respecto al sexo tuvo una prevalencia de 36.8 por ciento para el sexo masculino y 36.9 por ciento para el sexo femenino, no observándose diferencia estadísticamente significativa. La distribución de las edades tuvo un rango de 11 a 18 años y al calcularse las medias para cada colegio resultó alrededor de los 14 años. La prevalencia de síntomas depresivos respecto a la edades varió de 21 a 60 por ciento teniendo como picos a los 15 y 18 años con 50.6 por ciento y 60 por ciento respectivamente; al comparar la variable síntomas depresivos con edad resultó haber diferencia estadísticamente significativa, observándose un incremento de 12 por ciento de prevalencia de síntomas depresivos por cada año de edad. La prevalencia de síntomas depresivos respecto a los colegios varió de 27-54 por ciento y en el análisis estadístico resultó

haber una diferencia estadísticamente significativa. Concluyendo que la prevalencia general de síntomas depresivos en la población de adolescentes encuestados fue similar a las encontrada en la literatura, además se encontró que el tener un determinado sexo no predispone a mayor sintomatología depresiva en nuestra población encuestada. Finalmente recomendaron en el trabajo que se ejecuten programas de detección precoz a corto y mediano plazo a nivel escolar y en zonas de bajos recursos para brindar el tratamiento oportuno, se ofrezca información sobre lo que es la enfermedad depresiva a nivel de los profesionales docentes de los colegios para captar a los alumnos con mayor riesgo de tenerla y realizar una participación activa del personal de salud y una comunicación continua con los docentes para brindar apoyo diagnóstico y terapéutico en los colegios. (24)

Flores Fabián, Yovana Beatriz; Gálvez Revolledo, Angélica Zenovia. (2004) realizaron un estudio de investigación en el Departamento de Estadística del Hospital Hemilio Valdizan, ubicado en el distrito de Ate Vitarte, se trabajó durante los meses de Enero a

Junio del 2004, con el objetivo de determinar las características personales y socio demográficos de los pacientes adolescentes y adultos jóvenes con intento de suicidio. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal; con 64 historias clínicas de pacientes con intento de suicidio teniendo en cuenta el período Enero 2000 - Diciembre 2003, Los resultados fueron: el grupo de edad con mayor número de pacientes con intento de suicidio fue de 22 a 29 años 42.2 por ciento, predominó el sexo femenino 79 por ciento, el estado civil soltero 59.4 por ciento, encontrándose que el 53.1 por ciento de la población en estudio proviene de familia nuclear completa y solo el 17.2 por ciento proviene de familias desintegradas, así mismo se encontró que el 75 por ciento se encontraba desempleado y procedía de zonas urbanas 73.4 por ciento. La motivación predominante tanto para el sexo masculino como femenino fueron los problemas de pareja 42.2 por ciento, seguido de problemas familiares 25 por ciento, asimismo el método más utilizado fue la ingesta de fármacos 51.60 por ciento en el sexo femenino y en el sexo masculino el método que mayormente utilizaron fue la ingesta de raticida 28.10 por ciento. Por otro lado el 51.56 por ciento tiene diagnóstico psiquiátrico previo y han recibido tratamiento especializado, antes de cometer el intento de suicidio además se observa que la depresión representa uno de los principales diagnósticos que influenciaron para cometer el intento de suicidio. Además presentaron ideación suicida previa el 95.30 por ciento (ver anexo 5) y el 70.3 por ciento de los pacientes había intentado suicidarse previamente presentando de 1 a 5 intentos de suicidio previo. Con respecto a la ingesta de agentes nocivos solo el 12 de los pacientes se encontraba

bajo efectos del alcohol y el 9 por ciento con intoxicación por drogas durante el intento de suicidio. En cuanto a los antecedentes familiares el 1.60 por ciento refirió presentar antecedentes familiares de intento de suicidio.(23)

Mego Benites, Ana Ivonne.(2005) Se estudiaron cien casos de conducta de intento de suicidio tanto en hombres como en mujeres. El diseño de la investigación es descriptivo - correlacional, la muestra es accidental. Se utilizaron las pruebas psicológicas EPI y la EAMD-Zung (Escala de Autoevaluación de Depresión). Se halló que hay correlación positiva significativa entre neuroticidad y Depresión en conducta de intento de suicidio. Existe correlación significativa entre Extroversión y Depresión en intento de suicidio. Se encontró que las puntuaciones altas de neuroticidad, introversión y depresión, se comportan como factores que predisponen al intento de suicidio, se hallaron como factores de riesgo precipitantes a los problemas amorosos y conflictos familiares, y como grupos de riesgo: sexo femenino, jóvenes, solteros, instrucción secundaria y amas de casa. (22)

El comité asesor de psicofarmacología y droga, de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). (2006) realizó una reunión considerando el riesgo suicida entre los adultos que toman antidepresivos. Esta reunión vino a raíz de dos reuniones en el 2004, que dio lugar a un cuadro negro de las tendencias suicidas en niños que usan antidepresivos. Basándose en las pruebas que se presentó de un gran grupo o de los ensayos clínicos controlados aleatorios de los antidepresivos, el comité votó 6 a 2 en favor de ampliar el cuadro negro de advertencia que incluye a los adultos jóvenes. Cada uno de los seis votos afirmativos fue acompañada de una advertencia explícita de que el cuadro negro de advertencia acerca de las tendencias suicidas deben incluir una advertencia sobre los peligros de la depresión sin tratar. El tema está relacionado con la salud de millones de estadounidenses. IMS Health informó de que el 2005 más de 180'000,000 de antidepresivo se prescribieron en Estados Unidos.. Ampliar el cuadro negro de advertencia a los jóvenes adultos se basa en la preocupación de que el riesgo de tendencias suicidas no se puede descartar y, habida cuenta de la amplia utilización de antidepresivo, incluso un pequeño riesgo no debe ser ignorada.. El cuadro negro de advertencia no pretende desalentar la prescripción de antidepresivos. La advertencia se refiere a los peligros de la depresión no tratada. En lugar de ello el cuadro negro, se ha creado para promover el seguimiento de los pacientes que comenzará antidepresivos.(34)

Gonzalo Laje, Roy Perlis, investigadores en la genética y los trastornos de ansiedad.(2007) realizaron un estudio en el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) sobre marcadores genéticos que generan ideación suicida durante tratamiento de la depresión mayor con citalopran. Una de las más debatidas controversias en los últimos años es si las drogas antidepresivas causan en algunas personas ideación suicida los investigadores encontraron dos marcadores genéticos con fuertes vínculos a ideas suicidas en los pacientes que comenzaron tomando el fármaco. Este hallazgo puede ser un "arma de fumar", que al menos contribuye a este inquietante potencial efecto secundario de los antidepresivos. Dos marcadores genéticos fueron significativamente más frecuentes en el tratamiento de ideación suicida. Los dos marcadores fueron identificados a través de una gran selección de los 768 polimorfismos de nucleótido único (SNP), que fueron seleccionados de una biblioteca común de las variaciones en 68 genes. Esos 68 genes codifican las proteínas que se sabe que participar en la neurotransmisión ciertas vías y están afectados directa o indirectamente, por los antidepresivos la muestra se tomo de 1915 de pacientes con tratamiento alternativo con citalopran para la depresión. Los que llevan los dos marcadores genéticos tienen aún mayor el riesgo de ideación suicida, en comparación con los pacientes que llevan uno de los marcadores, y el efecto parece ser por lo menos aditivos. El organismo regulador británico y los EE.UU. han requerido fuertes advertencias en la prescripción de todos los antidepresivos, que pueden haber influido en depresión y el aumento de las tasas de suicidio. Todos los pacientes recibieron tratamiento para la depresión por etapas, comenzando con citalopram 20 mg / día. Todos los participantes tomaron citalopram durante al menos 12 semanas. Más del 90 por ciento de estos pacientes informó de ideación suicida dentro de los primeros meses de iniciar el tratamiento. Sólo uno de los participantes en el estudio de población realizo un intento de suicidio, según lo informado por los autores de este estudio. Los marcadores no parecen estar relacionados con una tendencia general hacia el suicidio, sino más bien pensamientos suicidas específicamente emergentes durante el tratamiento antidepresivo.(32)

Lleana Arias, director del Centro Nacional de Prevención y control de los Traumatismos (CDC). (2007) reporto que la tasa de suicidios entre los jóvenes y los adultos jóvenes de 10 a 24 años aumentó un 8% entre 2003 y 2004 las muertes en ese grupo de edad, fue particularmente producido entre las niñas de 10 a 14 años entre los que el número de suicidios aumentó un 76%. Los suicidios fueron del 32 por ciento en las niñas de 15 a 19

años, y el 9 por ciento entre los varones de 15 a 19 años. "Este es el mayor incremento anual que hemos visto en 15 años", dijo Lleana Arias. El método de uso para suicidarse también ha cambiado. En 2004 ahorcamiento o asfixia era el método más común entre las niñas de todos los grupos de edad y representó el 71 por ciento de los suicidios entre las jóvenes de 10 a 14 años, el 49 por ciento de los suicidios en las niñas de 15 a 19 años, y el 34 por ciento de los suicidios entre las mujeres jóvenes de edades comprendidas 20 a 24. Un espectacular salto en la tasa de suicidios por ahorcamiento o asfixia se encontró en las niñas de 10 a 14 años. En 2004 la tasa fue de 6,8 por 1000.000 habitantes, en 1990, esta tasa nunca fue mayor que 3,5 por 1.000,00 niñas del mismo grupo de edad, existe la teoría de que la tendencia a la asfixia está vinculada a una asfixia juego que últimamente se ha vuelto popular entre los jóvenes. Aunque la CDC no establece que un número importante de estas muertes han sido clasificados erróneamente como suicidios, no queda claro si el juego está relacionado con la creciente aceptación de ahorcamiento y asfixia como método de suicidio. Anders Thomas, presidente de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente (AACAP) insta a los médicos, los educadores, los padres y los adolescentes a aprender las señales de comportamiento suicida, de tomar medidas y buscar ayuda cuando ven estos signos, el importante aumento de los suicidios de adolescentes demuestra la necesidad de más información acerca de cómo prevenir estas muertes.(33)

MATERIALES Y METODOS

1) DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO:

Según el diseño metodológico, el presente trabajo es una investigación de hechos descriptivos, retrospectivo y de corte transversal.

2) POBLACION, UNIVERSO DE ESTUDIO Y MUESTRA

La población o universo está constituida por los pacientes pediátricos con diagnóstico de intento de suicidio hospitalizados en el hospital Hipólito Unanue en el año 2007. Para definir el tamaño de la muestra se llevaran a cabo cálculos estadísticos con una población finita determinada por los pacientes pediátricos cuya edad comprende hasta los 14 años 11 meses 29 días hospitalizados en el año 2007 con diagnóstico de intento de suicidio la cual nos dara el tamaño de la muestra con una confiabilidad del 95% y un margen de error del 7%.

N = 25 población N1 = ? Nf = Muestra = ?

P = Proporción de personas con la condición = 30% = 0.30

q = 100%-30% = 70% q = 0.70

d = 7% = 0.07

Z = 0.05 = 1.96

Formula I:

$$N1 = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2} = 200$$

Formula II:

$$Nf = \frac{N1}{1 + N1} = 25$$

—
N

Nf 25 pacientes.

3) CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Pacientes pediátricos cuya edad comprende hasta los 14 años 11 meses 29 días hospitalizados en el año 2007 con diagnóstico de intento de suicidio en el Hospital Nacional Hipólito Unzué.

4) VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Factores de riesgo en población pediátrica.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Intento de suicidio.

5) TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

DESCRIPCION DE LA TECNICA:

Para la recolección de los datos se empleó la historia clínica de los pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría y en observación de emergencia pediátrica con diagnóstico de intento de suicidio en el año 2007 del HNHU.

6) HIPOTESIS DE TRABAJO:

CAUSA: VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores de riesgo en población pediátrica.

EFECTO: VARIABLE DEPENDIENTE

Intento de suicidio

7) PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Los datos se obtuvieron de la historia clínica de los pacientes pediátricos con diagnóstico de intento de suicidio atendidos en el hospital Hipólito Unanue en el año 2007.

8) PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ETICOS EN LA INVESTIGACION CON SERES HUMANOS:

Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de intento de suicidio atendidos en el hospital Hipólito Unanue en el año 2007, guardándose absoluta reserva respecto a los nombres y apellidos y número de historia clínica de estos pacientes .

9) ANALISIS DE RESULTADOS

Se procesaron los datos mediante el programa estadístico STATICAL PACKAGE FOR SOCIALS SCIENCES (SPSS) que se utilizo para el manejo de base de datos para determinar los resultados.

LUGAR DE EJECUCION

Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2007

CRONOGRAMA DE TRABAJO:

A partir de ENERO deL 2007.

Etapas de trabajo:	DIAS
1.- Elaboración del proyecto de investigación:	60
2.- Recolección de datos:	365
3.- Procesamiento de datos y análisis de los resultados	20
4.- Redacción de la tesis:	60

PRESUPUESTO

Hojas papel bond	A4	S/. 200.00
Material de escritorio		S/. 200.00
Tinta de impresión		S/. 150.00
Movilidad		S/. 250.00
Anillados		S/. 100.00
Empastados de tesis		S/. 400.00
Análisis estadísticos		S/: 200.00
Otros		S/. 400.00
TOTAL		S/. 2000.00

RESULTADOS

TABLA 1
FRECUENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO SEGUN EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	8	2	8.0	8.0	8.0
	11	7	28.0	28.0	36.0
	12	1	4.0	4.0	40.0
	13	6	24.0	24.0	64.0
	14	9	36.0	36.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	
Total		25	100.0		

TABLA 2
FRECUENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO SEGUN SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	19	76.0	76.0	76.0
	Masculino	6	24.0	24.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	
Total		25	100.0		

TABLA 3
FRECUENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO SEGUN DISTRITO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Agustino	10	40.0	40.0	40.0
	StaAnita	7	28.0	28.0	68.0
	Chaclaca	2	8.0	8.0	76.0
	SJLurigan	5	20.0	20.0	96.0
	Matucana	1	4.0	4.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	
Total		25	100.0		

TABLA 4
FRECUENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO SEGUN DIA DE LA SEMANA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Lunes	2	8.0	8.0	8.0
	Martes	4	16.0	16.0	24.0
	Miercoles	4	16.0	16.0	40.0
	Jueves	2	8.0	8.0	48.0
	Viernes	4	16.0	16.0	64.0
	Sabado	5	20.0	20.0	84.0
	Domingo	4	16.0	16.0	100.0

	Total	25	100.0	100.0	
Total		25	100.0		

TABLA 5
FRECUENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO SEGUN HORA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mañana	7	28.0	28.0	28.0
	Tarde	10	40.0	40.0	68.0
	Noche	8	32.0	32.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	
Total		25	100.0		

TABLA 6
FRECUENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO SEGUN MES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Octubre	2	8.0	8.0	8.0
	Diciembre	4	16.0	16.0	24.0
	Febrero	1	4.0	4.0	28.0
	Marzo	2	8.0	8.0	36.0
	Abril	1	4.0	4.0	40.0
	Mayo	5	20.0	20.0	60.0

	Junio	2	8.0	8.0	68.0
	Julio	1	4.0	4.0	72.0
	Agosto	5	20.0	20.0	92.0
	Setiembre	2	8.0	8.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	
Total		25	100.0		

Tabla 7

Frecuencia de intento de suicidio según Días de Hospitalización

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2	8.0	8.0	8.0
	3	2	8.0	8.0	16.0
	4	2	8.0	8.0	24.0
	5	6	24.0	24.0	48.0
	6	2	8.0	8.0	56.0
	7	6	24.0	24.0	80.0
	8	1	4.0	4.0	84.0
	9	1	4.0	4.0	88.0
	10	1	4.0	4.0	92.0
	14	1	4.0	4.0	96.0
66	1	4.0	4.0	100.0	

--	--	--	--	--	--	--	--	--

TABLA 9
INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN SUSTANCIA

			sexo		Total
			Femenino	Masculino	
Sustancia	Carbamato	Recuento	13	5	18
		%	68.4%	83.3%	72.0%
	Benzodiazepan	Recuento	2	1	3
		%	10.5%	16.7%	12.0%
	SulfaFerroso	Recuento	1		1
		%	5.3%		4.0%
	Isoniazida	Recuento	1		1
		%	5.3%		4.0%
	Polifarmacia	Recuento	1		1
		%	5.3%		4.0%
	Alcali	Recuento	1		1
		%	5.3%		4.0%
	Total	Recuento	19	6	25
			100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.547(a)	5	.908
Razón de verosimilitud	2.465	5	.782
N de casos válidos	25		

a 11 casillas (91.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .24.

TABLA N°10																											
FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INTENTO DE SUICIDIO																											
	Frecuencia																										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	TOTAL (%)	
Maltrato Físico		x											x													02 (8%)	
Maltrato Psicológico	x	x	x		x	x	x		x				x					x								09 (36%)	
Problemas escolares	x				x	x					x	x	x					x			x	x	x			10 (40%)	
Abuso sexual																							x			01 (4%)	
Pandillaje					x																					01 (4%)	
Padres separados	x	x			x	x	x	x	x	x			x			x			x	x	x				x	x	15 (60%)
	x	x			x	x	x		x										x	x	x				x	x	11 (44%)

TABLA 11
MALTRATO FISICO Y INTENTO DE SUICIDIO

Tabla de contingencia

			MaltraFisico		Total
			No	Si	
INTENTO SUICIDIO	Femenino	Recuento	18	1	19
		% de MaltraFisico	78.3%	50.0%	76.0%
	Masculino	Recuento	5	1	6
		% de MaltraFisico	21.7%	50.0%	24.0%
Total		Recuento	23	2	25
		% de MaltraFisico	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.806(b)	1	.369		
Corrección de continuidad(a)	.001	1	.972		
Razón de verosimilitud	.696	1	.404		
Estadístico exacto de Fisher				.430	.430
N de casos válidos	25				
a Calculado sólo para una tabla de 2x2.					
b 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .48.					

TABLA 12
MALTRATO PSICOLOGICO Y INTENTO DE SUICIDIO

Tabla de contingencia

			MaltraSicolo		Total
			No	Si	
INTENTO SUICIDIO	Femenino	Recuento	12	7	19
		% de MaltraSicolo	75.0%	77.8%	76.0%
	Masculino	Recuento	4	2	6
		% de MaltraSicolo	25.0%	22.2%	24.0%
Total		Recuento	16	9	25
		% de MaltraSicolo	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.024(b)	1	.876		
Corrección de continuidad(a)	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.025	1	.875		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.637
N de casos válidos	25				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.16.

TABLA 13
PROBLEMAS ESCOLARES Y INTENTO DE SUICIDIO

Tabla de contingencia

			ProbleEscola		Total
			No	Si	
INTENTO SUICIDIO	Femenino	Recuento	11	8	19
		% de ProbleEscola	73.3%	80.0%	76.0%
	Masculino	Recuento	4	2	6
		% de ProbleEscola	26.7%	20.0%	24.0%
Total		Recuento	15	10	25
		% de ProbleEscola	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.146(b)	1	.702		
Corrección de continuidad(a)	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.148	1	.700		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.545
N de casos válidos	25				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.40.

TABLA 14
ABUSO SEXUAL Y INTENTO DE SUICIDIO

Tabla de contingencia

			AbusoSexual		Total
			No	Si	
INTENTO SUICIDIO	Femenino	Recuento	18	1	19
		% de AbusoSexual	75.0%	100.0%	76.0%
	Masculino	Recuento	6		6
		% de AbusoSexual	25.0%		24.0%
Total		Recuento	24	1	25
		% de AbusoSexual	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.329(b)	1	.566		
Corrección de continuidad(a)	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.562	1	.453		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.760
N de casos válidos	25				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .24.

TABLA 15
PANDILLAJE Y INTENTO DE SUICIDIO

Tabla de contingencia

			Pandillaje		Total
			No	Si	
INTENTO SUICIDIO	Femenino	Recuento	18	1	19
		% de Pandillaje	75.0%	100.0%	76.0%
	Masculino	Recuento	6		6
		% de Pandillaje	25.0%		24.0%
Total		Recuento	24	1	25
		% de Pandillaje	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.329(b)	1	.566		
Corrección de continuidad(a)	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.562	1	.453		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.760
N de casos válidos	25				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .24.

TABLA 16
PADRES SEPARADOS Y INTENTO DE SUICIDIO

Tabla de contingencia

			PadresSepara		Total
			No	Si	
INTENTO SUICIDIO	Femenino	Recuento	8	11	19
		% de PadresSepara	80.0%	73.3%	76.0%
	Masculino	Recuento	2	4	6
		% de PadresSepara	20.0%	26.7%	24.0%
Total		Recuento	10	15	25
		% de PadresSepara	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.146(b)	1	.702		
Corrección de continuidad(a)	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.148	1	.700		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.545
N de casos válidos	25				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.40.

TABLA 17
ABANDONO DE LA MADRE Y INTENTO DE SUICIDIO

Tabla de contingencia

			AbanMadre		Total
			No	Si	
INTENTO SUICIDIO	Femenino	Recuento	16	3	19
		% de AbanMadre	76.2%	75.0%	76.0%
	Masculino	Recuento	5	1	6
		% de AbanMadre	23.8%	25.0%	24.0%
Total		Recuento	21	4	25
		% de AbanMadre	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.003(b)	1	.959		
Corrección de continuidad(a)	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.003	1	.959		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.694
N de casos válidos	25				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .96.

TABLA 18
ABANDONO DEL PADRE E INTENTO DE SUICIDIO

Tabla de contingencia

			AbanPadre		Total
			No	Si	
INTENTO SUICIDIO	Femenino	Recuento	11	8	19
		% de AbanPadre	78.6%	72.7%	76.0%
	Masculino	Recuento	3	3	6
		% de AbanPadre	21.4%	27.3%	24.0%
Total		Recuento	14	11	25
		% de AbanPadre	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.115(b)	1	.734		
Corrección de continuidad(a)	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.115	1	.735		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.548
N de casos válidos	25				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.64.

TABLA 19
CONFLICTOS FAMILIARES Y INTENTO DE SUICIDIO

Tabla de contingencia

			ConfliFamilia		Total
			No	Si	
INTENTO SUICIDIO	Femenino	Recuento	5	14	19
		% de ConfliFamilia	62.5%	82.4%	76.0%
	Masculino	Recuento	3	3	6
		% de ConfliFamilia	37.5%	17.6%	24.0%
Total		Recuento	8	17	25
		% de ConfliFamilia	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.176(b)	1	.278		
Corrección de continuidad(a)	.339	1	.560		
Razón de verosimilitud	1.125	1	.289		
Estadístico exacto de Fisher				.344	.274
N de casos válidos	25				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.92.

TABLA 20
FAMILIA DISFUNCIONAL Y INTENTO DE SUICIDIO

Tabla de contingencia

			FamiDisfuncio		Total
			No	Si	
INTENTO SUICIDIO	Femenino	Recuento	3	16	19
		% de FamiDisfuncio	75.0%	76.2%	76.0%
	Masculino	Recuento	1	5	6
		% de FamiDisfuncio	25.0%	23.8%	24.0%
Total		Recuento	4	21	25
		% de FamiDisfuncio	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.003(b)	1	.959		
Corrección de continuidad(a)	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.003	1	.959		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.694
N de casos válidos	25				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .96.

TABLA 21
PROBLEMAS AMOROSOS Y INTENTO DE SUICIDIO

Tabla de contingencia

			ProbleAmoroso		Total
			No	Si	
INTENTO SUICIDIO	Femenino	Recuento	18	1	19
		% de ProbleAmoroso	75.0%	100.0%	76.0%
	Masculino	Recuento	6		6
		% de ProbleAmoroso	25.0%		24.0%
Total		Recuento	24	1	25
		% de ProbleAmoroso	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.329(b)	1	.566		
Corrección de continuidad(a)	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.562	1	.453		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.760
N de casos válidos	25				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .24.

TABLA 22
ANTECEDENTES DEPRESIVOS Y INTENTO DE SUICIDIO

Tabla de contingencia

			AnteDepresi		Total
			No	Si	
INTENTO SUICIDIO	Femenino	Recuento	12	7	19
		% de AnteDepresi	70.6%	87.5%	76.0%
	Masculino	Recuento	5	1	6
		% de AnteDepresi	29.4%	12.5%	24.0%
Total		Recuento	17	8	25
		% de AnteDepresi	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.853(b)	1	.356		
Corrección de continuidad(a)	.178	1	.673		
Razón de verosimilitud	.929	1	.335		
Estadístico exacto de Fisher				.624	.349
N de casos válidos	25				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.92.

TABLA 23
 ANTECEDENTES DE FAMILIA CON ENFERMEDADES
 PSQUIATRICAS Y INTENTO DE SUICIDIO

Tabla de contingencia

			AnteFamilia		Total
			No	Si	
INTENTO SUICIDIO	Femenino	Recuento	13	6	19
		% de AnteFamilia	76.5%	75.0%	76.0%
	Masculino	Recuento	4	2	6
		% de AnteFamilia	23.5%	25.0%	24.0%
Total		Recuento	17	8	25
		% de AnteFamilia	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.006(b)	1	.936		
Corrección de continuidad(a)	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.006	1	.936		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.651
N de casos válidos	25				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.92.

TABLA 24
ANTECEDENTES DE INTENTO DE SUICIDIO Y INTENTO DE
SUICIDIO

Tabla de contingencia

			AnteIntento		Total
			No	Si	
INTENTO SUICIDIO	Femenino	Recuento	16	3	19
		% de AnteIntento	76.2%	75.0%	76.0%
	Masculino	Recuento	5	1	6
		% de AnteIntento	23.8%	25.0%	24.0%
Total		Recuento	21	4	25
		% de AnteIntento	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.003(b)	1	.959		
Corrección de continuidad(a)	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.003	1	.959		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.694
N de casos válidos	25				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .96.

TABLA N°25

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICOS

	Frecuencia																									TOTAL (%)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
INTENTO DE SUICIDIO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25 (100%)
DEPRESION	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25 (100%)
TRASTORNO DE ADAPTACION		X	X		X														X					X	05 (20%)	
TRASTORNO DE CONDUCTA	X		X		X	X		X		X					X								X	X	09 (36%)	
SEGUNDO INTENTO DE SUICIDIO							X																		01 (04%)	
DEPRESION RECURRENTE							X																		01 (04%)	
HIPERQUINESIA											X														01 (04%)	
TRASTORNO DEFICIT DE ATENCION																	X								01 (04%)	
Totales	3	3	4	2	4	3	4	3	2	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	3	4	2	

Gráfico 1
FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
INTENTO DE SUICIDIO

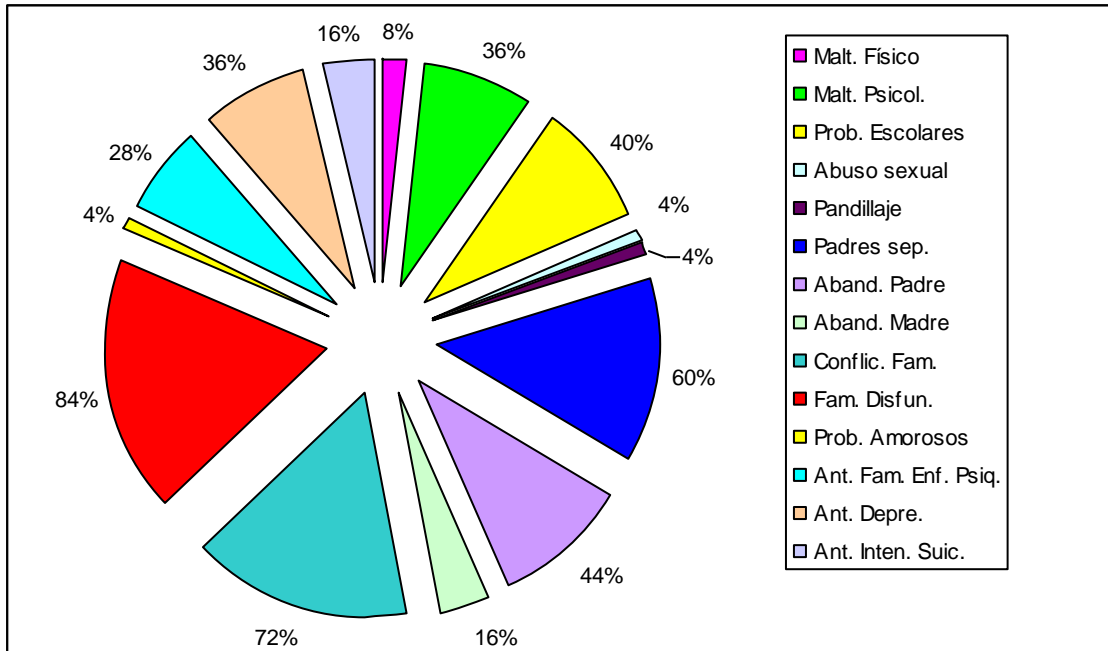


Gráfico 2
FRECUENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN EDAD

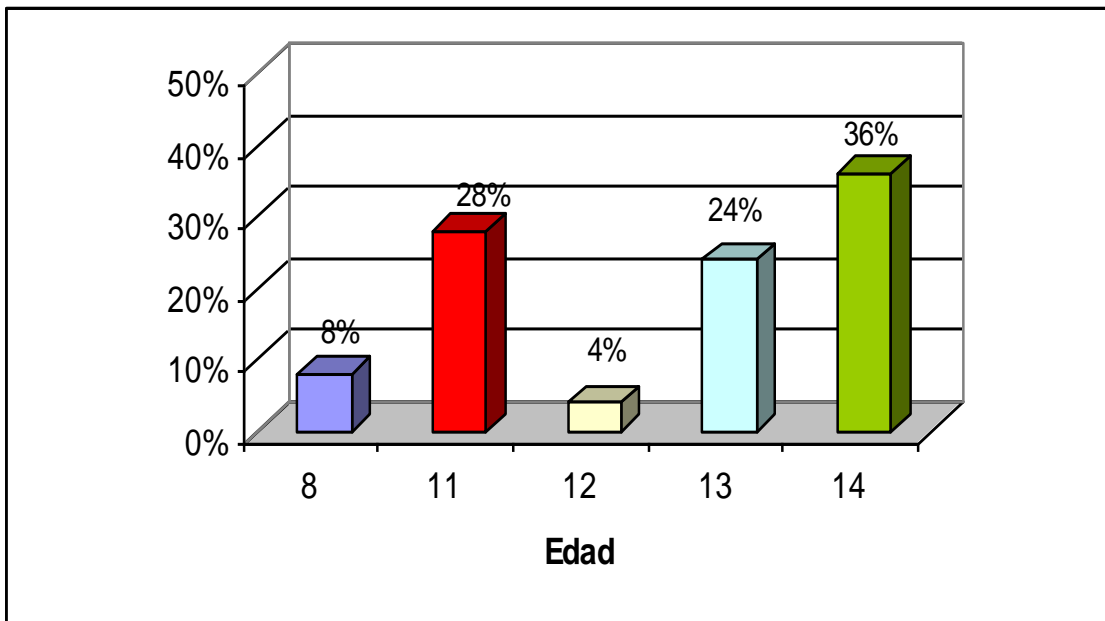


Gráfico 3

FRECUENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN SEXO

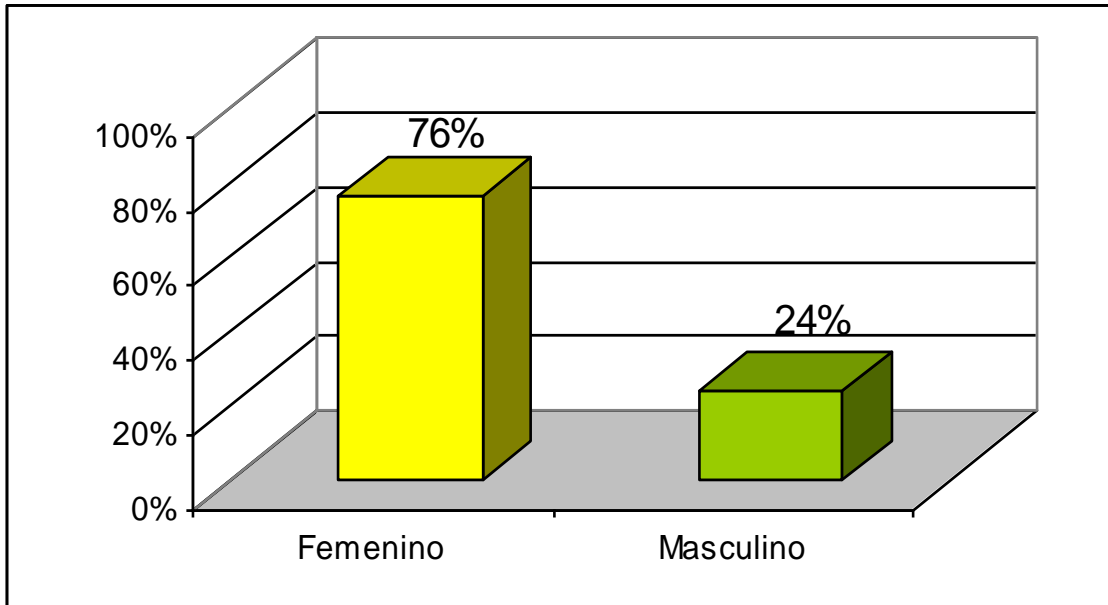


Gráfico 4

FRECUENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN HORA

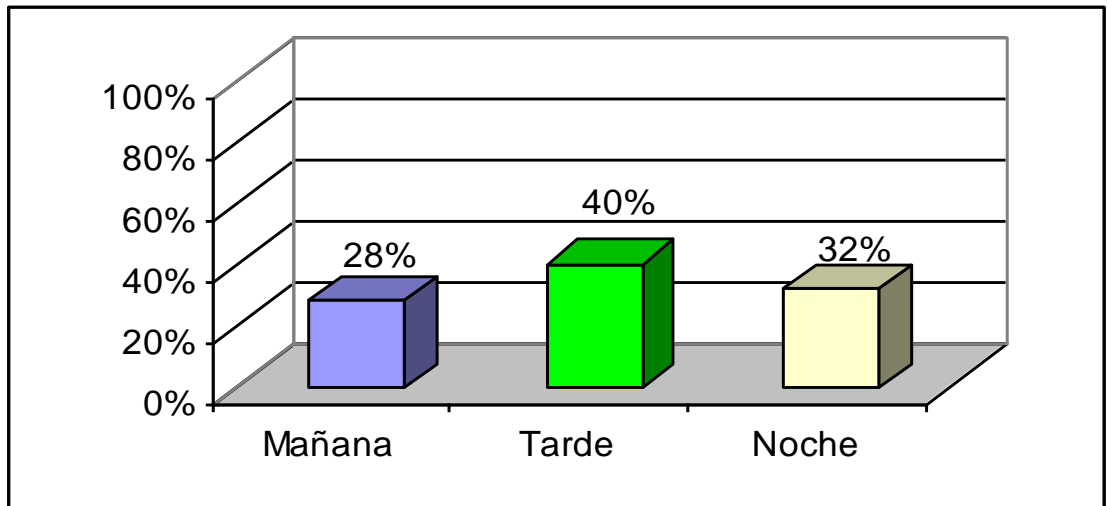


Gráfico 5
INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN SUSTANCIA

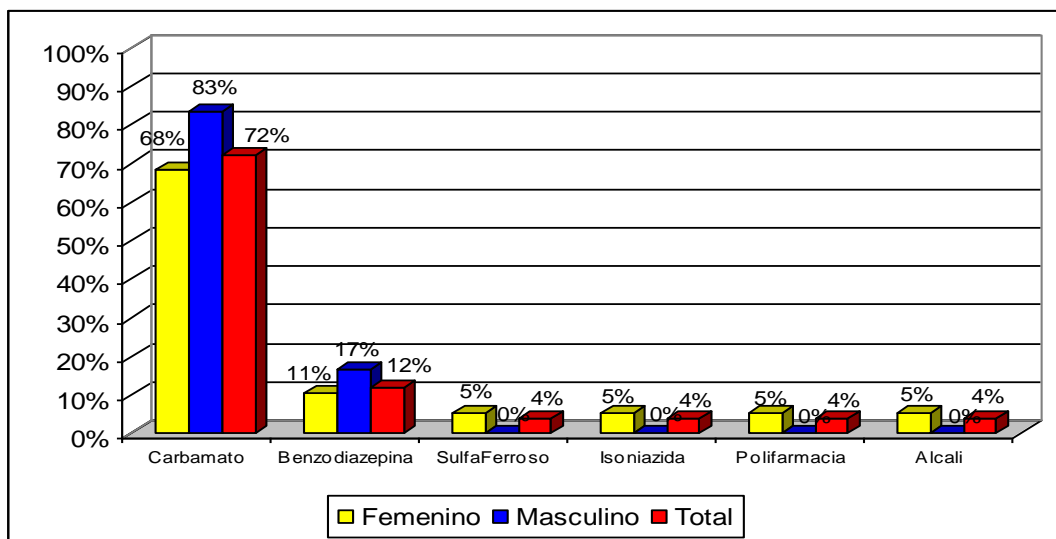


Gráfico 6
FRECUENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN DISTRITO

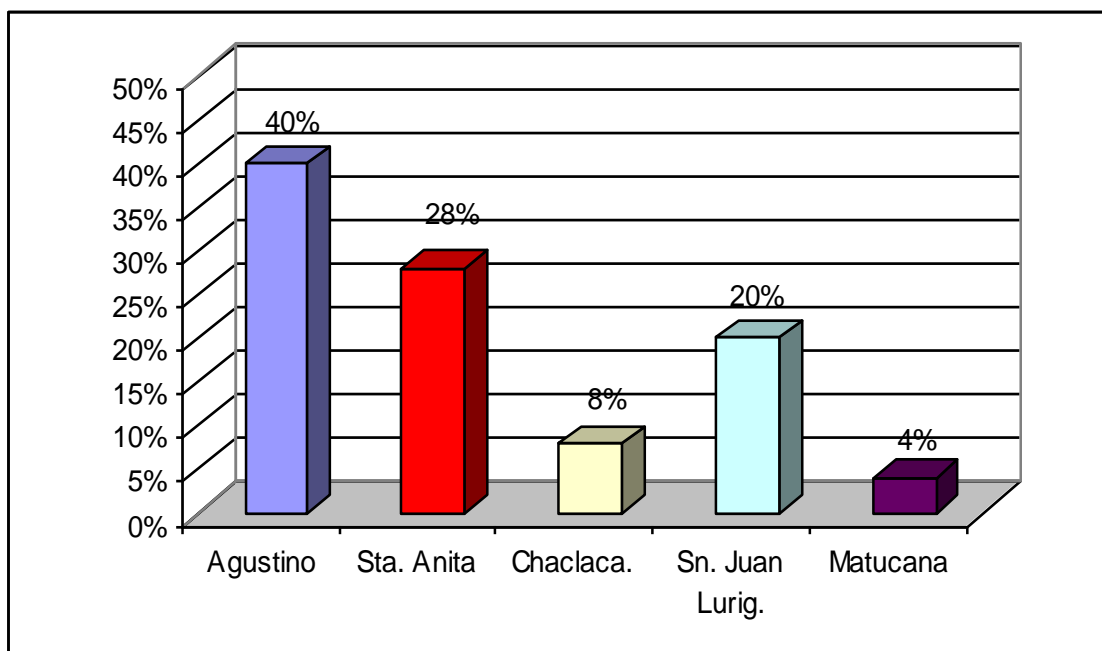


Gráfico 7

FRECUENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN DÍA DE LA SEMANA

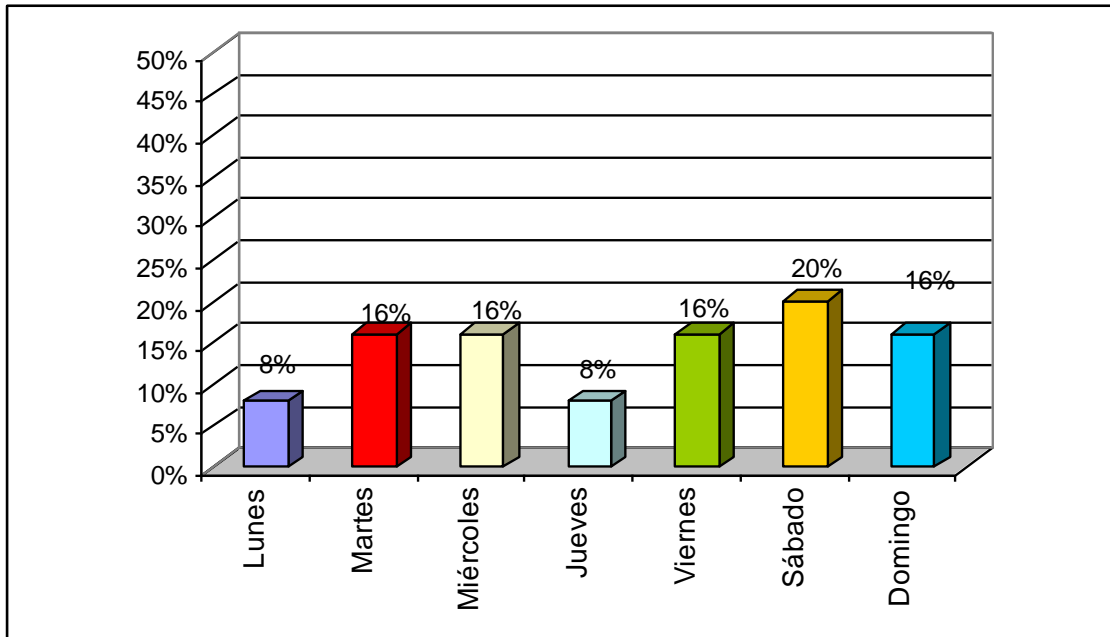
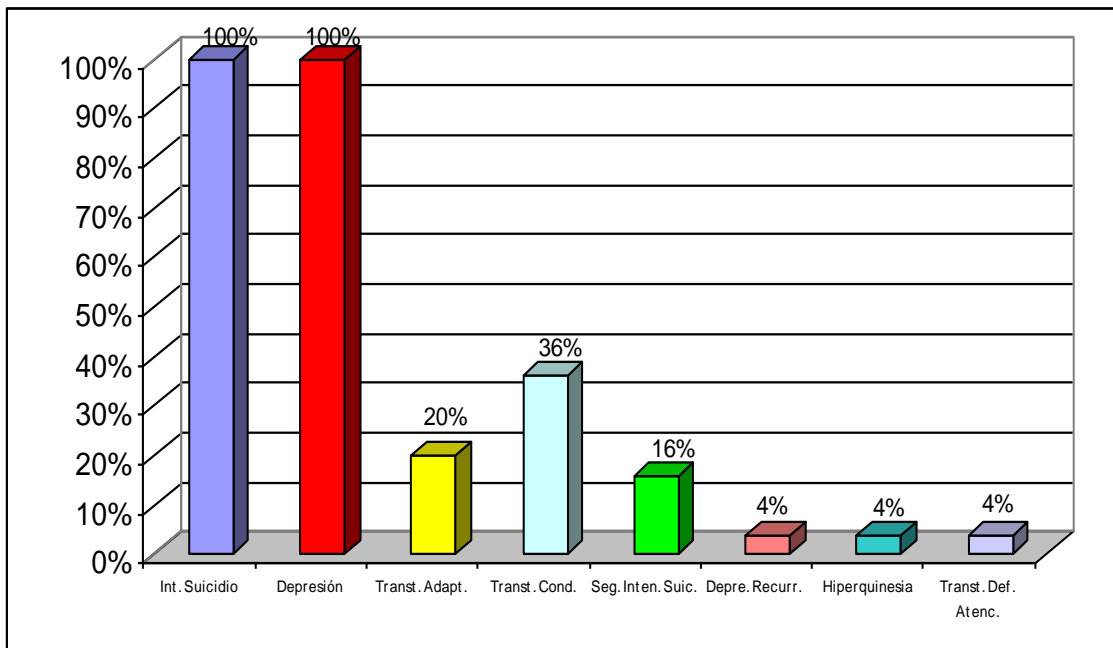


Gráfico 8

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICOS



DISCUSION

El intento de suicidio constituye un serio problema de salud pública. No se han reportado estudios sobre intento de suicidio en la población pediátrica en nuestro medio. Actualmente los medios de comunicación, periódicos, radiales y televisivos informan sobre suicidios acontecidos en la población pediátrica, no reportándose intentos de suicidio por no presentar un desenlace fatal.

Para establecer la existencia de asociación entre el problema intento de suicidio y los factores considerados como de riesgo, se han establecido clasificaciones diagnósticas CIE-10. Para el análisis estadístico se procedió a tabular los datos en forma automatizada aplicando el software estadístico STATICAL PACKAGE FOR SOCIALS SCIENCES (SPSS) hallándose tablas de frecuencia de porcentajes y se ha utilizado como medida de análisis estadístico, el Chi Cuadrado.

La evaluación ha demostrado que los factores de riesgo encontrados son maltrato físico, maltrato psicológico, problemas escolares, abuso sexual, pandillaje, padres separados, abandono del padre, abandono de la madre, conflictos familiares, familia disfuncional, problemas amorosos, antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas, antecedentes depresivos, antecedentes de intento de suicidio (Tabla 10); encontrándose que la familia disfuncional, conflictos familiares y padres separados son los factores de riesgo de mayor incidencia en la población de estudio (Tabla 10), y que el abuso sexual, pandillaje y problemas amorosos son los factores de riesgo menos prevalentes en esta población.

Los resultados han demostrado que la edad de mayor incidencia de intento de suicidio en la población estudiada es de 14 años 36% (Tabla 1), que el intento de suicidio es mas prevalente en el sexo femenino 76% (Tabla 2), siendo los factores de riesgo predominantes para ambos sexos, la familia disfuncional, conflictos familiares, padres separados y abandono del padre, el 84% de los pacientes presentaba una familia disfuncional (Tabla 10), el 52% ocurrió el fin de semana (viernes, sábado y domingo)(tabla 4), el 40% de ellos por las tardes(tabla 5), los daños reales o factores de riesgo desencadenaron el intento de suicidio, siendo el 72% intoxicaciones por

carbamatos seguido por intoxicaciones por benzodiacepinas 12% (tabla 9). el Distrito de el Agustino es donde se encuentra mayor número de pacientes con intento de suicidio 40% (Tabla 3), los meses de mayor prevalencia de intento de suicidio son los meses de Mayo y Agosto (Tabla 6).

Es importante resaltar que la mayoría de intentos de suicidio lo realizaron pacientes de sexo femenino los fines de semana durante horas con luz de preferencia por las tardes, presentando factores desencadenantes asociados a disfunción familiar, conflicto familiar, abandono del padre, padres separados el método de suicidio preferido fue intoxicación por carbamatos., 7 días fue la estancia hospitalaria en mayor promedio encontrada para el tratamiento (Tabla 7).

Se halló que hay correlación entre intento de suicidio y depresión, encontrándose esta última presente en la totalidad de los casos de intento de suicidio (tabla 25).

En cuanto a los antecedentes familiares psiquiátricos el 28% presentaban antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica, el 36% de los pacientes presentaban antecedentes de enfermedad depresiva con tratamiento farmacológico anidepresivo, y 16% presentaba antecedentes de intento de suicidio esta tendencia puede deberse a factores genéticos como hormonales además se postula se deba a factores endocrinos que alteran el estado de ánimo como son trastornos de la serotonina (disminución). Por la alta prevalencia de síntomas depresivos encontrados en los pacientes con diagnóstico de intento de suicidio se recomienda establecer procedimientos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico precoz, ejecutar programas en corto y mediano plazo brindar información a los docentes y padres de familia acerca de depresión, factores de riesgo e intento de suicidio y evitar las consecuencias que puedan ocasionar un desenlace irremediable en la población pediátrica de nuestro medio.

CONCLUSIONES

1.- De 25 pacientes con diagnóstico de intento de suicidio incluidos en este trabajo, 76% eran mujeres y 24% eran varones. La mayoría de los intentos de suicidio lo cometen los pacientes de sexo femenino los fines de semana durante las horas con luz.

2.- El grupo de edad que se encontró estuvo comprendida entre 11 a 14 años, siendo el de 14 años el más frecuente (36%) y el de menor frecuencia el de 12 años 4%.

3.- El Distrito de procedencia de mayor prevalencia de pacientes con intento de suicidio fue el Agustino 40%.

4.- Los días de mayor prevalencia fueron los fines de semana por la tarde durante los meses de Mayo y Agosto.

5.- Los días de estancia hospitalaria de 7 días son los más frecuentes.

6.- El método de suicidio más usado fue la ingesta de carbamatos, seguido de la ingesta de benzodiazepina.

7.- Se encontró 14 factores que predisponen al intento de suicidio. Se hallaron como factores de riesgo precipitantes al maltrato físico, maltrato psicológico, problemas escolares, abuso sexual, pandillaje, padres separados, abandono del padre, abandono de la madre, conflictos familiares, familia disfuncional, problemas amorosos,

antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas, antecedentes depresivos, antecedentes de intento de suicidio.

8.- En todos los casos en intento de suicidio fue precipitado por un factor de riesgo y depresión, el factor de riesgo más prevalente fue familia disfuncional seguido de conflictos familiares y abandono del padre.

9.- La mayoría de pacientes con intento de suicidio presentó más de 3 factores de riesgo para la realización del acto, en solamente 2 de ellos se encontró la presencia de un solo factor de riesgo.

10.- 28% de los pacientes refirieron el antecedente de familiares con enfermedades psiquiátricas y 16% de los pacientes tuvieron antecedente de intento de suicidio.

11.- Como grupo de riesgo se encontró al sexo femenino de 14 años procedentes del Distrito del Agustino.

12.- 36% de los pacientes presentó antecedentes de enfermedad depresiva en tratamiento.

13.- En la población estudiada respecto a los diagnósticos psiquiátricos, se encontró prevalencia de depresión, seguido de trastorno de conducta 36% y los diagnósticos de menos prevalencia fueron hiperquinesia, trastorno de déficit de atención encontrándose también que el 16% de la población estudiada presentaba segundo intento de suicidio.

14.- La caracterización del paciente pediátrico con intento de suicidio que llega a la emergencia de los hospitales nacionales de nuestro país sería mujer de 14 a 8 años de procedencia urbana que llega por ingesta de carbamatos (campeón) o sobredosis de algún fármaco, motivada por un problema familiar, los fines de semana durante la tarde, con mayor frecuencia los meses de Mayo y Agosto estas características no necesariamente son extrapolables a otros centros tales como hospitales del Seguro Social y Clínicas particulares.

15.- Consideramos que todo paciente suicida debería tener una adecuada evaluación psiquiatría y seguimiento por consultorio externo de Psiquiatría y Pediatría, por la presencia de intentos de suicidio en la población pediátrica se recomienda: establecer procedimientos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico precoz, ejecutar programas en corto y mediano plazo, brindar información a los docentes y padres de familia acerca de factores de riesgo, intento de suicidio, depresión y evitar las consecuencias que de estas se derivan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akiskal H, Mood disorders: Introduction and Overview En: Kaplan H, Sadock V, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry, seventh Ed on CD-Rom Philadelphia 2000.
2. Escalante M (2001): Depresión, un problema de salud mental. Health Latin America p 2-6, enero, 2001.
3. Brazelton TB. The development emotions in early infancy. En: Plutchk R, Kellerman H (eds.): Emotion. Theory, Research and Experience. Academic Press, 1983.
4. Sogi C. Aportes de la Epidemiología a la Nosología de la Depresión. Serie: Monografías de Investigación No 5. Instituto Nacional de Salud Mental “ Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”, Lima 1997.
5. Boyd J, Weissman M. Epidemiology of affective disorders: arrexamination and future directions. Arch.Gen. Psychiaty. 1981; 38: 1039-1046.
6. Judd Ll, Rapaport MH, Paulus MP. Brown JL. Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? J Clin Psychiatry. 1994; 55 Supl: 18-28.
7. Bernardo M. Epidemiología psiquiátrica. En: Vallejo Ruiloba dir. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona: Masson; 2000. p. 61-68.
8. Gabriel Medina Carrasco. Adolescencia y Salud en México,1985-1997:Un estado del arte. K.
9. Organización Panamericana de la Salud. Salud del Adolescente. OPS/OMS Washington.1995 p.
10. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Salud para la atención del adolescente. Serie Paltex. 199 p.
11. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaria de Salud México. Plan: Curso de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes. México DF SSR. 1994..
12. Pine D., Cohen E, Cohen P, Brook J. Adolescent Depressive symptoms as predictors of adult depression: Moodiness or mood disorder? American Journal of Psychiatry156(1):133-135. Jan 99.
13. Aalto Setala T. Morttunen M et al. Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and mala justment. American journal of psychiatry 159 (7) 1235-7 julio 2002.
14. Angold, D. Childhood and adolescent depression. I. Epidemiological and Etiological Aspects Br. J. Psychiatry (en prensa)..
15. Wolraich M, Felice ME, Drotar D. The classification of child and adolescent mental diagnoses in primary care: diagnostic and statistical manual for primary care (DSM-PC) child and adolescent version. Elk Grove Village, Ill.: American Academy of Pediatrics, 1996.

16. Birmaher B, Brent D, et al. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(suppl 10):63S-82S.
17. Psychiatric Conditions In Childhood And Adolescence. The Merck Manual, Sec. 19, Ch. 274.
18. Jellinek MS, Snyder JB. Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatr Rev* 1998;19: 255-64.
19. Klerman GL, Lavori PW, Rice J, Reich T, Endicott J, Andreasen NC, et al. Birth-cohort trends in rates of major depressive disorder among relatives of patients with affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:689-93.
20. Gershon ES, Hamovit JH, Guroff JJ, Nurnberger JI. Birth-cohort changes in manic and depressive disorders in relatives of bipolar and schizoaffective patients. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:314-19.
21. Salazar Loroña, Gustavo Omar. Prevalencia de depresión mayor en escolares de 12 a 16 años de edad en tres colegios de la ciudad de Huancayo. /Prevalence of major depression in students from 12 to 16 years of age in three colleges of Huancayo's city. 2004
22. Mego Benites, Ana Ivonne. Relaciones de neuroticidad, extroversión con los niveles de depresión en pacientes con conducta de intento de suicidio en un Servicio de Emergencias. /Relations of neuroticidad, extroversión with the levels of depression in patients with conduct on attempt of suicide in a Service of Emergencias hospital Emilio valdizan 2005 .
23. Flores Fabián, Yovana Beatriz; Gálvez Revollo, Angélica Zenovia 2004 Características personales y sociodemográficas de los pacientes adolescentes y adultos jóvenes con intento de suicidio. Hospital Emilio valdizan /Personal and sociodemographics characteristics of the adolescent patients and adult young people with attempt of suicide 2004
24. Freyre Diaz, Efraín Manuel. Síntomas depresivos en escolares adolescentes de cuatro colegios del distrito de Pichanaki, provincia de Chanchamayo, Junín 2004 11ª.
25. Bouvard M.P, Evaluación de los problemas depresivos de la infancia y adolescencia. Utilizando MINI 4.0, con criterios DSM IV
26. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, de la American Psychiatric Association. Manual de Psiquiatría Kaplan. Sinopsis de Psiquiatría. Edición 2000.
27. Javier León Silva, MD Sección de Psiquiatría Fundación Santa Fe de Bogotá Epidemiología del suicidio en México de 1994 2005.
28. Gerardo Campo y colaboradores. Estudio sobre envenenamiento autoinfrngido por ingestión de sustancias como metodo de suicida mas utilizado, realizado en el Hospital Universitario del Valle, en Cali 2003.
29. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionadas con la Salud CIE-10. Organización Panamericana de la Salud. Decima Revisión
30. Conceptos Básicos Espectro de la Conducta Suicida Anna Díaz. Medico Psiquiatra. Hospital de Saint EAU 2003

31. Reneto Alarcon, Guido Mazzotti. Depresiones: su impacto en la humanidad. El Concepto De Carga Global. 2004.
32. Revista Clinical y research news. Articulo: Dos Genes Marcadores que aumentan el riesgo de ideación suicida 2007.
33. Revista Community news, Psychiatric News, Articulo: suicidio de jovenes en aumento, por que. octubre 2007.
34. Revista Am J psychiatry . La versión revisada de alerta para los antidepresivos y las tendencias suicidas: negro cuadro de la develación de los análisis estadísticos diciembre 2007.