



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Ruiz Rodríguez, Andrea Vanessa; Rivas Gómez, Ana Marlend
Disfunción familiar en pacientes con intento de suicidio en el área de urgencias
pediátricas
Salud Pública de México, vol. 59, núm. 3, mayo-junio, 2017, pp. 209-210
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10651119004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

5. Ohkuma T, Hirakawa Y, Nakamura U, Kiyohara Y, Kitazono T, Ninomiya T. Association between eating rate and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes* 2015;39(11):1589-1596. <http://doi.org/10.1038/ijo.2015.96>
6. Park S, Shin WS. Differences in eating behaviors and masticatory performances by gender and obesity status. *Physiol Behav* 2015;138:69-74. <http://doi.org/10.1016/j.physbeh.2014.10.001>

Disfunción familiar en pacientes con intento de suicidio en el área de urgencias pediátricas

Señor editor: El intento de suicidio (IS) por adolescentes es una realidad¹ que requiere atención médica urgente porque ocasiona daños a la salud y la sociedad.

La OMS alerta sobre el incremento en las tasas, y México es el país con el mayor crecimiento.² El suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes de 15 a 19 años a nivel mundial y de las tres principales causas en México en este mismo grupo. Estos fallecimientos prematuros prevenibles evidencian la necesidad de tomar medidas para evitarlos.³ El conocimiento de las características personales y familiares de los menores que intentan suicidarse aporta elementos importantes para el análisis de los mecanismos involucrados en este problema.⁴

En el Hospital General Regional No. 1, de Chihuahua realizamos un estudio sobre IS en pacientes de urgencias pediátricas y su relación con disfunción familiar. Esta última está presente en problemas socioculturales y de salud,^{5,6} y es detectable y tratable. El estudio (observacional, comparativo, de casos y controles, con muestreo determinístico consecutivo), consideró como casos a pacientes que refirieran lesión autoinfligida o con el objetivo de acabar con su vida. Se evaluó el funcionamiento familiar del paciente en diferentes áreas y de algún familiar, mediante el instrumento FF-SIL.⁷

En seis meses se excedió el tamaño mínimo de muestra (14), lo que superó los registros del año anterior. Se excluyeron cinco casos, con lo cual se obtuvo un total de 20 casos y 40 controles de la misma edad y sexo. Los pacientes con IS tenían una edad media de 13.35 años, 95% cursaba la secundaria, 85% eran mujeres, 50% contaba con familiares con desórdenes psiquiátricos, 60% había estado en contacto con alcohol, tabaco o drogas. El principal desencadenante del IS (25%) fue la discusión o pelea con los padres y el método de realización más socorrido fue la ingesta de medicamentos tipo benzodiacepinas; 35% de éstos llegó a intoxicación medicamentosa.

La tipología familiar es similar entre casos y controles, descartando la asociación de IS con familias monoparentales, reconstruidas o modernas,⁴ características posiblemente originadas por la alta incidencia de divorcios y por la existencia de madres trabajadoras en el estado de Chihuahua.

De los pacientes con IS, 35% refiere que su familia es disfuncional,

contra 10% en las familias de los pacientes control ($\chi^2=5.56, p=0.018$). Sólo 5% de los familiares de pacientes con IS percibió disfunción familiar. Tanto pacientes con IS como sus familiares denotan deficiencia de afecto en su sistema familiar, no así los pacientes control o familiares de éstos, por lo que se puede considerar el afecto como un factor familiar protector contra IS en adolescentes (figuras 1 y 2).

Es importante mencionar que se observó subregistro del IS; predominio de horario nocturno; manejo heterogéneo del paciente, críticas y castigos por parte del personal de salud; ausencia de un área adecuada para la atención del IS; una vez dados de alta no se da seguimiento, lo que da pie a la recurrencia.

Sugerimos estudios de incidencia y prevalencia del IS en el nosocomio. Es preciso elaborar estrategias preventivas en torno al perfil del paciente en riesgo, trabajando como factor protector el afecto familiar; asimismo, es importante desarrollar la sensibilización del personal de salud

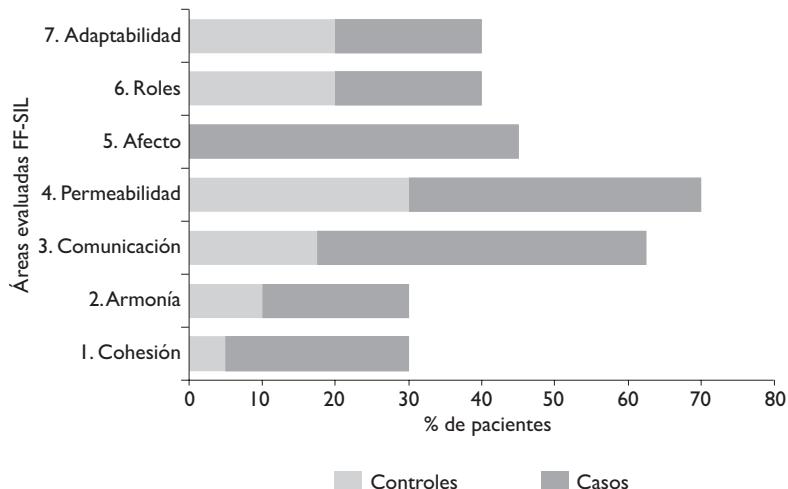


FIGURA 1. ÁREAS AFECTADAS DEL TEST FF-SIL EN PACIENTES EN EL ÁREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. I. MÉXICO, NOVIEMBRE 2013 A MAYO 2014

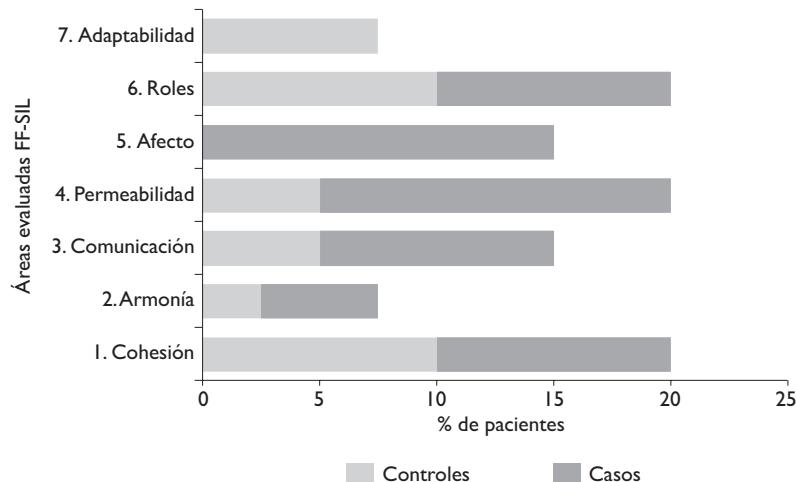


FIGURA 2. ÁREAS AFECTADAS EN EL TEST FF-SIL EN FAMILIARES DE PACIENTES DEL ÁREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. I. MÉXICO, NOVIEMBRE 2013 A MAYO 2014

sobre la patología, así como hacer énfasis en el manejo integral, valoración y seguimiento por el médico familiar.

Andrea Vanessa Ruiz Rodríguez, D en M Fam,⁽¹⁾
andreasrrz@hotmail.com
Ana Marlend Rivas Gómez, D en M Fam.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Unidad Médica Familiar 33.
Chihuahua, Chihuahua, México.

<https://doi.org/10.21149/8326>

Referencias

1. Campo G, Roa JA, Pérez Á, Salazar O, Piraguta C, López L, et al. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. Colombia Médica 2003;34(1):9-16.
2. Villa-Manzano AI, Robles-Romero MA, Gutiérrez-Román EA, Martínez-Arriaga MG, Vález-Toscano FJ, Cabrera-Pivalar CE. Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para el intento de suicidio. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009;47(6):643-646.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio [documento en internet]. Aguascalientes: INEGI, 2015 [consultado en 2014]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>
4. Valdivia PM, Schaub MC, Díaz MP. Intento de suicidio en niños: algunos aspectos biogeográficos. Rev Chil Pediatr 1998;69(2):64-67.
5. Hernández-Castillo L, Cargill-Foster NR, Gutiérrez-Hernández G. Funcionalidad familiar y

conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. Salud en Tabasco 2012;18(1):14-24.

6. Marrero LV. La familia como objeto de estudio en el proceso de salud-enfermedad de los trabajadores. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2004;5(1):62-67.

7. Ortega-Veitia T, de la Cuesta-Freijouni D, Díaz-Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Ciberna Enfermer 1999;15(3):164-168.

Las enfermedades crónicas y el gasto asegurado en Colombia

Señor editor: En el presente documento se envían algunos resultados sobre el gasto asegurado en Colombia durante los años 2010, 2012 y 2014. Éstos se obtuvieron de los registros de cada uno de los servicios médicos de una entidad promotora de salud (EPS) perteneciente al régimen contributivo que cubre aproximadamente a 880 000 afiliados. Cabe destacar que 80% de los asegurados ganan menos de tres salarios mínimos, lo que hace que los datos sean representativos de empleados formales de bajos ingresos.

A nivel mundial es conocido que las enfermedades crónicas tienen el mayor porcentaje del gasto de los servicios de salud,¹ y que están concentradas en adultos mayores.² En Colombia no hay una estimación sobre cuál es la participación de las enfermedades crónicas en el gasto asegurado.

La letalidad de las enfermedades crónicas es muy alta. Entre 2005 y 2013, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la principal causa de muerte y generaron 26.95% de las defunciones masculinas y 33.90% de las femeninas;³ aportaron 16.13% de todos los años de vida potencialmente perdidos (AVPP). Adicionalmente, de acuerdo con proyecciones oficiales, el proceso de envejecimiento de la población es acelerado. Se estima que, para 2020, 8.5% de la población tendrá 65 años o más, tasa que se ha casi duplicado en los últimos 25 años.

Gracias a un convenio académico con una EPS que nos permitió usar sus registros contables de facturación, fue posible identificar, para cada individuo que recibió al menos un servicio financiado por el sistema de salud, si tenía o no enfermedades crónicas y cuáles eran. La identificación se hizo replicando el algoritmo clasificador de los Centros Medicare & Medicaid Services (CMS),⁴ que identifica 25 enfermedades crónicas acorde a los códigos diagnósticos CIE-10.

Al relacionar el número de enfermedades crónicas con el gasto incurrido en los servicios de salud de los afiliados, se evidenció que 80.4% de los individuos del análisis no presentaba ninguna enfermedad crónica (2014), y les correspondía un gasto aproximado de 50.6% (cuadro I). A diferencia de esto, las personas con dos condiciones crónicas, representaban 3.5% e incurrían en 13% de los gastos en salud. De manera similar ocurre con las personas que padecen 3 y 4 condiciones. En definitiva, 49.4% de los recursos está distribuido en 19.6% de la población que sufre una o más enfermedades crónicas.