



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES  
ADOLESCENTES CON GESTO E INTENTO SUICIDA EN EL  
HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA  
EN LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA

PRESENTA:

**DRA. YESSICA MARLEN SALAZAR TORRES**

HERMOSILLO, SONORA

JULIO 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES  
ADOLESCENTES CON GESTO E INTENTO SUICIDA EN EL  
HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA  
EN LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA

PRESENTA:

**DRA. YESSICA MARLEN SALAZAR TORRES**

DRA ELBA VAZQUEZ PIZAÑA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA,  
INVESTIGACION Y CALIDAD HIES  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO  
DE PEDIATRÍA  
DIRECTOR DE TESIS

DR. GONZÁLEZ RAMOS LUIS ANTONIO  
DIRECTOR GENERAL HIES

DR. CABALLERO GUTIÉRREZ ROGELIO JAVIER  
ASESOR DE TESIS

Hermosillo, Sonora

Julio 2014

## AGRADECIMIENTOS:

Primeramente debo agradecer a Dios por haber sido mi guía en los momentos buenos y malos de mi vida, así como haber sembrado el deseo y la pasión por la pediatría. A mis padres quienes han sido mi mayor apoyo, gracias a sus sacrificios y cariño culminé mis estudios básicos y ahora estoy culminando mi posgrado, así como por estar cuando más los he necesitado, brindando su apoyo incondicional. A mis hermanos, que son un pilar y ejemplo a seguir, haciendo que cada momento que estoy con ellos sea maravilloso y aun estando lejos de casa sigan pendientes de mí. A mi esposo, gran compañero y consejero, quien con su amor ha hecho que mis momentos difíciles sean menores, motivándome de manera positiva. A mi hijo, mi pequeño Damián siendo mi principal motor para salir adelante, solo basta una sonrisa para hacer mi día especial. A mis pacientes, que me permitieron aprender sobre su vida, su entorno social y estado de salud, dándome la oportunidad de ejercer mi profesión. A mis maestros y compañeros de esta residencia, de quienes he adquirido conocimientos y habilidades para mi formación, en especial a la doctora Elba Vázquez Pizaña, por haber sido mi asesora de tesis, guiándome sobre las acciones del adolescente y su repercusión en nuestra sociedad, al doctor Rogelio Javier Caballero Gutiérrez por ser mi asesor de tesis, quien fomentó en mí la necesidad de saber más acerca de las patologías psiquiátricas, siendo en este caso el comportamiento suicida.

## ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN .....	5
RESUMEN .....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	10
MARCO TEÓRICO .....	11
OBJETIVOS .....	17
HIPÓTESIS .....	18
JUSTIFICACIÓN.....	19
MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
ASPECTOS ÉTICOS.....	23
RESULTADOS .....	24
DISCUSIÓN .....	31
CONCLUSIÓN .....	35
RECOMENDACIONES .....	37
BIBLIOGRAFÍA .....	38

## **INTRODUCCIÓN:**

El suicidio en los adolescentes es un serio problema de salud pública, presentando un incremento en tasas de morbi-mortalidad en los últimos años en este grupo de edad, haciéndolos vulnerables ante esta situación.

La palabra suicidio deriva del latín sui (sí mismo) y caedere (matar), significando la muerte dada a sí mismo o acción de quitarse voluntariamente la vida. Stengel lo refiere como el acto que conlleva a la muerte y el intento suicida es el acto no fatal llevado a cabo con un consciente intento autodestructivo.<sup>1</sup>

La adolescencia es una etapa de la vida con muchas potenciales para desarrollar una existencia creativa por la que atravesamos todos los seres humanos en esta etapa se presenta en los jóvenes cambios difíciles que les produce ansiedad y depresión hasta llegar en muchas ocasiones a una tentativa de suicidio.

El suicidio en adolescentes es un tema que suele callarse y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en el que vivimos, por lo que es importante conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción así como saber cuál es el significado de este acto y como puede prevenirse

El comportamiento suicida es el proceso que comprende el momento en que se produce la crisis y el paso al acto, aclarando que en los adolescentes este proceso puede ser muy corto, incluso en horas, siendo más cortos en los intentos de suicidio posteriores.<sup>2</sup>

Dentro del comportamiento suicida, en este estudio nos enfocamos al intento suicida y al gesto suicida, según refiere la Organización Mundial de la Salud. El gesto suicida es el ademán de realizar un acto suicida, incluyendo el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente y el intento suicida es el intento de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte. <sup>3</sup>

Con este estudio se pretende esclarecer la similitud y diferencia entre ambos términos, permitiéndonos entablar un mejor diagnóstico y manejo al momento de que se llegue a presentar un paciente adolescente con estas características

## **RESUMEN:**

**Título:** CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ADOLESCENTES CON GESTO E INTENTO SUICIDA EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**Objetivo:** Conocer y diferenciar las características clínicas de los pacientes adolescentes con gesto e intento suicida

**Material y métodos:** es un estudio transversal y descriptivo donde se incluyó 16 adolescentes durante el período de enero a diciembre del 2013 quienes se egresaron del servicio de medicina interna y urgencias del Hospital Infantil del Estado de Sonora con diagnóstico de gesto e intento suicida, analizando las características clínicas mediante estadística descriptiva y diferencia de medias con nivel de significancia al 5%.

**Resultados:** se egresaron 16 pacientes (11 con intento suicida y 5 con gesto suicida). Predominó el sexo femenino 15:1. La edad de presentación fue para intento 15.2 años +/- 0.90DE y para gesto 14.6 años +/- 0.89DE  $p > 0.05$ . La escolaridad en el intento suicida fue de 8.88 +/- 1.05DE y para el gesto suicida 8.75 +/- 0.95DE  $p > 0.05$ . La mayoría de los pacientes eran solteros en 72.7% en el intento suicida y un 80% en el gesto suicida. El comportamiento suicida se presentó en su mayoría en el tipo de familia nuclear disfuncional 50% del total. El principal motivo fue discusión con la madre en un 60% del gesto suicida y 45.4% del intento. El procedimiento empleado predominante fue la ingesta de medicamentos, siendo en el gesto suicida el principal analgésico y en el intento benzodiazepinas. Se aunó el diagnóstico de depresión en 10 pacientes (62.5%)

**Conclusión:** ambos tipos de comportamiento suicida se presentan a finales de la adolescencia temprana, predominó el género femenino, el factor precipitante se relacionó con problemas familiares sobre todo maternos, predominó la ingesta de



medicamentos. En las diferencias, se observó mayor abuso físico, así como antecedente de toxicomanías y/o alcoholismo en alguno de los padres, en pacientes con intento suicida; otra diferencia es el medicamento empleado en la ingesta intencional, en el gesto suicida se refiere una ingesta menor de tabletas donde predominaron los analgésicos, en cambio en el intento hay deseos claros de morir, ingiriendo cantidades mayores de medicamentos.

**Palabra clave: adolescencia, intento suicida, gesto suicida**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Se han publicado múltiples revisiones que tratan sobre intento suicida, sin embargo no se han especificado acerca del gesto suicida como tal.

En nuestro hospital contamos con población más desprotegida en el ámbito social y económico, lo cual los hace más vulnerables a este fenómeno.

Existe un aumento en la incidencia del comportamiento suicida en la población adolescente de nuestro país.

**PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes adolescentes con gesto e intento suicida hospitalizados en el Hospital Infantil del Estado de Sonora del 1 de enero al 31 de diciembre del 2013?

## **MARCO TEÓRICO:**

### 1. Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 u 11 años hasta los 19 años. Considera dos fases de la misma: la adolescencia temprana, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 <sup>4</sup>

En la adolescencia se realizan cambios psicológicos, fisiológicos, hormonales, socioculturales y biológicos, donde el adolescente se trata de desapegar de su familia, adquiere decisiones de independencia, provocando así conductas que pueden ser de aspecto negativo en su entorno tanto familiar, social y educativo, provocando estilos de vida poco saludables, como toxicomanías y/o conducta suicida que afectan la calidad de su vida. <sup>5</sup>

Según el Dr. J. L. Iglesias “la adolescencia es un periodo de aprendizaje que se prolonga en el tiempo para la adquisición de los cada vez más complejos conocimientos y estrategias para afrontar la edad adulta, solo que este adiestramiento tiene un problema, la educación del adolescente ocurre lejos del mundo de los adultos”. <sup>6</sup>

La UNICEF menciona que en México en el 2008 casi 3 millones de adolescentes no asistían a la escuela (48.6% de hombres y 44.1% de mujeres). En el 2009 había un total de 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años, de los cuales 6.3 millones

son mujeres y 6.5 millones son hombres. El 55.2% de los adolescentes mexicanos son pobres y uno de cada 5 tiene ingresos familiares y personales bajos. <sup>4</sup>

## 2. Historia del suicidio

Referente a la historia del suicidio, éste aparece en la sociedad desde tiempos remotos, solo que a lo largo de la misma ha variado la actitud de la sociedad frente a este acto. <sup>7</sup>

Durante el imperio romano, el suicidio era considerado un “acto honroso”. En Grecia se realizaban por diversos motivos (conducta heroica y patriótica, vínculos societarios y solidarios, fanatismo, locura, asistido por el senado). Se veía como una alternativa razonable el suicidio del enfermo que tenía una enfermedad incurable, si el enfermo en etapa terminal se suicidaba se consideraba que tenía motivos suficientes y se aceptaba el suicidio provocado por el dolor.

En las religiones cristiana, judía e islámica está condenado el suicidio. Los primeros concilios de la iglesia Cristiana decretaron que no se celebraría ningún funeral por ninguna persona que se hubiera suicidado, se confiscaba todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones. Según el Islam se considera un hecho más grave que el homicidio<sup>7</sup>

Freud postuló que los motivos del acto eran intrapsíquicos, representaba hostilidad inconsciente dirigida contra el objeto amado introyectado. Emile Durkheim postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista. <sup>7</sup>

En la actualidad el suicidio representa para la mayoría de la sociedad un acto de cobardía, continuando su rechazo por las religiones más influyentes en este momento (cristianismo, islam).

### 3. Epidemiología del suicidio

La Organización Mundial de la Salud, establece que a diario se registran 3 mil intentos de suicidio y aunque en México aún no hay estadísticas claras, la Secretaría de Salud estima que cada año hay hasta 14 mil intentos, sin considerar a los consumados.<sup>8</sup>

Uno de cada 10 intentos es concluido, lo que coloca a México en el noveno país de muertes autoinfligidas, de una lista de 53 aproximadamente.

En el año 2000 se registraron 2736 casos de suicidios en México, de los cuales la mitad lo cometieron personas menores de 30 años (39.3% hombres y 8.7% mujeres), se refiere además que de las personas que intentan el suicidio, la mitad de ellos tiene menos de 24 años y uno de cada cinco son adolescentes entre 15 y 19 años.<sup>9</sup>

Según INEGI en la última estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2009<sup>2</sup>, quedó asentado que en nuestro país se suicidaron 5,190 personas, de los cuales 192 casos eran entre 10 y 14 años y 1420 entre 15 y 24 años. En Sonora se registraron 3 casos entre 10 y 14 años y 32 entre 15 y 24 años<sup>4</sup>

Adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años, ocupan el primer lugar en sectores vulnerables, en segundo lugar se ubican personas adultas y en tercero adultos

mayores. Sin embargo se ha detectado un incremento en niños mayores de 10 años.

México ocupa el segundo lugar de mortalidad en adolescentes entre 10 y 14 años

En Colombia en el año 2010 se presentaron tasas más altas de suicidio en ciudades como Quindío, Boyacá, Huila, Caldas y Risaralda, abarcando principalmente el género masculino entre las edades de 20-34 años. Sin embargo el aumento en la incidencia entre los grupos de 15-17 años es más del doble con respecto a los grupos de edades menores de 15 años y mayores de 40. <sup>10</sup>

El estudio realizado por Romer y cols en el 2007 menciona que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de Estados Unidos, sugiriendo que las principales causas son las diferencias raciales y la aceptación del suicidio, con una tasa de 11.4 suicidios por cada 1000 habitantes. <sup>11</sup>

#### 4. Comportamiento suicida

El grupo de la Organización Mundial de la Salud para la prevención del suicidio, encabezados por el Dr. Pérez Barrero, definen las etapas del comportamiento suicida de la siguiente manera<sup>3</sup>:

- **El deseo de morir**

- Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: 'la vida no merece la pena vivirla', 'lo que quisiera es morirme'.

- **La representación suicida**

- Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, ejemplo: se ha imaginado ahorcado
- **Las ideas suicidas**
  - Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las diferentes formas de presentación
- **La amenaza suicida**
  - Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, debe considerarse como una petición de ayuda.
- **El gesto suicida**
  - Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.
- **El intento suicida**
  - Es el intento de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte
- **Suicidio consumado**
  - Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte



La Dra. Serfaty refiere “generalmente los adolescentes avisan de alguna manera que están pasando por una situación de crisis y piden ayuda, a través de escritos, poesías, cartas en que el contenido es la muerte o situaciones violentadas, comunicándose con un amigo o familiar poco tiempo antes de hacer el intento, como pidiendo una oportunidad de ser salvados”<sup>12</sup>

## 5. Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo suicida están el sexo femenino, tener antecedentes personales o familiares de intento suicida, ser menor de 30 años, vivir solo, estar desempleado, tener un evento adverso reciente, muerte de un ser querido recientemente, presentar trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión.<sup>12</sup>

En un estudio en Colombia en el 2012 se observó como principales factores de riesgo el género femenino en un 51.7%, edad promedio de 14.3 años, prevaleciendo la raza mestiza en un 83%, población del área urbana en un 82.7%, cursando el octavo grado 22%, el 12.2% presentó intento de suicidio previo, consumían sustancias psicoactivas el 15.6%, siendo marihuana la más consumida en un 36.8%, dependencia alcohólica en 11%, tabaquismo presente en el 37.2%, el 7.6% presentaba algún tipo de maltrato infantil, siendo el psicológico el más común con un 76%, se presentaron intentos de suicidio en familiares de los estudiantes en el 15.5%<sup>14</sup>

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Conocer y diferenciar las características clínicas de los pacientes adolescentes con gesto e intento suicida atendidos en el Hospital Infantil del Estado de Sonora del 1 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2013

### **OBJETIVOS SECUNDARIOS:**

- Describir las manifestaciones clínicas relacionadas al gesto e intento suicida
- Identificar las características clínicas de ambos grupos
- Comparar las diferencias clínicas entre los dos grupos

## HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Las características clínicas de los adolescentes con gesto suicida son diferentes a las características clínicas de los adolescentes con intento suicida.

## JUSTIFICACIÓN:

Actualmente no se ha logrado establecer una diferencia clara entre los términos de gesto e intento suicida, siendo englobados ambos tipos de comportamiento suicida únicamente como intento suicida. Se pretende realizar un diagnóstico más preciso en relación a la población adolescente que acude por gesto suicida, para establecer un manejo integral óptimo al momento de su atención, así mismo en este hospital no hay un estudio o revisión previa acerca del gesto suicida como tal, por lo que se trata además es en encaminar hacia estudios posteriores sobre éste tema.

La prevención y manejo del suicidio es una necesidad que no se ha abordado de forma adecuada, en buena parte, debido a que se ha minimizado y existe una falta de conocimiento e interés sobre la importancia de este problema en la sociedad así como en el ámbito médico, sobre todo el área que nos compete que es la pediatría, dejando el manejo en la mayoría de los casos a cargo de psiquiatría, cuando como previamente se expone, se trata de un manejo integral.

## **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Diseño: es un estudio transversal y descriptivo

Universo de estudio: se incluyó a la población adolescente (entre 10 y 19 años de edad) que se egresa del servicio de medicina interna y urgencias del Hospital Infantil del Estado de Sonora con diagnóstico de gesto e intento suicida establecido según criterio del comportamiento suicida establecido por la Organización Mundial de la Salud en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2013

Muestra: se revisaron 16 expedientes de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión

Variable dependiente:

- Comportamiento suicida

Variable independiente:

- Sexo
- Edad
- Escolaridad
- Estado civil
- Número de egresos por gesto o intento suicida
- Motivo de haberlo realizado

- Fármaco o material utilizado
- Funcionalidad familiar
- Abuso de sustancias
- Evolución intrahospitalaria
- Motivo de egreso

#### Criterios de inclusión

- Haber egresado del servicio de medicina interna y urgencias del Hospital Infantil de Estado de Sonora con diagnóstico de gesto e intento suicida en el período de tiempo del 1 de enero al 31 diciembre 2013
- Cumplir criterios de comportamiento suicida según la Organización Mundial de la Salud
- Ser adolescente (10-19 años de edad)

#### Criterios de exclusión:

- Haber realizado suicido consumado
- Edad menor de 10 años o mayor de 19 años
- Comorbilidades: hipotiroidismo, esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.

#### Criterio de eliminación

- Expediente clínico incompleto

## Recolección de la información

La obtención de los datos se capturó en hoja de cálculo de Excel versión 2010, analizando las variables sexo, edad, escolaridad, estado civil del paciente y de los padres, motivo de haber realizado el comportamiento suicida, fármaco o material utilizado, funcionalidad familiar, toxicomanías, estancia hospitalaria y manejo.

## ANALISIS ESTADISTICO

Mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central, desviación estándar, proporción, porcentajes y diferencia de medias con nivel de significancia al 5%

## PRESENTACIÓN DE DATOS:

Mediante el uso de tablas y gráficas donde se presentaron los valores de las variables y sus resultados y correlaciones. Se utilizaron los programas Excel y Word.

## **ASPECTOS ÉTICOS:**

El presente estudio fue revisado y aceptado por el Comité de Ética e Investigación con la clave 019/2014. Dado que el trabajo cumple con las normas éticas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, este estudio es considerando sin riesgo debido a que es un estudio observacional.



## RESULTADOS:

En el periodo de estudio, se hospitalizaron 16 pacientes con el diagnóstico de intento suicida, de los cuales 13 ingresaron a hospitalización en medicina interna.

Egresándose con los diagnósticos del comportamiento suicida según Organización Mundial de la Salud, 11 con intento suicida (11 de Medicina Interna) y 5 con gesto suicida (3 de Urgencias y 2 de Medicina Interna).

De los 16 ingresos predominó el sexo femenino, ya que solo hubo un ingreso masculino con una relación 15:1. La media de edad de presentación para el intento suicida fue de 15.2 años  $\pm$  0.90DE y para el gesto suicida fue de 14.6 años  $\pm$  0.89DE (cuadro 1 y cuadro 2).  $P > 0.05$  no significativa

La tasa del intento suicida en Hermosillo de una población adolescente de 156,084 fue del 0.10%., no se reporta tasa acerca del gesto suicida.

**Cuadro 1. Sexo y edad por intento suicida**

Edad	Masculino	Femenino	Total	Porcentaje
14		2	2	18.1%
15	1	4	5	45.4%
16		3	3	27.2%
17		1	1	9%
TOTAL	1	10	11	99.7%

---

**Cuadro 2. Sexo y edad por gesto suicida**

---

<b>Edad</b>	<b>Femenino</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
14	3	3	60%
15	1	1	20%
16	1	1	20%
<b>TOTAL</b>			<b>100%</b>

---

Con respecto a la escolaridad al momento de haber realizado el comportamiento suicida, la media del grado escolar en el intento suicida fue de 8.88 +/- 1.05DE siendo para el gesto suicida 8.75 +/- 0.95DE, de los 16 pacientes 3 no estudiaban representando un 18.7%.  $p > 0.05$  no significativa. El 100% de los pacientes sabía leer y escribir (cuadro 3).

---

**Cuadro 3. Escolaridad al momento del comportamiento suicida**

---

	<b>Intento suicida</b>	<b>Gesto suicida</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>7</b>	1		1	6.25%
<b>8</b>	2	2	4	25%
<b>9</b>	3	1	4	25%
<b>10</b>	3	1	4	25%
<b>No estudia</b>	2	1	3	18.75%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

---

Con respecto al estado civil del paciente predominó en ambos el ser soltero/a con un 72.7% en el intento suicida y un 80% en el gesto suicida, se encontraban separados de su pareja un 27% los del intento y un 20% los del gesto suicida, 2 de los pacientes con intento tenían hijos.

Dentro de la funcionalidad familiar se observó que el comportamiento suicida se presentó en su mayoría en el tipo de familia nuclear disfuncional, presentándose en el 50% del total de casos (cuadro 4), de este tipo de familia se cuenta con el antecedente de abuso físico hacia la madre y/o los hijos en 3 casos de pacientes con intento suicida (60%) y un caso de gesto suicida (33.3%). Así Como presencia de alcoholismo o toxicomanías en alguno de los padres en 2 de los pacientes con intento suicida 40%.

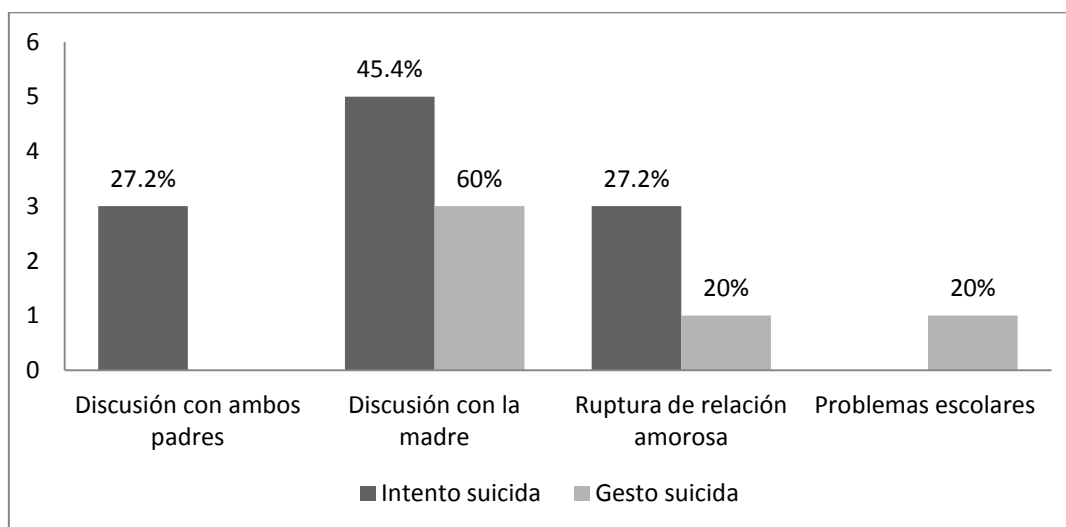
En segundo lugar se encuentra el tipo de familia monoparental, con un 43% del total de casos. No se observó antecedente de suicidios o intentos de suicidio en algún miembro de la familia de los pacientes.

<b>Cuadro 4. Tipo de familia</b>	<b>Intento suicida</b>	<b>Gesto suicida</b>
<b>Nuclear</b>	5	3
<b>Monoparental</b>	5	2
<b>Ensamblada</b>	1	

Continuando con la familia, el estado civil de los padres era casados en 3 de los casos de intento por 2 de los de gesto, unión libre en 2 del intento y 1 de gesto,

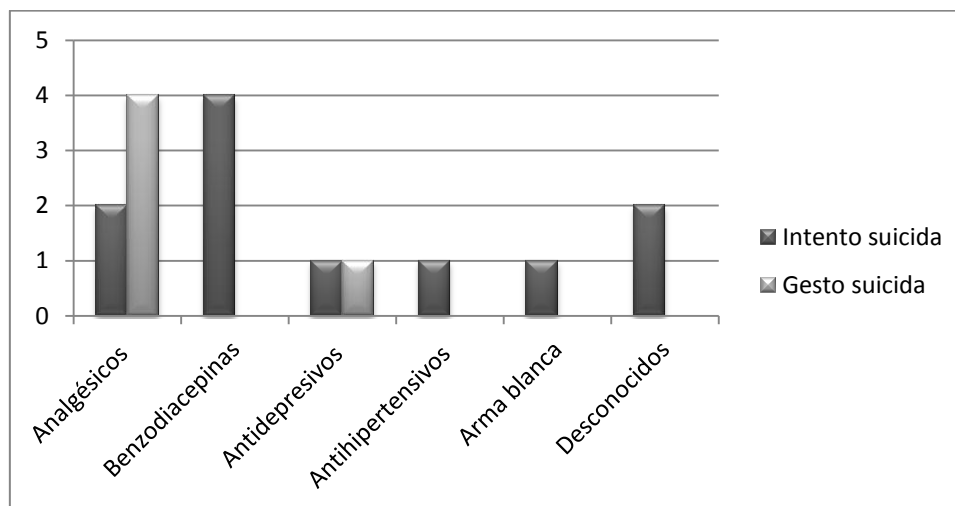
padres divorciados solo se presentaron en pacientes con intento, 2 de ellos, así como predominio de madres solteras en 4 casos de intento.

Conforme al motivo de realizar el comportamiento suicida, tanto para intento como para gesto, predominó el haber discutido con la madre, ya sea por “no dejar tener novio a las pacientes” o por “no gustarle el tipo de compañía con los que cuentan”, así mismo también influyó el ámbito sentimental por sí solo, ya que el segundo detonante fue la ruptura de la relación amorosa. Gráfica 1



Conforme al procedimiento empleado en el gesto suicida en todos los casos se refiere la ingesta de medicamentos, pero de una cantidad **menor a 4 tabletas**, siendo en un 80% analgésico, en el intento suicida la ingesta fue mayor, reportándose en la mayoría, una cantidad **mayor de 10 tabletas** (los familiares lo mencionan como mayor a una “tira” de tabletas), representando un 36% el uso de benzodiazepinas, en un 18% los analgésicos, así mismo se provocó lesión autoinflingida por herida de arma blanca (herida cortante en antebrazos) en un caso

(9%), siendo este último el único segundo intento de suicidio reportado en el año, se desconoce el tipo de medicamentos empleado en 2 casos (18%).



A su llegada a Urgencias de este hospital, las manifestaciones clínicas referidas de los casos de comportamiento suicida, fueron las siguientes: neurológicamente se encontraron en estado de alerta en 12 casos (75%) somnolencia en 4 casos (25%) todos relacionados en la ingesta de benzodiacepinas del intento suicida, en ningún caso hubo repercusión hemodinámica, incluso a pesar de haber ingerido una paciente antihipertensivos, a nivel ventilatorio no se reportó algún caso con dificultad respiratoria, respecto a lo gastronutricio, en el caso de gesto suicida no se reportan mareos, náuseas o vómitos, en el intento suicida 3 casos a su llegada con náuseas (27%), vómitos posterior a la ingesta medicamentosa en 7 casos (63.6%), en lo metabólico en ningún caso se hubo alteración de electrolitos o pruebas de funcionamiento hepático, en lo hematoinfeccioso no hubo datos de sangrado de tubo digestivo en ninguno, solo sangrado activo leve en la herida cortante de antebrazos por arma blanca, requiriendo solo vendaje compresivo, no sutura ni transfusión.

Anímicamente los pacientes a su llegada, los del intento suicida con llanto activo en 8 casos (72.7%), agresividad en 5 casos (45.5%), sentido de culpabilidad en 4 casos (36.3%), indiferencia en 2 casos (18.1%), cooperadores con el interrogatorio en el 100% de los casos, los de gesto suicida no se comentan datos de irritabilidad o agresividad, con sentido de culpabilidad en 3 casos (60%), indiferencia en 2 casos (40%). Las ideaciones suicidas se presentaron en 9 casos (56.2%).

Al interrogatorio se niega en los 16 pacientes abuso de tóxicos, tabaquismo menor de 10 cigarros al día en el 25%, mayor a 10 cigarros diarios en el 9%, alcoholismo ocasional sin llegar a la embriaguez en 31.2%.

Con respecto al manejo de los pacientes en hospitalización:

- **Urgencias:**
  - Se dejó en ayuno, se inició lavado gástrico y se empleó carbón activado en 12 pacientes (75%)
  - Se realizó interconsulta por escrito al servicio de psiquiatría en todos los pacientes, siendo valorados en este servicio 7 pacientes (43.7%)
- **Medicina interna**
  - Se dio valoración por psiquiatría a los 9 restantes (56.2%)
  - Se otorgó terapia psicológica en 13pacientes (81.2%)
  - Se inició fármaco antidepresivo en 10 pacientes (62.2%)

- Se realiza protocolo para traslado a hospital psiquiátrico en 2 pacientes

De los 16 pacientes se aunó el diagnóstico **depresión** en 10 de ellos (62.5%), se reporta una paciente que reingresó por el diagnóstico de intento suicida en un lapso menor a una semana posterior a su egreso (primero ingesta de benzodicepinas, segundo ingreso por herida por arma blanca), siendo trasladada al hospital psiquiátrico.

Manejo al egreso (indicaciones de alta):

- Manejado con terapia psicológica y psiquiátrica
  - 4 pacientes (Todos con diagnóstico de gesto suicida)
- Manejado con terapia psicológica, psiquiátrica y fármacos
  - 10 pacientes (uno de ellos con gesto suicida y 9 con intento suicida)
- Traslado a hospital psiquiátrico
  - 2 pacientes (con diagnóstico de intento suicida)

Continuidad en la consulta externa de psiquiatría

Acudieron 8 pacientes de los 16 egresos, (todos ellos con diagnóstico de intento suicida), no se presentaron pacientes con gesto suicida ni hay reporte de reprogramación de cita. Actualmente presentan mejoría en estado de ánimo con el manejo multidisciplinario (terapia psicológica, psiquiátrica y farmacológica).

## DISCUSIÓN:

En este estudio se comprobó que ambos tipos de comportamiento suicida se presentaron en su mayoría en la etapa final de la adolescencia temprana, siendo relacionados con procesos adaptativos tanto psicológicos, emocionales y hormonales, como se argumenta Aguirre y Cols.<sup>15</sup>

Conforme a la edad de presentación, como se refiere previamente, no ha habido estudios sobre gesto suicida, solo de intento suicida, por lo que se comparará sobre éste último. Se corrobora lo que se reporta en la literatura, en un estudio en Colombia en el 2011 se presentó en adolescentes de 13 a 17 años<sup>16</sup>, en un estudio en Xalapa, Veracruz en el 2007 se reportan en pacientes de 13 a 17 años con una media de 14.2 años,<sup>17</sup>. En este hospital se hizo un estudio sobre intento suicida en el 2005, con presentación en una media de edad de 14 años.<sup>18</sup>

El género predominante fue el femenino, en este año de estudio la relación fue mucho mayor a la documentada, Monge y cols comentan que la proporción es 3:1<sup>17</sup>, se observó en un estudio en Bogotá, Colombia, una relación hombre/mujer 4:1<sup>19</sup>

Tanto el gesto como intento suicida se presentaron en la mayoría en el octavo grado, correspondiente al segundo año de secundaria, que en este estudio, se relacionó con la edad de presentación de los pacientes de 15.2 años para intento y 14.6 años para gesto, interpretándose que no hay atraso en el ámbito escolar.

El estado civil de los pacientes siendo la gran mayoría solteros como se describe en estudios previos,<sup>18</sup> el resto (3 pacientes de intento por 1 de gesto) se encontraban



con terminación de relación amorosa, la presencia de hijos en 2 de los pacientes con intento, quienes recientemente presentaron separación de la pareja.

Con respecto a la funcionalidad familiar de estos pacientes, se observó la presencia de familia nuclear tipo disfuncional como primera causa del comportamiento suicida, presentándose en mayor frecuencia en los pacientes con intento que los de gesto, Fuentes y cols refieren la disfunción familiar como factor de riesgo suicida en estudiantes del sexto al onceavo grado escolar <sup>20</sup>. Así como Álvarez-Latorre y cols quienes en un estudio escolar en Caldas, Colombia en el 2012 en 354 estudiantes, el 42.6% de ellos presentó disfunción familiar leve a severa. Se integraban dentro de una familia nuclear <sup>21</sup> A pesar del predominio de familia nuclear, cada vez más hay antecedentes de tipo de familia uniparental, resaltando la presencia de madres solteras.

Dentro de los factores precipitantes para realización del comportamiento suicida, en primera instancia está la discusión con la madre o ambos padres, relacionado con lo observado en este hospital en el 2005, respecto a un alto porcentaje de riñas familiares 63.3% <sup>18</sup> en segundo lugar se encuentra la ruptura sentimental, también referido como detonante en el estudio del 2005 como factor de riesgo común, en un 48.3%

Respecto al método empleado para la realización del acto suicida, tanto para gesto e intento fue la ingesta de fármacos la mayormente empleada. Cabe diferenciar que en gesto sobresalió la ingesta de analgésicos de menor cantidad, no sobrepasando las 4 tabletas, pudiendo ser una manera de llamar la atención o de reclamo hacia los

padres, posterior a la riña con los mismos, siendo conscientes que no provocarían una lesión seria a su organismo. Ya los pacientes de intento ingirieron cantidades mayores a las 10 tabletas aproximadamente, ya que en varios de ellos solo se refieren en las notas “haber ingerido la tira de tabletas”, con el deseo de morir resaltando el consumo de benzodiazepinas, comprobando lo referido en otros estudios. Como en el 2010 en Argentina reportándose una ingesta del 68% de psicofármacos <sup>22</sup>. En Chile en el 2001 Valdivia y colaboradores refieren un 73.9% de los casos utilizaron psicofármacos para realizar el intento suicida. <sup>23</sup>

Otra diferencia entre nuestros pacientes estudiados fueron las manifestaciones clínicas, donde los pacientes con intento suicida llegaron a presentar somnolencia, náuseas y vómitos, relacionándose con la intoxicación medicamentosa secundaria a la ingesta intencionada de los fármacos, así como mayor labilidad emocional respecto a los de gesto donde no se comenta alteración al estado de alerta ni datos de intoxicación medicamentosa, motivo por el cual en la gran mayoría de los pacientes con gesto se egresaron del servicio de Urgencias con manejo ambulatorio, por no presentar lesiones o signos de intoxicación.

A diferencia de otros estudios, en esta población estudiada, se negaron toxicomanías, un factor de riesgo importante para el acto suicida, como se aprecia en un estudio realizado en instituciones de rehabilitación en Colombia en el 2012, donde un 71% de sus pacientes consumen marihuana de manera concomitante con otros tóxicos. <sup>24</sup> la presencia de tabaquismo y alcoholismo en la etapa adolescente, nos orientan hacia el gran alcance que tienen nuestros jóvenes hacia este tipo de drogas

lícitas, pese a que se supone que se tiene que ser mayor de edad para poder comprarlas y consumirlas.

El manejo que se otorgó en hospitalización a estos pacientes, fue multidisciplinario, iniciando por manejo de urgencia para intoxicación medicamentosa, así como con su posterior valoración por el servicio de psiquiatría, psicología, requiriendo manejo médico los pacientes que se les aunó el diagnóstico de depresión.

Otra diferencia entre los 2 tipos de comportamiento estudiados en este periodo de tiempo, fue el manejo ambulatorio, ya que solo acudieron a citas de control el 72% de los pacientes con intento suicida, ningún caso de gesto suicida, corroborando nuestra justificación del estudio donde se le resta importancia hacia los padecimientos psiquiátricos por parte de la sociedad en general.

## **CONCLUSIONES:**

Aunque en este estudio pese a que se aprecia una muestra pequeña, ya se logra observar el establecimiento del diagnóstico de gesto suicida como tal, que en años previos se englobaba solamente al término de intento suicida.

Se lograron los objetivos del presente estudio, comparando y diferenciando las características clínicas de estos dos tipos de comportamiento suicida. Dentro de las similitudes entre ambos, se observó que ambos se presentan a finales de la adolescencia temprana, de predominio el género femenino, cursando en su mayoría el octavo grado, solteros, relacionándose con familia nuclear disfuncional, el factor precipitante se relacionó con problemas familiares sobre todo maternos, predominó la ingesta de medicamentos, clínicamente no hubo repercusión hemodinámica, ni lesiones que pusieran en riesgo la vida. En las diferencias, se observó mayor abuso físico, así como antecedente de toxicomanías y/o alcoholismo en alguno de los padres, en pacientes con intento suicida; otra diferencia es el medicamento empleado en la ingesta intencional, en el gesto suicida se refiere una ingesta menor de tabletas donde predominaron los analgésicos, en cambio en el intento hay deseos claros de morir, ingiriendo cantidades mayores de medicamentos, siendo éstos benzodiazepinas principalmente, se observó también lesión autoinflingida por arma blanca en antebrazos, clínicamente en estos pacientes se reportó somnolencia, mareos y náuseas, los pacientes con gesto suicida estuvieron prácticamente asintomáticos, motivo por el cual se pudo realizar egreso de hospitalización en Urgencias. En el seguimiento de los pacientes por parte de la consulta externa de

Psiquiatría, se observó mayor apego de los pacientes que egresaron con diagnóstico de intento suicida que los de gesto, ya que acudieron a consultas de control solo los de intento, ninguno de los de gesto.

## **RECOMENDACIONES:**

Se debe dar mayor importancia a la salud del adolescente, siendo en este caso en el servicio de higiene mental, apoyando a programas que entiendan el proceso de adaptación hormonal, emocional y psicológica por el que se atraviesa en esta etapa de la vida

En el caso de los pacientes con gesto suicida, sería indispensable llevar un seguimiento adecuado al momento de su diagnóstico, ya que como se comenta se minimiza su impacto hacia la salud del paciente, por lo que se debe explicar claramente al paciente y a sus familiares sobre la importancia de la atención multidisciplinaria, acudiendo a sus consultas de control tanto en psiquiatría como en psicología.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Marchiori H. El suicidio, enfoque criminológico. 2006; 2: 1-20
2. Barón B. O. P. Adolescencia y suicidio. Revista de psicología desde el Caribe Universidad del Norte. 2000; 6: 48-69.
3. Pérez Barrero A. El comportamiento suicida. Revista de psicología organizacional. 2009; 1: 12-14.
4. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Mortalidad en adolescentes entre 10-14 años. 2009; 1-4
5. Arias Gutiérrez M. Marcos Fernández F.G. Martín Jiménez M. Arias Gutiérrez J. M. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. MEDISAN. 2008; 5: 13-14
6. Iglesias Díaz J.L. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatría Integral 2013; 2: 88-93
7. Meneses Garduño J. Armengol Ortiz J.A. Arias Castillo L. Piña Assaf C. Suicidio en los adolescentes, estudio integral del adolescente. Revista de actualización continua en Medicina familiar. 1999;1: 48-49
8. Secretaría de Salud México. Depresión y suicidio en México. Programa de subsecretaria de prevención y promoción a la salud. 2011; 2-4
9. Fonseca León J. Suicidio. Boletín Latinoamericano Adolescencia. 2004; 1: 1-3
10. Cortés-Alfaro A. Aguilar-Valdés J. Medina-Suárez R. Toledo Prado J. J. Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la provincia de Sancti Spiritus. Rev. Cubana Hig Edpidemiol 2010; 48: 15-23

11. Joe S. Romer D. Jamieson P. E. Suicide Acceptability is Related to suicide planning in U. S. Adolescents and Young Adults. *Suicide life threat behave* 2007; 37: 165-78
12. Serfaty Edith. Suicidio en la adolescencia. *Adolescencia latinoamericana*. 2006; 98: 105-10
13. Rodríguez A. El suicidio y su prevención. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2006; 5: 2-8
14. Álvarez-Latorre J. Cañón Buitrago S. Factor de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de Palestina-Caldas (Colombia). *Revista Colombia Médica*. 2012; 3: 127-41
15. Aguirre B. A. Psicología de la Adolescencia. *Rev Alfaomega-Marcombo*. 2006; 1: 1-5
16. Piedrahita L. E. Identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio en niños y adolescentes a partir de la aplicación del proceso de Atención de Enfermería. *Rev. Colombia Médica*. 2011; 42: 334-41
17. Monge Holguín J.A. Cubillas Rodríguez M.J. Román Pérez R. Abril Valdéz E. Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y salud*. 2007; 17: 45-51
18. Vázquez-Pizaña E. Fonseca Chon I. Padilla-Villarreal J. Diagnóstico de depresión con la escala de Birleson en adolescentes con intento de suicidio y sanos. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*. 2005; 22: 107-18



19. González J, Hernández H. Suicidio en Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2006; 2: 3-5
20. Fuentes Lerech M, Gonzáles Arias A. Castaño Castrillón J. Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6º a 11º grado en colegios de la ciudad de Manizales, Colombia 2007-2008. Arch Med Manizales. 2009; 9: 100-22
21. Pacheco B. Lizana C. P. Diferencias clínicas entre adolescentes hospitalizados por intento suicida y adolescentes hospitalizados por otra causa psiquiátrica. Rev. Med. Chile. 2010; 2: 160-67
22. Bella M. E. Intento de suicidio en niños y adolescentes, depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. Archivos Argentinos Pediátricos. 2010; 108: 124-26
23. Valdivia M. Ebner D. Fierro V. Gajardo C. Miranda R. Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica, una revisión de cuatro años. Rev. Chilena neuro-psiq. 2001; 39: 211-18
24. Aristizábal Vásquez C, Cañón Buitrago S.C. Castaño Castrillón J. J. Castaño Ramos L. Riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales Colombia 2012; 13: 11-23

1. Datos del Alumno	
Autor	Dra. Yessica Marlen Salazar Torres
Teléfono	662 180 08 77
Universidad	Universidad Autónoma de Baja California
Facultad	Facultad de Medicina Mexicali
Número de cuenta	512221854
2. Datos del Director	Dra. Elba Vázquez Pizaña Jefe del Departamento de Enseñanza , Investigación y Calidad del Hospital Infantil del Estado de Sonora Profesor del Curso Universitario d Pediatría
3. Datos de la tesis	
Título	Características clínicas de los pacientes adolescentes con gesto e intento suicida en el Hospital Infantil del Estado de Sonora.
Número de páginas	40 páginas