



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:**

**URGENCIAS PEDIÁTRICAS**

**TÍTULO DE LA TESIS:  
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y  
SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES ENTRE 12 Y  
18 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS POR  
INTENTO SUICIDA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE  
TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE MÉXICO DE ENERO  
DEL 2018 A DICIEMBRE 2020**

**PRESENTA:  
DRA. AURORA SÁNCHEZ ARENAS**

**TUTOR DE TESIS:  
DRA. ROSA VALENTINA VEGA RANGEL**



**Ciudad de México 2022**



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.

## INDICE

Marco Teórico.....	2
Antecedentes Históricos.....	2
Panorama Epidemiológico Del Suicidio.....	2
Panorama Epidemiológico De La Ideación Suicida.....	5
Etiopatogenia Los Suicidios E Intentos Suicidas.....	9
El Suicidio En La Adolescencia.....	10
Factores De Riesgo Para El Suicidio E Intento Suicida.....	10
Consecuencias Medicas Del Intento Suicida.....	14
Planteamiento Del Problema.....	15
Pregunta De Investigación.....	15
Justificación.....	15
Objetivos.....	16
Objetivo General.....	16
Objetivos Específicos.....	16
Material Y Métodos.....	17
Universo De Estudio.....	17
Muestra De Estudio.....	17
Criterios De Inclusión.....	17
Criterios De Exclusión.....	17
Cuadro De Variables.....	18
Análisis Estadístico.....	21
Resultados.....	22
Comparación.....	35
Conclusión.....	37
Bibliografía.....	38

## Marco teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que en el año 2016 cerca de 800,000 personas se suicidaron, lo que representa una tasa mundial por año de 11.4 /100 000 habitantes; siendo los países de primer mundo los que presentaron un mayor número de casos con un marcado predominio de los hombres sobre las mujeres en una relación de tres a uno. <sup>1</sup> a nivel mundial, los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres.<sup>2</sup> El suicidio es una muerte violenta por lo inesperado, súbito y agresivo, afecta no solo a la persona que lo lleva a cabo, sino a todo su entorno. La OMS lo definió como: “*Todo acto deliberado de quitarse la vida*”. <sup>3</sup>

## Antecedentes históricos

A lo largo de la historia el suicidio se ha presentado como un fenómeno que varía de acuerdo con la época y condiciones del país. En tiempos prehispánicos era considerado un acto de honor y veneración; por el contrario, en la actualidad es visualizado como una decisión que proyecta debilidad, vergüenza o repudio. A pesar del rechazo generalizado en la sociedad, esta causa de mortalidad ha mostrado un incremento considerable a nivel mundial. <sup>4</sup>

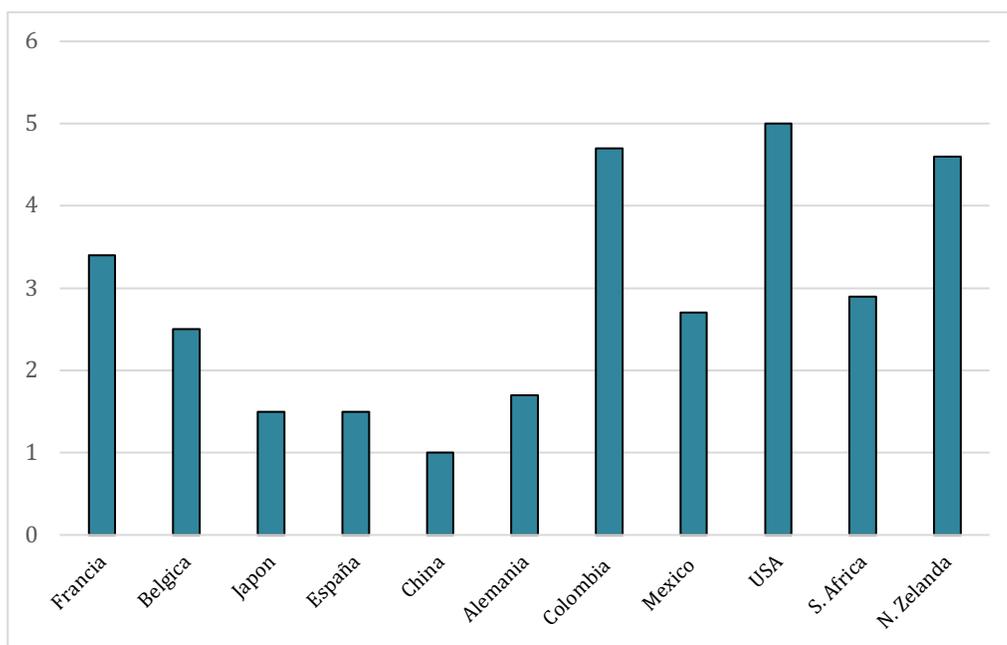
De acuerdo con sus raíces etimológicas, la palabra suicidio proviene del latín **Sui** - *de sí mismo*- y **Cadere** - *matar*- que en conjunto significa: matarse a sí mismo.<sup>5</sup> El sociólogo francés *Émile Durkheim* en su obra “*El suicidio*” escrita en 1897, lo define como: “*Todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la misma víctima, sabiendo ella que debía producir ese resultado*”. Debido a la gravedad e impacto de la acción siempre ha representado un hecho perjudicial tanto a nivel individual como social ya que se fundamenta en una intención o sentimiento destructivo.<sup>6</sup>

## Panorama epidemiológico del suicidio

De acuerdo a la OMS en su último reporte 2016-2018 la tasa mundial de suicidio es de 11.4 /100 000 habitantes por año, de los cuales los hombres presentan una tasa de 15 y las mujeres del 8 por cada cien mil habitantes,<sup>7</sup> convirtiéndolo en la tercera causa de muerte a nivel mundial en adolescentes entre 15 y 19 años de edad.<sup>1</sup> Las tasas de suicidio más elevadas se encuentran en países europeos de la región EURO-A, en donde se estima que ocurrieron 54,280 muertes por suicidio en el 2002 en una relación 3:1 con predominio de hombres sobre mujeres. Países como Alemania, Bélgica, España, Francia y Ucrania pertenecientes a esta región europea destacan entre otros por presentar las mayores tasas de suicidios a nivel mundial y

continental. Los varones presentaron un predominio en las edades entre 15 a 44 años y las mujeres en mayores de 65 años, determinándose una tasa de mortalidad de 7.99/ 100,000 habitantes en hombres y 2.39 en mujeres. En España en el año 2000 ocurrieron un total de 3,416 suicidios de los cuales el 76% lo realizaron hombres y el 24% mujeres, con una tasa de 12.10 y 3.42 por cada 100 000 habitantes para hombres y mujeres respectivamente, con un predominio del rango de edad de 15 a 29 años en ambos sexos. El método más utilizado según un estudio de vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda (VEIA 2000) por Caballero Vallés en la comunidad de Madrid es el uso de ingestión de tóxicos o medicamentos como primer método tanto en hombres como mujeres con el 74%, seguidos muy por debajo por el uso de objetos cortantes con 10% y en tercer lugar saltar de altura con el 5.8%. En otras regiones de España los hombres recurrieron en primer lugar al ahorcamiento y las mujeres al salto de altura. En el continente asiático, países como India, Japón y la República de Corea alcanzaron tasas que oscilan entre los 10-15 suicidios por cada 100 mil habitantes. <sup>8</sup>

La siguiente grafica muestra las tasas de mortalidad por suicidio de México y de diferentes países del mundo en el año 2009.



- Número de casos por cada 100 000 habitantes

La prevención del Suicidio, un imperativo global ISBN 978 92 4 156477 9, Organización Mundial de la Salud 2014, disponible en: <http://infograficos.oglobo.globo.com/sociedade/mapa-da-taxa-de-suicidio-no-mundo.html>

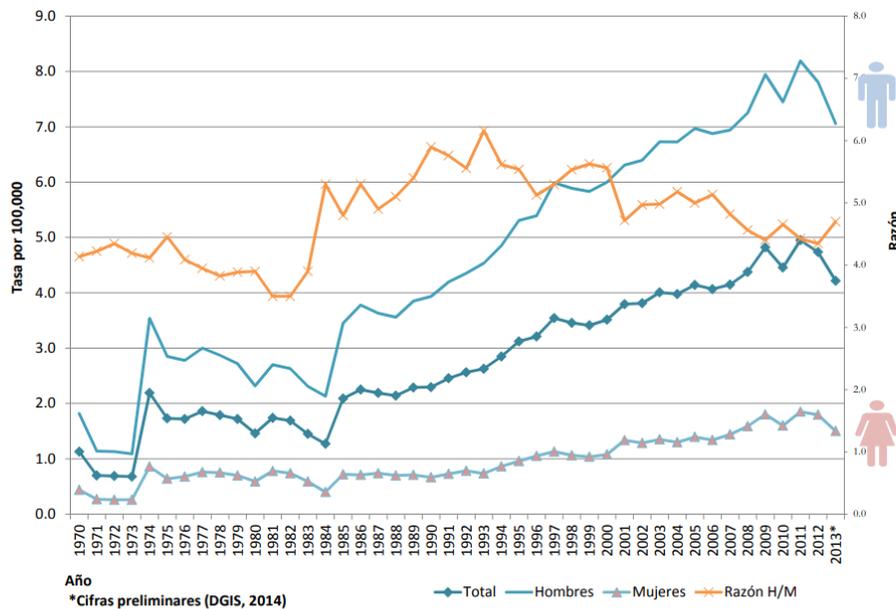
En el continente americano ocurrieron alrededor de 65 000 defunciones anuales por esta causa con una tasa de mortalidad ajustada según la edad de 7.3/ 100 000 habitantes en el periodo 2005-2009. Desde una perspectiva subregional, el Caribe no hispano y América del Norte presentaron las tasas más elevadas, mostrando hasta 10.2/ 100 000 habitantes, mientras que las tasas más bajas se observaron en las subregiones de América Central, Caribe hispano, México y de América del Sur con 5.2/ 100 000 habitantes. Entre las personas de 20 a 24 años fue la tercera causa principal de muerte en las Américas; entre las personas de 10 a 19 años y de 25 a 44 años fue la cuarta causa de muerte. El suicidio representó el 12.4% de las causas externas de muerte en las Américas (19.5% en América del Norte y 7.9% en América del Sur).<sup>9</sup>

En América latina, al igual que en otras partes del mundo, las tasas de suicidio en hombres continúan siendo superiores a las observadas en las mujeres, las tasas en los hombres y en las mujeres fueron de 8.4 y 2.1/ 100 000 habitantes, respectivamente. En Chile la tasa del 2009 fue de 12.7/100.000 habitantes, 20.6 en hombres y 5 en mujeres. Esto muestra un aumento de 3.1 puntos en relación con los valores de años anteriores, lo cual nos habla de un alza en las cifras y un predominio cada vez marcado de suicidio en adolescentes.<sup>10</sup> Un 36.8% de las auto agresiones se produjeron en edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, y entre los 45 y los 59 años ocurrieron el 25.6%. Entre las personas de 60 años o más, solo se produjeron el 19.9% de los eventos.

El método elegido para realizar un suicidio en América tuvo variaciones según el sexo, en los hombres, la asfixia fue el método más utilizado presentando hasta un 41,7% y en las subregiones de América Central, Caribe hispano y México hasta un 68.1% y América del Sur 61.5%. Las armas de fuego fueron el principal método utilizado en América del Norte con el 52,5%. Finalmente, el envenenamiento fue el principal método en el Caribe no hispano con el 44,4%.<sup>9</sup>

En comparación con dichos países, las cifras de suicidio en México presentan un nivel bajo; aunque cabe señalar que durante el periodo comprendido entre 1990 y 2009 esta tasa sufrió un incremento considerable. En 2016 según el comunicado de prensa 410/18 publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en México ocurrieron 6291 muertes por lesiones auto infligidas intencionalmente, lo que representa una tasa de 5.1 suicidios por cada 100 000 habitantes, representando una discreta disminución en comparación con los años 2014 y 2015.<sup>11</sup>

En la siguiente grafica se puede observar la evolución de las tasas de mortalidad por suicidio en México desde el año 1970 hasta el 2013.



La prevención del Suicidio, un imperativo global ISBN 978 92 4 156477 9, Organización Mundial de la Salud 2014, disponible en: <http://infograficos.oglobo.globo.com/sociedade/mapa-da-taxa-de-suicidio-no-mundo.html>

El volumen de suicidios varía entre zonas geográficas y entidades federativas, para 2016, las entidades federativas que tuvieron mayores tasas de suicidio fueron Chihuahua y Yucatán con 11.4 y 10.2 suicidios por cada 100 000 habitantes respectivamente; niveles que duplican la tasa nacional. En el otro extremo, con las tasas más bajas se encuentran Guerrero, Veracruz y Oaxaca, con 2.1, 2.5 y 2.9 suicidios por cada 100 000 habitantes, respectivamente. La Ciudad de México presentó una tasa de 3.3 por cada 100,000 habitantes. En la distribución por sexo, el suicidio en la población masculina se ha acentuado, actualmente de cada 10 suicidios 8 ocurren en hombres y 2 en mujeres.

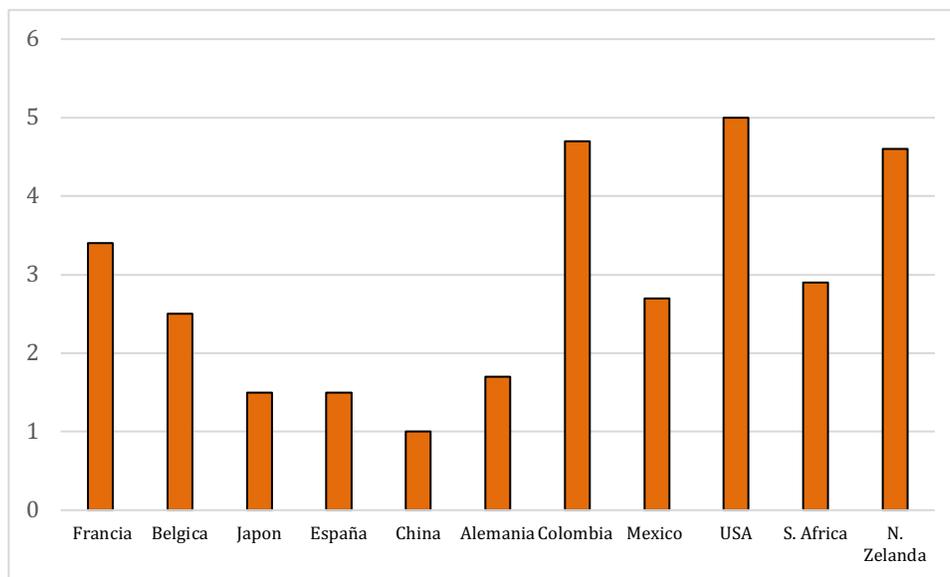
En relación con la edad de las víctimas, en los jóvenes de 20 a 24 años se presentan las cifras más altas, alcanzando hasta 9.5 por cada 100 000 habitantes. Las edades que presentan mayores números de suicidio en hombre van de los 20 a los 44 años, mientras que en las mujeres entre los 15 y 19 años. En adolescentes mexicanos la tasa por edad y sexo presentó para el rango de 10 a 14 años para hombre 1.9 y 2.1 mujeres por cada 100 000 habitantes, y en el rango de 15 a 19 años de 9.4 y 4.3 para hombre y mujeres respectivamente. <sup>12</sup>

### Panorama epidemiológico de la ideación suicida

La ideación suicida es más frecuente que el intento suicida y los suicidios consumados. Aunque su prevalencia no está bien definida, en diferentes estudios realizados desde los años 70, se ha encontrado variaciones importantes en su prevalencia como en Chennai, India con 2.6% en comparación del 25.4% de Durban, Sudafrica.<sup>13</sup> En estudios epidemiológicos norteamericanos, National Comorbidity Survey (NCS) y National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R), la prevalencia de

12 meses de la ideación suicida fue del 2.8% y 3.3%, respectivamente. La ideación suicida puede variar de manera importante en diferentes grupos de edad. Se ha sugerido que entre los adultos jóvenes puede presentarse entre el 10% y 12% de las personas, mientras que en las personas mayores puede aparecer en aproximadamente un 4% de ellas. El intento suicida se calcula que el riesgo de muerte es 100 veces superior a la población general, y que entre el 10-15% de quienes han intentado suicidarse terminan logrando su objetivo. De estos, el 2% lo hacen en el año siguiente de su intento frustrado. <sup>14</sup>

En la gráfica siguiente se puede observar la tasa de intento suicida de México y otros países para el año 2009.

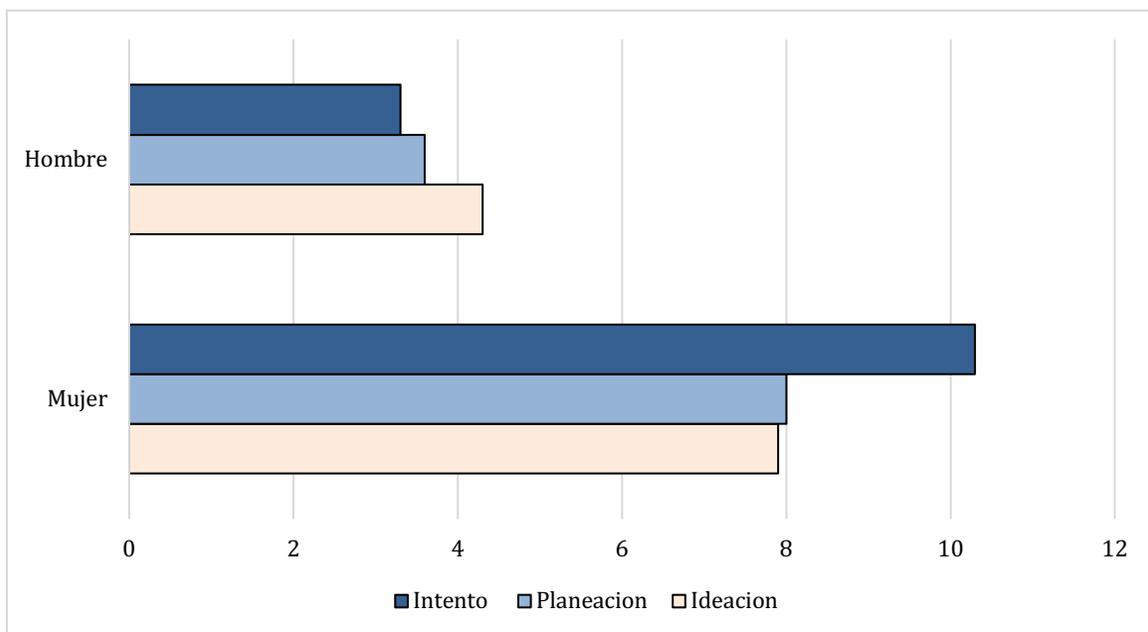


- Número de casos por cada 100 000 habitantes

La prevención del Suicidio, un imperativo global ISBN 978 92 4 156477 9, Organización Mundial de la Salud 2014, disponible en: <http://infograficos.oglobo.globo.com/sociedade/mapa-da-taxa-de-suicidio-no-mundo.html>

En México en el año 2010 G. Borges realizó un estudio retrospectivo basado en tres grandes encuestas nacionales sobre adicciones, salud mental y epidemiología psiquiátrica, con la cual estableció un panorama epidemiológico mexicano que abarcó desde 1970 hasta 2007 el cual ha brindado información valiosa de las áreas metropolitanas. Según estos estudios el intento suicida creció un 275%, la población adolescente triplicó las tasas previas. Entre los habitantes de la República mexicana cerca de 6 millones de personas tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 593 600 personas intentaron suicidarse, siendo una cuarta parte de todos los intentos suicidas ocurrido en algún momento de la vida. <sup>15</sup>

Davila-Cervantes et al en el año 2012 realizaron un estudio observacional y descriptivo sobre la prevalencia de intento suicida y sus características epidemiológicas en habitantes de la ciudad de México, el cual mostro una prevalencia del 6.8% y una distribución 3 veces más alta en mujeres en comparación con los hombres. La edad que predominio en número de casos fue 15 años con el 68%, que cursaban en el momento del evento la educación secundaria en el 53.9%, la edad con menor número de caso fue la de 16 a 17 años tomándose esta edad como factor protector para intento suicida, sin embargo la mortalidad en edades mayores (15-19) es cuatro veces mayor lo cual nos hace pensar en una edad de aparición de intentos suicidas en la adolescencia temprana (10-14 año) y un mayor número de suicidios consumados en la adolescencia tardía ( 15-19 años). En la siguiente grafica se puede observar las diferencias en el comportamiento suicida en adolescente en la ciudad de México en el año 2012.

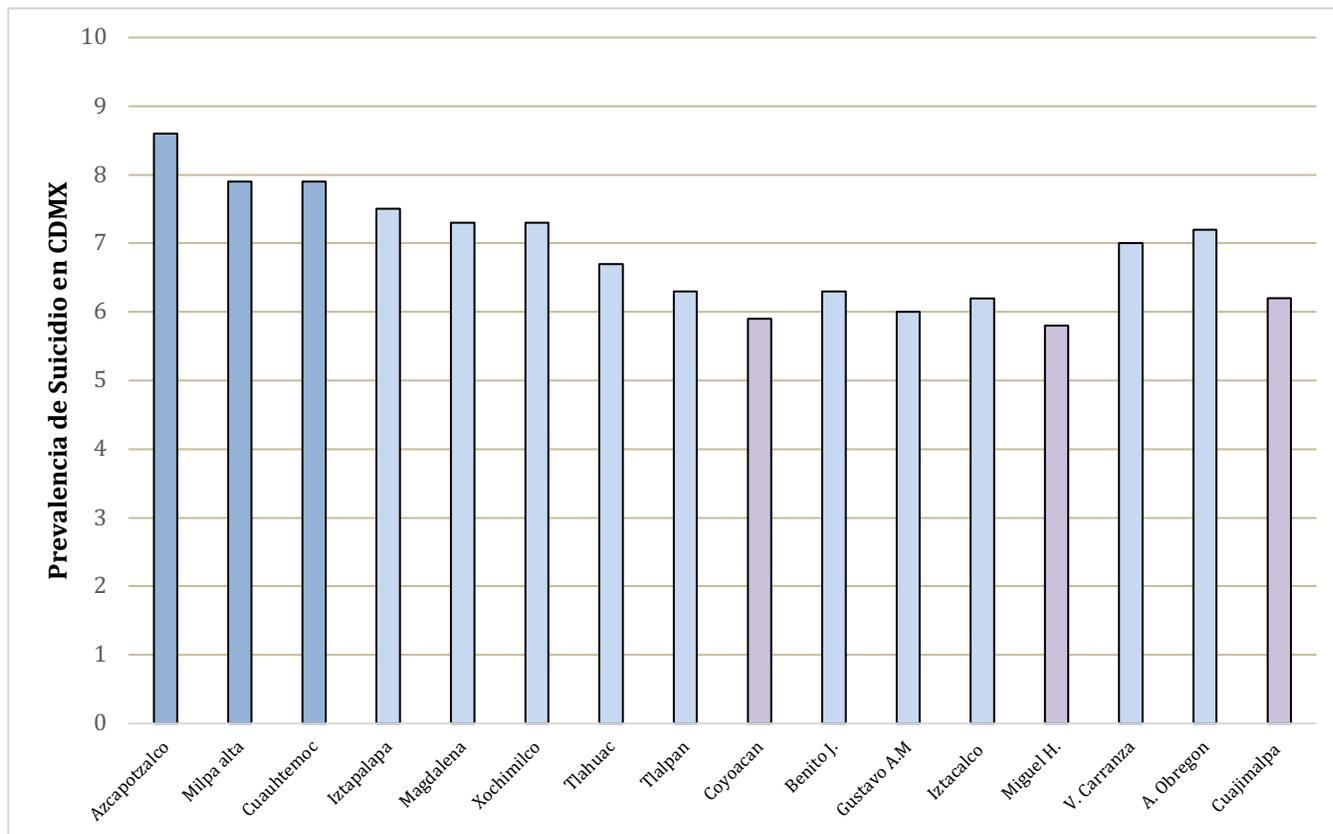


Tomado de Dávila-Cervantes, C., Luna-Contreras, M. (2019) Suicide attempt in teenagers: associated factors. Rev Chil Pediatr. 2019; 90(6):606-616.

Se observó una relación inversa entre la presencia de padres en el hogar y el intento suicida, reduciéndose casi a la mitad el número de intentos de autolesión en los adolescentes que vivían con ambos padres; un ambiente familiar malo aumento el riesgo en un 2.5 veces y si existía una mala relación directamente con los padres aumentaba a 3. El abuso sexual, consumo de drogas y alcohol, trastornos mentales y una baja autoestima se relacionaron directamente con una prevalencia mayor en intentos suicidas.

Por distribución geográfica en la ciudad de México las alcaldías con mayor número de casos fueron Azcapotzalco y Milpa Alta aunque no existió una significancia estadística para la prevalencia de intentos suicidas por alcaldías.<sup>16</sup>

En la siguiente tabla se puede observar el número de casos de intento suicida por alcaldía en la ciudad de México en el año 2012.



Tomado de Dávila-Cervantes, C., Luna-Contreras, M. (2019) Suicide attempt in teenagers: associated factors. Rev Chil Pediatr. 2019; 90(6):606-616.

En la siguiente tabla se pueden observar las tasas de intento suicida alguna vez en la vida en la población mexicana y en los últimos 12 meses en el periodo comprendido del 2002 -2008.

		Grupo edad	de 12 -17	18 – 29	30 – 65
Alguna vez	Hombre		2.14	2.27	2.08
	Mujer		6.37	5.09	1.49
Últimos 12 meses	Hombre		0.57	0.67	0.40
	Mujer		1.60	1.10	0.83

- Número de casos por cada 100 000 habitantes

La prevención del Suicidio, un imperativo global ISBN 978 92 4 156477 9, Organización Mundial de la Salud 2014, disponible en: <http://infograficos.oglobo.globo.com/sociedade/mapa-da-taxa-de-suicidio-no-mundo.html>

Los datos del Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours (SUPRE-MISS) en 2005 sugieren que la continuidad cronológica y clínica entre la ideación suicida y los intentos de suicidio no es universal y varía en función del lugar en el que se evalúe.<sup>8</sup> Existen algunos factores que pueden fomentar el suicidio en los adolescentes, pero no son decisivos para que éste suceda. Se puede contribuir a la confusión y la depresión del joven, pero es la conjunción de una diversidad de factores los que contribuyen para llegar al extremo de la autodestrucción.<sup>17</sup>

### **Etiopatogenia los suicidios e intentos suicidas**

Según la Teoría de Integración de Status propuesta por Gibbs y Martin en 1964, el suicidio está estrechamente relacionado con las fuerzas que cohesionan a los individuos de una sociedad. Por esta razón, consideran que la tasa de muerte auto infringida de una población es inversamente proporcional a la estabilidad de las relaciones sociales de dicha población. Es decir, si hay vínculos sociales más estables dentro de una sociedad, menores serán los riesgos de cometerlo; es por eso que para Durkheim no son los individuos los que se suicidan, sino la sociedad la que se suicida a través de ciertos miembros suyos. Siendo analizado desde un punto de vista más profundo, no se trata de una decisión personal privada, sino de un fenómeno social que obedece a ciertos factores socioculturales presentes en toda sociedad y que influyen de manera directa en esta conducta. Marchiori en 1998 lo conceptualizo como: *“Un comportamiento intencional autodestructivo llevado a cabo por una persona en una etapa de su vida altamente sensible, agravado por un contexto familiar vulnerable que no puede impedirlo”*.<sup>4, 6, 18</sup>

Durante muchos años se ha intentado comprender esta conducta desde diferentes puntos de vista, que contemplen en cada uno de ellos las diferentes vertientes que pueden influenciarlo. La psicología, por ejemplo, busca explicar los fenómenos emocionales, cognitivos, la personalidad y los factores sociales. Por otra parte, la psiquiatría lo intenta explicar desde dos puntos de vista, el primero ligado a alguna enfermedad psiquiátrica y el segundo como una enfermedad epidémica en donde hay grupos de riesgo, variables específicas, diversos aspectos socio demográficos

como el sexo, la raza, la ocupación o el estado civil, con lo cual podría realizarse un análisis más detallado y esbozarse las dinámicas o características sociales que inciden directamente en las decisiones personales de sus miembros. <sup>4</sup>

### **El suicidio en la adolescencia**

Los bastos cambios sufridos en la adolescencia, en un nivel físico, emocional e intelectual, conllevan el riesgo de presentar depresión y ansiedad, y con ellos la frecuente manipulación de ideas de muerte en el joven. En este tipo de conductas destructivas existe una fuerte cantidad de agresión que puede dirigirse hacia dentro de las personas provocando estados depresivos, o hacia afuera generando actos delictivos o agresivos, lo cual puede ser una llamada de auxilio, una forma de comunicar su descontento a los demás. Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional y de un desacuerdo social. La conducta suicida del joven no puede considerarse como un acto plenamente dirigido por el deseo de morir ya que involucra un debate interno entre el deseo de morir y el de seguir vivo. <sup>19</sup>

La gravedad en estas conductas autodestructivas radica en lo que el joven hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si la finalidad del acto es comunicar un estado de descontento en general, el joven provocará ser descubierto antes de alcanzar su cometido, de esta forma el suicidio se distinguirá por el impedimento de su consecuencia máxima, la muerte, distinguiéndose entre ellos los siguientes conceptos. <sup>4,19</sup>

Suicidabilidad: un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento.

Ideación Suicida: pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método.

Parasuicidio (o Gesto Suicida): acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una manipulación sin intenciones serias de quitarse la vida.

Intento Suicida: Conductas o actos intencionalmente buscadas para causarse daño o la muerte, no logrando la consumación de ésta.

Suicidio Consumado: Término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación. <sup>20</sup>

### **Factores de riesgo para el suicidio e intento suicida**

El estudio del suicidio e intento suicida desde un punto de vista epidemiológico nos ha permitido realizar una caracterización clínica del paciente, pudiendo relacionar algunos aspectos personales como factores de riesgo para el intento suicida.

1. La edad es considerada como uno de los principales factores de riesgo, el Hospital Infantil Los Ángeles en Colombia a través de un estudio realizado demostró la aparición de intentos suicidas a partir de los 7 años, teniendo un pico máximo entre los 13 y 16 años, presentando de un total de 242 casos de los cuales el 79% se realizaron por mujeres y el 21% por hombres, siendo los 14 años de edad el grupo con mayor número de muertes.

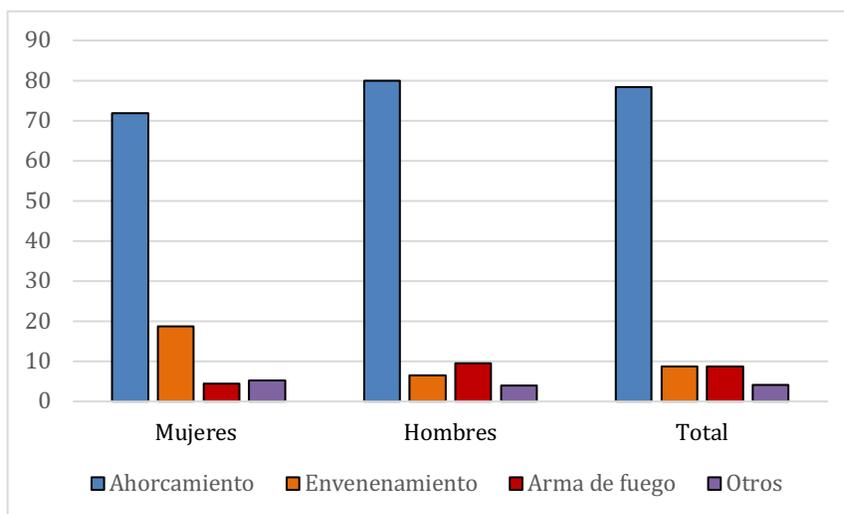
2. El estado civil es una importante causa del intenso suicida. En adolescentes el 94% de los suicidios ocurrieron en solteros de los cuales 74% fueron mujeres y el 20% hombres.

3. En cuestión del nivel de estudios el 54.9% no había concluido la secundaria y el 23.1% no tenían registro de su nivel de estudios. El 65% fueron estudiantes (52% mujeres y 13% hombres).

4. De todos los momentos posibles para realizar el intento suicida, la población pediátrica manifestó que el 64.46% decide hacerlo durante los momentos de descanso, el 18.18% durante actividades familiares, 2.48% en la calle, 1.24% en actividades escolares y el 0.83% en vacaciones.

5. El método utilizado para cometer un suicidio fue el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación con 80.8% del total de suicidios, seguido del disparo con arma (7.7%). Por sexo, el principal método utilizado por los hombres es el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación con 82.2% y solo el 8.8% utilizó el disparo con arma de fuego, en tanto que, en las mujeres, 74.5% recurrió al ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación y 18.3% al envenenamiento por plaguicidas, químicos, drogas, medicamentos y otras sustancias. En adolescentes el método más usado es la ingestión de medicamentos y los más empleados son los antidepresivos tricíclicos.

En la siguiente tabla se puede ver la distribución por sexo del método suicida utilizado en la población mexicana en el año 2013.



- Número de casos por cada 100 000 habitantes

La prevención del Suicidio, un imperativo global ISBN 978 92 4 156477 9, Organización Mundial de la Salud 2014, disponible en: <http://infograficos.oglobo.globo.com/sociedade/mapa-da-taxa-de-suicidio-no-mundo.html>

6. La gran mayoría de hombres y mujeres ocupan la vivienda como el lugar para cometer o intentar el suicidio, muy por encima de los casos ocurridos en la vía pública o en algunas instituciones.

7. En la variable de comunicación del acto suicida podemos establecer que el 57.44% de la mujeres y el 13.22% de los hombres, no comunicaron su intención de quitarse la vida.<sup>17</sup>

8. El intento suicida previo es un predictor muy importante siendo este un factor que aumenta hasta 3 veces el riesgo, presentando un 15.9% de prevalencia en suicidios. En el año 2006 en una investigación realizada en el Instituto Nacional de Pediatría se pudo observar que hasta en un 40% de los suicidios consumados eran precedidos por al menos 10 a 20 intentos suicidas.

9. Los trastornos mentales propician la aparición de comportamiento suicida en niños y adolescentes que puede ocurrir en relación con trastornos de ansiedad, alimentarios, bipolar o psicóticos, desregulación afectiva, trastornos del sueño y de externalización, se han documentado hasta un 4.96 % de intentos suicidas por estas causas. De todas estas patologías emocionales los más relevantes son los trastornos del ánimo en donde podemos encontrar problemas de autoestima, con un riesgo de una auto agresión de hasta 5 veces más, alcanzando una prevalencia de 46.4%. Los trastornos afectivos se presentaron en el 29% de los casos. <sup>17</sup>

10. El uso de drogas con fines recreativos está fuertemente relacionado con el suicidio en adolescentes sobre todo tratándose de alcohol, cannabis o su uso simultaneo y presentan aún más relación cuando su uso es frecuente (2.84%).

11. La enfermedad en general, sobre todo el hecho de tener que estar hospitalizado, como factor de riesgo de suicidio alcanzo solo un 0.71% de prevalencia. <sup>21</sup>

12. Para las causas contextuales la más señalada fue la presencia de un evento estresante en la vida del paciente; sin embargo, los eventos estresantes de la vida varían con la edad. En la infancia es importante tener en cuenta si fue un niño deseado o no, pues en el último caso existirán diferentes manifestaciones de rechazo con consecuencias psicológicas en el menor. Los embarazos en personas demasiado jóvenes dan lugar a trastornos en la atención y la educación del niño debido a la inmadurez biosociológica de los padres y los embarazos en personas maduras son causa de una crianza defectuosa por la disminución de la energía vital que impide satisfacer las demandas del menor en su lógico desarrollo. Es así como puede haber actitudes desde la sobreprotección hasta la permisividad. La personalidad de los progenitores es un factor de riesgo suicida de los hijos, pues en caso de padecer un trastorno de esta, como los antisociales o emocionalmente inestables, la crianza estará mediada por dichos rasgos.<sup>21, 22</sup>

En adolescentes, los eventos de la vida que preceden el comportamiento suicida son generalmente conflictos familiares en relación con el estrés de lidiar con los padres, falta de apoyo de adultos fuera del hogar, daño físico por un padre, el tener

que huir de casa o vivir separado de alguno de los padres, o tener que lidiar con comportamiento suicida de los padres, muerte prematura, enfermedad mental en un familiar, desempleo, bajos ingresos, negligencia, divorcio de los padres y violencia familiar, <sup>23, 24</sup> convirtiendo el ambiente familiar al cual pertenece la persona que realiza un intento suicida como el principal predisponente para ello, estando presente un ambiente familiar malo o estresante hasta en un 44 % de los intentos suicidas. El ambiente familiar en donde más ocurrieron los intentos suicidas fue el ambiente familiar en donde los padres se encontraban divorciados o separados con un 60.1%, el ambiente familiar de orfandad presento una frecuencia del 15%; el ambiente de hijo único presento un 3.5% y el ambiente familiar de apoyo un 21%. Puntualizando de esta forma la importancia de los padres de familia en el desarrollo mental y físico saludables de sus hijos. <sup>17</sup>

13. El ambiente en el que convive el menor es igualmente importante, tomando en cuenta el aprendizaje por imitación dada por padres, hermanos y abuelos. Los padres con enfermedades psiquiátricas, como depresión, alcoholismo o la esquizofrenia, son factores predisponentes en los hijos. <sup>17, 21</sup>

14. Los conflictos escolares y el desempeño académico malo o reprobatorio parecen incrementar el riesgo de tener pensamientos, planes, amenazas o intentos de autolesión deliberada. De la misma forma el estrés resultado de las actividades académicas como los exámenes, trabajo excesivo, tareas etc., de la mano del perfeccionismo y mediados por la intimidación hecha por otros compañeros, pueden asociarse con un mayor número de tendencias suicidas. En estados Unidos se reporta que en los 12 meses previos a alguna conducta de autolesión el 23.7% de niñas y el 15.6% de los niños fueron intimidados en propiedad escolar, 21% de niñas y el 8.5% de los niños fueron intimidado en otros sitios y el 8.7% de las niñas y el 5.4% de los niños no fue a la escuela 1 día en los últimos 30 días previos al evento porque se sentían inseguros en la escuela o en el trayecto entre esta y su casa. Se ha podido observar que tanto víctimas como acosadores presenta un mayor número de intentos e ideaciones suicidad que el resto de las personas. <sup>23, 24</sup> Hasta un 15% de los intentos presentaron otras causas, lo que nos hacer ver que cualquier desencadenante en el momento propicio puede ser el gatillante de un suicidio. La influencia de los medios de comunicación como contexto, estuvo presente solo en un 0.40% de los casos, siendo este el ambiente contextual de menor prevalencia en los intentos suicidas. <sup>17</sup>

15. El maltrato es una de las causas contextuales más influyentes, se hizo oportuno poder definir qué tipo de maltrato es el que recibía la comunidad pediátrica de estudio; de acuerdo a esto, hay tres aspectos importantes a mencionar: el primero es referido al abuso sexual con el 8.77 % de los cuales 7% fueron mujeres y 1.7% hombres, el abuso sexual incrementa el riesgo de intento suicida hasta 10.9 veces más en niños entre 4 y 12 años de edad y 6.1 veces más entre niños de 13 y 19 años; el segundo se encuentra relacionado con el abuso físico con el 42.1% de los cuales el 35% fue para mujeres y el 7% para hombres; y finalmente, el abuso verbal con el 49.12% con 38% para las mujeres, siendo este la causa contextual más

recurrente. Tanto el abuso físico como el verbal, caracterizaron los contextos que presentaron mayor intento de suicidios.

16. Referente a las características psicológicas del menor que pueden llevar a un acto suicida, se señalan algunas como la disforia, la agresividad y la hostilidad, como manifestaciones de un trastorno del control de los impulsos, algunas veces son niños con pobre tolerancia a las frustraciones, incapaces de prorrogar la satisfacción de sus deseos, demandantes de atención y afecto, manipuladores, celosos de los hermanos, susceptibles y rencorosos; pueden expresar ideas suicidas; otras veces son rígidos, meticulosos, ordenados, perfeccionistas, tímidos, con pobre autoestima.<sup>23, 24</sup>

17. En muchos de los intentos suicidas, los pacientes se encontraban sujetos a algún tipo de tratamiento pudiendo ser farmacológico (45.39%) o psicoterapéutico (54.6%). Para el primero el tipo de medicamento más conocido fue el antidepresivo, y 65% de los casos referían la ingesta de un segundo medicamento desconocido.<sup>18</sup> otros factores predisponentes son rupturas amorosas, cambio de residencia, problemas legales, problemas de orientación sexual<sup>22</sup> o la conducta impulsiva la cual se ha presentado en un 50% de los eventos en donde se refiere que el adolescente inicio con ideas de autolesión una hora antes de cometer el acto.<sup>25</sup>

### **Consecuencias medicas del intento suicida**

Como resultado de un intento suicida se presentaron complicaciones clínicas en el 18% de los sucesos; las respiratorias fueron las principales con el 42.8%; sin dejar de lado otras consecuencias como: arritmias (4,76 %), shock hemodinámico (6,35 %), quirúrgicas (3,17 %), insuficiencia renal (17,46 %), digestivas (12,70 %) y otras (12,70 %). Las secuelas se dividieron en tres tipo, físicas, mentales y neurológicas, de las cuales las físicas estuvieron en el 83.4% siendo las de mayor predominio y subdividiéndose a su vez en secuelas físicas temporales con más del 80% y las definitivas; por otro lado, las mentales presentaron 11.3 % y las neurológicas 3.1%. La hospitalización ocurrió en el 68.3% de los cuales el 13% fue el área de terapia intensiva. Respecto a la temporalidad, los meses de noviembre y enero fueron los que mayor número de intentos suicidas presentaron con el 13.6 y 11.1% de los casos respectivamente, mientras que el mes que presento menor número de intentos fue diciembre con 6.2%.<sup>17</sup>

Ante la creciente incidencia de suicidio e intento suicida en adolescentes la prevención de estos es la mejor táctica para disminuir el número de caso. Para adolescentes y niños la sala de urgencias es su fuente principal de atención médica y no los servicios de atención primaria o de salud mental; por lo tanto, el médico de urgencias puede ser el único proveedor de atención médica capaz de detectar pensamientos suicidas; es por ello por lo que el reconocer los factores de riesgo en cada paciente que ingrese a la sala de urgencias pediátricas será de vital importancia en esta lucha. La baja atención del suicidio en urgencias se ha documentado en diversos estudios, solo el 30% de los pacientes atendidos por autolesiones reciben una valoración por salud mental antes del alta y solo el 40% serán enviados a consulta externa para continuar una atención integral. Por otra parte, se ha visto que las aplicaciones de test para la identificación del suicidio (ASQ) en salas de urgencias como parte del abordaje inicial ha demostrado tener una sensibilidad del 93% y una

especificidad del 43% para predecir el regreso a urgencias por un evento relacionado al suicidio dentro de los 6 meses posteriores. Con el uso de estas herramientas en las salas de urgencias y el conocimiento del perfil biopsicosocial del paciente se podrá identificar al adolescente que no informa directamente sobre el suicidio pero que está en particular riesgo de comportamiento suicida y poder hacer uso de todas las estrategias conocidas en contra de los factores de riesgo de desencadenar un suicidio, impactando de forma directa sobre las tasas nacionales y mundiales tanto en suicidio como en intento suicida y disminuyendo la morbilidad relacionada con estas actividades. <sup>25</sup>

### **Planteamiento del problema**

Como se puede observar a nivel mundial se reporta una alta tasa de suicidios, 11.4 por cada 100,000 habitantes. El impacto por los cambios sociodemográficos a nivel nacional ha tenido repercusiones en la salud mental de padres e hijos, impactando directamente en el adecuado desarrollo del paciente pediátrico. Generando así una mayor proporción de trastornos conductuales que se consideran de riesgo para el suicidio, lo cual se ha visto reflejado en un mayor número de casos nacionales y un marcado predominio de la población adolescente en los últimos años.

México presenta una tasa de 5.1 suicidios por cada 100 000 habitantes, la Ciudad de México presenta una tasa de 3.3 por cada 100,000 habitantes. En el Instituto Nacional de Pediatría la búsqueda de atención por intentos suicidas se percibe con mayor frecuencia por el equipo de atención inicial en urgencias, considerando la distribución geográfica y la centralización de recursos especializados por lo que es imperativo determinar si en realidad hay un incremento en la frecuencia y gravedad de esta patología ya que eso evidenciaría la necesidad de desarrollar un protocolo institucional para el manejo específico de estos paciente, sugiriendo así un cambio en la perspectiva de formación de recursos humanos en la atención de urgencias pediátricas.

### **Pregunta de investigación:**

*¿Cuáles son las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes ingresados por intento suicida en el servicio de urgencias del INP durante enero del 2018 a diciembre de 2020?*

### **Justificación**

Ante la creciente incidencia de suicidio e intento suicida en adolescentes la prevención de estos es la mejor táctica para disminuir el número de caso. Para adolescentes y niños la sala de urgencias es su fuente principal de atención médica y no los servicios de atención primaria o de salud mental; por lo tanto, el médico de urgencias puede ser el único proveedor de atención médica capaz de detectar pensamientos suicidas; es por ello por lo que el reconocer las características clínicas y sociodemográficas de cada paciente que ingrese a la sala de urgencias pediátricas

será de vital importancia en esta lucha. La baja atención del suicidio en urgencias se ha documentado en diversos estudios, solo el 30% de los pacientes atendidos por autolesiones reciben una valoración por salud mental antes del alta y solo el 40% serán enviados a consulta externa para continuar una atención integral. Por otra parte, se ha visto que las aplicaciones de prueba para la identificación del suicidio (ASQ) en salas de urgencias como parte del abordaje inicial ha demostrado tener una sensibilidad del 93% y una especificidad del 43% para predecir el regreso a urgencias por un evento relacionado al suicidio dentro de los 6 meses posteriores. Con el uso de estas herramientas en las salas de urgencias y el conocimiento del perfil biopsicosocial del paciente se podrá identificar al adolescente que no informa directamente sobre el suicidio pero que está en particular riesgo de comportamiento suicida y poder hacer uso de todas las estrategias conocidas en contra de los factores de riesgo de desencadenar un suicidio, impactando de forma directa sobre las tasas nacionales y mundiales tanto en suicidio como en intento suicida y disminuyendo la morbilidad relacionada con estas actividades

## **1. Objetivos**

### Objetivo General

Describir el perfil clínico y sociodemográfico de los pacientes con diagnóstico de intento suicida que recibieron atención en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría en el periodo comprendido entre enero del 2018 a diciembre del 2020 comparando las frecuencias en cada año.

### Objetivos específicos

- Describir el lugar en donde se realizó el intento suicida y el método utilizado en los pacientes con diagnóstico de intento suicida que recibieron atención en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría en el periodo comprendido entre enero del 2018 a diciembre del 2019
- Identificar sexo, ocupación, estado civil, eventos estresantes, uso de drogas, trastornos mentales y frecuencia de trastornos mentales en los pacientes con diagnóstico de intento suicida que recibieron atención en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría en el periodo comprendido entre enero del 2018 a diciembre del 2019
- Determinar la frecuencia del intento suicida en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría en el periodo comprendido entre enero del 2018 a diciembre del 2020
- Conocer el nivel de estudios de los pacientes con diagnóstico de intento suicida que recibieron atención en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría en el periodo comprendido entre enero del 2018 a diciembre del 2019

## **Material y métodos**

Se propone un estudio de tipo: Transversal intervarlar

### Universo de estudio

Registro de datos del expediente clínico de pacientes adolescentes entre 12 y 18 años de edad, que acudieron al servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría por intento suicida entre enero 2018 y diciembre 2020

### Muestra de estudio

Todos los registros que formen parte del universo de estudio y que cumplan con los criterios de inclusión del presente estudio.

### Criterios de inclusión:

- Expedientes de pacientes de 12 a 18 años, de ambos sexos que ingresaron al servicio de urgencias con el diagnóstico de intento suicida.

### Criterios de exclusión.

- Tener información incompleta sobre núcleo familiar y mecanismo de lesión

### Cuadro de variables

NOMBRE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICION DE LA VARIABLE
<b>SEXO</b>	Estará acorde a los genitales externos del paciente. Ésta variable es importante para determinar la frecuencia en el sexo.	NOMINAL	1.- MUJER 2.- HOMBRE
<b>EDAD</b>	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha actual. La importancia de ésta variable es conocer los grupos etarios que están más expuestos a estas ideaciones	INTERVALAR <b>ORDINAL</b>	1. 12 2. 13 3. 14 4. 15 5. 16 6. 17 7. 18
<b>OCUPACION</b>	Conjunto de tareas laborales determinadas por el desarrollo de la técnica, la tecnología. Importante para saber el riesgo sobre las población el hecho de contar con tiempo libre para las ideaciones suicidas	NOMINAL	1.- ESTUDIANTE 2.-TRABAJADOR 3.- OTRO
<b>RELACION SENTIMENTAL</b>	Vinculo sentimental de tipo romántico que une a dos individuos.	NOMINAL	1.- SI 2.- NO
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>	Nivel de instrucción de una persona al grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos	NOMINAL	1.- PRIMARIA 2.- SECUNDARIA 3.- BACHILLERATO 4.- UNIVERSIDAD
<b>RENDIMIENTO ACADEMICO</b>	Es una medición de las capacidades del alumno a lo largo del año escolar, que expresa el aprendizaje del alumno.	NOMINAL	1.- APROBATORIO 2.- REPROBATORIO
<b>REALIZACION DE EXAMENES RECIENTES</b>	Es una prueba realizada para demostrar la suficiencia en algún tema o actividad escolar, laboral o personal.	NOMINAL	1.- SI 2.- NO
<b>AUSENTISMO ESCOLAR O LABORAL</b>	Se refiere a la ausencia reiterada de los alumnos o trabajadores de sus centros formativos o de trabajo respectivamente.	NOMINAL	1.- SI 2.- NO
<b>ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES</b>	Son las actividades realizadas anexas a las realizadas en la escuela en horarios agregados, sumando mas horas de trabajo, mayor responsabilidad y aprendizaje diario.	NOMINAL	1.- SI 2.- NO
<b>ABUSO</b>	Es la inflección de algún tipo de daño que puede ser físico, verbal o sexual.	NOMINAL	1.- FISICO 2.- VERBAL 3.- SEXUAL 4.- CIBER ABUSO
<b>ABUSADOR</b>	La persona que ejerce el abuso.	NOMINAL	1.- PAPÁ 2.- MAMÁ 3.- HERMANOS 4.- COMPAÑEROS

			DE CLASE O TRABAJO 5.- JEFE 6.- OTRO
<b>LUGAR EN DONDE OCURRE EL ABUSO</b>	Lugar físico en donde se lleva a cabo el abuso de forma regular.	NOMINAL	1.- CASA 2.- ESCUELA 3.- TRABAJO 4.- CALLE 5.- OTRO
<b>CONSTITUCION FAMILIAR</b>	Conformación del entorno familiar, importante para poder determinar si esta determina sobre el desarrollo psicosocial de los pacientes en estudio. La familia nuclear está constituida por ambos padres y los hijos, en la familia extensa se pueden incluir otros familiares como tíos, abuelos, primos, etc., y en la monoparental aparece cuando solo uno de los padres se encuentra presente en la familia.	NOMINAL	1.- NUCLEAR 2.- EXTENSA 3.- MONOPARENTAL
<b>PADRES ADOLESCENTES AL MOMENTO DEL NACIMIENTO DE PÁCIEN TE</b>	Padres con edades menores de 19 años se asocian con inmadurez en la crianza de los hijos	NOMINAL	1.- SI 2.- NO
<b>PADRES AÑOSOS AL MOMENTO DEL NACIMIENTO DE PÁCIEN TE</b>	Padres con edades mayores a los 40 años al momento de tener un hijo se asocian con falta vitalidad en la crianza de los hijos y poca participación	NOMINAL	1.- SI 2.- NO
<b>HERMANOS</b>	Persona nacida de los mismos padres	NOMINAL	1.- SI 2.- NO
<b>DESEMPLEO</b>	Situación de una persona en condiciones de trabajar que no cuenta con un trabajo.	NOMINAL	1.- SI 2.- NO
<b>ENFERMEDADES MEDICAS EN ALGUN FAMILIAR</b>	La ausencia de salud física, mental o social en algún familiar de la persona que realizó el intento suicida	NOMINAL	1.- SI 2.- NO
<b>INTENTOS SUICIDAS EN LA FAMILIA</b>	La acción de quitarse la vida sin llegar a su cometido final, ejercida por algún miembro de la familia de la persona que realizó el intento suicida.	NOMINAL	1.- PADRE 2.- MADRE 3.- HERMANO 4.- OTRO
<b>USO DE DROGAS EN ALGUN INTEGRANTE DE LA FAMILIA</b>	Consumo de drogas ilícitas o lícitas en con fines recreativos en algún familiar de la persona que realizó el intento suicida	NOMINAL	1.- PADRE 2.- MADRE 3.- HERMANO 4.- OTRO
<b>MES DEL AÑOS EN QUE SE PRESEN TO EL INTEN TO SUICIDA</b>	Periodo de tiempo específico de un año, en el cual se realizó el intento suicida	NOMINAL	1.- ENERO 2.- FEBRO 3.- MARZO 4.- ABRIL 5.- MAYO 6.- JUNIO 7.- JULIO 8.- AGOSTO 9.- SEPTIEMBRE 10.- OCTUBRE 11.- NOVIEMBRE 12.- DICIEMBRE

<b>MOMENTO DEL DIA EN QUE SE INTENTO SUICIDIO</b>	Periodo de tiempo especifico de tiempo de un dia en el cual se llevo a cabo el intento suicida.	NOMINAL	1.- MAÑANA 2.- TARDE 3.- NOCHE
<b>COMUNICACIÓN DEL INTENTO SUICIDA</b>	Es la acción de compartir la idea suicida o el intento suicida con el fin de que se interrumpa por terceros.	NOMINAL	1.- SI 2.- NO
<b>USO DE DROGAS</b>	Uso de sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando placer o satisfacción motivo por el cual al ser un objeto de estudio podremos aclarar cuál es el más usado en nuestros sujetos de estudio	NOMINAL	1.- SI 2.- NO
<b>TIPOS DE DROGAS UTILIZADAS POR LOS ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA</b>	Tipos de drogas consumidos con la finalidad de perder la vida a causa de sus efectos.	NOMINAL	1.- ALCOHOL 2.- CANNABIS 3.- FARMACOS
<b>LUGAR</b>	Entorno en donde se decide llevar a cabo el evento de termino con la vida, momento posible para intentar suicidarse	NOMINAL	1.- CASA 2.- ESCUELA 3.- TRABAJO 4.- VIA PUBLICA 5.- OTRO
<b>TRANSTORNOS MENTALES ASOCIADOS</b>	Causas clínicas con influencia contextual que influyen para que una persona intente suicidarse.	NOMINAL	1.- SI 2.- NO
<b>TIPO DE TRANSTORNO MENTAL ASOCIADO</b>	Alteraciones propias en la salud mental y emocional que sufren algunas personas.	NOMINAL	1.- ANSIEDA 2.- BIPOLAR 3.- SUEÑO 4.- AFECTIVO 5.- ALIMENTICIO 6.- ANIMO 7.- PSICOTICO
<b>MECANISMO DE LESIÓN</b>	Forma que describe la cinemática con la cual se llevó a cabo el intento suicida	NOMINAL	1.- AHORCAMIENTO 2.- ARMA DE FUEGO 3.- SALTO DE ALTURA 4.- INTOXICACION 5.- ARMA DE FUEGO 6.-OTRO
<b>INTENTO SUICIDA PREVIO</b>	La acción no concluida de quitarse la vida, realizada en un momento previo al del estudio realizado.	NOMINAL	1.- SI 2.- NO

<b>NUMERO DE INTENTOS SUICIDAS PREVIOS</b>	Cantidad de intentos suicidas realizados por una misma persona durante un tiempo determinado	ORDINAL	1.- 1 2.- 2 O MAS
<b>TIEMPO DESDE EL ULTIMO INTENTO SUICIDA</b>	Tiempo transcurrido entre 2 intentos suicidas continuos.	NOMINAL	1.- 12 MESES 2.- 13 MESES O MAS
<b>ENFERMEDAD MEDICA ASOCIADA</b>	La ausencia de salud física, mental o social	NOMINAL	1.- SI 2.- NO
<b>HOSPITALIZACION MEDICA RECIENTE</b>	El ingreso de una persona enferma o herida a un medio hospitalario para recibir atención medica.	NOMINAL	1.- SI 2.- NO

### **Análisis estadístico:**

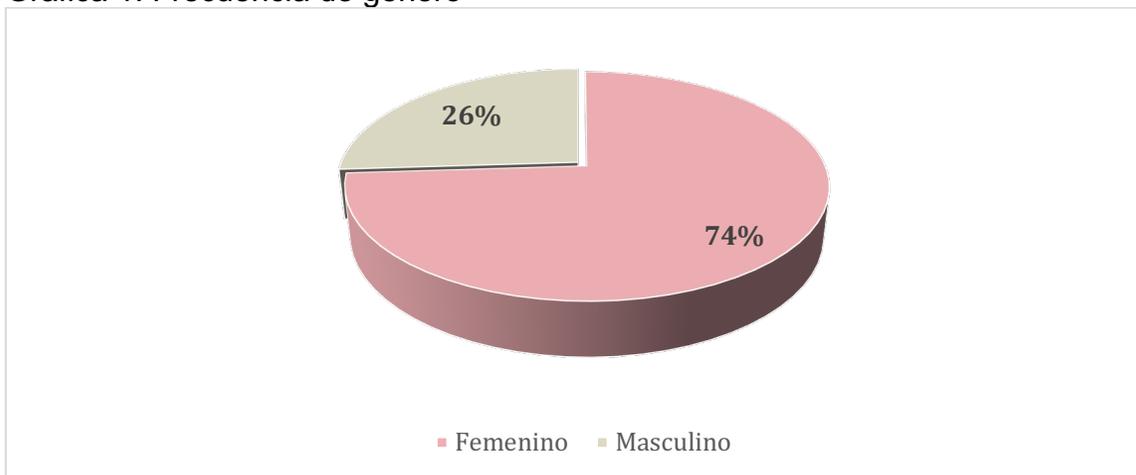
Se realizará una base de datos en Excel de la información proveniente de los expedientes clínicos de pacientes adolescentes entre 12 y 18 años de edad, que acudieron al servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría por intento suicida entre enero 2018 y diciembre 2020, utilizando el formato para recolección de datos que incluye las variables seleccionadas a estudiarse se exportará la base de datos al paquete estadístico SPSS v.21 para su posterior análisis.

Se realizará un análisis descriptivo de los datos obtenidos, las variables cualitativas se describirán mediante frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas se describirán utilizando media, mediana, moda y desviación estándar. Los resultados se presentan en gráficos y tablas.

## Resultados

Se tiene registro de 93, 864 pacientes en urgencias del 2018 al 2020, de estos, se tienen 82 expedientes de intento de suicidio. De los 82 encontrados, solo 80 estuvieron completos por lo que estos son los que se estudiaron. El promedio de edad fue de 14 años. El 74% de la muestra fue del sexo femenino.

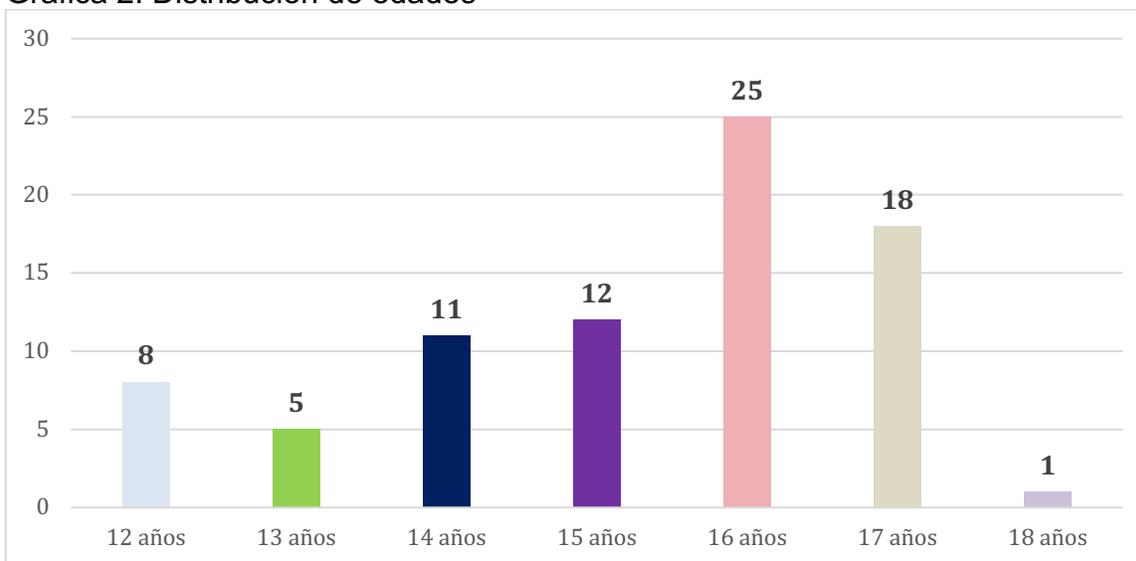
Gráfica 1. Frecuencia de género



Fuente: expediente clínico

Las edades donde se vieron mayor cantidad de intentos de suicidio fueron 16 años, seguido por 17 años y 15 años

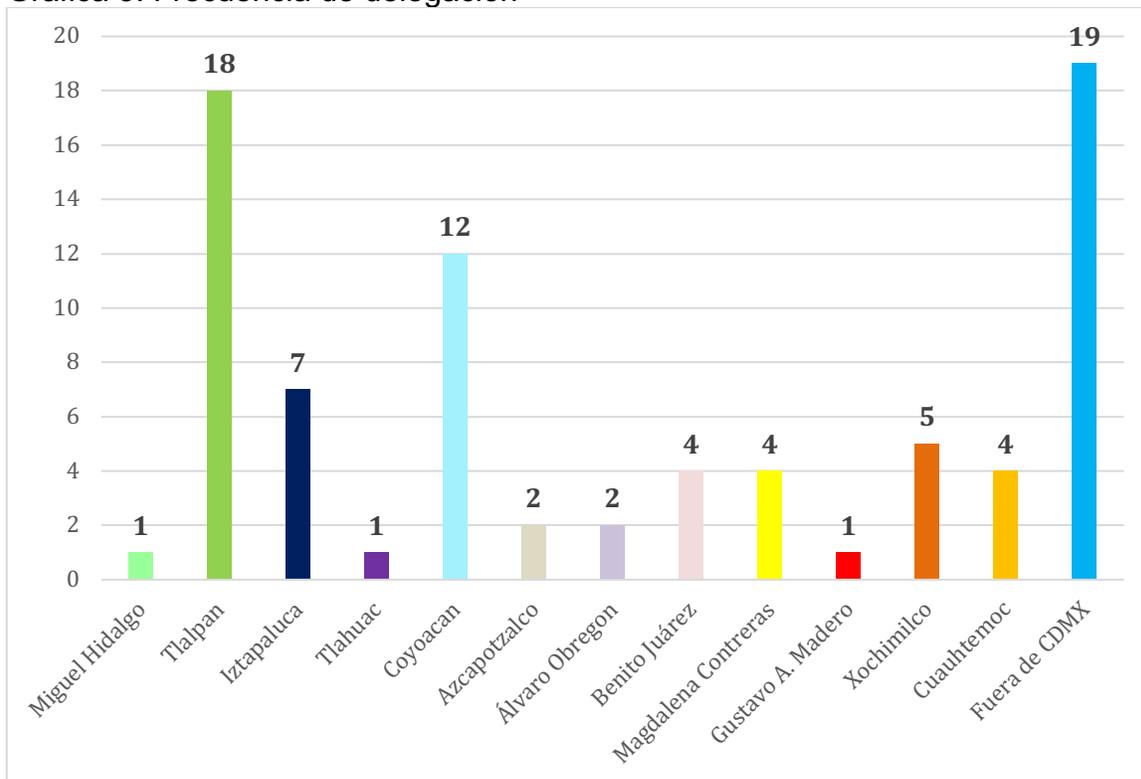
Gráfica 2. Distribución de edades



Fuente: expediente clínico

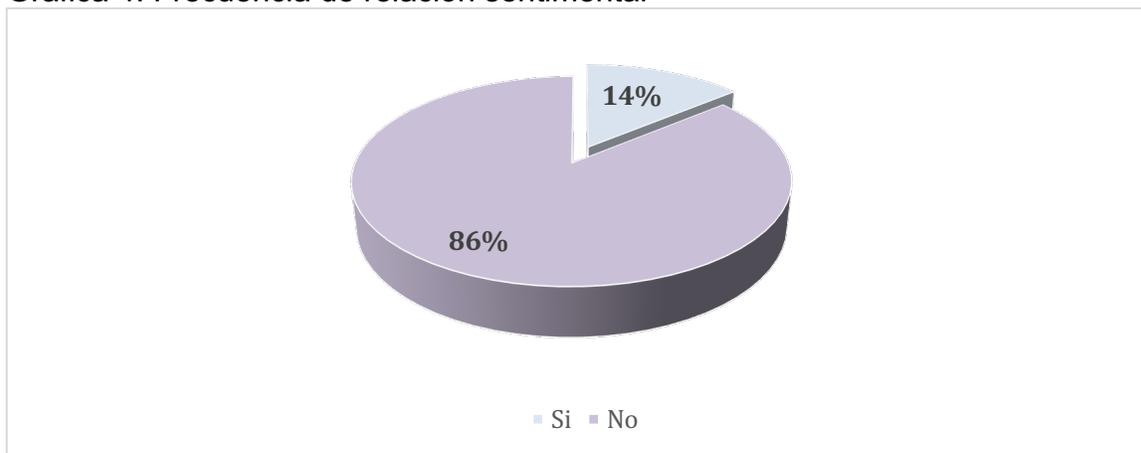
La delegación con más IS fue Tlalpan, seguido por casos fuera de la ciudad de México y Coyoacán.

Gráfica 3. Frecuencia de delegación



Fuente: expediente clínico

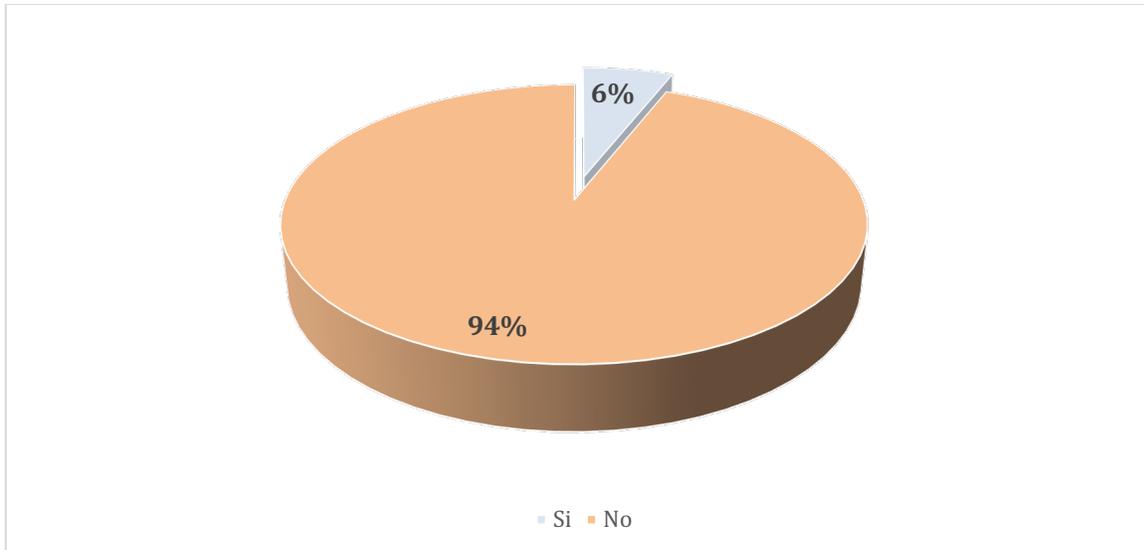
El 14% de los sujetos se encontraba en una relación sentimental al momento del IS



Fuente: expediente clínico

El 6% había tenido una ruptura sentimental en el momento de atención

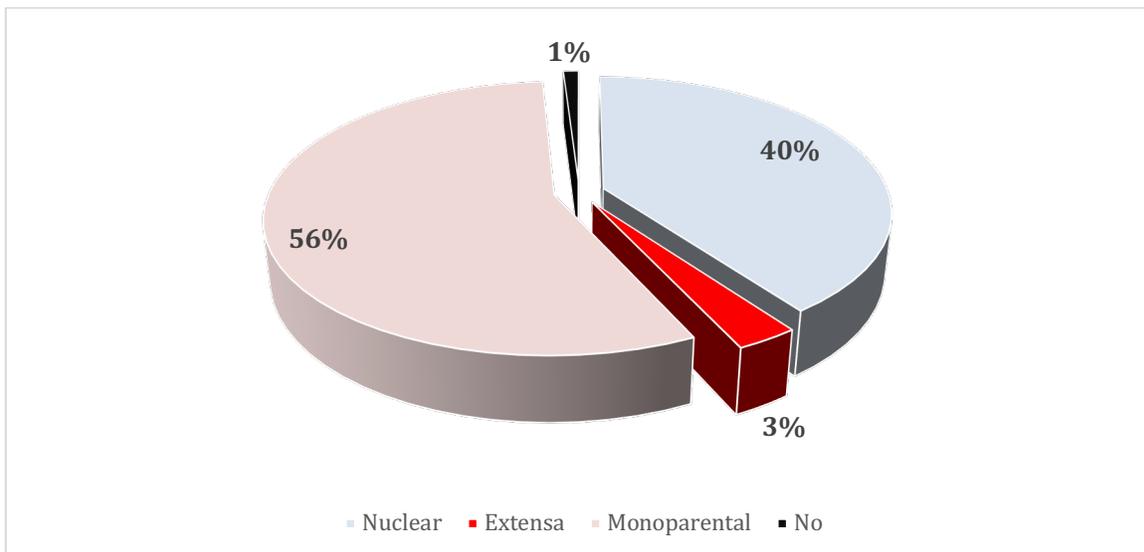
Gráfica 5. Frecuencia de ruptura sentimental



Fuente: expediente clínico

El 56% de los sujetos tenían una familia de tipo monoparental, seguido por un 40% con familia nuclear.

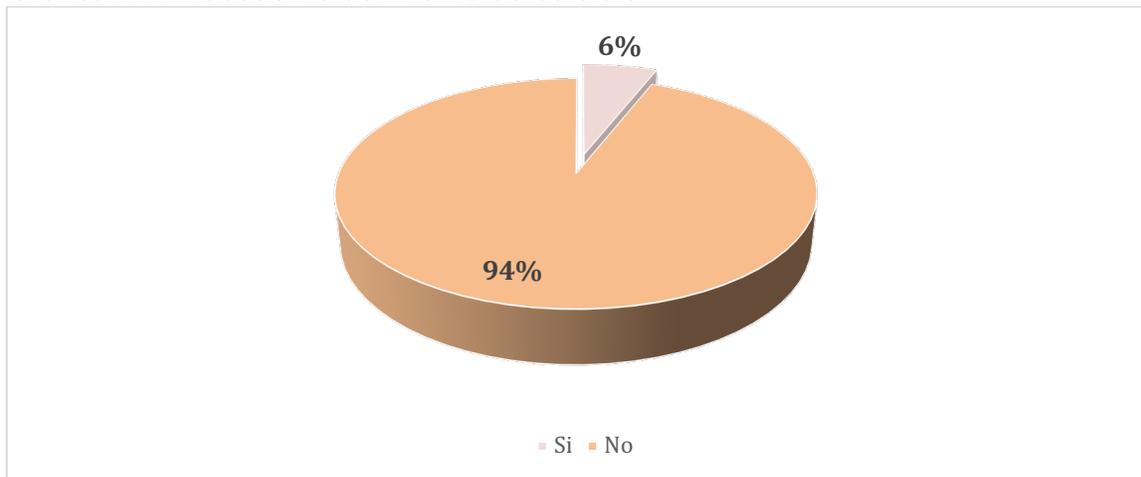
Gráfica 6. Tipo de familia



Fuente: expediente clínico

Un 6% tenía antecedente de IS en alguno de los padres

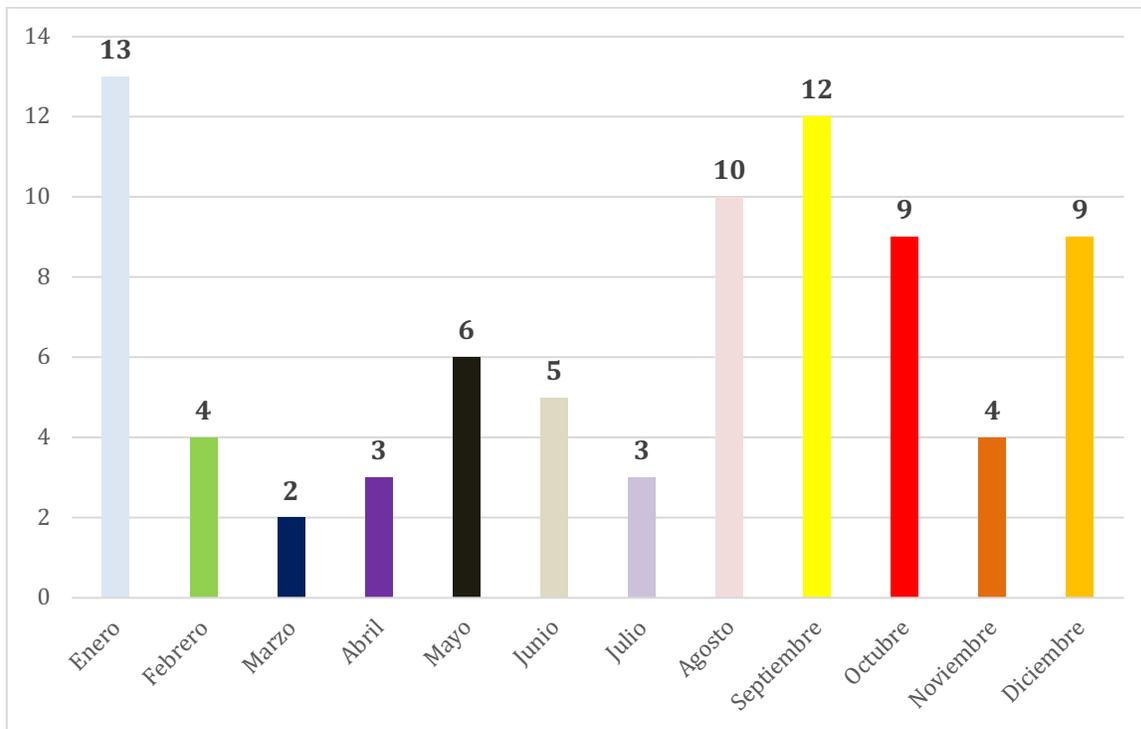
Gráfica 7. Antecedente de intento de suicidio



Fuente: expediente clínico

Los meses con mayor cantidad de IS fueron enero, seguido por septiembre, agosto y diciembre

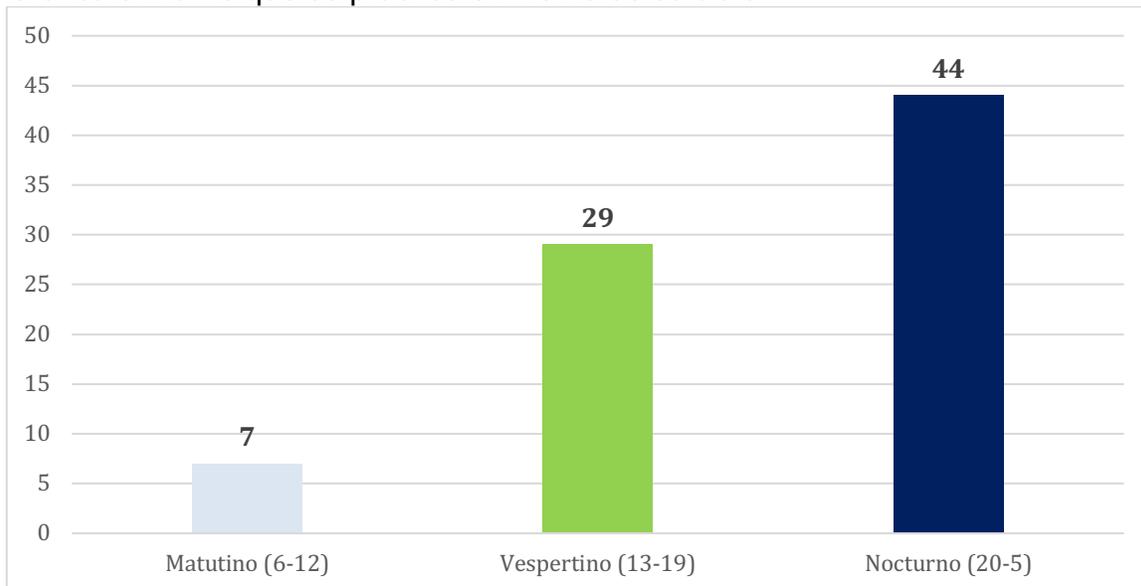
Gráfica 8. Relación de meses en el intento de suicidio



Fuente: expediente clínico

El horario en el que más se presentaron casos fue en el nocturno

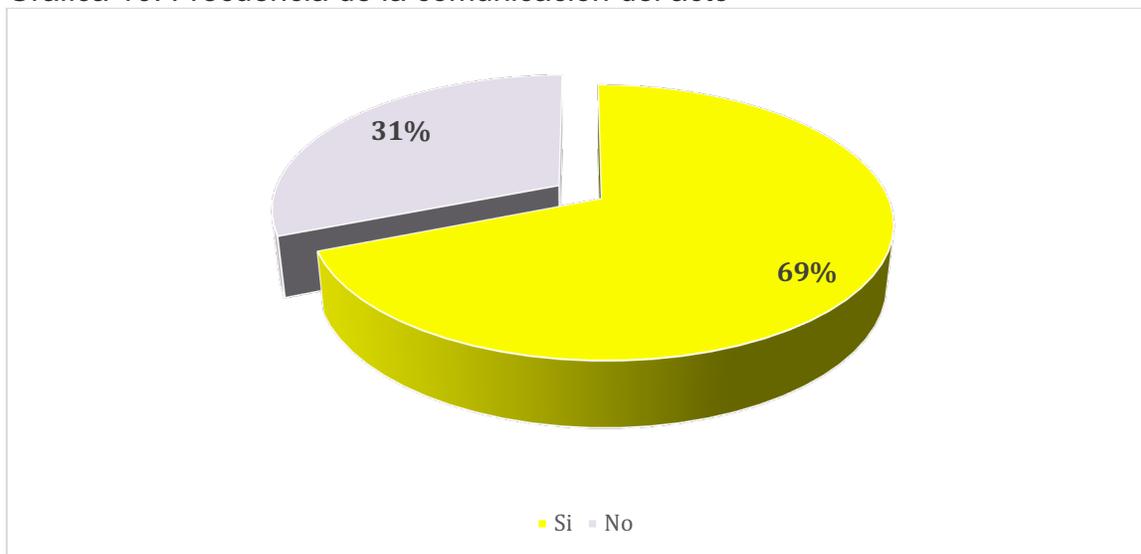
Gráfica 9. Turno que se practico el intento de suicidio



Fuente: expediente clínico

El 31% no comunico el acto a sus familiares

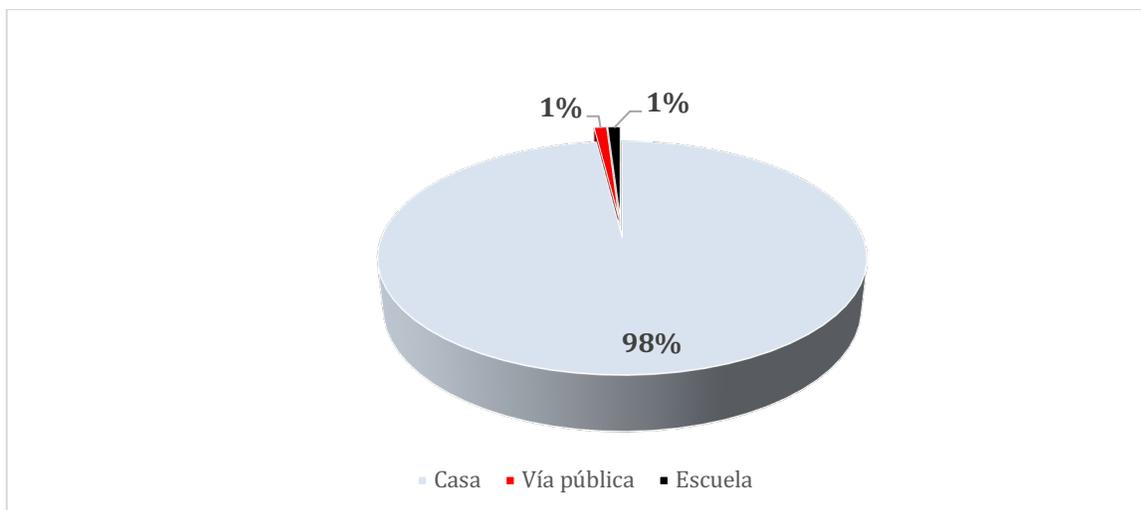
Gráfica 10. Frecuencia de la comunicación del acto



Fuente: expediente clínico

El 98% de los casos se llevaron a cabo en la casa

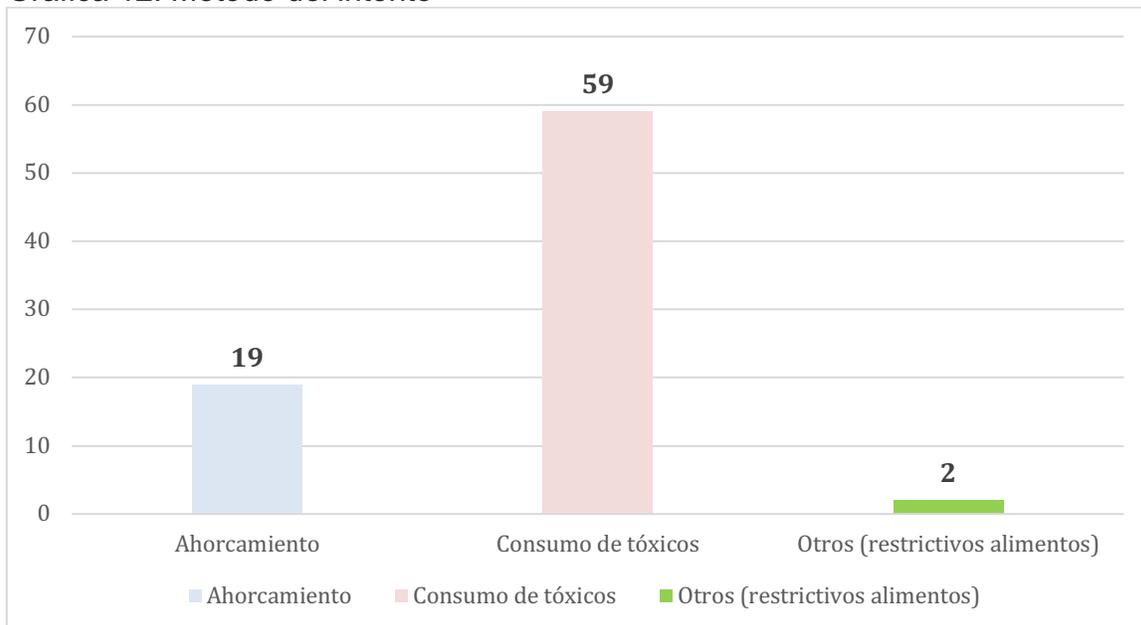
Gráfica 11. Lugar del acto



Fuente: expediente clínico

El método utilizado con mayor frecuencia fue el consumo de tóxicos seguido por ahorcamiento

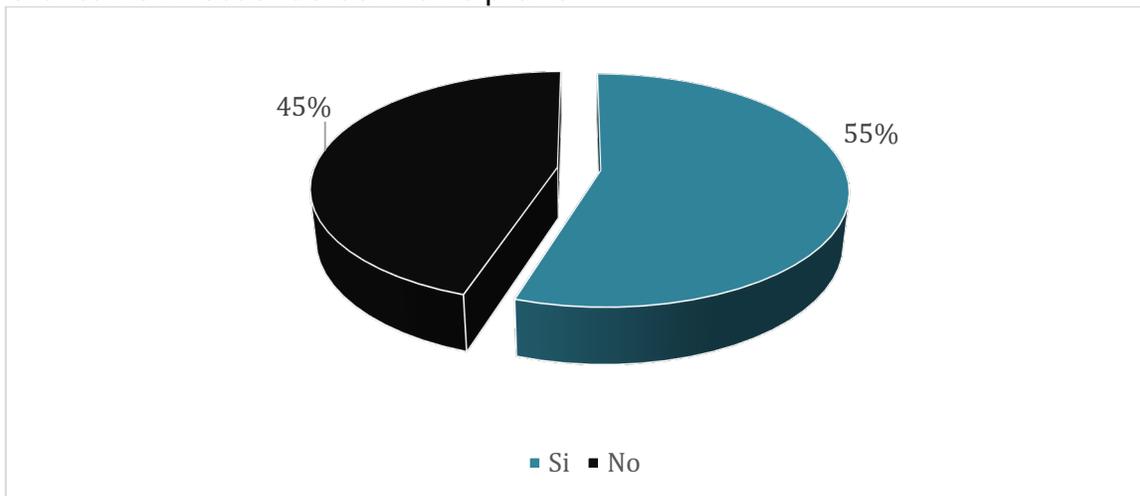
Gráfica 12. Método del intento



Fuente: expediente clínico

Un 55% de la población tenía un intento previo de suicidio

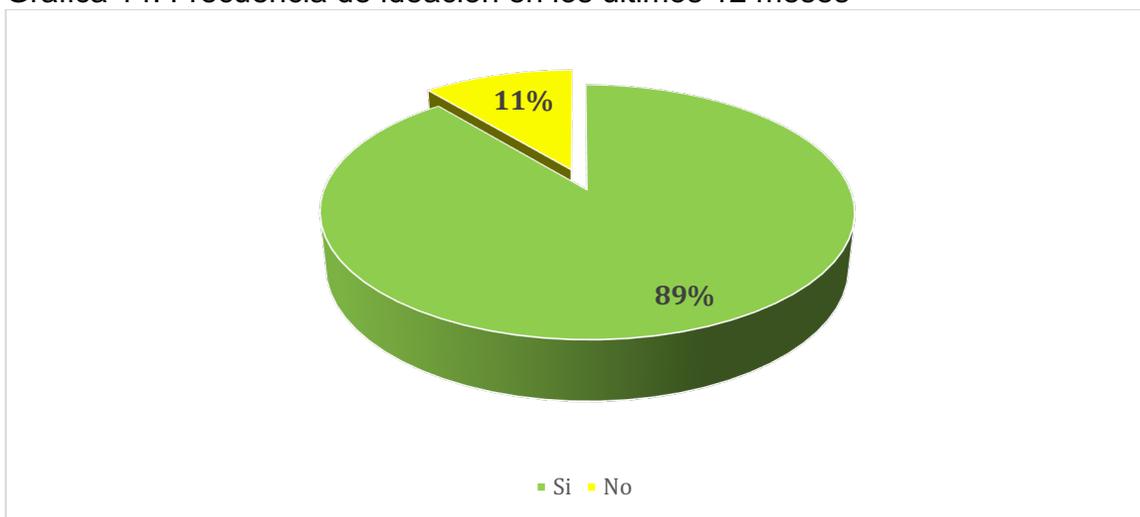
Gráfica 13. Frecuencia de intento previo



Fuente: expediente clínico

El 89% de la población tenía ideación de suicidio en los últimos 12 meses

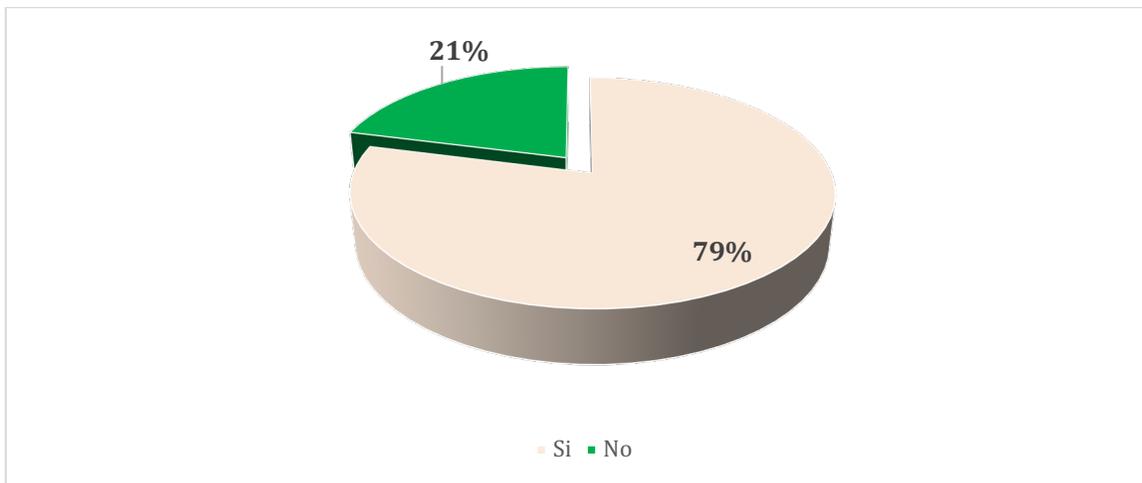
Gráfica 14. Frecuencia de ideación en los últimos 12 meses



Fuente: expediente clínico

De la población 79% consumía drogas de algún tipo

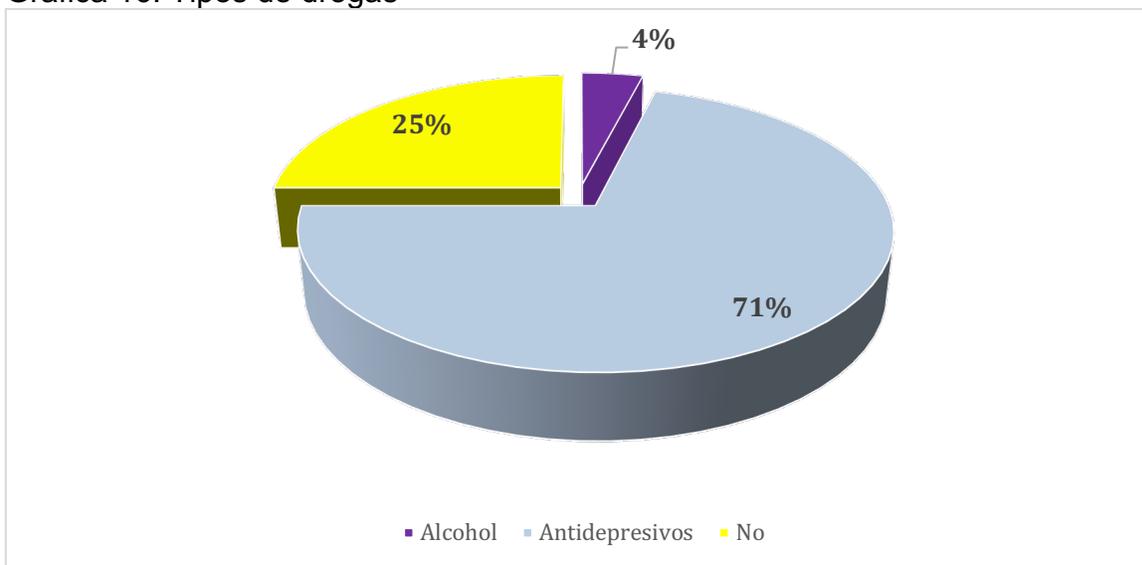
Gráfica 15. Frecuencia de drogas



Fuente: expediente clínico

La droga más encontrada fue antidepresivos con un 71%

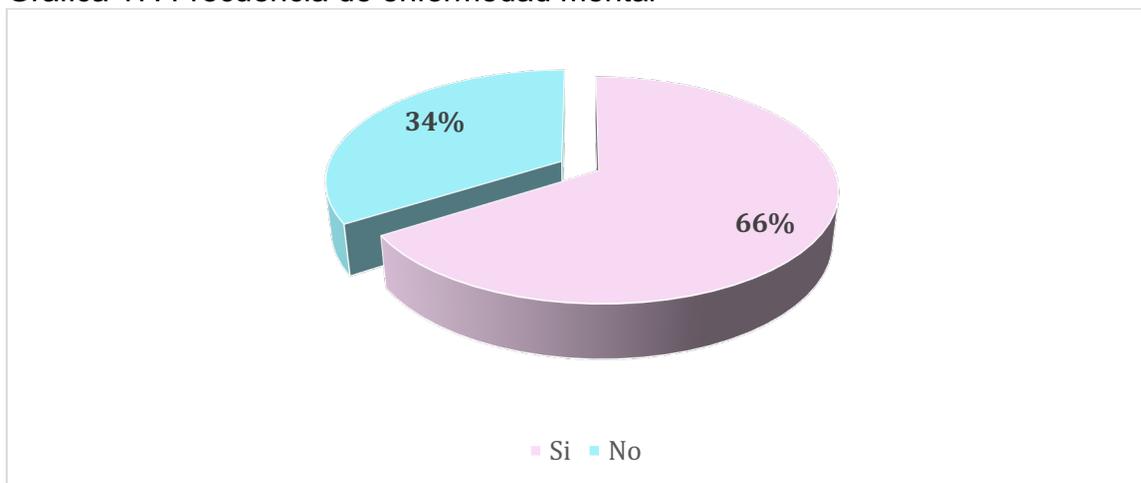
Gráfica 16. Tipos de drogas



Fuente: expediente clínico

Un total de 66% estaba diagnosticado con enfermedad mental

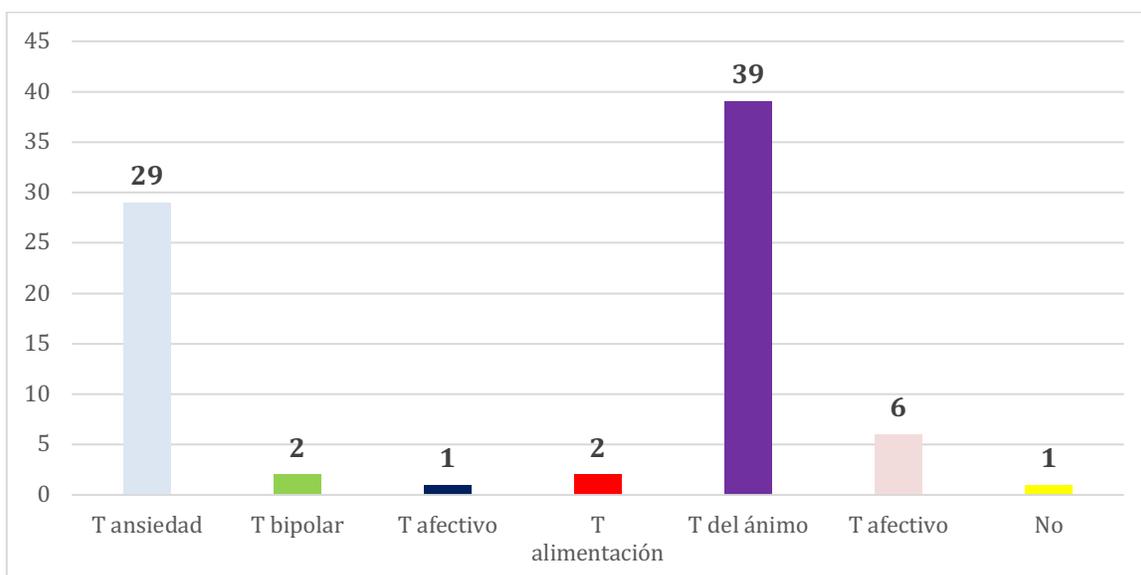
Gráfica 17. Frecuencia de enfermedad mental



Fuente: expediente clínico

Se tenía diagnóstico de 39 sujetos con trastorno del ánimo, seguido de 29 con trastorno de ansiedad

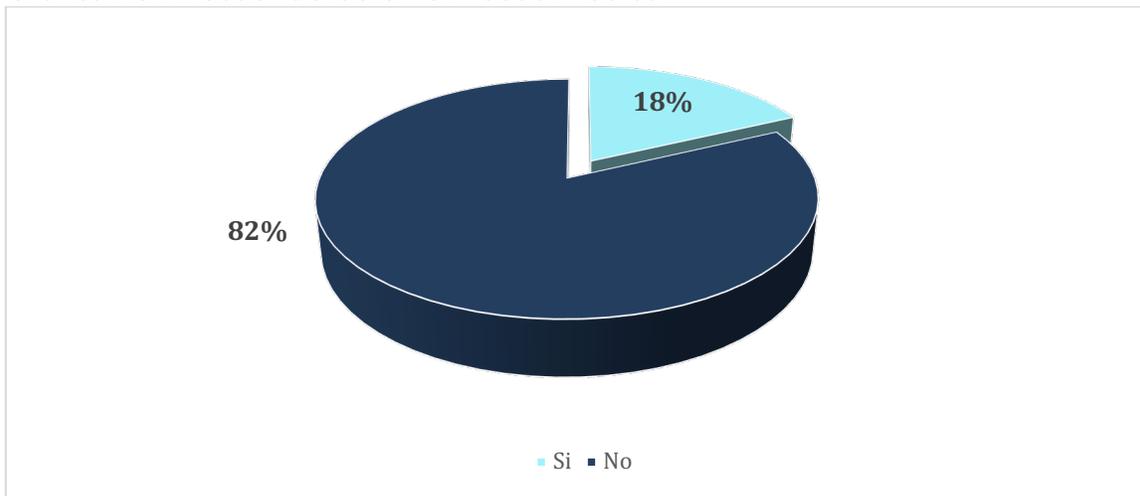
Gráfica 18. Tipo de enfermedad mental



Fuente: expediente clínico

La frecuencia de enfermedad médica era del 18%

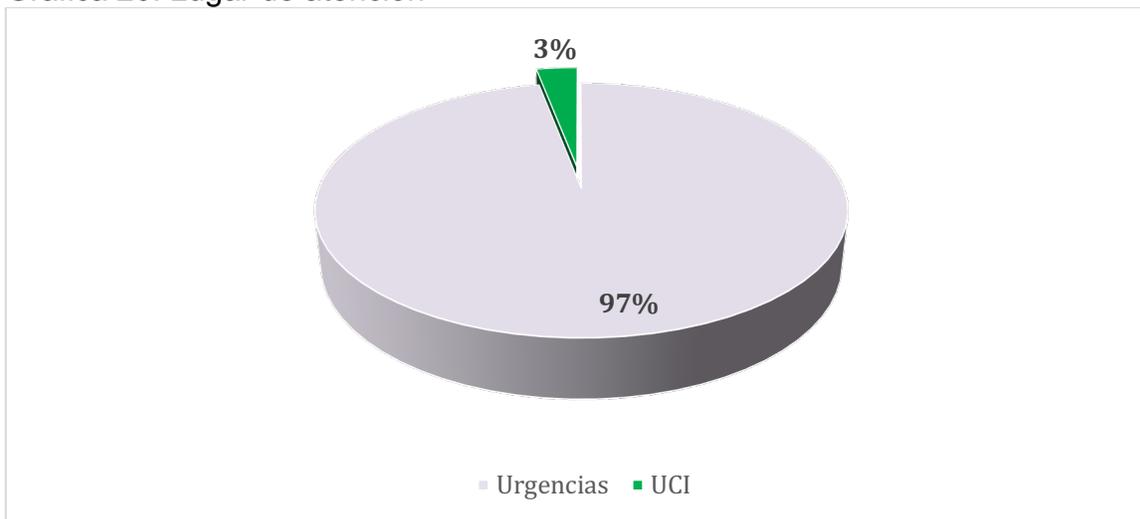
Gráfica 19. Frecuencia de enfermedad médica



Fuente: expediente clínico

El 97% fue atendido en el área de urgencias después del IS

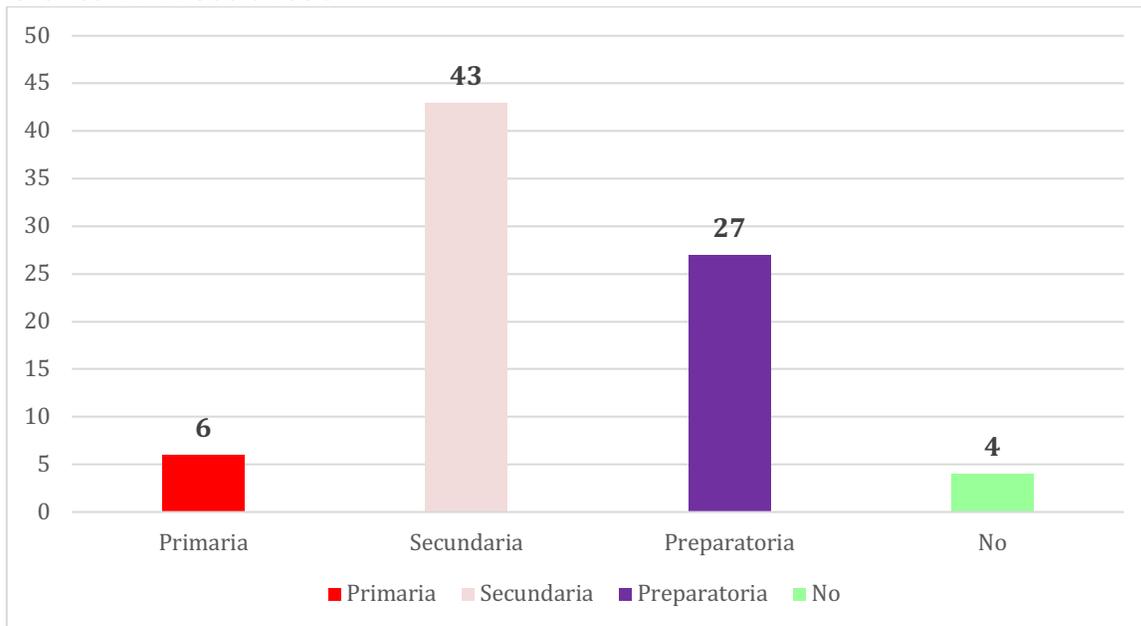
Gráfica 20. Lugar de atención



Fuente: expediente clínico

Del total, 43 sujetos estaban cursando la secundaria cuando se ingresaron al estudio

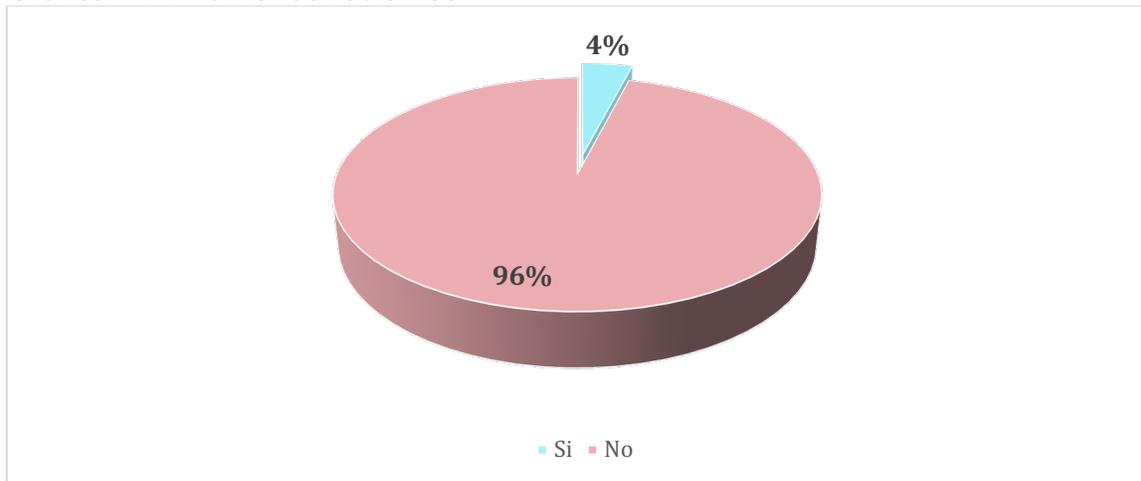
Gráfica 21. Escolaridad



Fuente: expediente clínico

Solo 4% tenía la presión de exámenes de manera reciente

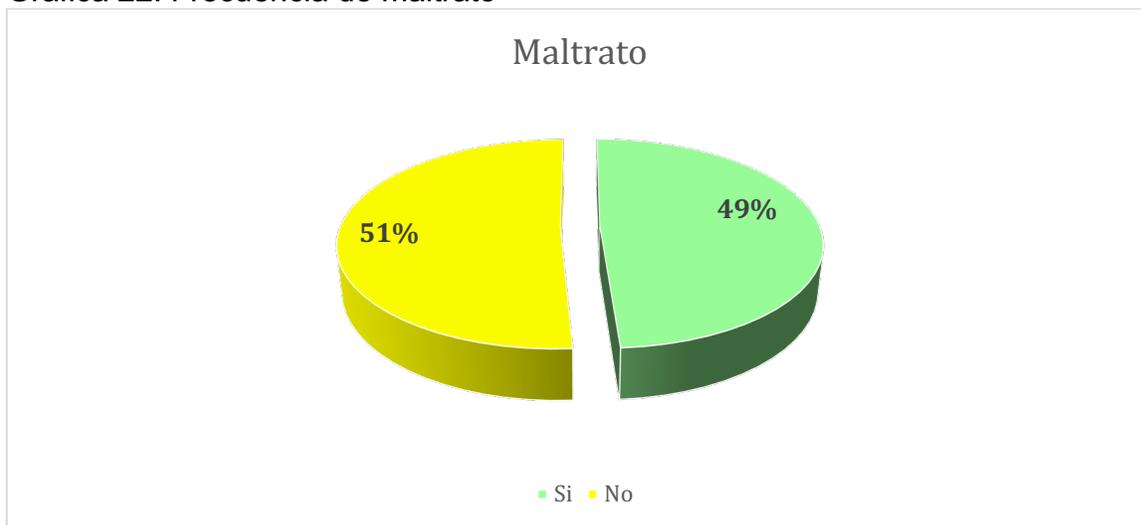
Gráfica 21. Exámenes recientes



Fuente: expediente clínico

El 49% de los adolescentes sufrían algún tipo de maltrato

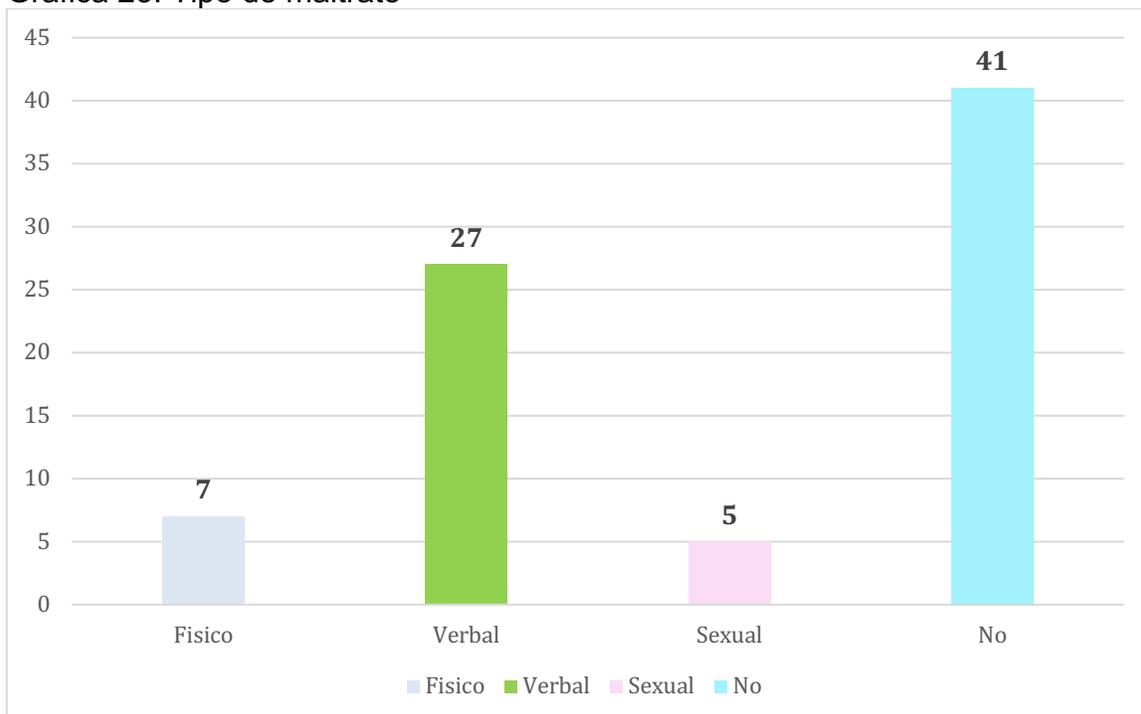
Gráfica 22. Frecuencia de maltrato



Fuente: expediente clínico

El maltrato más encontrado fue verbal con 27 reportes, seguido por el maltrato físico

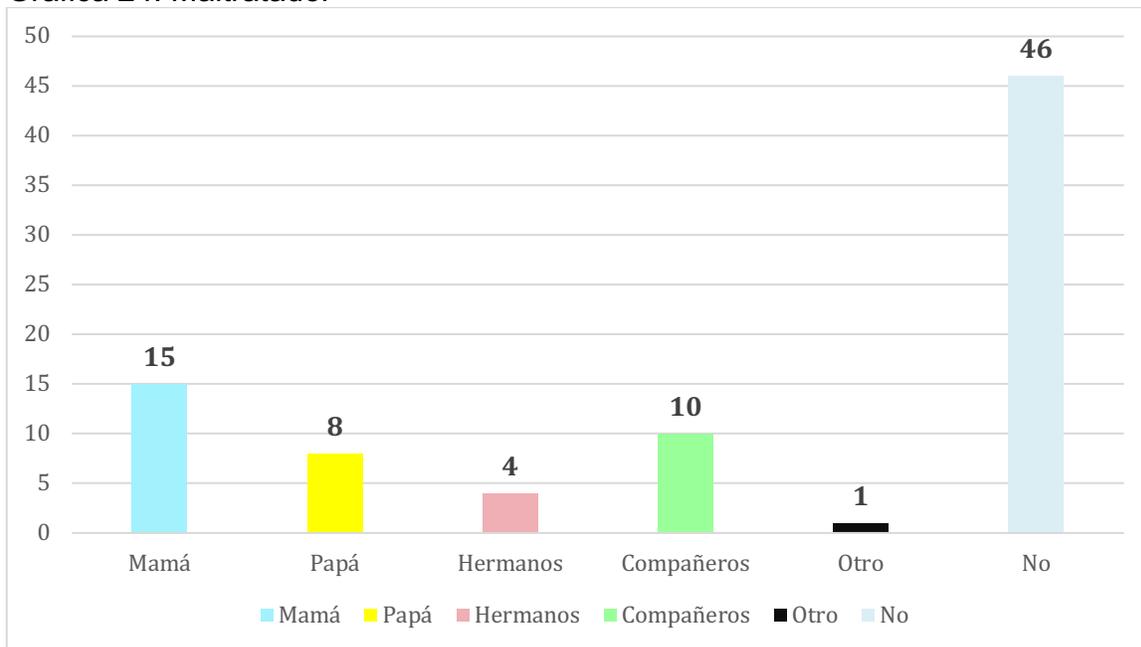
Gráfica 23. Tipo de maltrato



Fuente: expediente clínico

El maltratador más frecuente fue la madre con 15 respuestas, seguido por los compañeros de escuela

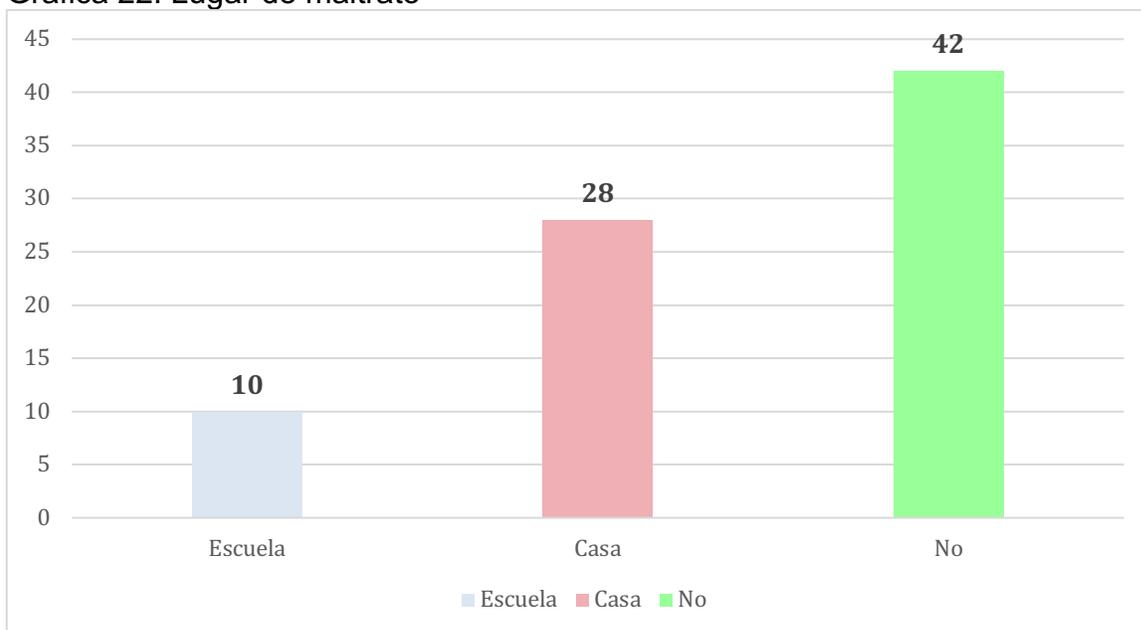
Gráfica 24. Maltratador



Fuente: expediente clínico

El lugar de maltrato más frecuente fue la casa con 28 menciones

Gráfica 22. Lugar de maltrato



Fuente: expediente clínico

## Comparación

Los resultados obtenidos muestran que el 74% de los pacientes que acudieron a urgencias por intento suicida fueron del sexo femenino, los hombres representaron solo una cuarta parte de la población de estudio. Estos datos concuerdan con lo publicado por Dávila-Cervantes en 2012 en la Ciudad de México en donde demostraron una distribución de tres a uno con predominio del sexo femenino. Llama la atención que según la OMS e INEGI entre el año 2016-2018 los intentos de suicidio consumados ocurrieron de dos a cuatro veces más en hombres. Además, en las mujeres encontramos un marcado predominio en edades entre 15 a 17 años, con un 33% de los IS reportados en pacientes de 16 años, seguido de los 17 y 15 años con 20 y 13% respectivamente. Esto concuerda con lo descrito en donde se ha reportado un predominio en mujeres entre 15 a 19 años. Por otro lado, nuestro estudio obtuvo un predominio en hombres de 17 años con 6 de 21 casos (28%). Estos datos discrepan de investigaciones previas en donde la edad principal en hombres pertenece al grupo de los 10 a 14 años. En general los IS se presentaron con mayor frecuencia en la adolescencia tardía, siendo los 16 años la edad de mayor riesgo.

Si bien el lugar de procedencia, en diversos estudios realizados, no fue significativo agregando un riesgo para que ocurriera IS, es importante conocer la distribución de los IS. Los estudios difirieron completamente de los hallazgos, Tlalpan es la alcaldía con mayor número de pacientes, en comparación con lo reportado en donde Azcapotzalco y Milpa Alta ocupaban los primeros lugares. Debemos recalcar que los pacientes provenientes de lugares fuera de la ciudad de México también fueron un grupo de gran afluencia.

El estatus sentimental al momento del evento de IS demostró similitudes entre la literatura y la recolección de datos de nuestro reporte, siendo el estatus de soltero el más frecuente presentado por la población de estudio con un 94 y 86% respectivamente. Aunque se maneja en artículos médicos que la ruptura sentimental es una causa frecuente de IS, solo logramos demostrar una ruptura sentimental reciente al IS en el 6%.

La presencia de ambos padres en el hogar redujo casi a la mitad el número de intentos suicidas en los adolescentes; siendo los hijos de padres divorciados la población de mayor riesgo presentando hasta un 60.1% de intento suicida, correlacionándose con nuestra población en donde el 56% de los sujetos tenían una familia de tipo monoparental. El 6% de nuestra población del estudio tenían antecedente de intento suicida en alguno de los padres. La ausencia de comunicación del intento suicida ocurrió en el 31% de adolescentes que se estudiaron de los cuales el 7.5% eran hombres y el 23.7% mujeres, en comparación con la información reportada en donde el 57.44% de las mujeres y el 13.22% de los hombres no comunicaron su intención de quitarse la vida.

El 98% de los IS ocurrieron en la vivienda lo cual se correlaciona con otros artículos en donde se menciona que la gran mayoría de estos actos ocurren dentro de casa. El 97% de los pacientes fueron atendidos en el área de urgencia en un horario de preferencia en el turno nocturno y los meses del año de mayor afluencia fueron enero en primer lugar seguido de septiembre, agosto y diciembre.

El método mas utilizado en ambos sexos es el ahorcamiento con el 80%, seguido por envenenamiento o ingesta de sustancias en mujeres (18.3%) y arma de fuego en hombres con 8.8%, lo cual discrepo rotundamente encontrándose que de forma local nuestra población opto por el envenenamiento en primer lugar, de los cuales el 71% correspondieron a antidepresivos. El 79% presentaba consumo de algún tipo de droga.

El intento suicida previo se reporta como un factor predictor en el 15.9% de los IS, que aumenta hasta 3 veces el riesgo de consumirlo. En nuestro estudio se reporto que un 55% de la población tenía un evento de intento suicida previo. El 89% de la población tenía ideación de suicidio en los últimos 12 meses.

La enfermedad en general, se presento en la literatura con un 0.71% en comparación con un 18% de nuestra población que contaba con una enfermedad medica.

Los trastornos afectivos se presentaron en el 29% de los casos de la información revisada, en nuestro estudio hasta un 66% de la población estaba diagnosticado con enfermedad mental en donde el 50% contaban con diagnostico de trastorno del animo y 36% con trastorno de ansiedad.

Los hallazgos encontrados entre los estudios previos y nuestra investigación fueron muy similares hablando del nivel de estudio en donde el 53.9 y 53.7% población, respectivamente, cursaban la secundaria. Solo el 4% de la población que asistía a la escuela refirió haber tenido la presión de los exámenes en los días que decidió realizar el acto suicida.

De acuerdo a lo reportado en la revisión literaria el abuso sexual con 8.7% de los cuales 7% fueron mujeres y 1.7% hombre, incrementa le riego 10.9 veces más, el abuso físico 42% de los cuales el 35% mujeres y 7% hombres, abuso verbal con le 49.12% con 38% para mujeres, consumo de drogas y alcohol con fines recreativos apareció en el 2.84% de los pacientes y los trastornos mentales con un 4.96% de lo cuales el mas común son los trastornos del animo con baja autoestima en el 46.4%, se relacionaron directamente con una prevalencia mayor en intentos suicidas, en nuestro estudio se reporto que el 49% de los adolescentes sufrían algún tipo de maltrato, de nuestros sujetos de estudio que fueron expuestos se reporto un mayor numero de pacientes a maltrato verbal con un reporte de 33.7% , seguido de maltrato físico. El lugar de maltrato más frecuente fue la casa con 35% menciones, el maltratador más frecuente fue la madre en el 18.7%, seguido por los compañeros de escuela.

El 97% de los pacientes atendidos con este diagnostico de ingreso fue atendido en el área de urgencia en primera instancia, los cual se equipará con lo comentado en la literatura en donde se refiere que la atención de los niños con IS es el área de urgencias y no los servicios de atención primaria o salud mental.

## CONCLUSION

Con este estudio podemos concluir que el intento suicida es mas común en pacientes de sexo femenino, predominantemente a los 16 años siendo estudiantes de secundaria, provenientes de la Ciudad de México de la alcaldía de Tlalpan, con estado civil reportado como soltero sin preferencia por rupturas sentimentales, provenían de familias monoparentales con los cuales no tuvieron comunicación del acto suicida, la mayoría de los intentos suicidas se llevo a cabo en el domicilio, por medio de intoxicación por tóxicos la mayoría por fármacos antidepresivos, con reporte de pacientes que cuentan antecedente de evento previo similar al del ingreso con ideas suicidas dentro de los últimos 12 meses, no se encontró relacionado el aumento de la idea suicida en pacientes portadores de enfermedad orgánica, sin embargo se encontró asociación importante con enfermedad mental de mayor relevancia a los pacientes con trastorno del animo. El tipo de maltrato mas frecuente fue el verbal, observado en el domicilio y el maltratador mas común fue la madre. La mayoría de los pacientes fueron atendidos en el servicio de urgencias durante el turno nocturno en el mes de enero

Con esto debemos puntualizar la importancia de los padres de familia en el desarrollo mental y físico saludables de sus hijos, así como la importancia de recibir la capacitación necesaria por el personal del servicio de urgencias para poder detectar y manejar a los pacientes con dicha patología ya que en este es en donde se recibe de primera instancia a este grupo vulnerable.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. Ciudad de México, México: Organización Mundial de la Salud, 2019. [ultima actualización 2020; citado el 2 de septiembre 2019] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. World Health Organization. Introduction. En: World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. 1ra edición. Washington, DC: OPS; 2014. 10-13.
3. Roman V, Abud C. Comunicación, infancia y adolescencia. 1ra Edición. Argentina: Fondo de las naciones Unidas para la Infancia; 2017. 7-26.
4. Jimenez-Ornelas RA, Cardiel-Tellz L. El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. Papeles de Población. 2013 julio-septiembre; 19 (77): 205-229.
5. García-Haro J, García-Pascual H, González M. A contextual-phenomenological approach to suicide. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2018 mayo 18; 38(134): 381-400.
6. Neira H. Suicidio y misiones suicidas: revisitando a Durkheim. Cinta de moebios. 2018 septiembre; (62): 140-154.
7. World Health Organization. Global Epidemiology of Suicide and Suicide Attempts. En: World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. 1ra edición. Washington, DC: OPS; 2014. 14-25.
8. Bobes J, Giner J, Saiz J. *Suicidio y psiquiatría: Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. 1ra Edición. Madrid: Tricastela; 2011. 187.
9. Organización mundial de la Salud. Mortalidad por suicidio en las américas. Informe regional. 1ra Edición. Washington, DC: OPS; 2014. 83.
10. Ministerio de salud de Chile. Estadísticas de defunciones por causa básica de muerte [Internet]. Santiago de Chile: Gobierno de Chile, 2019. [ Utlima actualización 2020 Noviembre 14; citado el 2020 junio 19] Disponible en: <https://www.deis.minsal.cl/>
11. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informatica. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio [Internet]. Ciudad de México: INEGI, 2018. [ Utlima actualización 2018 Septiembre 7; citado el 2018 Septiembre 7] Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios\\_2018\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios_2018_Nal.pdf)
12. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida. 1ra Edición. Washington, DC : OPS, 2016. 98
13. Bertolote Jose, Fleischmann Alexandra, De Leon Diego, Bolhari Jafar, Botega Neury, De Silva Damani, Thi Than Huong Tran, Phillips Michael, Schlebusch Lourens, Va Rnik Airi, Vijayakumar Lakshmi, Wasserman Danuta, Suicide

- attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey, *Psychological Medicine*, 2005, 35, 1457–1465.
14. Kessle Ronald, Berglund Patricia, Borges Guilherme, Nock Matthew, Wang Philip, Trends in Suicide Ideation, Plans, Gestures, and Attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003, *JAMA*, 2005, 293, 2487-2495.
  15. Borges Guilherme, Orozco Ricardo, Benjet Corina, Medina-Mora Maria Elena, Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual, *salud pública de México*, 2010, 52, 292-304
  16. Dávila-Cervantes C, Luna-Contrerasa M. Suicide attempt in teenagers: associated factors, *Rev Chil Pediatr*, 2019, 90(6), 606-616.
  17. Jiménez Myriam, Hidalgo Jesús, Camargo Constanza, Rosero Bernardo, El intento de suicidio en la población pediátrica, una alarmante realidad, *Rev Cienc Salud*, 2014, 12, 59-83.
  18. Marchiori H. El suicidio. Enfoque criminológico. 3ra Edición. México: Porrúa; 2006.
  19. Garduño R, Gomez KY, Peña AJ. Suicidio en adolescentes. Ciudad de México, Mexico. Asociacion Mexicana de Tanatologia A.C; 2011. 55p.
  20. Baader Tomas, Urra Edmundo, Millán Rocio, Yañez Lisette, Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento, *Rev. Med. Clin. Condes*, 2011, 22(3) 303-309.
  21. Mejia M, Sanhueza P, Gonzalez J. Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza*. 2011; 8: 15-25.
  22. Pérez Sergio Andrés, El suicidio, comportamiento y prevención, *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999, 15(2), 196-217.
  23. Carballo J, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D, Hoekstra P, Coghill D, Schulze U, Dittmann R, Buitelaar J, Castro J, Lievesley K, Santosh Paramala, Arango C, Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2020, 29, 759–776.
  24. Martín-del-Campo Alfonso, Gonzalez Cristina, Bustamante Juan, El suicidio en adolescentes, *Revista Medica del Hospital General de Mexico*, 2013, 76(4), 200-209.
  25. Ballard Elizabeth, Cwik Mary, Van Kathryn, Goldstein Mitchell, Alfes Clarissa, Wilson Mary Ellen, Virden Jane, Horowitz Lisa, Wilcox Holly, Identification of At-Risk Youth by Suicide Screening in a Pediatric Emergency Department, *Prev Sci*, 2017 February, 18(2), 174–182