



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN**

**JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS**

**COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**

**COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**COMITÉ DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD**

**UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO  
XXI “DR. SILVESTRE FRENK FREUND”**



**“Intento de suicidio en pacientes atendidos en el Hospital de Pediatría Dr.  
Silvestre Frenk Freund, CMN SXXI, un estudio retrospectivo”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA SUBESPECIALIDAD MEDICA EN PSIQUIATRÍA  
INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA**

**Presenta:**

**Dr. Julio César Oliveros Orozco  
Matricula 97374631**

**Asesor responsable:**

**Dra. Rocío Hinojosa Vega  
Matricula 99377341**

**Asesor metodológico**

**Dra. María Guadalupe Labra Zamora  
Matricula 98374960**

**Colaborador**

**Dr. Leonel Jaramillo Villanueva  
Matricula 9639519**

**Ciudad de México, junio 2024**



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.

## HOJA RECOLECTORA DE FIRMAS

DRA. ROCIO HINOJOSA VEGA  
MÉDICO PSIQUIATRA Y PSIQUIATRA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA  
ADSCRITA AL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE PEDIATRIA  
DR. FRENK FREUND DEL CMN SXXI

DRA. MARIA GUADALUPE LABRA ZAMORA  
MÉDICO INFECTOLOGO PEDIATRA ADSCRITO AL SERVICIO DE  
INFECTOLOGIA PEDIATRICA DEL HOSPITAL DE PEDIATRIA DR. FRENK  
FREUND DEL CMN SXXI

DR. LEONEL JARAMILLO VILLANUEVA  
MÉDICO PSIQUIATRA Y PSIQUIATRA INFANTIL; JEFE DEL SERVICIO DE  
SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE PEDIATRIA DR. FRENK FREUND DEL  
CMN SXXI

# ACTA DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN CON DICTAMEN DE APROBADO

21/9/23, 13:36

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



## Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3603**.  
HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Registro COFEPRIS **17 CI 09 015 042**  
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 032 2017121**

FECHA Jueves, 21 de septiembre de 2023

**Doctor (a) Rocio Hinojosa Vega**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE PEDIATRÍA DR. SILVESTRE FRENK FREUND, CMN SXXI, UN ESTUDIO RETROSPECTIVO**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2023-3603-058

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Doctor (a) Rocio Cárdenas Navarrete**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3603

Imprimir

## DEDICATORIA

Por siempre y para siempre a mis padres, Miguel Ángel Oliveros y Gelacia Orozco; que desde el primer día de medicina he recibido su apoyo incondicional y quien sin ellos no podría haber llegado a donde estoy ahora. Este esfuerzo de 12 años de estudio de medicina no es para nadie más que para ellos, quienes me han motivado y apoyado en todos los aspectos para lograr que este sueño se vuelva realidad.

Jamás existirán las palabras para expresar el agradecimiento que tengo ante ustedes, el cariño, comprensión y el amor incondicional que ustedes me han demostrado ha sido el motor que me ha impulsado en todos estos años.

A mi hermano el Dr. Miguel Ángel Oliveros, quien fue el que me motivo a estudiar la carrera de medicina en la misma facultad que a ambos nos formó. Por qué, aunque sus noches de desvelo no los comprendía, sabía que quería ser como él.

Por qué no hay nada más que decir que gracias

## AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Rocío Hinojosa Vega, quien no dudo desde un inicio en ser mi asesora para este proyecto que se culmina hoy, pero que sirve de pauta para la elaboración y reforzamiento de las estrategias para el bien de la salud mental de la adolescencia. Gracias por estar presente a todas horas y resolver las dudas que he tenido en el camino. Gracias por ser parte de mi formación como subespecialista y aunque el destino nos ha llegado a separar en este camino académico, confío en que nos vuelva a unir en un futuro. Mis respetos y admiración al ser una profesionista que día con día ha demostrado quebrar la barrera y redefinir la superación. Por qué aspiro algún día a tener tan basto conocimientos y logros como usted.

A la Dra. Guadalupe Labra Zamora, de quien conté su apoyo incondicional para la elaboración del análisis estadístico. Con paciencia y precisión logro transmitir sus conocimientos metodológicos para finalizar esta tesis. Agradezco su ayuda y empatía para hacer esto posible.

Al Personal de salud mental, que fueron pieza clave para mi formación como subespecialista, a los Psiquiatras infantiles y de la adolescencia, a los psicólogos que trabajamos en conjunto por el bien del paciente.

A mis compañeras y amigas de residencia, con quienes me he formado desde el primer año como residente de psiquiatría en aquel 2019 y se ha forjado una solidaria y sincera amistad, Elizabet, Guadalupe y Karla agradezco su aporte y soporte emocional en más de una ocasión.

A mis amigos que siempre han estado conmigo, formando una familia nueva, el Mtro. Ing. Gerardo Mena y la Dra. En ciencias Biomédicas Adriana Juárez, por las noches de desvelo en conjunto por que el avance científico nunca termina.

Pero sobre todo agradecer a los pacientes del Hospital de Pediatría que me forjo como subespecialista, sin ellos, mi aprendizaje hubiera quedado incompleto; fueron clave fundamental para integrar todos mis conocimientos. Gracias por estar en mi formación y rindo un homenaje para los pacientes que debido a una enfermedad medica limitante se nos han adelantado de esta vida. Donde quiera que se encuentren, les agradezco infinitamente y que Dios los tenga en su gloria.

## IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

### Presenta:

Dr. Julio Cesar Oliveros Orozco

**Matricula:** 97374631

**Número de cuenta UNAM:** 519224399

**Adscripción:** Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI Dr. Silvestre Frenk Freud

**Posición institucional:** Residente de primer año de psiquiatría infantil y de la adolescencia del Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

**Teléfono 777 7 87 0110 Fax:** Sin Fax

**Correo-e:** [juliooliverosorozco@gmail.com](mailto:juliooliverosorozco@gmail.com)

### Asesor responsable:

Dra. Rocío Vega Hinojosa.

**Especialidad:** Medico con Subespecialidad en Psiquiatría infantil y de la adolescencia.

**Matrícula:** 99377341

**Adscripción:** Médico adscrito al servicio de Salud Mental del Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

**Teléfono (ext.)** 5556276900 - 22303

**Correo-e:** [roshv.459@gmail.com](mailto:roshv.459@gmail.com)

### Asesor metodológico:

Dra. María Guadalupe Labra Zamora

**Especialidad:** Medico con Subespecialidad en Infectología pediátrica. Maestría en Ciencias médicas.

**Matrícula:** 98374960

**Adscripción:** Médico adscrito al servicio de infectología pediátrica del Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

**Teléfono (ext.)** 5556276900 - 22303

**Correo-e:** [dra\\_labra@hotmail.com](mailto:dra_labra@hotmail.com)

### Colaboradores que contribuyeron a la atención de pacientes del presente trabajo:

Dr. Leonel Jaramillo Villanueva

Dr. Alfredo Licon Martínez.

Dr. Israel Moreno Moreno.

Dra. Adriana Yazmin García Núñez

Dra Rojas y Dra. Medrano.

**Especialidad:** Medico con Subespecialidad en Psiquiatría infantil y de la adolescencia.

## DATOS DE LA TESIS

**Título: “INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE PEDIATRÍA DR. SILVESTRE FRENK FREUND, CMN SXXI, UN ESTUDIO RETROSPECTIVO”**

Número de páginas: 40 paginas

Año: 2024

Número de registro: R-2023-3603-058

## ÍNDICE

SUBTEMA	PAGINA
Hoja Recolectora de firmas	2
Acta del comité local de investigación aprobado	3
Dedicatoria	4
Agradecimientos	5
Identificación de los investigadores	6
Índice	7
Resumen	8
Marco Teórico	9
Definiciones	9
Epidemiología	10
Factores de Riesgo	11
Escalas de Evaluación	14
Mitos sobre el Suicidio	15
Intervenciones	17
Lo que sucedió durante la pandemia	17
Tratamiento	18
Planteamiento del Problema	20
Pregunta de investigación	20
Justificación	20
Hipótesis	20
Objetivo específico y generales	21
Material y métodos	21
Criterios de inclusión	21
Criterios de exclusión y eliminación	21-22
Recolección de datos/Descripción del estudio	22
Análisis estadístico	23
Tamaño de la muestra	23
Cuadro de operativización de variables	23
Procedimientos para garantizar aspectos éticos	25
Recursos Humanos, materiales y financieros	26-27
Resultados	27
Discusión	32
Conclusión	35
Limitaciones	36
Bibliografía	37
Anexos	40



## RESUMEN

- 1. Introducción:** Respecto a la definición de suicidio, en esta también se puede abarcar pensamientos, planes, acciones suicidas, intentos de suicidio y el consumado. Entre los jóvenes, la forma en que se percibe el suicidio es muy variado y va desde pensar que ya no vale la pena vivir hasta considerar el suicidio. Alrededor del mundo, el suicidio es considerado una de las principales causas de defunción en todos los grupos etarios. Entre los jóvenes, se detecta como un grupo vulnerable por diferentes situaciones. En primer lugar, el aumento más pronunciado en el número de muertes por suicidio a lo largo de la vida es en la adolescencia. En segundo lugar, el suicidio ocupa la segunda causa de muerte en la niñez y la adolescencia. En tercer lugar, muchas personas que alguna vez consideraron o intentaron suicidarse en su vida lo hicieron por primera vez durante la adolescencia.
- 2. Objetivo:** Describir las características clínicas y psicosociales de los pacientes con intento suicida que fueron atendidos en el Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, CMN Siglo XXI en el periodo de enero 2013 a diciembre 2022.
- 3. Pacientes y método:** A partir de los registros disponible en el servicio de Salud Mental del Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, CMN SXXI, se buscaron los datos de los pacientes que fueron atendidos por intento de suicidio entre el periodo de enero 2013 a diciembre 2022, a fin de obtener los datos de las variables a estudiar.
- 4. Análisis estadístico:** Transversal, descriptivo y retrospectivo.
- 5. Resultados:** Se analizaron un total de 73 pacientes, los cuales solo 47 cumplieron los criterios de inclusión; La edad promedio en la que se llevó el intento suicida fue a los 14.2 años; la mayoría eran mujeres (74.5%); previamente el 38,3% y el 40.4% habían recibido valoración psicológica y psiquiátrica respectivamente. 14.9% de los pacientes tenían un intento suicida previo. El método más empleado fue la sobre ingesta con medicamentos y químicos con un 77.1% para las mujeres y 58.3% para los hombres. El diagnóstico más frecuente fue trastorno depresivo para ambos sexos (85.7% mujeres y 66.7% hombres).
- 6. Conclusiones:** El suicidio en niños y adolescentes es un problema de salud pública, tanto por el impacto familiar, social y económico que llega a generar. Se sabe que el tener poco apoyo social o aporte familiar bajo, el presentar una enfermedad médica, el antecedente de un familiar de primer grado con trastorno mental o intento suicida, psicopatología propia del paciente confiere riesgo para presentar un intento suicida.

**PALABRAS CLAVE:** Adolescente, Niños, menores de edad, Intento suicida, Depresión.

**ABREVIATURAS:** HP CMN SXXI (Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional), IS (intento suicida), ISRS (Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina). DBT (Terapia Dialectico Conductual). TCC (Terapia Cognitivo Conductual).

## MARCO TEÓRICO.

### INTRODUCCIÓN

El suicidio es considerado a nivel mundial un problema de salud pública que afecta a personas de todos los grupos etarios. Durante la infancia, es poco frecuente. Su frecuencia aumenta de manera lenta y progresiva hasta la adolescencia para luego mostrar un incremento hasta la edad adulta joven (1).

Refiriéndonos al concepto de suicidio, este incluye pensamientos, planes, preparaciones suicidas, intentos de suicidio y suicidio propiamente. Los pensamientos suicidas entre los adolescentes es variado, va desde pensar en algunos momentos que la vida no merece la pena vivirla hasta considerar constantemente en el suicidio (2). Las conductas suicidas y las autolesiones van al aumento en niños y adolescentes. Las autolesiones inflingidas con fines no suicidas suponen un método no adaptativo para la regulación emocional, considerándose un reto diferenciarlas de la conducta suicida. (3).

Diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales pueden contribuir al suicidio (1).

### DEFINICIONES

Comunicación suicida: Son las expresiones directas o indirectas de la ideación suicida o bien de la intención de lesionarse o quitarse la vida, expresadas verbalmente, por notas escritas, obras de arte u otros medios.

Amenaza suicida: Se trata de comunicaciones suicidas, a fin de intentar cambiar el comportamiento de alguien más (4).

Ideación suicida: Es el pensamiento o el deseo de poner fin a la propia vida. La ideación suicida puede ir desde una ideación pasiva (mencionar que sería mejor cerrar los ojos y ya no despertar), hasta una ideación activa (querer realizar un acto suicida o pensar la forma de cómo hacerlo).

Tentativa de suicidio: es un acto destinado a terminar con a la propia vida.

La muerte por suicidio: es una acción fatídica para terminar de una vez y por toda con la propia vida (2).

Plan de suicidio: es un plan pensado para llevar a cabo un acto suicida que puede conducir a una probable muerte.

Intento de suicidio: una persona trata de acabar con su vida, pero sobrevive (5).

## EPIDEMIOLOGIA

En el año 2018, se informó 800 mil defunciones por suicidio a nivel mundial. La prevalencia de ideación suicida va de entre el 19.8% y el 24% en los adolescentes. El intento de suicidio se encuentra más disperso, con una prevalencia en toda la vida entre el 3.1 % y el 8.8 %. La muerte por suicidio se estima con el 8.5% de todas las defunciones entre los 15 a los 29 años de edad en todo el mundo, siendo esta una de las principales causas de muerte superado por los accidentes (2). En los adolescentes, el suicidio es dos a cuatro veces mayor en hombres que en mujeres, a diferencia de los intentos de suicidio son de tres a nueve veces más frecuente en las mujeres (6). Las diferencias de género en la forma de comportamiento del suicido se conocen como “paradoja de género” (1).

En cuanto a los métodos empleados, los hombres eligen formas más letales (ahorcamiento, arrojarse al vacío y armas de fuego) en contraste con las mujeres (envenenamiento y sobreingesta de medicamentos). Hay evidencia de una mayor prevalencia de pensamientos e intentos de suicidio en las niñas a diferencia de con los niños (1). En las mujeres adolescentes, el intento de suicidio aumenta con la edad, mientras que en el género masculino aumenta hasta la edad adulta temprana (7). El mayor predictor de que habrá un nuevo intento suicida, es el antecedente de un intento suicida y mientras más reciente, el riesgo es mayor, principalmente entre las mujeres (7).

En un estudio de entre 1989 a 2018, en donde se incluyó a 686 672 jóvenes, se calculó una prevalencia de ideación suicida durante toda la vida de un 18% y a 12 meses de un 14.2%. La prevalencia de la planeación suicida a lo largo de la vida se estimó en un 9.9 % y a los 12 meses de 7.5%. Mientras que de los intentos de suicidios se calculó una prevalencia a lo largo de la vida de 6% y a los 12 meses de 4.5% (5).

En nuestro país, el intento de suicidio y el suicidio ya es considerado como un problema de salud pública. El INEGI reportó en el año 2021 un total de 1 093 210 defunciones en el país, las cuales 8 351 fueron por suicidio. Representando una tasa de 6.5 por cada 100 mil habitantes. Los hombres se encuentran en primer lugar con una tasa de 10.9 suicidios por cada 100 mil habitantes (6 785) mientras que, en mujeres, la tasa es menor con 2.4 por cada 100 mil (1 552). Mientras que, por grupo de edad, de los 10 a los 14 años, tiene una tasa de 2.0 por cada 100 mil habitantes para hombres y de 2.3 para las mujeres. De los 15 a los 29 años, hay una tasa de 16.2 para los hombres y 4.8 para las mujeres por cada 100 mil habitantes (8).

En la página de acceso público INEGI, muestra mayores tasas de suicidio por cada 100 mil habitantes en personas de 15 a 29 años en las entidades de Chihuahua

(26.4), Yucatán (23.5) y Campeche (18.8). Las tasas más bajas son para Veracruz (4.2), Baja California (3.9) y Guerrero (1.4) (no existen datos en menores de 15 años) (8).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del período 2018-2019, dio a conocer que la ideación e intento de suicidio en adolescentes mexicanos ha incrementado siendo mayor en mujeres que en hombres. El grupo de los 18 a 19 años tiene la mayor prevalencia de ideación suicida con un 6.7% mientras que la de intento de suicidio con un 5.7% es para el grupo de entre 14 a 17 años. La mayor prevalencia de ideación e intento de suicidio en adolescentes es para Guanajuato, con una prevalencia de ideación del 5.1%, en tanto que para el intento fue de 3.9% (9).

El método más usado para cometer suicidio entre la población de 15 a 29 años es la asfixia por ahorcamiento (89.5 %), en hombres con un 91% y en mujeres con un 84.8 %. Los fallecimientos por disparo se encuentran en segundo lugar en los hombres con un 4%. El segundo método utilizado en las mujeres en el envenenamiento con químicos o sobreingesta de medicamentos con un 7.2% (8).

## **FACTORES DE RIESGO**

Hablando del suicidio, se trata de un hecho complejo y multifactorial por el impacto de factores psicológicos, biológicos, ambientales y sociales (10). Existe evidencia de una predisposición global para el suicidio influenciada por factores genéticos o vivencias de la vida temprana que definen la gravedad suicida. Si además de esto, se añade un trastorno psiquiátrico agudo (depresión, manía, psicosis, ingesta de sustancias), o un estresor vital social, es más probable que quienes tienen un umbral suicida bajo lo intenten que aquellos que cuentan con un umbral más alto. La vulnerabilidad para el suicidio se encuentra influenciada de manera importante por factores propios biológicos y de la vida temprana, aunque pueden ocurrir cambios, por lo que explica quienes sin estos factores lo intentan más y quienes con estos factores no lo intentan. Los actos suicidas son el resultado de un proceso dinámico de la vida. Los principales factores de riesgo en niños y adolescentes para suicidio son la ideación suicida e intentos suicidas previos (1). En China, algunas regiones de Europa y de Latinoamérica se realizaron revisiones de autopsias de perfiles psicológicos en adolescente de 15 a 24 años que se suicidaron reportando como factores de riesgo para la conducta suicida y el suicidio, los trastornos mentales, el antecedente de un intento previo, la impulsividad, las enfermedades neurológicas, el nivel socioeconómico y escolar bajo, los problemas familiares, el acoso laboral, poco apoyo social y el desempleo (6).

En el año 2006, en un estudio del Hospital General de México, se menciona que en los adolescentes mexicanos los factores de riesgo para la conducta y el suicidio, son el tener algún tipo de trastorno mental y un trastorno del control de los impulsos (6).

## **Factores genéticos y neurobiológicos asociados al suicidio en adolescentes.**

Respecto a la conducta suicida, esta se agrupa en familias por la transmisión genética, por la transmisión ambiental o a una combinación de la interacción gen ambiente. La heredabilidad como factor de riesgo es estimado entre el 30% a 50% para el comportamiento suicida en familiares de primer grado independiente y aunado a la heredabilidad de algún otro trastorno mental que se asocie al riesgo de la conducta y suicidio. El sistema serotoninérgico es el más ampliamente estudiado en cuanto a la depresión, impulsividad y la agresión ya que se han encontrado niveles bajos de triptófano (el aminoácido precursor de la serotonina) en sangre y en líquido cefalorraquídeo de adolescentes con conductas suicidas. Se ha informado una asociación conjunta de los genes que codifican para el transportador de serotonina, la enzima encargada de bio transformar el triptófano en serotonina entre la depresión, la conducta suicida y la agresión. Los reportes patológicos de cerebros de necropsias de adultos que fallecieron por suicidio informan una mayor expresión del receptor de serotonina en comparado a los que fallecieron por otras causas (1), (11)

El factor neurotrópico derivado del cerebro (BDNF) se encuentra estrechamente involucrado en el crecimiento de las redes neuronales y a la plasticidad de las neuronas productoras y secretoras de la serotonina y dopamina. Una disminución de este factor en plasma es un biomarcador que se está estudiando en el comportamiento suicida. La neuroplasticidad reducida en las personas con intentos suicidas, los hace vulnerables cognitivamente ya que los hace incapaces de encontrar estrategias y estilos de afrontamiento para confrontar su estado actual de estrés y pone en manifiesto las alteraciones en las funciones mentales de la atención, el aprendizaje, la memoria, la toma de decisiones y un estado desesperanzador. El eje hipotálamo hipófisis suprarrenal (HPA) está involucrado en la respuesta y modulación del estrés. En los adultos que cometieron suicidio, se ha descrito una hiperactividad de dicho eje (1), (11), (12).

## **Factores familiares**

Los factores familiares de la conducta suicida parecen estar relacionados con las condiciones socio económicas, psicosociales y ambientales, como pérdidas de algún miembro, estilos y formas de crianza inadecuados e inapropiados (negligente, autoritario, permisivo) o la desintegración familiar. Además de la heredabilidad de los trastornos mentales, de la impulsividad, la agresión y la vulnerabilidad biológica al intento suicida, el aspecto familiar puede desempeñar parte importante en la transmisión familiar de una generación a otra en el comportamiento suicida. Los eventos estresantes (fallecimiento de uno o ambos padres) que ocurren durante los primeros años de la primera o segunda infancia están fuertemente asociados al comportamiento suicida y más cuando se trata de algo sucedido a la madre o la figura de mayor apego.

En el año 2020, en Estados Unidos tras un estudio, se encontró que una madre ausente, con poco apoyo emocional hacia los hijos además de los conflictos familiares, son de los factores de riesgo predisponentes para las conductas suicidas en niños de 9 a 10 años (1). En el año 2011 en una revisión de la revista de salud pública de México encontró que los factores de riesgo psicosocial incluyen autoestima baja, frecuencia de conflictos con la madre, estilo de crianza parental negligente así como satisfacción económica familiar baja (13).

### **Acoso escolar o bullying**

El acoso escolar se define como un comportamiento agresivo con fin de causar daño, que se repite en varias ocasiones y que busca imponer poder del perpetrador hacia la persona afectada. El acoso escolar puede ser verbal, físico, aislamiento (aislar y excluir a la víctima del resto) y ciberacoso. En el año 2017 en Europa se realizó un metaanálisis en donde informaron que la prevalencia de acoso físico fue de 9.4%, acoso verbal del 36.1% y de aislamiento social del 33%. Los niños y hombres adolescentes tienen más probabilidades de ser víctimas de acoso física y verbal, en cuanto a las niñas y mujeres adolescentes son más propensas a ser víctimas de aislamiento. El acoso físico se asoció con ideación suicida y el acoso de aislamiento se asoció con más intentos de suicidio. Hay pocos estudios que han podido identificar factores de protección social contra la ideación y los intentos de suicidio entre las víctimas de acoso escolar. Al parecer, el involucramiento de los padres y el apoyo de los compañeros se identifican como posibles factores de protección (14). En México, se ha encontrado en los jóvenes víctimas de acoso escolar, una relación entre factores predisponentes y precipitantes de violencia intrafamiliar, antecedentes de maltrato por parte de los padres, dificultades en la comunicación y un estatus socioeconómico bajo (1).

### **Género**

Los adolescentes con orientación sexual homosexual o bisexual tienen un mayor riesgo de conductas suicidas que los adolescentes heterosexuales. Los factores de riesgo que podrían explicarlo son un mayor estigma, discriminación por pares, victimización por la sociedad y su núcleo familiar, problemas con sus relaciones sentimentales y un entorno social hostil en comparación con sus pares heterosexuales (15). En el año 2017 se publicó un estudio en respecto a la perspectiva de orientación sexual donde reportaron a los largo de la vida una prevalencia de intentos de suicidio en homosexuales y bisexuales varones del 4.8 % y del 12.6 % en lesbianas y bisexuales mujeres (15).

### **Irritabilidad e impulsividad**

El pobre, bajo o nulo control de la impulsividad es considerado uno de los factores de alto riesgo para cometer suicidio entre los adolescentes, así como lo es la fluctuación del estado de ánimo junto con la irritabilidad constante. Se ha informado que los adolescentes con respuestas impulsivas desencadenadas por

psicoestresores sociales como rupturas sentimentales, de amistades, estresores escolares, acoso escolar, discusiones familiares, abuso físico o sexual aunado a un bajo control de impulsos hacen muy susceptibles a los adolescentes a cometer suicidio (6). La irritabilidad se encuentra presente en diferentes padecimientos mentales de la infancia y de la adolescencia tanto como de manera de expresión internalizada como externalizada. La irritabilidad es un factor de riesgo para la ideación y conducta suicida siendo una manera de expresión de un trastorno interiorizado. Adolescentes con un temperamento y carácter irritable, son más propensos a múltiples intentos suicidas (11).

## **ESCALAS PARA EVALUACIÓN**

En primer lugar, se tiene que identificar a la población que expresan síntomas depresivos, pensamiento e ideas suicidas. La Academia Estadounidense de Pediatría sugiere evaluar síntomas de depresión en todos los adolescentes de 12 años o más sea cual sea el motivo de consulta, así como en cualquier paciente que presente un síntoma relacionado con un trastorno mental. Muchos de los niños y adolescentes no llegan a presentar síntomas depresivos francos como en los adultos, por lo que es conveniente investigar síntomas depresivos o de ansiedad en cualquier niño o adolescente que presente molestias físicas sin otra causa aparente, como dolores constantes de cabeza, náuseas, dolor abdominal, ausentismo escolar (16).

El Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9), es de los métodos de detección más utilizados y existe una versión que ha sido modificada por la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil para uso en adolescentes. Se trata de un cuestionario auto aplicable. Este cuestionario tiene dos preguntas directas sobre el suicidio "¿Ha habido algún momento en el último mes en el que hayas tenido pensamientos acerca de terminar con tu vida?" y "¿Alguna vez, en toda tu vida, has tratado de quitarte la vida o has realizado un intento de suicidio?". Si alguna de estas dos preguntas es positiva, se tiene que realizar una entrevista mas a fondo.

La escala de riesgo suicida de Plutchik, es una escala que evalúa los intentos suicidas previos, la intensidad de la ideación actual, los síntomas compatibles con la depresión y otros aspectos relacionados con la conducta suicida (16).

El Ask Suicide-Screening Questions (ASQ), se encuentra validada desde el 2018 para su uso en jóvenes de los 10 a los 21 años. Esta evalúa el riesgo de suicidio. Esta conformada por cuatro preguntas cortas con opción de respuesta SI/NO. Se considera como positiva en caso de cualquier pregunta resulte positiva o la persona se niegue a contestarla y se procede a crear un plan de intervención (17).

El inventario de ideación suicida de Beck del año 1991, en sus inicios fue desarrollado para adultos como un instrumento de tamizaje para detectar los probables casos de ideación suicida de los que no lo son; aunque se diseñó para uso en adultos se ha demostrado su utilidad en el uso de la entrevista de adolescentes con un padecimiento mental teniendo un nivel de significancia y

sensibilidad comparativa con la de adultos. El inventario de ideación suicida de Beck es un instrumento útil ya que permite conocer la magnitud del problema, abordada en diversos tipos de población (18).

Previamente a la aplicación de cualquier de las escalas anteriormente mencionada, se tiene que realizar una relación médico-paciente adecuada, basada en comunicación y respeto. En algunos casos, los pacientes que desean suicidarse pueden negar reiteradamente estas ideas; se tiene que tener mucho cuidado con los pacientes que puedan manipular la información y modificar sus síntomas queriendo aparentar una mejoría, ya que la ideación aún puede estar presente (19).

## **MITOS DE SUICIDIO**

Existen distintos mitos en torno al suicidio, a quienes mueren por esta causa y a quienes lo intentan. El suicidio, en todo su aspecto, es un fenómeno complejo de indoles médicas, sociales, psicológicas, religiosas, económicas, morales y políticas; he de ahí la importancia de necesidad de difusión de prevención, detección y tratamiento oportuno. A lo largo del conocimiento del suicidio, a nivel mundial han surgido diversos mitos sobre las personas que lo intentan y fallecen por esta causa, así como aspectos familiares y los programas preventivos.

**Mito 1:** Los que se suicidan y los que los intentan son en la misma cantidad.

La epidemiología de los intentos y el suicidio propiamente dicho varía a nivel internacional, aunque comparten casi la misma distribución. A nivel mundial, los hombres tienen cuatro veces más probabilidad de suicidarse que las mujeres, pero las mujeres tienen más probabilidad de intentar suicidarse que los hombres. El pico más alto de intentos de suicidio es en la adolescencia, mientras que la consumación del suicidio alcanza su punto máximo en la tercera edad. Los adolescentes que intentan suicidarse son un grupo grande, en Estados Unidos tienen una tasa de incidencia de 1 año de 130 por cada 100,000 intentos de suicidio entre aquellos sin conductas suicidas. La consumación del suicidio es un evento menos frecuente, que involucra solo 1 a 2 por cada 10,000 adolescentes cada año (20).

**Mito 2:** Los adolescentes son los que más se suicidan.

En los Estados Unidos, los adultos mayores siempre han tenido el mayor riesgo de suicidio. En muchas ocasiones, el suicidio en la población geriátrica va acompañado de algún padecimiento médico. La tasa de suicidio de adultos mayores se han mantenido relativamente constantes en los últimos años, en contraste con la tasa de suicidio en adolescente que se ha duplicado (20).

**Mito 3:** El suicidio es causado por la disfunción familiar y social.

Las familias de adolescentes que se suicidaron confirman que previamente al evento, hubo un problema en la familia como castigos, discusiones o una ruptura sentimental. Una característica del suicidio en los adolescentes es que este puede ser desencadenado por un estresor psicosocial asociado con una pérdida reciente,



un rechazo social o colocación de límites por los padres. Debemos tomar en cuenta que los factores estresantes relacionados con estos eventos son comunes en la vida de un adolescente y el suicidio no es un resultado frecuente. Diferentes revisiones han demostrado que más del 90 % de los adolescentes que se suicidaron o que intentaron suicidarse tenían diagnósticos psiquiátricos, los más comunes como un trastorno del estado de ánimo con abuso de sustancias o problemas de conducta. Los adolescentes que se suicidan tienen más estrés y problemas familiares. Pero se sabe que la enfermedad mental es hereditaria, y la psicopatología infantil o la propia psicopatología de los padres pueden explicar los factores estresantes relacionados con la disfunción y dinámica familiar (20).

**Mito 4:** El suicidio no es hereditario.

La genética cumple un papel importante en las enfermedades mentales y el suicidio. Si una persona que es adoptada al nacer llegase a suicidarse de adolescente o adulto, son sus descendientes y ascendientes biológicos los que corren un mayor riesgo de suicidio, no los miembros de la familia adoptiva. Las tasas de suicidio son más altas entre los gemelos monocigóticos, en comparación con los gemelos heterocigóticos. La genética del suicidio es aún difícil de comprender. Algunas familias tienen un mayor riesgo de depresión durante varias generaciones descendientes, mientras que otras familias tienen un mayor riesgo combinado tanto de depresión como de suicidio (20).

**Mito 5:** El suicidio en el adolescente representa un fracaso del tratamiento.

En revisiones del año 2002 en Estados Unidos, describió que solo el 1 % de los adolescentes que se suicidaron estaban en tratamiento por parte de psiquiatría o psicoterapeuta de manera pública en el momento de su suicidio y solo el 3 % de los adolescentes que cometieron suicidio tenían niveles séricos detectables del tratamiento psicofarmacológico. En Suecia, hubo una reducción del 25% en la tasa total de suicidios, que se correlaciona con el aumento de cuatro veces en el uso de antidepresivos. Si bien, el uso de antidepresivos o estabilizadores del estado de ánimo no se relacionan de manera directa con la disminución de los suicidios, si se relaciona con la mejoría del estado de ánimo, la irritabilidad, la agresión o la impulsividad, hay algunos otros factores conocidos que afectan las tasas de consumación del suicidio, como el divorcio o el abuso de sustancias que no cambian con el uso de antidepresivos. En el año 2003, en un estudio realizado por Olfson en Estados Unidos informó una relación de la disminución de los suicidios en EUA en conjunto con el aumento del uso de antidepresivos, en especial entre los adolescentes varones. Los tratamientos psicofarmacológicos pueden mejorar los síntomas, reducir la discapacidad, acortar el curso de varios trastornos psiquiátricos y prevenir las recaídas (20).

## **INTERVENCIONES**

Se han implementado planes, estrategias para la prevención del suicidio de adolescentes en escuelas, comunidades y centros de atención de salud. Estos planes están diseñados para reducir los factores de riesgo del comportamiento suicida o identificar a las personas susceptibles y proporcionar un tratamiento oportuno o apoyo psicosocial y/o psicoterapéutico. Los programas de apoyo psicosociales para la prevención del suicidio se han llevado a cabo de manera individual o en grupo, basándose en enfoques básicos de la terapia cognitiva conductual (TCC), la terapia dialéctica conductual (BDT) y la terapia enfocada en la resolución de problemas. Los programas basados con enfoques psicoterapéuticos pueden diseñarse según las necesidades, dirigido a un grupo en general o un grupo en específico con ciertas características sociales. Los programas de difusión en la prevención del suicidio se deben ofrecer a todos los jóvenes en lugares de impacto (escuela) y diseñarse para mejorar los factores de protección individuales y sociales o reducir los factores de riesgo en toda la población blanco. Existen intervenciones selectas que están dirigidas a jóvenes identificados “en riesgo” de suicidio, y existen al igual programas especializados e indicados para jóvenes que ya muestran un comportamiento suicida, como ideación o intento de suicidio. Ya está comprobada la eficacia y seguridad de que un buen programa de prevención y difusión sobre el suicidio ayuda a disminuir las tasas de suicidio entre los adolescentes, así como a detectar a los posibles niños y adolescentes con riesgo suicida (3).

Se ha informado que los programas cognitivo-conductuales de apoyo para los padres y la forma de crianza, el asesoramiento en escuelas, el tratamiento psicofarmacológico, la terapia individual y la grupal de corte cognitivo conductual son favorables en la reducción de los síntomas de ansiedad y de depresión en adolescentes víctimas de agresión y para la prevención de la conducta suicida. Los factores de protección ante el suicidio son el fomentar una alta autoestima, el bienestar emocional a partir de relaciones familiares saludables al igual que con amigos, la integración en grupos sociales, promover la actividad física, la alimentación saludable y sueño adecuados, promueven una vida saludable física y mental (6).

## **LO QUE SUCEDIÓ DURANTE LA PANDEMIA**

Si algo que ya se comenzaba a ver, pero no fue hasta los años 2020-2022 con el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2 que nos mostró en todo el esplendor, es el evidente deterioro en la salud mental de los niños y adolescentes. La pandemia nos ha enseñado que las determinantes sociales son clave vital para el aumento en el riesgo de padecer problemas de salud, tanto física como mental. Entre los factores precipitantes por la pandemia, destacaron el aislamiento social, la interrupción de las rutinas y las múltiples restricciones en el ocio, junto con un aumento inconmensurable del uso de las tecnologías y redes sociales. Además, de quienes han padecido la enfermedad por COVID-19 o incluso fallecimientos de algún

familiar, el despedido laboral, las dificultades económicas o el hacinamiento han sido considerados como factores de riesgo. En personas cuyos familiares fallecieron por complicaciones por el SARS-CoV-2 han informado sentirse culpables de los contagios que llevaron al deceso a sus familiares. La sobreexposición a la información sobre la pandemia, aunado a una gran incertidumbre por parte de los adultos entrevistados se ha relacionado con síntomas de depresión y ansiedad. A partir de este evento global, los adolescentes están presentando más síntomas depresivos, autolesiones y conductas suicidas (21).

A raíz de la pandemia, la situación resulto alarmante convirtiéndose en un problema de salud pública. En el año 2020, la Fundación de Atención de Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR) en España, atendió un 145% más de llamadas de menores con ideas o intentos de suicidio y un 180% más de autolesiones con respecto al 2018 y 2019. En 2020, España se suicidaron 14 niños menores de 15 años, el doble que el año 2019 (21). La Sociedad Española de Urgencias Pediátricas comparó los resultados de atención en urgencias analizando los periodos marzo 2019 a marzo 2020 y marzo 2020 a marzo 2021 concluyendo con un incremento del 122% en el diagnóstico de “intoxicación no accidental por fármacos” y del 56% con el diagnóstico de “suicidio, intento de suicidio, ideación autolítica” (21).

Durante la pandemia, en México se instauró un programa vía internet llamado “Atención Psicológica a Distancia para la Salud Mental por la contingencia por Covid-19” realizado de abril a diciembre de 2020. Se incluyeron 79 665 personas de 13 a 75 años. Utilizaron un cuestionario, en el que la persona que accedía al portal digital llenaba una encuesta en línea mediante dispositivos electrónicos que fue difundido por el gobierno federal en el portal de coronavirus.gob.mx en el apartado de salud mental. Se clasificaron por edades donde el grupo más joven fue 13 a 19 años de edad (8792 del total). Se encontró que el grupo de mujeres de 30-39 y de 13-19 años fue el que tuvo mayor riesgo de ideación suicida (22).

## **TRATAMIENTO**

Es evidente en cuestión de costo y beneficios, la implementación de programas de prevención eficaces y oportunos, a los tratamientos de los adolescentes ya con intentos suicidas. Se habla de implementar tratamientos eficaces, ya que se estima que de los adolescentes suicidas, el 60 % al 77 % de estos adolescentes no cumplen con la atención recomendada (23). Una vez que se ha identificado la conducta suicida, se debe trabajar con el adolescente y su familia para identificar un equipo de apoyo para el adolescente y desarrollar un plan de seguridad. El equipo de apoyo puede incluir al pediatra, psiquiatra, psicólogo, los padres, otros adultos de confianza (16).

El plan de seguridad puede incluir señales de advertencia, estrategias de afrontamiento, nombres y números telefónicos de adultos que puedan brindar apoyo, número de una línea directa de suicidio. Se deben retirar o eliminar cualquier posible amenaza letal, incluido el acceso a medicamentos, objetos punzocortantes

y/o armas de fuego deben estar vigilados. Tanto los medicamentos de acceso libre, como todos los medicamentos recetados deben colocarse en resguardo con llave. Idealmente, las armas de fuego no deberían existir en el hogar y en caso de que existieran, deberían retirarse del hogar durante un período de crisis. La evidencia también ha demostrado que la ideación suicida es transitoria y oscilante. Si se sobrevive al impulso suicida, el pronóstico en la mayoría de los casos es bueno. En resumen, el apoyo familiar tiene como objetivo apoyar a los adolescentes durante períodos de crisis a corto plazo y minimizar el acceso a medios letales. Una vez que se ha establecido un plan de seguridad, es primordial que se implemente un seguimiento adecuado con los profesionales de la salud mental (16).

La terapia dialéctico conductual (DBT) es una rama de la terapia cognitivo conductual y se enfoca en el compromiso con el tratamiento, la reducción de las autolesiones y los intentos de suicidio. Su forma en la que llega a disminuir el impulso suicida se centra en mejorar la regulación de las emociones, la tolerancia a la angustia, la frustración y construir metas a futuro en la vida. La investigación sobre DBT con adultos ha demostrado mejorar el apego al tratamiento y mayor eficacia para reducir los intentos de suicidio. Debido a su eficacia con adultos, la DBT se ha utilizado para el tratamiento de adolescentes con conductas suicidas con resultados prometedores (23).

Además de las intervenciones familiares, psicosociales y psicoterapéuticas, se debe tratar en caso de que existiese un trastorno mental comórbido como la depresión; cada caso se debe individualizar. Los tratamientos psicofarmacológicos son medidas terapéuticas eficaces siempre y cuando se utilicen dosis óptimas y se tenga un apego por parte del adolescente y la supervisión de un responsable. Los antidepresivos de la familia ISRS son el grupo más estudiado y seguros.

La hospitalización en una unidad psiquiátrica puede brindar servicios indispensables que facilitan la seguridad, integridad y la estabilización para el manejo de los síntomas psiquiátricos agudos y el riesgo elevado de suicidio; aunque un número considerable de adolescentes continúa con la ideación suicida llevando incluso a re-hospitalizaciones, visitas constantes a urgencias y comportamiento suicida repetido. Las tasas de re-hospitalización de adolescentes son altas. Dentro de los primeros seis meses va del 19 % al 28 %, dentro del primer año hasta un 38% y dentro de los 2.5 años posteriores al alta hasta un 42%. Las tasas altas de re-hospitalización, particularmente entre los ingresos relacionados con el suicidio, resaltan la cronicidad de los trastornos psiquiátricos después del alta y pone en duda sobre la eficacia de la hospitalización (24).

En un metaanálisis del 2018, se revisaron 18 intervenciones únicas; los tratamientos que se enfocan en procesos individuales, centrados en uno mismo (procesos de autorregulación cognitivo-conductuales) y ayudados e impulsados por la sociedad (terapia familiar basada en el apego) parecieron mostrar el mejor tratamiento psicosocial para reducir los intentos de suicidio; además de que existen datos que

respaldan los beneficios de Terapia Dialectico Conductual para reducir las autolesiones en la población en general (25).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El suicidio visto desde un enfoque fenomenológico se ha estudiado en adolescentes de diferentes regiones del mundo desde el punto de vista de los cambios sociales, culturales, económicos y tecnológicos recientes. La Organización Mundial de la Salud (OMS), lo estadifica como la segunda causa de mortalidad en la adolescencia (de los 12 a los 19 años) después de los accidentes. México ha mostrado un incremento en suicidio del 150% en adolescentes mexicanos de 5 a 14 años de edad (cuarta causa de muerte) y del 74% en adolescentes entre 15 y 24 años de edad entre los años 1990 a 2000. De acuerdo con informes de la Secretaría de Salud, la población de adolescentes mexicanos contribuye al 17% de todos los suicidios en México, lo que representa un problema de Salud Pública ya que impacta en la familia como núcleo y es duradero en las personas allegadas de quién lo comete; además de tener un impacto social y económico en la comunidad. Año con año los casos de intento suicida aumentan cada vez más y a partir de la pandemia ha tomado un aceleramiento nunca antes visto.

Por lo anterior planteamos la siguiente pregunta de investigación:

**¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PSICOSOCIALES QUE SE OBSERVAN EN LOS PACIENTES CON INTENTO SUICIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE PEDIATRÍA DR. SILVESTRE FRENK FREUND, CMN SIGLO XXI?**

## **JUSTIFICACIÓN**

Actualmente dentro de nuestra unidad hospitalaria pediátrica, no existe una descripción detallada de los pacientes que han presentado intento suicida como principal causa de atención, siendo de suma importancia este ámbito, ya que al representar un problema de salud pública por el impacto familiar, social y económico; así como al reciente incremento en los casos se deben emplear estrategias centradas en la prevención y en la detección oportuna. Para esto se debe realizar la búsqueda de la prevalencia por año, así como las características clínicas de los individuos.

## **HIPÓTESIS**

Los estudios descriptivos, no llevan hipótesis.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir las características clínicas y psicosociales de los pacientes con intento suicida que fueron atendidos en el HP CMN SXXI Dr. Silvestre Frenk Freund, CMN Siglo XXI en el periodo de enero 2013 a diciembre 2022.

## **OBJETIVO ESPECÍFICOS**

- Describir las características sociodemográficas de pacientes con intento de suicidio
- Describir las características de la conducta suicida
- Describir las características del núcleo familiar
- Describir los antecedentes de valoraciones psicológicas o psiquiátricas, diagnósticos y tratamientos.
- Describir las intervenciones por parte del servicio de salud mental

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

- Transversal.

### **TIPO DE ESTUDIO:**

- Descriptivo, retrospectivo

## **UNIVERSO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Expedientes de pacientes que fueron atendidos en el servicio de Salud Mental del HP Dr. Frenk Freund del CMN SXXI por intento suicida en el período comprendido de enero 2013 a diciembre 2022.

### **LUGAR DEL ESTUDIO:**

Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes con edad menor a 17 años 11 meses al momento del intento
- Pacientes masculinos y femeninos
- Derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Niños y adolescentes que fueron atendidos ya sea en admisión o en hospitalización por el servicio de salud mental por intento suicida y que aparezcan en la base de datos de la jefatura de salud mental.
- Expedientes que se puedan localizar en el archivo clínico o en su defecto que los datos se logren obtener del Expediente Clínico Electrónico.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes mayores de 18 años en el momento de la atención.

- Niños y adolescentes pese a que hayan llegado a atención por intento suicida, no fue notificado al área de salud mental, ya que por ende no se tendrá registro en la base de datos.
- Pacientes que por accidente haya sido ingesta de químicos por malas medidas de seguridad en el resguardo de tales en su domicilio.
- Expediente con datos incompletos

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Pacientes que al momento de realizar búsqueda faltaron datos, como apellidos, nombres o número de seguridad social.
- Pacientes que al momento de buscar el expediente clínico físico no se localizó.
- Pacientes que no se encuentren información completa en el expediente clínico electrónico.

## **RECOLECCIÓN DE DATOS.**

### **Descripción general del estudio**

1. Antes del inicio del estudio, el protocolo fue sometido a evaluación por el Comité Local de Investigación y Ética del hospital.
2. A partir de los registros disponibles en la base de datos de la jefatura de Salud Mental, se localizaron los expedientes (por número de seguridad social) de los pacientes que fueron atendidos por intento de suicidio entre el periodo de enero 2013 a diciembre 2022.
3. Se elaboró un listado de los expedientes de los y las pacientes, solicitando autorización a la Dirección de Educación e Investigación en Salud (DEIS) para realizar la consulta de los expedientes en Archivo Clínico. También se consultarán los expedientes clínicos electrónicos (ECE).
4. Se procedió a la revisión del expediente para buscar las variables seleccionadas en el estudio. Dicha información se recabó en la hoja de recolección de datos, para capturar la información de variables de estudio (Anexo 2). Los datos se mantienen resguardados por la investigadora principal Dra. Rocío Hinojosa Vega en su computadora personal y por un período de cinco años a partir de la culminación de la tesis y aprobación del

alumno a su cargo. Los formatos de recolección de datos fueron destruidos inmediatamente después de ser capturados en la base de datos electrónica.

5. Al completar la extracción de la información de los expedientes identificados, se elaboró una base de datos en el programa Excel, para proceder al realizar el análisis correspondiente.
6. Se describió los resultados obtenidos.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis descriptivo se realizaron frecuencias simples y porcentajes en las variables cualitativas; mientras que los cuantitativos se aplicó pruebas de normalidad de shapiro wilk y kolmogorov smirnov para la distribución de medidas tendencia central y distribución.

En cuanto a el análisis inferencial se realizó prueba de chi cuadrada con intervalo de confianza de 95% y valor de  $p < 0.05$ .

## TAMAÑO DE LA MUESTRA

No se calcula. Al ser un estudio descriptivo, se realizó un muestreo no probabilístico; se contabilizaron todos los pacientes registrados de la base de datos de la jefatura de salud mental con las características antes mencionadas en los criterios de inclusión.

## CUADRO DE OPERATIVILIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento al registro del IS	Años cumplidos al momento del registro en la base de datos.	Cuantitativa	Años completos
SEXO	El conjunto de características que poseen los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femenino.	Sexo al que pertenece el propio paciente	Cualitativa	-Hombre -Mujer



ESCOLARIDAD	Máximo grado de estudio de un individuo.	Escolaridad completa al momento de la recolección de datos.	Cuantitativa	-Preescolar. -Primaria. -Secundaria.
RELIGIÓN	Conjunto de creencias acerca de la divinidad	Creencia religiosa al momento del estudio	Cualitativa	-católica -Cristiana. -Testigo de Jehová
COMORBILIDAD MEDICA	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además del intento suicida.	Dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas.	Cualitativa	-Si -No
COMUNICACIÓN SUICIDA	Expresiones directas o indirectas de ideación suicida o de intención de hacerse daño o quitarse la vida, expresadas verbalmente o por escrito, obras de arte u otros medios.	Formas en las que el paciente llega a expresar el deseo o la tentativa de quitarse la vida	Cualitativa	-Idea. -Nota -Método -Conducta
MECANISMO INTENTO SUICIDA	Forma en el que el individuo trata de quitarse la vida	Mecanismo, acciones o formas en las que el individuo con el fin de morir realiza las acciones sobre sí mismo.	Cualitativa	-Ingesta de medicamentos -Ingesta de venenos o químicos -Asfixia y/o ahorcamiento

				-Cortes profundos
PSICOPATOLOGÍA COMÓRBIDA	Dos o más trastornos mentales que coexisten	Además del intento suicida, otras psicopatologías que el paciente pudiera llegar a presentar al momento de la valoración	Cualitativa	-Trastornos depresivos -Trastornos de ansiedad -Trastornos relacionados con traumas -Trastornos alimentarios Trastornos psicóticos -Trastorno por consumo de sustancias
TRATAMIENTO AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN.	Forma de manejo.	Forma de manejo en el momento de que se valoró al paciente.	Cualitativa	-Ambulatorio -Estancia hospitalaria
EGRESO	Forma en la que el paciente es finalizado su tratamiento en una unidad	Área de destino posterior al alta del paciente.	Cualitativa	-Hospital general de zona. -Hospital de psiquiatría. -Consulta externa.
CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA	Grupo de personas, normalmente unidas por lazos legales, que conviven y tienen un proyecto de vida en común	Forma de la estructura como se encuentra conformada la familia.	Cualitativa	-Familia biparental. -Familia monoparental -Familia extensa

## PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo: De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I: Disposiciones Comunes, en el artículo 17: para la clasificación del riesgo de investigación en seres humanos, se establece que se trata de una investigación sin riesgo, toda vez que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas

y sociales de los individuos involucrados. Únicamente se realizará una revisión retrospectiva de expedientes clínicos. Por lo que no se requiere consentimiento informado.

Para garantizar la confidencialidad de la información, ni en los formatos de recolección de datos, ni en las bases de datos, se incluyeron los datos personales de los participantes; la información será resguardada en un dispositivo móvil (lap top) del investigador responsable, Dra. Rocío Hinojosa. A cada paciente se le asignará un folio consecutivo. Los formatos de recolección de datos serán destruidos inmediatamente después de ser capturadas en la base de datos electrónica. Los datos de cada paciente serán manejados exclusivamente por los investigadores del estudio, y se resguardarán por cinco años posterior a la redacción final de la tesis de grado.

Antes del inicio del estudio, se solicitará la aprobación por parte del Comité Local del Investigación y Ética en Salud, de la UMAE Hospital de Pediatría CMN SXXI.

Se respeta la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 64ª Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil, octubre 2013: Al cumplir con los puntos de valorar riesgo, costo y beneficio, privacidad y confidencialidad.

### **Balance Riesgo Beneficio.**

El presente estudio retrospectivo, no presenta ningún riesgo, ya que la información posterior a ser presentado el protocolo será resguardada en la jefatura de salud mental. Al no realizarse ninguna intervención clínica directamente en pacientes no se presenta riesgo alguno. El beneficio que podemos encontrar es notable ya que nos ayudara a comprender el fenómeno de suicidio en niños y adolescentes en la actualidad para detectar signos y señales de alarma para en un futuro crear estrategias preventivas además de que, al no contar con un estudio como este en nuestra unidad, aporta un conocimiento invaluable estadístico.

### **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO:**

#### **RECURSOS HUMANOS:**

- Médico Residente de segunda especialidad de Psiquiatría infantil y del adolescente del HP CMN SXXI
- Médico especialista en Psiquiatría y subespecialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente.
- Médico especialista en pediatría y subespecialidad en infectología pediátrica con maestría en Ciencias médicas.
- Personal de archivo clínico.

## RECURSOS ELECTRÓNICOS

- Base de datos de pacientes con intento suicida del periodo enero 2013 a diciembre 2022 de la jefatura del servicio de Salud Mental del HP CMN SXXI.

## RECURSOS MATERIALES

- Instrumentos de recolección de datos
- Bolígrafos y/o lápiz.
- Equipo de Cómputo.
- Escritorio.
- Silla Ergonómica.

## RECURSOS FINANCIEROS

El presente trabajo no recibe apoyo financiero de ninguna institución, utiliza los recursos físicos y materiales del Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, CMN SXXI.

## FACTIBILIDAD

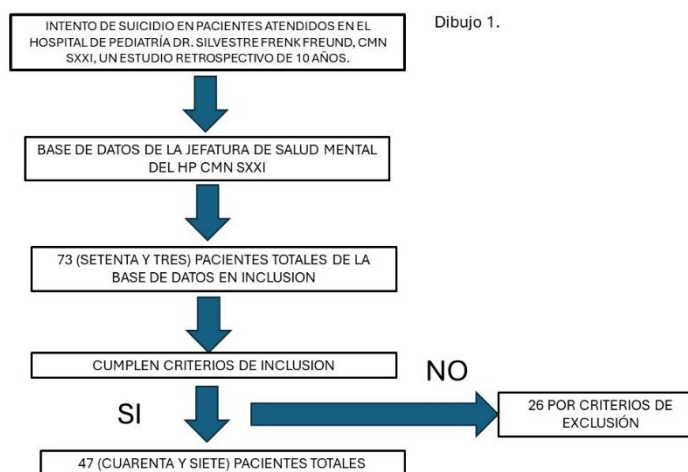
Este estudio es factible al contar con la autorización, el recurso físico, material y personal para llevarlo a cabo dentro del Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund del CMN SXXI.

## ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.

No se almacenarán ni se tomarán muestras biológicas durante la realización de este estudio.

## RESULTADOS

Se realizó la búsqueda en la base de datos de la Jefatura de Salud Mental de los pacientes con intento suicida atendidos en esta unidad en el periodo comprendido entre enero 2013 y diciembre 2022. Se identificaron un total de 73 pacientes que fueron vistos por el servicio de salud mental. Se llevó a cabo una revisión



exhaustiva en los expedientes electrónicos y físicos, de los cuales 26 pacientes presentan criterios de exclusión, obteniéndose así una muestra de 47 pacientes (dibujo 1) que cumplen con los criterios de inclusión para la captura de datos y el análisis estadístico. No hubo pacientes que cumplieran con los criterios de eliminación.

Dentro de la muestra, las mujeres representan un 74.5% frente a un 25.5% de pacientes masculinos. La media de edad fue de 14.2 años, lo que indica una vulnerabilidad en la adolescencia temprana y media. En nuestra muestra, se incluye una niña de 7 años y un niño de 9 años. La mayoría de los pacientes estaban en niveles de secundaria (61.7%), seguido por medio superior (29.8%). Todos los pacientes tienen una creencia religiosa; la mayoría (85.1%) tenía alguna afiliación religiosa católica, dos pacientes practicaban la religión de testigo de Jehová. La distribución del tipo de familia es casi equitativa entre familias monoparentales (48.9%) y biparentales (51.1%). Un bajo

**Tabla 2.** Características clínicas de los pacientes atendidos por intento suicida en el hospital de pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, CMN SXXI, un estudio retrospectivo de 10 años. n=47 (%)

variable	n	%
<b>Enfermedad médica del paciente</b>		
Si	9	19.1
No	38	80.9
<b>Valoración psicológica previa</b>		
Si	18	38.3
No	29	61.7
<b>Valoración psiquiátrica previa</b>		
Si	19	40.4
No	28	59.6
<b>Diagnóstico en ese momento de la valoración</b>		
Trastorno depresivo	11	23
Trastorno de ansiedad	7	14.9
Cutting	5	10.6
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	4	8.5
Trastorno afectivo orgánico	2	4.3
Trastorno de alimentación	2	4.3
Trastorno de conducta	2	4.3
<b>Tipo de tratamiento en ese momento</b>		
Tratamiento Farmacológico	17	36.2
Psicoterapia	16	34
Sin tratamiento por no tener valoración previa	14	29.8

porcentaje presenta

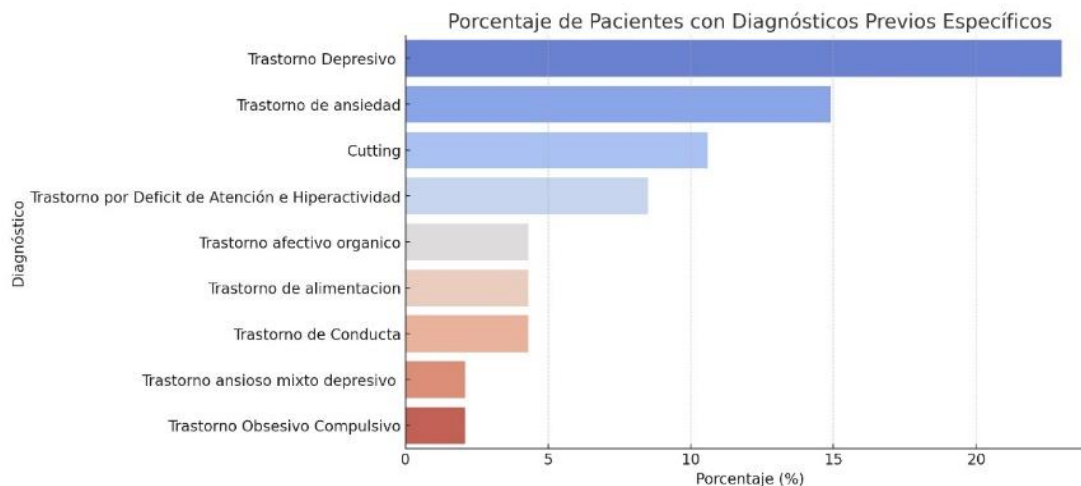
antecedentes familiares de intento suicida (4.3%) (Tabla 1).

El 19.1% de los pacientes tienen o tenían una enfermedad médica, mientras que el 80.9% no presentaba ninguna. El 38.3% de los pacientes habían sido valorados por psicología antes, frente a un 61.7% que no lo había sido. El 40.4% de los pacientes habían recibido una valoración psiquiátrica previa, y 13 pacientes (27.65%) que tenían ambas atenciones por parte de psiquiatría y de psicología. Únicamente dos pacientes eran vistos por el servicio mental de nuestra unidad. En estas

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de pacientes con intento de suicidio atendidos en el hospital de pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, CMN SXXI, un estudio retrospectivo de 10 años. n=47

Sexo	n	%
Mujeres	35	74.5
Hombres	12	25.5
<b>Edad</b>	<b>Media</b>	<b>(DS)</b>
media	14.23	7
<b>Lugar de Residencia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ciudad de México	35	74.5
Foraneo	12	25.5
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	4	8.5
Secundaria	29	61.7
Medio Superior	14	29.87
<b>Religión</b>		
Catolica	40	85.1
Cristiana	5	10.6
Otra	2	4.3
<b>Tipo de Familia</b>		
Biparental	23	48.9
Monoparental	24	51.1
<b>Extensa</b>		
Si	3	6.4
No	44	93.6
<b>Antecedente Familiar de Trastorno mental</b>		
Si	9	20
No	38	80
<b>Antecedente Familiar de Intento Suicida</b>		
Si	2	4.3
No	45	95.7

valoraciones, se dio a conocer que el diagnóstico más prevalente era el trastorno depresivo con un 23%, seguido de los trastornos de ansiedad con un 14.9%. Además, cinco pacientes presentaban conductas de cutting, de los cuales, cuatro eran mujeres y un hombre.



Se presentaron otros diagnósticos de un solo paciente con trastornos por eliminación (enuresis), trastorno obsesivo compulsivo, consumo de sustancias y esquizofrenia. Diecisiete pacientes (36.2%) recibieron tratamiento farmacológico, mientras que 16 (34 %) solo recibió tratamiento de psicoterapia. Catorce 14 pacientes los que no recibieron ningún tipo de tratamiento debido a que no habían sido valorados previamente por salud mental. (Tabla 2).

**Tabla 3.** Intento Suicida Previo de los pacientes atendidos con Intento suicida en HP. Dr. Frenk Freund CMN SXXI. n=47

	n	%
Si	7	14.9
No	40	85.1
Mujeres	5	71.4
Hombres	2	28.5

De los 47 pacientes en total, solo 7 (14.9%) habían tenido un intento suicida previo, de los cuales destacan que 5 eran mujeres y 2 eran hombres. (Tabla 3).

**Tabla 4.** Análisis del mecanismo del intento de suicidio de pacientes atendidos en el hospital de pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, CMN SXXI, un estudio retrospectivo de 10 años. n=47

Comunicación suicida	Mujer n=35 (%)	Hombre n=12 (%)	P
Ideas	19 (59.4)	2 (16.7)	0.023
Notas	5 (15.6)	2 (16.7)	
<b>Método</b>			0.1
1.-Sobreingesta de medicamento y Químicos	27 (77.1)	7 (58.3)	
2.- Ahorcamiento y arrojar al vacío	5 (14.3)	5 (41.7)	
3.- Combinado	3 (8.6%)	0	

Se realizó prueba de chi cuadrada con intervalo de confianza de 95% y valor de p< 0.05.

Dentro de la comunicación suicida se incluye las ideas y las notas (por definición, si tuvo que haber notas previamente se debió tener ideas), las mujeres tuvieron más ideas frente a los hombres con un 19 (59.4%) contra 2 (16.7%) respectivamente. Se observa la misma distribución en la elaboración de notas, con mayor número en las mujeres que los hombres.

En cuanto al método por el cual los pacientes intentaron suicidarse, las mujeres muestran mayor prevalencia por ingesta de medicamentos y químicos, con un 77.1% frente a 58.3% de los hombres. Los hombres optan por métodos más violentos como el ahorcamiento y arrojar de la altura, con un porcentaje en hombres de 41.7% frente a 14.3% de las mujeres. Solo tres mujeres intentaron un método combinado, que incluye la ingesta de medicamentos junto con un método violento. En nuestra población, la paciente mujer de 7 años realizó el intento con

**Tabla 5.** Análisis del diagnóstico de pacientes con intento de suicidio atendidos en el hospital de pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, CMN SXXI, un estudio retrospectivo de 10 años. n=47

Diagnostico	n	%
Trastorno depresivo	38	80.9
Trastorno de ansiedad	17	36.2
Trastorno depresivo persistente	9	19.1
Caracterología	6	12.8
Trastorno afectivo organico	4	8.5
Trastorno por deficit de atención e hiperactividad	3	6.4

sobre ingesta de medicamentos, mientras que el paciente hombre de 9 años lo realizó a base de ahorcamiento. (Tabla 4).

Posterior a la revisión de los diagnósticos de los pacientes atendidos por intento suicida, se encontró que el diagnóstico más frecuente fue el trastorno depresivo, con un 80.9% de los casos, correspondientes a 38 pacientes. En segundo lugar, se diagnosticó el trastorno de ansiedad, con un porcentaje de 36.2%, con 17 pacientes. El trastorno depresivo persistente (distimia) se presentó en el 19.1% (9) de los pacientes, mientras que la caracterología (predominio de carácter irritable e impulsivo) se observó en el 12.8% (6) de los pacientes. Además, 35 pacientes (74%) tenían más de un trastorno mental (Tabla 5).

**Tabla 6.** Diagnostico por sexo de los pacientes con intento de suicidio atendidos en el hospital de pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, CMN SXXI, un estudio retrospectivo de 10 años. n=47

	Mujer n=35 (%)	Hombre n=12 (%)	p
Trastorno depresivo	30 (85.7)	8 (66.7)	0.205
Trastorno de ansiedad	13 (37.5)	4 (33.3)	0.813
Trastorno depresivo persistente	7 (20)	2 (16.7)	0.8
Caracterología	5 (14.3)	1 (8.7)	0.594

Se realizó prueba de chi cuadrada con intervalo de confianza de 95% y valor de  $p < 0.05$ .

Respecto a la distribución por sexo y diagnóstico, las mujeres presentan mayor prevalencia en general de trastorno mental frente a los hombres. Treinta mujeres (85.7%) presentan un trastorno depresivo versus ocho (66.7%) hombres. En relación con los trastornos de ansiedad y trastorno depresivo persistente tiene una distribución casi similar entre mujeres y hombres (37.5% vs 33.3 %) (20% vs 16.7%). Además, las mujeres presentan más rasgos de personalidad que los hombres. Cuatro pacientes fueron diagnosticados con trastorno del humor afectivo orgánico. Otros diagnósticos no representativos, de un solo paciente cada uno, incluyen el trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de conducta, consumo de sustancias y trastorno de eliminación. (Tabla 6).

Con relación al psicoestresor asociado al intento suicida, se observa una distribución casi similar entre sexos en cuanto al estresor familiar y escolar (57.1% vs 50%). (Tabla 7). De nuestros 9 pacientes con enfermedad médica, 5 tuvieron como psicoestresor la enfermedad médica (4 mujeres y 1 hombre). Dos mujeres y un hombre tuvieron como psicoestresor la pandemia por COVID-19. El estresor familiar es más frecuente en los pacientes con intento suicida. Se encontró que 46 pacientes realizaron el intento en casa mientras que el uno restante, mujer lo realizó en la escuela.

**Tabla 7.** Psicoestresor asociado al intento de suicidio en pacientes atendidos en el hospital de pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, CMN SXXI, un estudio retrospectivo de 10 años. n=47

Estresor	Mujeres n= 35 (%)	Hombres n=12 (%)	p
Estresor familiar	20 (57.1)	6 (50)	0.186
Estresor escolar	5(14.3)	2 (16.6)	

Prueba estadística empleada T student

El tratamiento de elección en 29 pacientes (22 mujeres y 7 hombres) fue la hospitalización en nuestra unidad. Seis pacientes (5 mujeres y 1 hombre) fueron atendidos en el área de urgencias, pero debido a que se trataban de intentos suicida de baja letalidad, no ameritaron internamiento. El envío a su hospital general de zona (HGZ) se indicó en 12 pacientes (8 mujeres y 4 hombres), 7 de ellos por temas de pandemia COVID-19; los 5 restantes fueron enviados a HGZ debido a que no incluían criterios de internamiento en nuestra unidad (letalidad alta del intento suicida, poco apoyo social, comorbilidad médica o psiquiátrica importante), pero si para vigilancia en urgencias de su HGZ para continuar con observación por parte de psiquiatría. (Tabla 8).



**Tabla 8.** Tratamiento indicado en los pacientes con intento de suicidio en pacientes atendidos en el hospital de pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, CMN SXXI, un estudio retrospectivo de 10 años. n=47.

Tratamiento	Mujer n=35(%)	Hombre n=12(%)	p
Ingreso hospitalario HP CMN SXXI	22 (62.9)	7 (58.3)	0.718
Domicilio	5 (14.3)	1 (8.3)	
Hospital General de Zona	8 (22.9)	4 (33.3)	

Se realizó prueba de chi cuadrada con intervalo de confianza de 95% v valor de p< 0.05.

De los 29 pacientes que recibieron manejo hospitalario en nuestra unidad por el intento suicida, al egreso se enviaron a la consulta externa para dar continuidad a su tratamiento. De los 6 pacientes que fueron enviados a su domicilio por un intento de baja letalidad, se les atendió en una o dos consultas en nuestro servicio, y posteriormente se les derivó a la consulta externa de psiquiatría de su

HGZ. Los 12 pacientes que fueron enviados para su internamiento en su HGZ continuaron su seguimiento por parte de psicología y psiquiatría en dicha unidad. (Tabla 8).

En cuanto a los días de internamiento en nuestra unidad, estos variaron entre un mínimo dos días y el máximo hasta 72 días. Una paciente, una mujer de 16 años, estuvo internada 72 días debido a las complicaciones derivadas del intento de suicidio grave, al arrojarse de un segundo piso, con diagnóstico final de Trastorno obsesivo compulsivo. Otro adolescente, un hombre de 14 años, tuvo un internamiento de 30 días debido a las complicaciones de la gravedad del intento suicida por ahorcamiento, habiendo permanecido suspendido durante varios minutos. Otra paciente amerito 30 días de internamiento, no debido al intento suicida, sino porque presentaba complicaciones de una enfermedad oncológica; el intento suicida fue detectado durante la estancia hospitalaria, y además persistía la ideación suicida; se le diagnóstico trastorno depresivo persistente, trastorno depresivo grave, trastorno de ansiedad.

Cabe mencionar que, dentro de nuestro universo de 47 pacientes de estudio, una paciente falleció (por complicaciones de enfermedad oncológica), los dos pacientes previos comentados de internamientos de 72 y 30 días sobreviven, pero con secuelas neurológicas. De una paciente no se tiene información sobre su supervivencia, ya que no se encontraron notas posteriores a 5 años del intento debido a cambio de domicilio y baja de seguridad social.

Se revisaron un total de 73 expedientes de pacientes, de los cuales tuvimos un total de 52 mujeres y 21 hombres. Sin embargo, por criterios de inclusión obtuvimos un total de 47 pacientes. Respecto a los años de atención del total de expedientes, se observó una mayor atención de pacientes en los años 2015 y 2016, con un aumento notable en el año 2022. (Tabla 9).

## DISCUSION

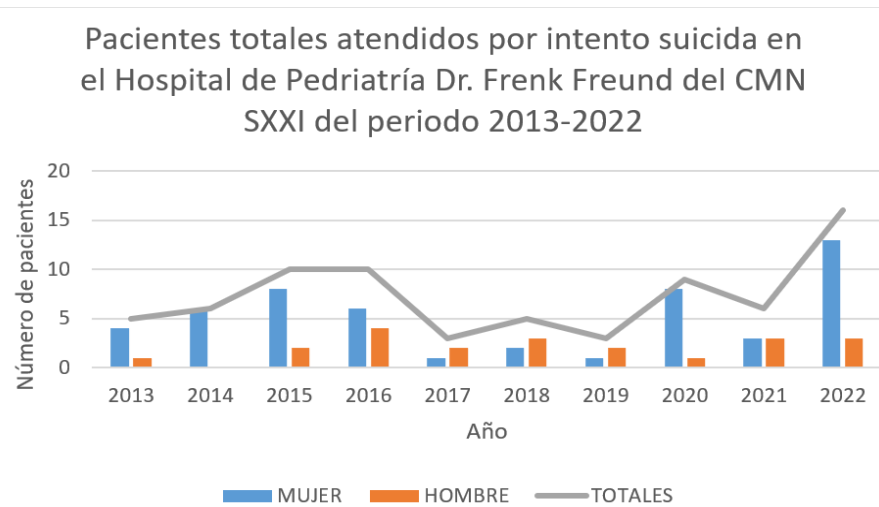
Este estudio exhaustivo aborda las dimensiones multifacéticas del intento de suicidio entre adolescentes, utilizando datos tanto nacionales como internacionales para una comparación detallada. De acuerdo con las estadísticas del INEGI de 2021, el suicidio es identificado como la tercera causa principal de muerte entre adolescentes en México y la cuarta a nivel mundial para el grupo de 15 a 29 años. Es relevante destacar la ausencia de datos específicos para individuos menores de 15 años, tanto a nivel nacional como internacional, lo cual representa una limitación significativa en la comprensión completa del fenómeno en dichas edades tempranas (8).

**Tabla 9.** Pacientes totales atendidos por intento suicida en el Hospital de Pedriatría Dr. Frenk Freund del CMN SXXI del periodo 2013-2022

AÑO	MUJER	HOMBRE	TOTALES
2013	4	1	5
2014	6	0	6
2015	8	2	10
2016	6	4	10
2017	1	2	3
2018	2	3	5
2019	1	2	3
2020	8	1	9
2021	3	3	6
2022	13	3	16
SUMA	52	21	
	TOTAL	73	73

En cuanto a la distribución por género, se observa que los intentos de suicidio son significativamente más frecuentes en mujeres adolescentes, con una relación de hasta nueve veces más comparada con los varones, evidenciándose en nuestro estudio una proporción de género de 1:3 (hombres:mujeres) (1). Un aspecto no cubierto en nuestro análisis es la orientación sexual y la expresión de género de los participantes. Esto restringe la capacidad de realizar comparaciones con estudios internacionales que sugieren tasas elevadas de intentos de suicidio en individuos con orientaciones homosexuales o identidades de género diversas (15).

En términos de método de suicidio, los datos nacionales e internacionales sugieren que los hombres mayores de 15 años prefieren métodos más letales, como el ahorcamiento o arrojarse al



vacío, hallazgo que se corroboró ampliamente en nuestra muestra. Aunque se reconoce la "paradoja del suicidio", donde las mujeres intentan suicidarse más frecuentemente, pero son los hombres quienes más frecuentemente lo consuman, este fenómeno no pudo ser evaluado en detalle en nuestra muestra debido a la

ausencia de muertes por suicidio, aunque se registraron secuelas graves en un paciente de cada género (7, 11). La muestra analizada incluyó 47 pacientes, de los cuales solo 7 habían realizado un intento previo de suicidio. Esto contrasta con la literatura internacional que indica que más del 50% de los individuos adultos con intentos de suicidio tienen antecedentes, sugiriendo una posible subestimación en nuestra detección o diferencias en las características poblacionales (1, 11). Los reportes internacionales en adultos describen una heredabilidad de suicidio del 30-50% en familiares de primer grado y mayor riesgo si hay familiares con un estado psicopatológico. Nuestro estudio demuestra que el 20% de los pacientes, tenían un familiar de primer grado con una psicopatología, mientras que solo el 4.3% tenía un familiar con intento suicida; aunque un valor menor a las referencias.

La edad media de los sujetos en nuestro estudio fue de 14.2 años, y se detectaron casos de intento de suicidio en dos menores de 10 años.

La distribución geográfica de los pacientes mostró que un 74.5% provenía de la Ciudad de México, a pesar de que las estadísticas nacionales no indican una prevalencia elevada de intentos de suicidio en esta área, lo que podría reflejar la concentración de servicios médicos especializados en la capital (8, 9).

En su mayoría, los intentos involucraron la ingesta excesiva de medicamentos o químicos, consistente con patrones documentados en otras investigaciones.

En un metaanálisis reciente que abarcó 686,672 jóvenes de 15 a 29 años, se estimó que la prevalencia de ideación suicida a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses fue del 18% y 14.2%, respectivamente (5). Nuestro estudio encontró que el 59% de los pacientes expresaron ideación suicida o dejaron notas antes de su intento, y la mayoría de los intentos ocurrieron en el hogar. Esto apunta a la disfunción familiar y los problemas escolares, como el fracaso académico y el acoso, como causas frecuentes de crisis suicidas en esta población.

En nuestra muestra, el 40.7% presentaba algún trastorno mental diagnosticado, con predominio de trastornos depresivos y de ansiedad. En México, un estudio de 2006 del Hospital General de México menciona que los factores de riesgo predisponentes de la conducta suicida en los adolescentes mexicanos son la presencia de trastornos mentales como el trastorno depresivo, el trastorno por uso de sustancias, el trastorno en el control de los impulsos (6).

Durante la pandemia de COVID-19, el incremento de las llamadas a líneas de ayuda psicológica y la duplicación de los suicidios en menores de 15 años en España ilustran el impacto de la crisis sanitaria como un psicoestresor adicional. Los trastornos depresivos y de ansiedad, junto con la impulsividad, se revelan como diagnósticos prevalentes en pacientes con intentos de suicidio (21). En México aumentaron las llamadas a la línea de atención psicológica por pandemia, además de cuestionarios electrónicos por medio de portal de gobierno donde se destaca que las mujeres del grupo de 13 a 19 años, era el grupo más vulnerable junto con el de

30 a 39 años (22). Tres de nuestros pacientes tienen como psicoestresor la pandemia (2 mujeres, 1 hombre).

De los intentos suicidas totales por año, cabe resaltar que en el 2022 hubo un aumento notable de los casos, que concuerda con el final de la pandemia y el regreso a la normalidad de los adolescentes. La mayoría de los psicoestresores fueron la familia, el aislamiento social y el confinamiento en casas, pudo haber provocado la disfunción familiar. La suma de los intentos suicidas totales histórico de los años 2020-2022 fue de 31 pacientes de la muestra global de 73 pacientes, siendo el 42.4% de la muestra global.

Si bien nuestro estudio no se extendió hasta el año 2023, los reportes estadísticos de la Jefatura de Salud Mental de esta unidad reportan aumento de los intentos suicidas y las hospitalizaciones por esta misma razón.

No hay estadísticas sobre intentos suicidas en población pediátrica en México; en nuestra muestra destacan dos casos en menores de 9 y 7 años, por lo que consideramos importante resaltar las siguientes características:

Nuestros dos menores provenían del interior de la república mexicana, cursaban la primaria y profesaban la religión católica. La niña de 7 años provenía de una familia biparental y el niño de 9 años de una familia monoparental por divorcio, ambas no extensa. Ninguno de los dos tenía antecedentes heredo familiares de psicopatología o de intento suicida. La niña de 7 años originaria de Morelos fue atendida en el año 2022 contaba con una enfermedad médica a base de hipotiroidismo congénito, mientras que el niño de 9 años originario de Oaxaca que fue atendido en el año 2018 no presentaba ninguna enfermedad. Ninguno tenía valoración por parte de psiquiatría o psicología previa, esto se puede explicar a que todo niño que realiza intento tiene un trasfondo de enfermedad mental, pero al ser del interior de la república, los contextos socio culturales, el bajo conocimiento de la salud mental y la dificultad para los accesos a los servicios de salud mental, no se pudieron detectar. Ninguno tuvo un intento suicida previo y ninguno realizo comunicación suicida. Ambos tuvieron una discusión con padre o madre. El niño de 9 años tuvo como detonante una llamada de atención por parte de su padre, quitándole una consola de video juegos, lo que lo llevó a realizar un ahorcamiento, con suspensión por 1 minuto. La niña de 7 años, tras una discusión con madre, ingirió medicamentos (levotiroxina). Ambos intentos fueron dentro del domicilio.

Al niño se le dio el diagnostico final de Episodio depresivo junto con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad de predominio hiperactivo/impulsivo lo cual puede explicar lo letal del mecanismo al realizarlo de una manera impulsiva. La niña fue diagnosticada con Episodio depresivo y trastorno de ansiedad generalizada. El niño de 9 años fue ingresado a nuestra unidad para vigilancia durante 10 días con seguimiento al egreso a la consulta externa de psiquiatría infantil. La niña, al clasificarse como un intento suicida de baja letalidad y por época de pandemia, se

regresó con indicaciones médicas por parte de psiquiatría infantil de esta unidad a su HGZ. Ambos niños sobreviven.

## **CONCLUSION**

La importancia y relevancia del presente estudio se encuentra en que es el primero dentro del Instituto Mexicano de Seguro Social que brinda información importante para entender el fenómeno psicosocial de la conducta suicida en niños y adolescentes.

El suicidio en niños y adolescentes ya es considerado un problema de salud pública, tanto por el impacto social, económico y político que llega a generar. Se sabe que el tener poco apoyo social o aporte familiar bajo, el presentar una enfermedad médica, el antecedente de un familiar de primer grado con trastorno mental o intento suicida, psicopatología propia del paciente confiere riesgo para presentar un intento suicida. Las mujeres llegan a realizar más intentos, pero los hombres son quienes más se suicidan; ocupando las mujeres métodos más pasivos como la ingesta de medicamentos mientras que los hombres optan por una manera más violenta.

La unificación de la información de los servicios de salud en cuestión de la atención de niños y adolescentes con psicopatología e intentos suicidas nos sirve para conocer la magnitud de la población en cierta región que ha sido atendida por un intento suicida a fin de generar programas de detección oportuna e implementar planes de contención con la finalidad de minimizar los costos de atención.

Este estudio proporciona una visión actualizada e integral sobre los factores que influyen en el suicidio adolescente, basado en la importancia de estrategias de intervención y prevención ajustadas a las realidades y desafíos específicos de esta población vulnerable y las instituciones que las atienden.

Es fundamental adaptar las estrategias de prevención del suicidio para abordar las particularidades de cada grupo, implementar estrategias de prevención y apoyo adaptadas a las necesidades específicas de este grupo vulnerable.

## **LIMITACIONES**

Dentro de nuestro estudio, encontramos ciertas limitaciones. La principal es la exclusión de 26 pacientes que no se contabilizaron como parte de la muestra estadística, ya que no cumplían con los criterios de inclusión. Además, no pudimos promediar los días de estancia intrahospitalaria debido a la gran variabilidad de estos valores.

Otro punto que debemos tomar en cuenta es el seguimiento de los pacientes que fueron enviados a su HGZ. Desconocemos si, a futuro, presentaron un nuevo intento suicida, ya que de nuestra población cautiva en consulta externa ya no se presentó.

En nuestro universo de estudio, se contemplan tanta población sin enfermedad médica y con enfermedad medica lo que pudiera prestar a un futuro un estudio en el cual nos muestre la magnitud de la ideación suicida en población pediátrica con enfermedad medica crónica.

Finalmente, la bibliografía de intento suicida en menores de 15 años, tanto a nivel nacional como internacional, es escasa.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Wasserman D, Carli V, Iosue M, Javed A, Herrman H. Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia-Pac Psychiatry*. 2021;13(3):e12452.
2. Cha CB, Franz PJ, Guzmán EM, Glenn CR, Kleiman EM, Nock MK. Suicide among Youth: Epidemiology, (Potential) Etiology, and Treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. abril de 2018;59(4):460-82.
3. Caelear AL, Christensen H, Freeman A, Fenton K, Busby Grant J, van Spijker B, et al. A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. mayo de 2016;25(5):467-82.
4. Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior. *Curr Opin Pediatr*. octubre de 2009;21(5):613-9.

5. Lim KS, Wong CH, McIntyre RS, Wang J, Zhang Z, Tran BX, et al. Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 19 de noviembre de 2019;16(22):4581.
6. Martín-del-Campo A, González C, Bustamante J. El suicidio en adolescentes. *Rev Médica Hosp Gen México*. 1 de octubre de 2013;76(4):200-9.
7. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health*. marzo de 2019;64(2):265-83.
8. INEGI. Estadística de defunciones registradas 2021. 2022;9.
9. Rivera-Rivera L, Fonseca-Pedrero E, Sérís-Martínez M, Vázquez-Salas A, Reynales-Shigematsu LM, Rivera-Rivera L, et al. Prevalencia y factores psicológicos asociados con conducta suicida en adolescentes. *Ensanut 2018-19. Salud Pública México*. diciembre de 2020;62(6):672-81.
10. Lawrence HR, Burke TA, Sheehan AE, Pastro B, Levin RY, Walsh RFL, et al. Prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts in preadolescent children: A US population-based study. *Transl Psychiatry*. 22 de septiembre de 2021;11(1):489.
11. Benarous X, Consoli A, Cohen D, Renaud J, Lahaye H, Guilé JM. Suicidal behaviors and irritability in children and adolescents: a systematic review of the nature and mechanisms of the association. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. mayo de 2019;28(5):667-83.
12. Grimmond J, Kornhaber R, Visentin D, Cleary M. A qualitative systematic review of experiences and perceptions of youth suicide. *PloS One*. 2019;14(6):e0217568.
13. Hernandez-Bello L, Hueso-Montoro G. (PDF) PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN E INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES: REVISION SISTEMÁTICA. *Rev Esp Salud Pública [Internet]*. 2020 [citado 30 de junio de 2023];94. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/344243987\\_PREVALENCIA\\_Y\\_FACTORES\\_ASOCIADOS\\_A\\_LA\\_IDEACION\\_E\\_INTENTO\\_DE\\_SUICIDIO\\_EN\\_ADOLESCENTES\\_REVISION\\_SISTEMATICA](https://www.researchgate.net/publication/344243987_PREVALENCIA_Y_FACTORES_ASOCIADOS_A_LA_IDEACION_E_INTENTO_DE_SUICIDIO_EN_ADOLESCENTES_REVISION_SISTEMATICA)
14. Barzilay S, Brunstein Klomek A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Bullying Victimization and Suicide Ideation and Behavior Among Adolescents in Europe: A 10-Country Study. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. agosto de 2017;61(2):179-86.

15. Miranda-Mendizábal A, Castellví P, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, et al. Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* agosto de 2017;211(2):77-87.
16. Breslin K, Balaban J, Shubkin CD. Adolescent suicide: what can pediatricians do? *Curr Opin Pediatr.* agosto de 2020;32(4):595-600.
17. Brahmbhatt K, Kurtz BP, Afzal KI, Giles LL, Kowal ED, Johnson KP, et al. Suicide Risk Screening in Pediatric Hospitals: Clinical Pathways to Address a Global Health Crisis. *Psychosomatics.* 2019;60(1):1-9.
18. Macip SG, Martínez AD, León SO, Forteza CG, Núñez J de JG. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Ment.* 1 de enero de 2000;23(2):21-30.
19. Ministerio de salud E. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento en la conducta suicida. [Internet]. 2da ed. Vol. 1. Galicia: Ministerio de salud; [citado 30 de junio de 2023]. 191 p. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc\\_481\\_conducta\\_suicida\\_avaliat\\_resum\\_modif\\_2020\\_2.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf)
20. Moskos MA, Achilles J, Gray D. Adolescent suicide myths in the United States. *Crisis.* 2004;25(4):176-82.
21. Vázquez López P, Armero Pedreira P, Martínez-Sánchez L, García Cruz JM, Bonet de Luna C, Notario Herrero F, et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. *An Pediatría.* 1 de marzo de 2023;98(3):204-12.
22. Gómez-García JA, Rivera-Rivera L, Astudillo-García CI, Castillo-Castillo LE, Morales-Chainé S, Tejadilla-Orozco DI. Determinantes sociales asociados con ideación suicida durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Pública México.* 2 de enero de 2023;65(1, ene-feb):1-9.
23. McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian M, Cohen J, Korslund K, et al. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 1 de agosto de 2018;75(8):777-85.
24. Czyz EK, Berona J, King CA. Rehospitalization of Suicidal Adolescents in Relation to Course of Suicidal Ideation and Future Suicide Attempts. *Psychiatr Serv Wash DC.* marzo de 2016;67(3):332-8.
25. Iyengar U, Snowden N, Asarnow JR, Moran P, Tranah T, Ougrin D. A Further Look at Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in



Adolescents: An Updated Systematic Review of Randomized Controlled Trials.  
Front Psychiatry. 2018;9:583.

## ANEXOS

### ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROTOCOLO "INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE PEDIATRÍA DR. SILVESTRE FRENK FREUND, CMN SXXI, UN ESTUDIO RETROSPECTIVO"									
	2023			2024					
	MAYO-JULIO	AGOSTO-OCTUBRE	NOVIEMBRE-DICIEMBRE	ENERO-FEBRERO	MARZO-ABRIL	MAYO-JUNIO	JULIO		
PROTOCOLO CON REVISIONES POR PARTE DE ASESOR									
REVISION POR SIRELCS									
RECOLECCION DE DATOS									
ANALISIS ESTADISTICO									
RESULTADOS									
TRABAJO FINAL									

### ANEXO 2. HOJA/FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**PROTOCOLO: "Intento de suicidio en pacientes atendidos en el Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, CMN SXXI, un estudio retrospectivo"**

No. Folio: \_\_\_\_\_

---

**FICHA IDENTIFICACIÓN**

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

Edad al momento de la atención: \_\_\_\_\_ años

Sexo: Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_

Escolaridad: Preescolar \_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_ Bachillerato \_\_\_\_

Religión: Católica \_\_\_\_ Cristiana \_\_\_\_ Testigo de Jehova \_\_\_\_ Otra \_\_\_\_

Estructura familiar: Biparental \_\_\_\_ Monoparental \_\_\_\_ Extensa \_\_\_\_

---

**Antecedentes familiares:**

Intento de suicidio \_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Diagnóstico psiquiátrico \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Tratamiento farmacológico previo \_\_\_\_ actual \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Valoración psicológica y/o psiquiátrico previa \_\_\_\_ actual \_\_\_\_

---

**Antecedentes personales**

Valoración psicológica \_\_\_\_

Valoración psiquiátrica \_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_

Tratamiento \_\_\_\_

Intento de suicidio previo \_\_\_\_ Método \_\_\_\_

---

**Intento de suicidio actual:**

Ideas \_\_\_\_

Nota \_\_\_\_

Método empleado \_\_\_\_

Lugar donde se realizó \_\_\_\_

Consumo de sustancias \_\_\_\_

Factor estresor asociado \_\_\_\_

---

**Diagnóstico psiquiátrico actual** \_\_\_\_

Tratamiento indicado \_\_\_\_

Estancia hospitalaria (días) \_\_\_\_

**Seguimiento al egreso:**

Hospital psiquiátrico \_\_\_\_

Hospital general de zona \_\_\_\_

Consulta externa HP CMNSXXI