

Características Clínicas de los Pacientes Adolescentes con Gesto e Intento Suicida en el Hospital Infantil del Estado de Sonora.

Yessica Marlen Salazar-Torres*
Rogelio Javier Caballero-Gutiérrez**
Elba Vázquez-Pizaña***

RESUMEN

Introducción: El suicidio en los adolescentes es un problema de salud pública, presentando un incremento en tasas de morbi-mortalidad en los últimos años en este grupo de edad. El gesto suicida es el ademán de realizar un acto suicida, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto y el intento suicida es el acto de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte.

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

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

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

Discusión: Ambos tipos de comportamiento suicida se presentan a finales de la adolescencia temprana, el factor precipitante se relacionó con problemas familiares sobre todo maternos, predominó la ingesta de medicamentos.

Palabras Clave: Adolescencia, intento suicida, gesto suicida.

SUMMARY

Introduction: Teenage suicide is a serious public health problem, an increase in rates of morbidity and mortality in recent years in this age group. The suicidal gesture is the gesture of making a suicidal act, which generally involves no relevant

* Médico Pediatra. Residente de Segundo año de la Subespecialidad de Neonatología.

** Jefe del Servicio de Psiquiatra Hospital Infantil del Estado de Sonora.

*** Profesor Titular del Curso de Especialización de Pediatría Médica. Presidente de la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia, A.C.

Correspondencia: Dra. Elba Vázquez Pizaña, evazquez103@hotmail.com, Reforma 355 Norte, Col Ley 57, Hermosillo, Sonora, México.

injuries to the subject and the suicide attempt is the attempt to make suicide or intentional self-injury not resulting in death. **Objective:** To identify and differentiate the clinical features of the adolescent patients with suicidal gesture and suicide attempt.

Methods: A cross-sectional descriptive study included 16 adolescents during the period of January to December 2013 who were discharged from internal medicine and emergency medicine at Hospital Infantil del Estado de Sonora with diagnosis suicidal gesture and suicide attempt, analyzing clinical characteristics using descriptive statistics and mean difference with a significance level of 5%.

Results: 16 patients were discharged (11 with suicidal attempt and 5 suicidal gesture). Females predominated 15: 1. The age at presentation was 15.2 years for attempted ± 0.90 SD and 14.6 years ± 0.89 SD for gesture $p > 0.05$. Schooling in the suicide attempt was 8.88 ± 1.05 SD and 8.75 ± 0.95 SD for suicidal gesture $p > 0.05$. Most patients were single in 72.7% in the suicide attempt and 80% in the suicidal gesture. Suicidal behavior is presented mostly in the kind of dysfunctional nuclear family 50% of the total. The main reason was discussion with the mother in 60% of the suicidal gesture and 45.4% of the attempt. The procedure used was the predominant drug intake, being the analgesic the main in suicidal gesture and benzodiazepines the main in suicide attempt. The diagnosis of depression was brought together in 10 patients (62.5%)

Conclusion: Both types of suicidal behavior are presented at the end of early adolescence, the precipitating factor was related to family problems especially maternal predominated medication intake.

Key Words: Adolescence, suicide attempt, suicidal gesture.

INTRODUCCIÓN:

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

La palabra suicidio deriva del latín sui (sí mismo) y caedere (matar), significando la muerte dada a sí mismo o acción de quitarse voluntariamente la vida. Stengel lo refiere como el acto que conlleva a la muerte y el intento suicida es el acto no fatal llevado a cabo con un consciente intento autodestructivo¹.

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

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

El comportamiento suicida es el proceso que comprende el momento en que se produce la crisis y el paso al acto, aclarando que en los adolescentes este proceso puede ser muy corto, incluso en horas, siendo más cortos en los intentos de suicidio posteriores².

Dentro del comportamiento suicida, en este estudio nos enfocamos al intento suicida y al gesto suicida, según refiere la Organización Mundial de la Salud. El gesto suicida es el ademán de realizar un acto suicida, incluyendo el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para

el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente, y el intento suicida es el acto de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte³.

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

MATERIAL Y MÉTODOS:

Es un estudio transversal y descriptivo donde se incluyó a la población adolescente (entre 10 y 19 años de edad) que se egresa del servicio de medicina interna y urgencias del Hospital Infantil del Estado de Sonora con diagnóstico de gesto e intento suicida según criterio del comportamiento suicida establecido por la Organización Mundial de la Salud en el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2013.

Se revisaron 16 expedientes de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y recolectando los datos en hoja de cálculo de Excel, evaluando sexo, edad, escolaridad, estado civil, motivo de haber realizado el comportamiento suicida, fármaco o material utilizado, funcionalidad familiar, abuso de sustancias, evolución intrahospitalaria, motivo de egreso y seguimiento en consulta externa de psiquiatría.

Se analizaron los datos obtenidos mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central, desviación estándar, proporción, porcentajes y diferencia de medias con nivel de significancia al 5%. Presentando los resultados mediante el uso de cuadros y figuras donde se presentaron los valores de las variables, sus resultados y correlaciones. Se utilizaron los programas

Excel y Word de Microsoft Office 2010.

RESULTADOS

En el periodo de estudio, se hospitalizaron 16 pacientes con el diagnóstico de intento suicida, de los cuales 13 ingresaron a hospitalización en medicina interna. Egresándose con los diagnósticos del comportamiento suicida según Organización Mundial de la Salud, 11 con intento suicida (11 de Medicina Interna) y 5 con gesto suicida (3 de Urgencias y 2 de Medicina Interna).

De los 16 ingresos predominó 15 correspondieron al sexo femenino y uno al masculino con una relación 15:1. La media de edad para el intento suicida fue de 15.2 años +/- 0.90DE y para el gesto suicida fue de 14.6 años +/- 0.89DE (Cuadros 1 y 2). $P > 0.05$ no significativa. La tasa del intento suicida en Hermosillo de una población adolescente de 156,084 fue del 0.10%, no se reporta tasa acerca del gesto suicida.

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

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

Dentro de la funcionalidad familiar se observó que el comportamiento suicida se presentó en su mayoría en el tipo de familia nuclear disfuncional, presentándose en el 50% del total de casos (Cuadro 4), de este tipo de familia se

Cuadro 1.- Sexo y edad por intento suicida.

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

Cuadro 2.- Sexo y edad por gesto suicida.

| Edad | Femenino | Total | % |
|-------|----------|-------|-------|
| 14 | 3 | 3 | 60.0 |
| 15 | 1 | 1 | 20.0 |
| 16 | 1 | 1 | 20.0 |
| TOTAL | 5 | 5 | 100.0 |

Cuadro 3.- Escolaridad al momento del comportamiento suicida.

| Escolaridad | Intento Suicida | Gesto Suicida | Total | % |
|-------------|-----------------|---------------|-------|-------|
| 7 | 1 | 2 | 1 | 6.25 |
| 8 | 2 | 1 | 4 | 25.0 |
| 9 | 3 | 1 | 4 | 25.0 |
| 10 | 3 | 1 | 4 | 25.0 |
| No estudia | 2 | 5 | 3 | 18.8 |
| TOTAL | 11 | | 16 | 100.0 |

Cuadro 4.- Tipo de familia.

| Tipo de familia | Intento suicida | Gesto suicida |
|-----------------|-----------------|---------------|
| Nuclear | 5 | 3 |
| Monoparental | 5 | 2 |
| Ensamblada | 1 | |

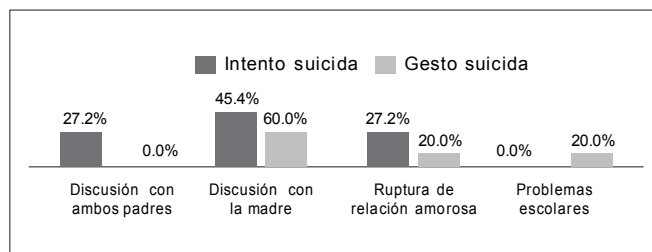
cuenta con el antecedente de abuso físico hacia la madre y/o los hijos en 3 casos de pacientes con intento suicida 60% y un caso de gesto suicida 33.3%. Así como presencia de alcoholismo o toxicomanías en alguno de los padres en dos de los pacientes con intento suicida 40%.

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

Con relación a la familia, el estado civil de los padres eran casados en tres de los casos de intento por dos de los de gesto, unión libre en dos del intento y uno de gesto, padres divorciados con intento, dos de ellos, así como predominio de madres solteras en cuatro casos de intento.

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

Figura 1



Respecto al procedimiento empleado en el gesto suicida en todos los casos se refiere la ingesta de medicamentos, pero de una cantidad **menor a 4 tabletas**, siendo en un 80% analgésico, en el intento suicida la ingesta fue mayor, reportándose en la mayoría, una cantidad **mayor de 10 tabletas** (los familiares lo mencionan como mayor a una “tira” de tabletas), representando un 36% el uso de benzodiazepinas, en un 18% los analgésicos, así mismo se provocó lesión autoinflingida por herida de arma blanca (herida cortante en antebrazos) en un caso 9%, siendo este último el único segundo intento de suicidio reportado en el año, se desconoce el tipo de medicamentos empleado en 2 casos 18%.

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

A su ingreso los adolescentes con intento de suicidio presentaron llanto activo en 8 casos 72.7%, agresividad en 5 casos 45.5%, sentido de culpabilidad en 4 casos 36.3%, indiferencia en 2 casos 18.1%, cooperadores con el interrogatorio en el 100%, los de gesto suicida no presentaron irritabilidad o agresividad, con sentido de culpabilidad en 3 casos 60%, indiferencia en 2 casos 40%. Las ideaciones suicidas se presentaron en 9 casos 56.2%.

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

Con respecto al manejo de los pacientes en hospitalización:

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

pacientes 81.2%, se inició fármaco antidepresivo en 10 pacientes 62.2% y se realiza protocolo para traslado a hospital psiquiátrico en 2 pacientes.

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

Tratamiento al egreso 4 pacientes (con diagnóstico de gesto suicida) recibieron terapia psicológica y psiquiátrica; 10 pacientes (9 con intento y 1 con gesto) se manejaron con terapia psicológica, psiquiátrica y fármacos; 2 pacientes con intento suicida se trasladaron al Hospital Psiquiátrico.

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

DISCUSIÓN

En este estudio ambos tipos de comportamiento suicida se presentaron en su mayoría en la etapa final de la adolescencia temprana, siendo relacionados con procesos adaptativos tanto psicológicos, emocionales y hormonales, como argumentan Aguirre y Cols⁴.

Conforme a la edad de presentación, no ha habido estudios sobre gesto suicida, solo de intento suicida. Se corrobora lo que se reporta en la literatura, en un estudio en Colombia en el 2011 se presentó en adolescentes de 13 a 17 años⁵, en un estudio en Xalapa, Veracruz en el 2007 se reportan en pacientes de 13 a 17 años con una media de 14.2 años⁶. En este hospital se hizo un estudio sobre intento suicida en el 2005, con presentación en una media de edad de 14 años⁷.

El género predominante fue el femenino, en este año de estudio la relación fue mucho mayor a la documentada, Monge y cols comentan que la proporción es 3:1⁶, se observó en un estudio en Bogotá, Colombia, una relación hombre/mujer 4:1⁸.

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

El estado civil de los pacientes siendo la gran mayoría solteros como se describe en estudios previos⁷, el resto (3 pacientes de intento por 1 de gesto) se encontraban

con terminación de relación amorosa, la presencia de hijos en dos de los pacientes con intento, quienes recientemente se separaron de su pareja.

Con respecto a la funcionalidad familiar de estos pacientes, se observó la presencia de familia nuclear tipo disfuncional como primera causa del comportamiento suicida, presentándose en mayor frecuencia en los pacientes con intento que los de gesto, Fuentes y cols, refieren la disfunción familiar como factor de riesgo suicida en estudiantes del sexto al onceavo grado escolar⁹. Así como Álvarez-Latorre y cols, quienes en un estudio escolar en Caldas, Colombia en el 2012 en 354 estudiantes, el 42.6% de ellos presentó disfunción familiar leve a severa. Se integraban dentro de una familia nuclear¹⁰. A pesar del predominio de familia nuclear, cada vez más hay antecedentes de tipo de familia uniparental, resaltando la presencia de madres solteras.

Dentro de los factores precipitantes para realización del comportamiento suicida, en primera instancia está la discusión con la madre o ambos padres, relacionado con lo observado en este hospital en el 2005, respecto a un alto porcentaje de riñas familiares 63.3%⁷ en segundo lugar se encuentra la ruptura sentimental, también referido como detonante en el estudio del 2005 como factor de riesgo común, en un 48.3%.

Respecto al método empleado para la realización del acto suicida, tanto para gesto e intento fue la ingesta de fármacos la mayormente empleada. Cabe diferenciar que en gesto sobresalió la ingesta de analgésicos de menor cantidad, no sobrepasando las 4 tabletas, pudiendo ser una manera de llamar la atención o de reclamo hacia los padres, posterior a la riña con los mismos, siendo conscientes que no provocarían una lesión seria a su organismo. Ya los pacientes de intento ingirieron cantidades mayores a las 10 tabletas aproximadamente, ya que en varios de ellos solo se refieren en las notas "haber ingerido la tira de tabletas", con el deseo de morir resaltando el consumo de benzodiazepinas, comprobando lo referido en otros estudios. Como en el 2010 en Argentina reportándose una ingesta del 68% de psicofármacos¹¹. En Chile en el 2001 Valdivia y colaboradores refieren un 73.9% de los casos

utilizaron psicofármacos para realizar el intento suicida¹².

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

A diferencia de otros estudios, en esta población estudiada, se negaron toxicomanías, un factor de riesgo importante para el acto suicida, como se aprecia en un estudio realizado en instituciones de rehabilitación en Colombia en el 2012, donde un 71% de sus pacientes consumen marihuana de manera concomitante con otros tóxicos¹³ la presencia de tabaquismo y alcoholismo en la etapa adolescente, nos orientan hacia el gran alcance que tienen nuestros jóvenes hacia este tipo de drogas lícitas, pese a que se supone que se tiene que ser mayor de edad para poder comprarlas y consumirlas.

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

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

No hay conflicto de intereses. No hubo financiamiento de ningún tipo.

REFERENCIAS

- 1.- Marchiori H. El suicidio, enfoque criminológico. 2006; 2: 1-20.
- 2.- Barón B. O. P. Adolescencia y suicidio. Revista de psicología desde el Caribe Universidad del Norte. 2000; 6: 48-69.
- 3.- Pérez Barrero A. El comportamiento suicida. Revista de psicología organizacional. 2009; 1: 12-4.
- 4.- Aguirre B. A. Psicología de la Adolescencia. RevAlfaomega-Marcombo. 2006; 1: 1-5.
- 5.- Piedrahita L. E. Identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio en niños y adolescentes a partir de la aplicación del proceso de Atención de Enfermería. Rev. Colombia Médica. 2011; 42: 334-41.
- 6.- Monge Holguín J.A. Cubillas Rodríguez M.J. Román Pérez R. Abril Valdéz E. Intentos de suicidio en adolescentes de

- educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y salud*. 2007; 17: 45-51.
- 7.- Vázquez-Pizaña E, Fonseca Chon I, Padilla-Villarreal J. Diagnóstico de depresión con la escala de Birlson en adolescentes con intento de suicidio y sanos. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*. 2005; 22: 107-18.
- 8.- González J, Hernández H. Suicidio en Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2006; 2: 3-5.
- 9.- Fuentes Lerech M, Gonzáles Arias A, Castaño Castrillón J. Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de la ciudad de Manizales, Colombia 2007-2008. *ArchMed Manizales*. 2009; 9: 100-22.
- 10.- Pacheco B, Lizana C. P. Diferencias clínicas entre adolescentes hospitalizados por intento suicida y adolescentes hospitalizados por otra causa psiquiátrica. *Rev. Med. Chile*. 2010; 2: 160-7.
- 11.- Bella M. E. Intento de suicidio en niños y adolescentes, depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos Pediátricos*. 2010; 108: 124-6.
- 12.- Valdivia M, Ebner D, Fierro V, Gajardo C, Miranda R. Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica, una revisión de cuatro años. *Rev. Chilena neuro-psiq*. 2001; 39: 211-8.
- 13.- Aristizábal Vásquez C, Cañón Buitrago S.C, Castaño Castrillón J. J. Castaño Ramos L. Riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales Colombia 2012; 13: 11-23.