



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

**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

**ASOCIACIÓN ENTRE EVENTOS DE LA VIDA Y PRESENCIA DE DEPRESIÓN  
ASOCIADOS A INTENTOS SUICIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

# **T E S I S**

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

**EN:**

**PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA**

**PRESENTA:**

**ENRIQUE MORENO ALANIS**

**TUTORES:**

**Tutores teóricos:**

**Dra. Diana Molina Valdespino\***

**Dra. Rosa Valentina Vega Rangel\*\***

**Asesoría metodológica:**

**Dra. Diana Molina Valdespino\***

\*Servicio de Salud Mental. Instituto Nacional de Pediatría

\*\*Dirección de Enseñanza. Instituto Nacional de Pediatría

Ciudad Universitaria, CD.MX. Enero 2023.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

# Índice

<b>RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVO .....	4
MATERIAL Y MÉTODOS .....	4
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	4
ABREVIATURAS .....	5
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>6</b>
INTERVENCIONES PSICOSOCIALES .....	20
<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>21</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>21</b>
<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>22</b>
<b>HIPOTESIS .....</b>	<b>22</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>22</b>
OBJETIVO GENERAL .....	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	23
<b>MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>23</b>
DISEÑO DE ESTUDIO .....	23
POBLACIÓN OBJETIVO.....	23
POBLACIÓN ELEGIBLE .....	23
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	24
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	24
<b>MÉTODO.....</b>	<b>24</b>
<b>VARIABLES DEL ESTUDIO .....</b>	<b>24</b>
<b>DEFINICIONES OPERACIONALES .....</b>	<b>24</b>
VARIABLE DEPENDIENTE .....	24
<i>Intento de suicidio.....</i>	24
VARIABLES INDEPENDIENTES .....	24
<i>Eventos de la vida .....</i>	24
<b>INSTRUMENTOS.....</b>	<b>25</b>
ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL .....	25
ESCALA DE COLUMBIA PARA RIESGO SUICIDA (CSSRS) .....	25
ESCALA DE DEPRESIÓN CDRS-R. ....	26
<b>MUESTRA.....</b>	<b>27</b>
<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....</b>	<b>27</b>
<b>RECURSOS HUMANOS .....</b>	<b>28</b>
<b>RECURSOS MATERIALES.....</b>	<b>28</b>
<b>FACTIBILIDAD .....</b>	<b>28</b>

<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>28</b>
VARIABLE DEPENDIENTE .....	30
<i>Intento suicida.....</i>	30
VARIABLES INDEPENDIENTES .....	30
<i>Eventos estresantes de la vida.....</i>	30
<i>Trastornos Depresivos.....</i>	30
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>30</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>34</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. ....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>42</b>
HOJA CAPTACION DE DATOS.....	42
ESCALA DE REAJUSTE PSICOSOCIAL DE THOMAS HOLMES Y RICHARD RAHE .....	45
CDRS-R .....	45
ESCALA COLUMBIA (C-SSRS).....	48
TABLAS.....	51
Sexo.....	51
<i>Diagnóstico médico específico .....</i>	51
<i>Diagnóstico psiquiátrico específico .....</i>	51
<i>Dinámica familiar .....</i>	52
<i>Bullying .....</i>	52
<i>Maltrato emocional .....</i>	52
<i>Maltrato físico .....</i>	52
<i>Negligencia .....</i>	52
<i>Abuso sexual .....</i>	53
<i>Tipo de intento .....</i>	53
<i>Antecedente de cutting.....</i>	53
<i>Detonador .....</i>	53
<i>Grado de lealtad .....</i>	53
<i>Gravedad en la escala CDRS .....</i>	54
<i>Estadísticas de grupo .....</i>	54
<i>Resumen de contrastes de hipótesis .....</i>	54
<i>Resumen de contrastes de hipótesis .....</i>	54

## **RESUMEN**

### ***Introducción***

El suicidio es la segunda causa de muerte durante la infancia y la adolescencia.

Generalmente el suicidio pediátrico tiene lugar en medio de una crisis y existen eventos estresantes desencadenantes o bien factores predisponentes, dentro de los cuales uno de los más frecuentemente reportados es la presencia de depresión.

El incremento de la tasa de suicidios ha sido alarmante en los últimos 10 años y el peso de los factores de riesgo presentes para este cambio no se conocen bien, lo que impide contar con estrategias preventivas. Así mismo en los hospitales pediátricos no existen algoritmos para la evaluación de riesgo de éstos pacientes que prevenga intentos subsecuentes de mayor letalidad.

### ***Objetivo***

El objetivo de este estudio fue evaluar la presencia de eventos estresantes y la frecuencia y severidad de trastornos depresivos en relación con la presencia de ideación suicida en los pacientes entre 8 a 17 años atendidos por el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría en el periodo comprendido entre mayo a diciembre del 2022.

### ***Material y métodos***

Para este estudio se utilizó un diseño observacional, transversal, prolectivo, comparativo, heterodémico. Se evaluaron todos los pacientes ingresados por intento de suicidio al servicio de urgencias del INP. Previo consentimiento informado del familiar responsable y asentimiento del paciente, un médico psiquiatra, residente de psiquiatría infantil realizó la evaluación durante la estancia en el servicio de urgencias, a pie de cama. En una entrevista a alguno de los padres se aplicó un cuestionario de variables sociodemográficas diseñado exprofeso, la escala de reajuste social (SRRS) para conocer los eventos estresantes de la vida del paciente en los últimos 6 meses y el CDRS-R, mientras que a los pacientes se les aplicó la escala para conductas suicidas “Columbia suicide severity rating scale” (CSSRS) y la escala CDRS-R para depresión. La entrevista se realizó en aproximadamente 40 minutos con familiar y 30 minutos con el paciente.

### ***Análisis estadístico***

La descripción de las características demográficas y familiares de la muestra se realizó con porcentajes para las variables cualitativas; mientras que para las variables numéricas se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión. Se realizó un análisis de regresión múltiple para conocer el valor predictivo de los eventos vitales y su relación con la depresión. Se realizó Chi cuadrada para

comparar variables sociodemográficas con la presencia de trastornos depresivos (en función del punto de corte de 40 de la CDRS-R). Se realizó T de student para comparar medias en los pacientes con intentos suicidas deprimidos y no deprimidos en función del punto de corte de CDRS-R. Se calculó el riesgo relativo para los intentos de suicidio en función del grado de letalidad de acuerdo a la escala de Columbia (CSSRS) y la presencia de depresión y con la presencia de los eventos reportados como más frecuentes.

### **Abreviaturas**

**CRDS-R** *Children's Depression Rating Scale*, Children's **Depression** Rating Scale-Revised

**INP** Instituto Nacional de Pediatría

**CSSRS** "Columbia suicide severity rating scale" (Escala de severidad suicida de Columbia)

**SRRS** Escala de reajuste social para eventos estresantes de la vida

**DSM-5:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

**Palabras clave:** Eventos estresantes de la vida, intento de suicidio en pediatría, depresión

## MARCO TEÓRICO

El término suicidio del latín *sui caedere*, (matarse a sí mismo) se refiere al acto que realiza una persona para intencionalmente causar su propia muerte. Es un problema de salud reconocido con creciente incidencia a nivel mundial. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 800.000 personas en todo el mundo mueren por suicidio cada año (tasa de mortalidad media en el 2012: 11,4 por cada 100.000; 15 para hombres y 8 para mujeres) es decir, una muerte cada 40 segundos <sup>1</sup>.

En algunos países, el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 10 a 24 años. Por ejemplo, en Alemania, sólo los accidentes (principalmente lesiones fatales por accidentes de tráfico) son una causa más frecuente de muerte entre los adolescentes de 15 a 19 años<sup>2</sup>.

El suicidio ocupa un lugar más alto como causa de muerte durante la juventud en comparación con otros grupos de edad. Lo anterior se corrobora con datos recientes en donde se encuentra que es la segunda causa principal de muerte durante la infancia y la adolescencia, mientras que es la décima causa principal de muerte entre todos los grupos de edad<sup>3</sup>.

Muchas personas que alguna vez han considerado o han intentado suicidarse en su vida lo hicieron por primera vez durante su juventud, ya que la edad de inicio de la ideación suicida y el intento de suicidio en la vida suele ocurrir antes de los 20 años<sup>4</sup>.

En nuestro país se ha observado el aumento del suicidio consumado en adolescentes de 10 a 19 años, de acuerdo con las Estadísticas de Mortalidad del año 2000 al 2009, del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). De acuerdo con 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<sup>5</sup>.

Tan solo en 2018, en el grupo de niñas, niños y adolescentes de 10 a 17 años ocurrieron 641 fallecimientos por lesiones autoinflingidas, que representan el cuarto lugar dentro del total de causas de muerte. Lo anterior representa una tasa de 3.6 fallecimientos por cada 100 mil niñas, niños y adolescentes, situación que ha permanecido prácticamente sin cambios desde 2014 donde se encontraba en 3.7.

Por sexo, la tasa en hombres de 10 a 17 años se encuentra en 4.2 por cada 100 mil niñas, niños y adolescentes, mientras que, para las mujeres de estas edades, fue de 2.9 por cada 100 mil. 6 de cada diez fueron hombres y cuatro de cada diez, mujeres<sup>6</sup>.

Se ha sugerido que la epidemiología de la conducta suicida se entiende mejor como una figura de iceberg. Los comportamientos se vuelven más comunes, pero menos severos y visibles conforme se desciende en el iceberg. Los episodios más serios ocurren en la punta del iceberg, que representan las muertes por suicidio. Las autolesiones que acuden a los servicios médicos son el siguiente nivel del iceberg.

Aún cuando las personas se presentan en el hospital, algunos episodios pueden no reconocerse y quedan “debajo de la superficie”. Las autolesiones en la comunidad pueden ocultarse y nunca acudir a atención. Debajo de estos niveles existe otro mucho más amplio de personas que presentan ideas de daño sin llegar a lastimarse, lo cual representa el nivel más bajo del iceberg<sup>7</sup>.

En la antigüedad, el suicidio era considerado un acto pecaminoso condenando a aquellos que lo realizaban a no tener derecho de un funeral digno y acceso a la vida eterna. Fue a finales del siglo XIX gracias a los trabajos de Morselli y Tuke donde se categoriza al suicidio como un problema de salud pública, se empieza a considerar que existen factores sociales, biológicos y psicológicos relacionados al suicidio y se reconoce que es una entidad que también se presenta en la infancia y la adolescencia<sup>8</sup>.

Para entender de mejor manera el fenómeno del suicidio es necesario aclarar algunas definiciones, las cuales se apegan al algoritmo de clasificación de la evaluación suicida de Columbia (C-CASA, por sus siglas en inglés)<sup>9</sup>:

- **Suicidalidad:** se refiere a las cogniciones y actividades de las personas que buscan quitarse la vida, incluyendo pensamientos, acciones u omisiones.
- **Suicidio** (del latín *sui caedere*, matarse a sí mismo): se refiere al acto que realiza una persona para intencionalmente causar su propia muerte.
- **Intento suicida:** se refiere a las acciones no fatales o a los preparativos destinados a causar la muerte. El acto suicida puede haber sido abandonado, interrumpido o puede haber fracasado.
- **Ideación suicida:** pensamientos sobre una conducta autolesiva con deseos de morir, con riesgo de intento variable, no se considera letal.
- **Parasuicidio:** se refiere a una conducta de autolesión no habitual que potencialmente amenaza la vida pero que se realiza sin la intención de quitarse la vida. Debido a que el comportamiento no es suicida, algunos autores prefieren el término “autolesión no suicida” (ANS).



Existen distintas corrientes para explicar el suicidio:

La **escuela sociológica**, cuyo pionero fue Durkheim, en su Introducción a *Le suicide. Une étude sociologique*, Durkheim plantea que: “Se llama suicidio todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, siendo que esta sabía que debía producir ese resultado”. Durkheim distingue entre suicidio egoísta, altruista y anómico<sup>10</sup>.

Durkheim describe una multitud de casos de suicidio egoísta, pero no da una definición nítida de él. Ahora bien, sus características están descritas por su vínculo con ciertas causas sociológicas, siendo una de las fundamentales la descomposición del entorno social, religioso o afectivo en que se desenvuelven los individuos. Por ello, se puede afirmar que la densidad y la integración religiosa, social o familiar preservan a los individuos del suicidio<sup>11</sup>.

El **suicidio altruista**, que se define a partir del tipo de relación entre el individuo y la sociedad: “una individuación excesiva conduce al suicidio, una individuación insuficiente produce los mismos efectos. Cuando un hombre está separado [*détaché*] de la sociedad, se mata fácilmente, y también se mata cuando está demasiado fuertemente integrado” (Durkheim 1897); este tipo de suicidio se caracteriza por tener un móvil de escasa relevancia, es propio de la moral de los pueblos y en la época moderna se da casi exclusivamente al interior de las instituciones militares<sup>11</sup>.

En el **suicidio anómico** se requeriría, según Durkheim, que un poder externo ejerza un control sobre las pasiones, control que solo puede ser moral. Ahora bien, cuando la sociedad está sacudida, no puede ejercer dicho control, lo que incrementa la tasa de suicidios. Cuando la sociedad está alterada, ya sea por un motivo doloroso o feliz, no puede ejercer la acción moral que controla al individuo. Es entonces que se produce un alza brusca de suicidios y un estado de desajuste (*dérèglement*) o de anomia en que las pasiones no pueden ser disciplinadas, según comenta Durkheim<sup>11</sup>.

Dentro del marco de la etiología psicológica, se sabe que la adolescencia, es una etapa de desarrollo por la que atraviesa todo individuo, se presentan en los jóvenes cambios difíciles que les producen ansiedad y depresión hasta llegar, en muchas ocasiones, a una tentativa de suicidio. Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación en la forma en que se vive, de un desacuerdo social, además de otros factores<sup>12</sup>.

Schneiderman clasifica la conducta suicida en cuatro tipos<sup>12</sup>:

1. La conducta suicida impulsiva, que generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.
2. La sensación de desesperanza, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Aquí, el adolescente considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán.
3. Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que “no hay otra salida”.
4. El intento suicida como medio de comunicación, en donde el joven no desea morir, pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio y, así, cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean.

Durante la adolescencia se elaboran tres duelos básicos:

- a) El duelo por el cuerpo infantil
- b) El duelo por la identidad y el rol infantil
- c) El duelo por los padres infantiles, es decir, el duelo por la imagen con que percibía a sus padres durante la infancia.

En una situación ideal, la elaboración de estos duelos permitirá que el adolescente continúe con su desarrollo. El suicidio de los adolescentes puede tener varios significados, aparte de los mencionados. Éstos son aplicables a todas las edades de la vida, pero debe advertirse que, en función de la madurez del individuo, hay significados que se aplican preferentemente a ciertos períodos de la vida<sup>13</sup>.

Beachler describe varios significados posibles<sup>13</sup>:

1. **La huida**, es decir, el intento de escapar de una solución dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de su vida, ya que ésta se percibe como insoportable.
2. **El duelo**, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante de la persona.
3. **El castigo**, cuando el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria. Aquí el joven se siente responsable por un acto negativo y desea autocastigarse para mitigar la culpa.
4. **El crimen**, cuando el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte.
5. **La venganza**, es decir, cuando se atenta contra la vida para provocar el remordimiento de otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad; la llamada de atención y el chantaje, cuando mediante el intento suicida se intenta ejercer presión sobre otro.
6. **El sacrificio**, en donde se actúa contra la vida para adquirir un valor o un estado considerado superior, es morir por una causa.
7. **El juego**, común en los adolescentes, cuando se atenta contra la vida para probarse a sí mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo.

En resumen, las razones psicodinámicas más comunes en los intentos suicidas son<sup>13</sup>:

- Un dolor psíquico intolerable del cual se desea escapar.
- Necesidades psicológicas frustradas, tales como: seguridad, confianza y logros.
- Un intento por acabar con la conciencia, sobre todo la del dolor.
- Falta de opciones, o bloqueo para verlas.
- Un impulso súbito de odio a sí mismo, en un marco de alineación grave.
- Una autoevaluación negativa, con autorrechazo, desvaloración, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo.

Desde una perspectiva biológica, varios grupos de investigación han identificado circuitos cerebrales clave que parecen ser atípicos en los jóvenes suicidas. Por ejemplo, los adolescentes chinos que intentaron suicidarse, libres de otra psicopatología, mostraron diferencias en la conectividad funcional entre varias regiones neuronales, en relación con los controles sanos<sup>14</sup>.

Las regiones con un acoplamiento funcional significativamente menor incluyeron la circunvolución fusiforme izquierda, hipocampo izquierdo, circunvolución frontal inferior izquierda, circunvolución angular derecha, lóbulos posteriores bilaterales del cerebelo, circunvolución parahipocampal bilateral y circunvolución frontal media bilateral, lo que sugiere que la conectividad entre estas regiones parece ser aberrante en los suicidas. El grupo de intento de suicidio tuvo un acoplamiento funcional significativamente mayor del lóbulo parietal inferior derecho, el precuneus izquierdo y la circunvolución frontal media derecha. Es importante destacar que estos efectos fueron independientes de la edad, el sexo, el nivel de educación y las características clínicas<sup>14</sup>.

Dentro de esta compleja red de regiones cerebrales interconectadas, el hipocampo y la corteza prefrontal dorsolateral se destacan como particularmente relevantes. Se ha descubierto que el hipocampo, que está conectado con el sistema de respuesta al estrés del cuerpo y es importante en la regulación del estado de ánimo y la memoria, es estructuralmente anormal en los que intentan suicidarse. De manera similar, la corteza prefrontal dorsolateral está involucrada en el comportamiento dirigido a objetivos, la toma de decisiones y la regulación de las emociones y también se encuentra estructuralmente anormal en los que intentan suicidarse<sup>15</sup>.

Otro conjunto de regiones cerebrales interconectadas, conocida como red neuronal por defecto (RND), ha sido implicado en condiciones relevantes para el suicidio, como la depresión, en adolescentes. Se ha demostrado que la RNP está comprometida cuando los participantes no están ocupados en una tarea específica (es decir, por 'defecto'), aunque la función anormal de la RNP puede reflejar una

capacidad alterada para integrar información importante para crear simulaciones mentales que son útiles para una amplia variedad de actividades y procesos mentales<sup>16</sup>.

Zhang y colaboradores descubrieron que la DMN puede estar conectada de forma anormal entre los adolescentes que intentan suicidarse, como se demuestra a través de su mayor conectividad en el cerebelo y la disminución de la conectividad en la corteza cingulada posterior derecha. Además, en comparación con sus compañeros deprimidos que no intentaban suicidarse, los adolescentes que intentaban suicidarse mostraron una mayor conectividad en el cerebelo y la circunvolución lingual izquierda, y una menor conectividad en el precuneus derecho. Ninguno de los grupos difirió significativamente en edad, sexo, educación o coeficiente intelectual<sup>16</sup>.

Las alteraciones en la función de la serotonina se encuentran entre los correlatos moleculares más ampliamente citados de la conducta suicida y proporcionan evidencia de moderada a fuerte en relación a los diagnósticos psiquiátricos. Las primeras investigaciones sugirieron un posible vínculo entre el suicidio y los niveles reducidos de serotonina (5-hydroxitriptomina; 5-HT) y su metabolito principal, los niveles de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) al comparar el líquido cefalorraquídeo de adultos que habían muerto por suicidio y controles<sup>17</sup>.

En un estudio encontraron una mayor unión a los receptores 5HT<sub>2A</sub> en los cerebros post mortem de los adolescentes que habían muerto por suicidio, en comparación con los adolescentes que murieron por otras causas. Se encontró que este efecto era más prominente en la corteza prefrontal y el hipocampo y era independiente de la enfermedad psiquiátrica<sup>18</sup>.

La evidencia emergente también sugiere que los marcadores proinflamatorios pueden desempeñar un papel en el riesgo de suicidio. Se ha encontrado que el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ , por sus siglas en inglés) y la proteína C reactiva (PCR) estaban elevados en adolescentes y adultos jóvenes que habían intentado suicidarse, en comparación con aquellos que tenían ideación suicida y controles sanos<sup>19</sup>.

El estrés crónico de la vida temprana puede resultar en niveles reducidos de cortisol, que pueden no suprimir la respuesta inmune del cuerpo, lo que lleva a un aumento de la inflamación. Es posible que los factores estresantes crónicos, como los eventos adversos de la infancia, que está relacionada tanto con el suicidio como con la inflamación, puedan impulsar la relación entre el suicidio y la inflamación entre los jóvenes<sup>20</sup>.

La transmisión familiar de la conducta suicida está bien establecida. El papel exacto de la heredabilidad genética en la conducta suicida es menos claro, aunque estudios convincentes sugieren que existe un componente heredable en dicha conducta. Por ejemplo, datos metanalíticos recientes han demostrado que, en una variedad de estudios, existen diferencias significativas en las tasas de suicidio entre gemelos mono- (MZ) y dicigóticos (DZ), con tasas de concordancia general para estudios basados en registros de 24% MZ y 2.8% DZ<sup>21</sup>.

Finalmente, las alteraciones epigenéticas de la expresión genética en una etapa temprana de la vida podrían ser relevantes para el riesgo de suicidio posterior. Se ha descubierto que las víctimas de suicidio que tenían antecedentes de abuso infantil tenían una menor expresión de ARNm de glucocorticoides en el hipocampo que las víctimas de suicidio sin antecedentes de abuso o los sujetos de control, un efecto que era independiente del diagnóstico psiquiátrico. Tal resultado sugiere que las experiencias adversas graves en la vida temprana tienen efectos epigenéticos que pueden aumentar la probabilidad de suicidio al alterar el sistema de respuesta al estrés del cuerpo<sup>22</sup>.

Se han reportado alteraciones neuropsicológicas en personas con comportamiento suicida, con función ejecutiva general, toma de decisiones, memoria visual y fluencia verbal ligadas a las regiones orbitofrontal y prefrontal dorsolateral del cerebro. Las personas con conducta suicida se enfocan en pensamientos suicidas (déficit en desviación de la atención), tienen dificultad en comunicar la necesidad de ayuda (déficit en la fluencia verbal) y pueden ser proclives a un comportamiento impulsivo y arriesgado (pobre toma de decisiones)<sup>23</sup>.

Los factores de riesgo de comportamiento suicida en niños y adolescentes pueden clasificarse como factores predisponentes o precipitantes. Los factores predisponentes aumentan el riesgo de suicidio de una persona e incluyen<sup>24</sup>:

- Trastornos psiquiátricos.
- Intento de suicidio previo.
- Antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo y/o comportamiento suicida.
- Historial de abuso físico o sexual.
- Exposición a la violencia.
- Factores biológicos.

Es poco probable que los factores precipitantes (también llamados factores "proximales" o "potenciadores") contribuyan al riesgo de suicidio por sí mismos. Sin embargo, juegan un papel vital en la interacción con factores predisponentes. Los factores precipitantes incluyen<sup>24</sup>:

- Acceso a los medios.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Exposición al suicidio.
- Estrés social y aislamiento.
- Factores emocionales y cognitivos.

La mayoría de los adolescentes que han cometido suicidio o tienen ideación suicida presentan un trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente el trastorno depresivo mayor. Otros trastornos psiquiátricos predisponentes incluyen el trastorno negativista desafiante, el trastorno de conducta, el trastorno bipolar, el trastorno de ansiedad, el trastorno alimentario, el trastorno de la personalidad y los trastornos por uso de sustancias<sup>25</sup>.

La mayoría de los niños y adolescentes que se suicidan tienen una enfermedad mental, y las víctimas de suicidio tienen más probabilidades de cumplir con los criterios de un trastorno psiquiátrico que los controles en la comunidad. En un estudio retrospectivo de "autopsia psiquiátrica" de 119 sujetos que se suicidaron (edad promedio de 17 años), al menos un diagnóstico psiquiátrico estuvo presente en el 91%. Los síndromes depresivos, los trastornos de conducta y los trastornos por uso de sustancias fueron los más comunes. Sin embargo, la prevalencia de enfermedades psiquiátricas parece ser mayor entre adolescentes mayores víctimas de suicidio que entre las víctimas más jóvenes<sup>26</sup>.

El riesgo de suicidio es elevado en pacientes con síntomas psicóticos (p.ej. alucinaciones auditivas de comando para autolesionarse). En un estudio observacional prospectivo de adolescentes (N > 1100) que fueron seguidos por 12 meses se encontró que los intentos de suicidio fueron más probables en los adolescentes con síntomas psicóticos al inicio del estudio (n = 77) que en los adolescentes sin psicosis (odds ratio 11, IC del 95%: 4-29), y que entre los adolescentes con psicopatología (p. ej., trastorno depresivo, de ansiedad o de conducta; n = 193) al inicio del estudio, la probabilidad de intentos de suicidio fue mayor en los adolescentes que también estaban psicóticos (n = 47), en comparación con los adolescentes que no lo estaban ( odds ratio 33, 95% CI 10-102)<sup>27</sup>.

Entre los pacientes con un trastorno psiquiátrico, los diagnósticos psiquiátricos comórbidos aumentan aún más el riesgo de tendencias suicidas, aunque el grado de aumento del riesgo depende en parte de los trastornos específicos que están presentes<sup>28</sup>. Entre los jóvenes deprimidos, particularmente entre los hombres, el riesgo de suicidio aumenta con los trastornos de conducta comórbidos y los trastornos por uso de sustancias<sup>29</sup>. En un estudio de casos y controles, las probabilidades de un intento de suicidio grave en sujetos con dos o más trastornos psiquiátricos fueron 90 veces mayores que las probabilidades en sujetos sin trastorno<sup>30</sup>.

El antecedente de intentos suicidas se constituye como un factor predictor para intentos de suicidio posteriores. Un estudio observacional de un año siguió de forma prospectiva a adolescentes (n = 373) que fueron hospitalizados por una ideación suicida aguda o un intento de suicidio reciente. Los jóvenes que fueron rehospitalizados dentro de los primeros tres meses de la hospitalización, en comparación con los jóvenes que no fueron rehospitalizados, tenían tres veces más probabilidades de intentar suicidarse durante los nueve meses siguientes<sup>31</sup>.

Haber intentado suicidio previamente es uno de los predictores más importantes de futuros intentos y del suicidio completado<sup>32</sup>:

- Alrededor de un 30% de los suicidios tienen antecedentes de intentos de suicidio previos.
- Después de un intento de suicidio, el riesgo de un futuro intento es 20 veces mayor que en las personas sin intentos previos.
- El riesgo de un intento de suicidio grave está fuertemente asociado con el número de intentos previos de suicidio.

La psicopatología paterna y los antecedentes de conducta suicida en la familia se asocian a un mayor riesgo de suicidio en la descendencia. La propensión al suicidio en familias puede ser independiente de una historia familiar de enfermedades psiquiátricas. Los niños de padres con trastornos del estado de ánimo muestran más intentos de suicidio, cuando hay antecedentes de suicidio de los padres, en comparación con los hijos de padres sin historia de intentos de suicidio. La psicopatología familiar – especialmente los intentos de suicidio en las madres y el consumo de sustancias en ambos padres – y el conflicto familiar, predicen mayor suicidalidad en la adolescencia, incluso cuando se controla por morbilidad psiquiátrica<sup>33</sup>.

Se ha visto que las familias de los adolescentes con comportamiento suicida suelen tener problemas para controlar sus impulsos, es decir, los miembros de la familia tienden a ser impulsivos en su enfrentamiento diario con la vida. También puede existir una tendencia familiar a manejar el estrés de manera inadecuada, y el joven aprende que éste o cualquier tipo de presión son situaciones intolerables que deben evitarse a toda costa. En este tipo de familias suele haber conflictos constantes, particularmente separaciones, y antecedentes patológicos especialmente de alcoholismo o alguna adicción en uno o ambos padres. En general, en estas familias existe una estructura alterada que se caracteriza por un sistema cerrado que inconscientemente prohíbe a sus miembros comunicarse entre sí y relacionarse estrechamente con el exterior. De manera que el joven se siente aislado dentro y fuera de casa, en donde tampoco la comunicación se da abiertamente<sup>34</sup>.

En el estudio de “Great Smoky Mountains”, la pobreza se asocia con el comportamiento suicida, independientemente del perfil psiquiátrico o de la gravedad de la psicopatología. La estabilidad de la red psicosocial también es relevante. En un estudio danés, los cambios frecuentes de residencia se asocian con un mayor riesgo de intento de suicidio y de suicidio completo en niños y adolescentes<sup>35</sup>. Los adolescentes que cometen suicidio a una edad más temprana a menudo presentan una gran carga de adversidad y una historia de abuso y maltrato infantil<sup>36</sup>. La gravedad del abuso sexual se correlaciona con el riesgo de intentos de suicidio en una muestra canadiense<sup>37</sup>.

El acoso escolar se asocia a intentos de suicidio y con conductas autolesivas. En un estudio finlandés, la victimización frecuente en las niñas se asocia a posteriores intentos de suicidio y suicidios completados, incluso después de controlar por la psicopatología. El acoso escolar y la victimización también se asocia a la suicidalidad en los niños, pero este efecto no se mantiene cuando se controla por síntomas depresivos y disruptivos<sup>38</sup>.

Existe evidencia de que jóvenes homosexuales, lesbianas y bisexuales tienen un mayor riesgo de presentar conductas suicidas. Esto puede ser más acusado cuando deciden abrir sus preferencias sexuales ante la familia, si ésta no les apoya<sup>39</sup>.

El “suicidio por imitación” puede ocurrir cuando un adolescente vulnerable lee o escucha el relato de otro suicidio. Sin embargo, la mayoría de los estudios muestran que los amigos de las víctimas de suicidio no corren el riesgo de imitar una conducta suicida. Los adolescentes que imitan el suicidio de otro compañero no suelen ser amigos cercanos de la víctima y pueden tener deficiencias en las habilidades de afrontamiento y carecer de modelos para estrategias de afrontamiento saludables. Los adolescentes y adultos jóvenes de entre 12 y 24 años parecen ser el grupo con mayor riesgo de imitación<sup>40</sup>.

En una revisión sistemática reciente, se encontró que la frecuencia del uso general de las redes sociales y los teléfonos inteligentes tendió a asociarse positivamente con ideación y conducta suicida, con tamaños de efecto pequeños. La adicción a los teléfonos inteligentes se asoció positivamente con una conducta suicida, con tamaños de efecto pequeños a medianos. El sexteo (*sexting*, en inglés) tuvo grandes asociaciones positivas con comportamientos suicidas, mientras que la frecuencia de la interacción digital arrojó resultados mixtos. El uso de redes sociales relacionadas al suicidio se asoció con un aumento de la ideación y conducta suicida<sup>41</sup>.

El aumento de depresión y conducta suicida durante la crisis sanitaria por COVID 19 merece una mención especial. En un estudio reciente se encontró que la detección de la depresión en las visitas de atención primaria en Estados Unidos



disminuyó del 77,6% al 75,8% durante el período pandémico. El porcentaje de adolescentes con resultados positivos para síntomas depresivos aumentó de 5.0% a 6.2%, con mayores aumentos entre las mujeres, las adolescentes negras no hispanas y las blancas no hispanas. Las pruebas de detección de riesgo de suicidio positivas aumentaron del 6,1% al 7,1%, con un aumento relativo del 34% en la notificación de pensamientos suicidas recientes entre las adolescentes<sup>42</sup>.

Los sentimientos de desesperanza e inutilidad, así como la agresividad impulsiva, también se vinculan con el suicidio. Aunque estos estados ocurren a menudo en el contexto de una depresión o de un trastorno de conducta, también pueden ser relevantes en personas sin un trastorno psiquiátrico. Esto también se refiere a los efectos desinhibidores de la intoxicación aguda que pueden explicar actos suicidas en personas sin dependencia manifiesta a las sustancias<sup>35</sup>.

La suicidalidad puede ser conceptualizada como un continuo, con pensamientos acerca de la muerte en un extremo y actos suicidas graves en el otro. La suicidalidad aguda a menudo se desarrolla de forma gradual y progresiva, con pensamientos y planificación cada vez más intensa y específica que supera la ambivalencia, de tal manera que la persona se torna cada vez más determinada a llevarlo a cabo<sup>43</sup>.

A medida que las ideas de suicidio se hacen más específicas, es característico que se desarrolle un “síndrome presuicida”. Según Warnke, éste se caracteriza por<sup>44</sup>:

- Sentimientos de desesperanza, autoreproche, sentirse solo e incomprendido.
- Rumiaciones negativas, sentir lástima de uno mismo.
- Inactividad y retraimiento social.
- Agresividad pasiva dirigida hacia uno mismo (autoagresión)
- Fantasías y planes de suicidio.
- Disforia.
- Síntomas somáticos, alteraciones del sueño, fatiga, y pérdida del apetito.

La presencia de un síndrome presuicida debe ser un signo de alarma. Sin embargo, esto puede ser menos claro en el caso de niños y adolescentes, en los cuales el suicidio impulsivo es más frecuente que en los adultos. Por lo tanto, debe tenerse en cuenta que los intentos de suicidio pueden ocurrir en cualquiera de estas etapas<sup>44</sup>.

Generalmente el suicidio tiene lugar en medio de una crisis, y raramente ocurre en ausencia de otros factores. Para que una crisis tenga lugar, generalmente se requiere una predisposición, un desencadenante, un facilitador y la disponibilidad de un método para llevarlo a cabo. Teniendo en cuenta todo lo anterior permite realizar intervenciones que disminuyen el riesgo en cada una de las etapas de la crisis<sup>44</sup>:

- **Eventos predisponentes.** Como se describió previamente, los jóvenes que intentan suicidarse tienen una predisposición a hacerlo; muchos de los casos son debido a un problema de salud mental, a menudo una depresión.
- **Eventos desencadenantes.** La mayoría de los suicidios y de los intentos de suicidio tienen lugar después de pasar algo que haga que los adolescentes se sientan infelices, temerosos o enfadados. Los conflictos con otras personas (padres, amigos, escuela, policía) son desencadenantes frecuentes. Algunos ejemplos de éstos son las crisis disciplinarias (cuando los adolescentes son descubiertos realizando algo indebido, como robar, y están esperando un castigo), una humillación pública, la amenaza de separación de su novio/novia, y la revelación de un abuso sexual. Generalmente, estas situaciones son percibidas como más catastróficas por el adolescente que por otras personas.
- **Situaciones facilitadoras.** Es más probable que las emociones fuertes que generan las crisis conduzcan al suicidio si el juicio del joven está afectado por el alcohol o las drogas. Otros facilitadores incluyen la identificación con alguien famoso o admirado que cometió suicidio, la presencia de suicidio entre miembros de la familia o amigos, o si el adolescente no tiene creencias religiosas que prohíben el suicidio.
- **Oportunidad.** Finalmente, los adolescentes necesitan tener acceso a métodos para cometer un suicidio que sean aceptables para ellos. Aunque parezca extraño, a menudo las personas tienen una idea clara sobre cómo les gustaría quitarse la vida.

Para los jóvenes evaluados en el departamento de emergencias por médicos que no son especialistas en salud mental, una herramienta de detección breve puede tener valor para identificar el riesgo de comportamiento suicida. El Cuestionario de detección de suicidio (ASSQ por sus siglas en inglés) es un instrumento de cuatro ítems que los médicos pueden administrar para detectar el riesgo de suicidio en los pacientes que acuden a los servicios de urgencias pediátricos con problemas médicos o psiquiátricos generales. Los cuatro elementos son<sup>45</sup>:

- En las últimas semanas, ¿has deseado estar muerto?
- En las últimas semanas, ¿has sentido que tú o tu familia estarían mejor si estuvieras muerto?
- En la última semana, ¿has tenido pensamientos sobre suicidarte?
- ¿Alguna vez has intentado suicidarte?

Responder afirmativamente a al menos una pregunta constituye una pantalla positiva que debería desencadenar una evaluación más exhaustiva del riesgo de suicidio del paciente. Una vez que un niño o adolescente ha revelado la ideación suicida, es necesario realizar una evaluación inmediata del riesgo de suicidio. La

evaluación del riesgo de suicidio en jóvenes con ideación suicida incluye la evaluación de múltiples elementos<sup>45</sup>:

- Contenido y cronicidad de los pensamientos suicidas.
- Existencia y detalles de un plan de suicidio.
- Acceso a los medios descritos en el plan.
- El nivel de intención (p. Ej., "Realmente lo haré").
- Estresores, dolor emocional, regulación del comportamiento y apoyo social.

El riesgo de suicidio es bajo si:

- No hay un trastorno psiquiátrico mayor que requiera tratamiento.
- El paciente es capaz de establecer una alianza terapéutica adecuada con el profesional.
- El intento de suicidio no tenía intencionalidad de muerte.
- El paciente afirma clara y creíblemente que no llevará a cabo nuevos intentos.
- El paciente se siente esperanzado respecto del futuro, y tiene metas concretas en relación con actividades de la vida diaria.
- Existe apoyo familiar y social estable.
- No hay presencia de estresores significativos.

Los niños y adolescentes con comportamiento suicida suelen ser evaluados en un departamento de emergencias. La estabilización médica es la primera prioridad. La forma en que el personal del servicio de urgencias trata a los pacientes con comportamiento suicida y sus familias puede afectar a la adherencia a la atención de seguimiento<sup>46</sup>.

Los niños y adolescentes con comportamiento suicida deben recibir atención personalizada hasta que el médico apropiado evalúe la seriedad de su intención. Los suministros y equipos médicos potencialmente dañinos deben retirarse de la sala de exploración donde se evalúa a los pacientes<sup>46</sup>.

Las restricciones deben usarse sólo si el paciente está buscando activamente formas de hacerse daño a sí mismo o a los demás y no responde a la redirección verbal (el uso adecuado de las restricciones debe ser parte del plan de estudios educativo para los médicos del departamento de emergencias. La agresión o el descontrol del comportamiento que no responden a las intervenciones verbales pueden tratarse con farmacoterapia, teniendo en cuenta los posibles efectos secundarios<sup>47</sup>.

El examen físico debe realizarse prestando atención a los signos vitales, el nivel de conciencia y orientación y las manifestaciones de los toxíndromes.

Además deben buscarse signos de intentos de suicidio recientes o remotos (p. Ej., Cicatrices por cortes o hematomas por ahorcamiento), abuso físico o sexual (p. Ej., Patrones característicos de hematomas o trauma genital), abuso de sustancias (p. ej., marcas de huellas por el uso de drogas intravenosas o hemorragias nasales o ampollas periorales por el uso de inhalantes) y enfermedad médica general (p. ej., enfermedad de la tiroides)<sup>48</sup>.

Las pruebas de laboratorio de detección que se realizan comúnmente, que generalmente son requeridas por los hospitales antes de aceptar a los pacientes para la admisión, incluyen hemograma completo, paneles de química sérica, análisis de orina, hormona estimulante de la tiroides, gonadotropina coriónica humana (embarazo) en niñas y pruebas de toxicología en orina para medicamentos de abuso, aspirina y acetaminofén<sup>49</sup>.

La evaluación psiquiátrica se lleva a cabo después de que el paciente es médicamente estable. Los objetivos de la evaluación psiquiátrica incluyen<sup>50</sup>:

- Determinación del riesgo de un intento de suicidio posterior o de que se complete el suicidio.
- Identificar cualquier factor predisponente y precipitante que pueda tratarse o modificarse.
- Recomendar el nivel de atención (es decir, atención hospitalaria, hospitalaria parcial o ambulatoria).

La hospitalización psiquiátrica (interna o parcial) para la evaluación y el inicio de la terapia casi siempre está indicada para niños y adolescentes con comportamiento suicida o riesgo alto inmediato de suicidio. Los factores que pueden colocar a los pacientes en alto riesgo de suicidio incluyen<sup>47</sup>:

- Intento de suicidio con un método altamente letal (p. Ej., Arma de fuego o ahorcamiento).
- Intento de suicidio que incluyó pasos para evitar la detección.
- Ideas suicidas en curso o decepción por el fracaso del intento de suicidio.
- Incapacidad para discutir abierta y honestamente el intento de suicidio y lo que lo precipitó.
- Incapacidad para discutir la planificación de la seguridad.
- Falta de alternativas para un seguimiento y tratamiento adecuados.
- Trastornos psiquiátricos (p. ej., Depresión mayor unipolar, trastorno bipolar, trastornos psicóticos o trastornos por uso de sustancias) subyacentes a la ideación y al comportamiento suicidas.
- Agitación.
- Impulsividad.
- Desesperanza severa.

- Pobre apoyo social.

El tratamiento ambulatorio depende de un plan de seguridad que incluye lo siguiente<sup>47</sup>:

- Implicación de la familia para monitorear regularmente al paciente hasta que la seguridad se haya estabilizado aún más.
- Restringir el acceso a todos los medios letales de suicidio, en particular armas de fuego y medicamentos.
- Identificar y evitar los desencadenantes de la recaída de la ideación suicida y las señales de advertencia.
- Educar a los pacientes y cuidadores sobre los efectos desinhibidores del alcohol y otras drogas.
- Especificar estrategias de afrontamiento y actividades saludables para controlar o distraerse de los pensamientos suicidas.
- Asegurar el seguimiento de la salud mental dentro de las 48 horas para abordar los factores agudos que precipitaron la ideación suicida.
- Instruir a los miembros de la familia para que regresen al departamento de emergencias si los pacientes se descompensan y llamar a la policía si los pacientes se niegan.

### ***Intervenciones psicosociales***<sup>51</sup>

Estas intervenciones consisten en:

- Intervenciones para fomentar la búsqueda de ayuda y mejorar el seguimiento. Dada la baja adherencia al tratamiento en los niños y adolescentes que han intentado suicidarse, estas intervenciones son de gran importancia: motivar a los pacientes y a sus padres a continuar el tratamiento, proporcionando psicoeducación cuando consultan en el servicio de emergencias. Además, se puede fomentar la adherencia contactando las familias inmediatamente después de ser dados de alta.
- Organizar apoyo para el niño o adolescente suicida, p.ej., a través de trabajadores sociales que asisten en el cuidado posterior del paciente. Otros enfoques requieren identificar y capacitar a personas en el ambiente del paciente que pueden dar apoyo (padres, miembros de la familia extensa, personas en la escuela o ministros de religión).
- Estrategias para mejorar la relación padre/madre-hijo. Éstas incluyen la resolución de problemas dentro de la familia, y mejorar las habilidades de parentalidad y comunicación.
- Terapia Cognitivo Conductual (TCC).
- Terapia Multisistémica (TMS).

- Terapia Dialéctica Conductual (DBT, por sus siglas en inglés). Originalmente desarrollada para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, ha sido adaptada para adolescentes con conducta suicida. La DBT consiste en entrenar en “mindfulness”, desarrollar habilidades interpersonales, regular mejor las emociones y mejorar la tolerancia del estrés.

Los tratamientos que parecen ser más eficaces para el comportamiento suicida comparten una serie de elementos comunes: el uso de intervenciones exploratorias para comprender el comportamiento suicida e intervenciones orientadas al cambio para alentar comportamientos positivos y desalentar los negativos.

Tratamiento psicofarmacológico.

No existen medicamentos específicos para la suicidalidad. Sin embargo, los fármacos pueden ser necesarios para tratar trastornos psiquiátricos subyacentes. El riesgo de suicidio con el uso de ISRSs ha sido ampliamente debatido. La implicación es que los adolescentes deprimidos que son tratados con medicamentos y sus familias necesitan conocer este riesgo y saber qué hacer si surge la conducta suicida<sup>51</sup>.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la frecuencia y características clínicas, con que se presentan los intentos de suicidio en pacientes entre 8 y 17 años atendidos en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría?

¿Cuáles son los eventos de la vida asociados con los intentos de suicidio en pacientes entre 8 y 17 años atendidos en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría?

¿Cuál es la frecuencia y severidad de trastornos depresivos asociada a intentos suicidas en pacientes entre 8 y 17 años atendidos en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría?

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El suicidio es la segunda causa de muerte en personas entre 10 y 24 años y diversos reportes han mencionado un incremento del 60% entre 2007 a 2018, aún previo a los estresores de la pandemia, que aumentaron las cifras de forma desproporcionada, llevando al suicidio a ser la segunda causa de muerte en niños y adolescentes, convirtiendo esta problemática psiquiátrica en un problema de salud pública<sup>52</sup>.

Y desde el año 2020 , a raíz de la pandemia por covid-19, los intentos de suicidio en las áreas de urgencias aumentaron hasta 2.1 veces mas, que las cifras previas, ya que otros factores de riesgo como exposición a violencia doméstica, disfunción familiar que se tornó evidente, presión parental por estudios virtuales, cambio de los

hábitos cotidianos saludables, como el ejercicio, consumo de sustancias por los padres, abuso sexual por familiares, sensación de perder el control de las actividades de la vida cotidiana, lejanía de amigos cercanos, duelo por pérdida de familiares cercanos y deterioro de la economía familiar, entre otros factores de riesgo, se convirtieron en elementos sumatorios a los trastornos depresivos, cuya asociación con intentos de suicidio ha sido bien descrita.

Este incremento mundial en las tasas de suicidio en adolescentes, han convertido esta problemática en una preocupación de los especialistas de la salud, al grado de que tanto la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han catalogado al suicidio como un problema de Salud pública de preocupación mundial<sup>1</sup>.

## **JUSTIFICACIÓN**

Actualmente, los casos de intento suicida en el Instituto Nacional de Pediatría han ido en aumento, sin tener bien establecida una asociación de la patología psiquiátrica comórbida de los pacientes pediátricos con intentos suicidas en este hospital. En un estudio prospectivo de tesis realizado por el servicio de urgencias de 2018 a 2020 para detectar frecuencia de intento de suicidio en adolescentes se encontraron 89 casos, mientras que tan solo en el año 2021 se contabilizaron 98 interconsultas de urgencias realizadas a psiquiatría por dicho motivo.

La relevancia del presente estudio reside en el reconocimiento de la psicopatología y los factores de riesgo que se asocian con la conducta suicida de nuestra población para su oportuna identificación y para el diseño de algoritmos de manejo que permitan que los pacientes y sus familiares interioricen el intento suicida como un evento médico serio que incrementa el riesgo de intentos posteriores que pongan en riesgo la vida y amerita tratamiento especializado.

## **HIPOTESIS**

Existirá una asociación directa entre el número de eventos estresantes de la vida y la presencia y severidad de trastornos depresivos en pacientes de 8 a 17 años atendidos por intento de suicidio en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría en el periodo comprendido entre mayo a diciembre del 2022.

## **OBJETIVOS**

### ***Objetivo General***

Evaluar las características clínicas de los intentos de suicidio en pacientes entre 8 y 17 años atendidos en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría (INP) y determinar si existe asociación con la presencia de eventos estresantes y la

presencia de trastornos depresivos en éstos pacientes, en el periodo comprendido entre mayo 2022 a diciembre del 2022.

### ***Objetivos específicos***

1. Describir la frecuencia y características de los intentos de suicidio en pacientes entre 8 a 17 años atendidos por el servicio de urgencias del INP.
2. Evaluar la frecuencia, severidad y número de eventos estresantes de la vida en pacientes de 8 a 17 años atendidos por intento de suicidio en el servicio de urgencias del INP.
3. Evaluar las características del intento suicida, la existencia de ideación suicida previa y conductas autolesivas y suicidas pasadas y presentes de los pacientes de 8 a 17 años que ingresan al servicio de urgencias por intento de suicidio.
4. Detectar la presencia y severidad de trastornos depresivos en los pacientes pediátricos que presentan intentos suicidas de los pacientes de 8 a 17 años atendidos en el servicio de urgencias por intento de suicidio.
5. Evaluar si existe asociación entre el número de eventos estresantes y la conducta suicida de los pacientes de 8 a 17 años atendidos en el servicio de urgencias por intento de suicidio.
6. Evaluar si existe asociación entre y la presencia y severidad de trastornos depresivos los pacientes de 8 a 17 años atendidos en el servicio de urgencias por intento de suicidio.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### ***Diseño de estudio***

Observacional, transversal, prolectivo, heterodemico.

### ***Población objetivo***

Pacientes pediátricos entre 8 a 17 años que realizan intentos de suicidio atendidos en el servicio de urgencias.

### ***Población elegible***

Pacientes pediátricos entre 8 y 17 años atendidos por intento de suicidio en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría durante el periodo comprendido entre mayo a diciembre del 2022.



### ***Criterios de inclusión***

- Pacientes de cualquier sexo, de 8 a 17 años atendidos por intentos de suicidio en el Instituto Nacional de Pediatría.
- Que tanto padres como pacientes acepten participar en el estudio previo consentimiento informado de los padres y asentimiento informado de los pacientes, así como de aviso de privacidad.

### ***Criterios de exclusión***

- Pacientes en estado de sedación, con discapacidad intelectual moderada o profunda o trastornos psicóticos o daño hipóxico por asfixia, que no sean capaces de comprender las preguntas de la entrevista
- Pacientes cuyos padres no comprendan las preguntas de los instrumentos por discapacidad intelectual por clínica.

## **MÉTODO**

Todos los pacientes fueron captados por interconsulta del servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría y previo consentimiento informado para padres, asentimiento informado para menores y aviso de privacidad, fueron evaluados durante su estancia en dicho servicio por un médico psiquiatra, actualmente residente de psiquiatría infantil, quien aplicó a alguno de los padres un cuestionario de variables sociodemográficas diseñado ex profeso y la escala de reajuste social (SRRS) para conocer los eventos estresantes de la vida del paciente en los últimos 6 meses, mientras que a los pacientes se les aplicó la escala para conductas suicidas “Columbia suicide severity rating scale” (CSSRS) y la escala CDRS-R para depresión. La entrevista se realizó en aproximadamente 40 minutos, a pie de cama. La escala CDRS-R se aplicará primero al paciente y posteriormente al padre o tutor.

## **VARIABLES DEL ESTUDIO**

### **DEFINICIONES OPERACIONALES**

#### ***Variable dependiente***

##### *Intento de suicidio*

Se refiere a los actos intencionales que busca un sujeto para causarse la muerte, sin lograr la consumación de la misma. Para evaluar las características se utilizará la Escala de Columbia (CSSRS)

#### ***Variables independientes***

##### *Eventos de la vida*

Son aquellos sucesos que las personas pueden experimentar a lo largo de la vida y que son percibidas como amenazantes o que tienen un impacto psíquico negativo.

En el presente estudio se evaluarán mediante los reactivos para eventos estresantes de la Escala de Reajuste Social (SRRS).

**Trastornos depresivos.** Se diagnosticarán cuando se presente un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos uno tiene que ser estado de ánimo depresivo o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades. El trastorno depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, de acuerdo a los criterios del DSM-V y se corroborará mediante la aplicación de la escala CDRS con un punto de corte de 40 o más.

## **INSTRUMENTOS**

### ***Escala de Reajuste Social***

La versión en español del SRRS versión para población mexicana. Esta escala consta de 36 eventos vitales y se califica como si o no, dependiendo de si se hayan presentado en los 6 meses previos al cuestionario. Este instrumento tiene una alta consistencia interna (alfa de Cronbach igual a 0.97) y los puntajes LCU correspondientes a cada evento vital también mostraron ser confiables y válidos para puntuar el estrés vital. A cada evento se le confiere un puntaje de estrés vital correspondiente, conocido como Unidad de Cambio de Vida (o puntaje LCU) correspondientes a la versión validada en México del SRRS ya determinado en tablas por Reyes y cols (2007). Se clasificará el estrés de los pacientes en tres niveles de acuerdo al puntaje LCU: bajo (puntajes LCU menores a 100), intermedio (puntajes LCU entre 101 y 299) y alto (puntajes LCU mayores a 300) <sup>(53)</sup>.

### ***Escala de Columbia para riesgo suicida (CSSRS)***

Es un instrumento validado en español. Es una entrevista semiestructurada que se utiliza para evaluar la presencia de ideación y conducta suicidas y medir la gravedad del espectro completo de la ideación suicida y la conducta suicida, distinguiendo entre conducta suicida y conducta autodestructiva no suicida. La escala mide 4 constructos. El primero es la gravedad de la ideación, con una subescala en la que se evalúan 5 tipos de ideaciones de gravedad creciente con una escala ordinal de 5 puntos (de 1=deseos de morir a 5=ideación suicida con plan específico e intención). El segundo es la intensidad de la ideación, con una subescala compuesta por 5 elementos; 2 de ellos (frecuencia y duración) y se evalúan con una escala ordinal de 5 puntos (de 1 a 5) y los otros 3 (controlabilidad, disuasión y motivo de ideación) se evalúan con una escala ordinal de 6 puntos (de 0 a 5). El tercero es la conducta suicida, que incluye tentativas reales, interrumpidas y abortadas, actos preparatorios y conducta autodestructiva no suicida. La cuarta es la letalidad de la conducta suicida, con una subescala que valora el nivel de daño médico real de la tentativa que se evalúa con una escala ordinal de 6 puntos (de 0=no hay daño físico a 5=muerte); si la letalidad real es 0, la letalidad potencial de la tentativa se clasifica

según una escala ordinal de 3 punto. En la validez de constructo los coeficientes de correlación de Pearson entre la subescala de gravedad y la intensidad de la ideación mostró ser significativa, con 0.42 ( $p < 0.000$ ). La fiabilidad según la consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) fue de 0,73 en la escala total, pero de 0.53 en la subescala de intensidad de la ideación <sup>(54)</sup>.

### ***Escala de Depresión CDRS-R.***

La CDRS-R es una entrevista clínica semiestructurada diseñada por sus autores para medir la presencia y severidad de la depresión en niños entre los 6 y 12 años de edad. La CDRS-R está constituida por 17 items:

1. 14 son evaluados en base a las respuestas del niño a las siguientes preguntas estandarizadas:

1. Rendimiento en el trabajo escolar
2. Anhedonía
3. Retraimiento social
4. Alteraciones en el sueño
5. Cambios en el apetito
6. Fatiga excesiva
7. Quejas somáticas
8. Irritabilidad
9. Culpabilidad patológica
10. Disminución de la autoestima
11. Sentimientos depresivos
12. Ideación mórbida
13. Ideación suicida
14. Llanto excesivo.

2. Los tres items restantes de la CDRS-R deben ser evaluados por el clínico en base a la conducta “no verbal” que presenta el niño durante la entrevista:

15. Afecto deprimido
16. Tempo del habla
17. Hipoactividad

Cada ítem de la CDRS-R es puntuado según el grado de severidad reflejado por las respuestas del niño entrevistado a las preguntas del clínico. Para los items 4, 5 y 16, la puntuación es una escala numérica de 1 a 5; el valor de 1 indica ausencia de signos patológicos y un valor de 5 en estos tres items, indica patología severa; para el resto de los 14 items de la CDRS-R, la evaluación se realiza en base a una escala numérica de 1 a 7; cuando una respuesta es puntuada con 1, se quiere indicar ausencia de signos patológicos; una puntuación de 7 indica patología severa. Según

Poznanski y cols. (1985)<sup>27</sup>, un valor de 3 indica afectación leve del síntoma. Un valor de 4, sintomatología entre leve y moderada. Un valor de 5 o más, en cualquiera de los items, presencia de sintomatología psicopatológica clara. La CDRS-R también puede ser administrada a los padres o tutores que puedan informar sobre el estado afectivo del niño. En este caso, no se evalúan los tres últimos items (conducta “no verbal”). Con un punto de corte de 40 puntos se ha encontrado un índice de sensibilidad de (79,9%) que se considera aceptable y un índice de especificidad óptimo (99,7%). En español la confiabilidad ha mostrado un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.88) mostrando una consistencia interna adecuada<sup>55</sup>.

## MUESTRA

Se tomó muestra a conveniencia, es decir, se evaluó a todos los pacientes atendidos en urgencias por intento suicida en el periodo comprendido entre mayo y diciembre de 2022.

Tomando en cuenta el informe INEGI 2018, a partir de una población de 641, se calculó una muestra de 241 sujetos, con un nivel de confianza de 95%, tomando un margen de error de 5, aunque por factibilidad se consideró adecuado evaluar a todos los pacientes atendidos en urgencias por intento suicida en el periodo comprendido entre mayo a diciembre 2022, en muestreo por conveniencia.

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left( \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Donde N = tamaño de la población • e = margen de error (porcentaje expresado con decimales ) • z = puntuación z de acuerdo a valor de tabla.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de las características demográficas y familiares de la muestra se realizó con porcentajes para las variables cualitativas; mientras que para las variables numéricas se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión.

Para conocer el valor predictivo de los eventos vitales y su relación con la depresión, se realizó un análisis de regresión múltiple donde la variable dependiente fue la frecuencia de síntomas depresivos reportados como presentes en la escala de depresión CDRS-R y la variable independiente el número de eventos estresantes

de la vida. Se realizó Chi cuadrada para comparar variables nominales con la presencia de trastornos depresivos (en función del punto de corte de 40 de la CDRS).

Se realizó T de student para comparar medias en los pacientes con intentos suicidas deprimidos y no deprimidos en función del punto de corte de CDRS-R.

Se calculó el riesgo relativo para los intentos de suicidio en función del grado de letalidad de acuerdo a la escala de Columbia (CSSRS) y la presencia de depresión y con la presencia de los eventos reportados como más frecuentes.

## **RECURSOS HUMANOS**

Investigador principal: médico que llevó a cabo la estructuración, elaboración y conducción desarrollo del protocolo de investigación con asesoría de 2 tutores, uno teórico y uno metodológico.

## **RECURSOS MATERIALES**

Papelería, computadora personal. Todo el material fue financiado por el tesista.

## **FACTIBILIDAD**

El estudio se consideró factible ya se que cuenta con área de urgencias, el acceso a los pacientes con intento de suicidio a quienes siempre se les solicita interconsulta al servicio de psiquiatría y en tanto el tesista puede cubrir la parte de recursos humanos y materiales requeridos.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se siguieron los principios operativos de la Declaración de Helsinki en que se menciona que la investigación se debe basar en un conocimiento cuidadoso del campo científico (Artículo 11), una cuidadosa evaluación de los riesgos y beneficios (Artículos 16 y 17), una probabilidad razonable que la población estudiada obtenga un beneficio (Artículo 19) y que sea conducida y manejada por investigadores expertos (Artículo 15) usando protocolos aprobados y sujetos a una revisión ética independiente. , las buenas prácticas clínicas y el reglamento de la ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

Se consideró que es un estudio de riesgo mínimo ya que solo se realizó una evaluación clínica psiquiátrica mediante una escala clínica validada, por lo que no se considera que el estudio generó riesgos para la vida o la función de los pacientes, la evaluación fue gratuita y los resultados de la evaluación se le hicieron saber tanto al familiar como al servicio tratante. A todos los pacientes se les dió seguimiento y se ofreció intervención y tratamiento oportuno en caso de ser necesario.

Al familiar responsable se le explicó el consentimiento informado y se aclararon las dudas pertinentes, a los pacientes se les explicó el asentimiento informado y se les especificó que, si no deseaban participar, ello no cambiaría la atención que reciben en la institución y que todos los datos obtenidos en el presente estudio fueron confidenciales y anónimos y fueron resguardados en una computadora personal por espacio de un año.

Variable	Definición Categórica	Definición operacional	Tipo de variable
Edad	Años de vida	Años cumplidos	Numérica continua
Sexo	Genero determinado genética y fenotípicamente	Masculino o femenino	Cualitativa dicotómica
Escolaridad	Año escolar que cursa al momento del estudio	Nivel escolar cursado	Nominal categórica
Tipo de familia	-	Nuclear, fragmentada, reconstituida, madre soltera, extensa	Cualitativa politómica nominal
Nivel socioeconómico	Medida económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo	La AMAI lo clasifica en seis niveles, utilizados por Trabajo Social del INP	Cualitativa politómica ordinal
Intento de suicidio	Conducta autodestructiva que tiene como meta alcanzar la muerte, pero en el que el sujeto no logra dicho objetivo	Conductas autolesivas con el fin de morir que ingresen al servicio de urgencias del INP independientemente de la letalidad	Cualitativa dicotómica
Tipo de intento suicida	Tipo de acción autolesiva utilizada para intentar poner fin a la vida	Ingesta de fármacos, ingesta de tóxicos, ahorcamiento, arma blanca, arma de fuego, asfixia, inhalación gases tóxicos	Cualitativa, politómica nominal
CDRS-R	Escala para evaluar los síntomas de depresión en niños y adolescentes	Se expresa en puntaje total de acuerdo a las respuestas obtenidas	Numérica discreta
Escala de reajuste social SRRS	Escala para evaluar los evento estresantes de la vida	Se evaluará como estrés leve, moderado o severo	Cualitativa politómica ordinal
Columbia suicide severity rating scale" CSSRS	Escala para evaluar presencia y severidad de conductas suicidas	Detectará presencia o ausencia de ideación e intentos suicidas	Numérica discreta

## ***Variable dependiente***

### *Intento suicida*

La OMS en su clasificación internacional de enfermedades define los intentos suicidas como los actos con resultado potencialmente letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando como resultado la muerte.

## ***Variables independientes***

### *Eventos estresantes de la vida*

Son los hechos o sucesos relevantes en la vida de las personas y que estas reconocen como importantes para su cambio evolutivo de acuerdo a cada etapa del ciclo vital, pueden ser fenómenos económicos sociales, psicológicos o familiares, que producen desadaptación social o distrés psicológico.

### *Trastornos Depresivos*

Son trastornos emocionales que causan un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, pérdida de placer en las actividades que antes se disfrutaban por un espacio de al menos dos semanas y que se pueden acompañar de pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnía, agitación o retraso psicomotor, fatiga y pérdida de energía, sentimientos de minusvalía y culpa y disminución en las habilidades cognitivas. Y que causan malestar significativo y deterioro social, escolar o familiar en los adolescentes. Se puede acompañar de ideas de muerte e ideación suicida y para propósito del estudio se evaluará con la escala CDRS-R, se considerará depresión mayor con un puntaje de más de 40.

## **RESULTADOS**

Del total de la muestra recolectada de 40 pacientes, 35 (87.5%) fueron mujeres y 5 (12.5%) varones, con una media de edad de 13.9 años  $\pm$  1.8, siendo el paciente más joven de 9 años y el de mayor edad de 17 años. Dentro de la escolaridad, el mínimo fue de quinto año de primaria y el máximo grado de tercer año de preparatoria. De estos, 26 (65%) se encontraba en secundaria, 9 (22.5%) en preparatoria y 4 (12.5%) en educación primaria.

En 13 pacientes (32.5%) se encontraba un diagnóstico médico, de los cuales; 4 (10%) presentaban problemas de alergias, 3 (7.5%) epilepsia, 3 (7.5%) con problemas gastrointestinales, 2 (5%) problemas ginecológicos y 1(2.5%) paciente con diagnóstico de enfermedad autoinmune.

Previo al intento, 23 (57.5%) pacientes contaban con un diagnóstico psiquiátrico comórbido con los trastornos depresivos. De los individuos con un diagnóstico psiquiátrico, 20 (50%) presentaban diagnóstico de depresión mayor con ansiedad,

1 (2.5%) con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 1 (2.5%) con trastorno de conducta alimentaria y 1 (2.5%) con trastorno límite de la personalidad.

Respecto al tipo de familia, 16 (40%) pacientes procedían de una familia nuclear, 11 (27.5%) de familia monoparental, 5 (12.5%) de familia extensa y 8 (20%) de familia reconstituida. De los pacientes con familia monoparental, 9 (22.5%) se debían a separación o divorcio de los padres, 1 (2.5%) a abandono del padre y 1 (2.5%) a muerte de la madre.

En lo que respecta a la dinámica familiar, 30 (75%) pacientes refirieron discusiones frecuentes entre los padres, 6 (15%) reportaron violencia verbal entre los padres, 2 (5%) violencia física entre estos últimos y solamente 2 (5%) mencionaron una buena dinámica de familia.

En cuanto al nivel socioeconómico, 27 (67.5%) pacientes correspondían a un nivel medio (67.5%), 12 (30%) a un nivel bajo y solo 1 (2.5%) a nivel alto.

En el rendimiento escolar, 15 (37.5%) pacientes tenían un rendimiento regular, 14 (35%) un rendimiento bueno y 11 (27.5%) un rendimiento bajo. De estos, 7 (17.5%) tenían dificultades escolares (17.5%). Así también, 15 (37.5%) no tenían vida social activa. Un total de 21 (52.5%) pacientes tenían antecedente de bullying.

Dentro de las formas de maltrato, 31 (77.5%) pacientes tenían antecedente de maltrato emocional. En 30 (75%) pacientes había maltrato físico. En 25 (52.5%) pacientes había antecedente de negligencia. De igual manera, en 15 (37.5%) pacientes había antecedente de abuso sexual, de estos pacientes, en 9 casos (22.5%) el perpetrador fue un miembro cercano a la familiar, en 2 (5%) casos un extraño, en 2 (5%) casos fue un extraño, en otros 2 (5%) casos un amigo de la familia y en otros 2 (5%) casos un pariente político (5%).

Respecto al intento suicida, 13 (32.5%) tuvieron planeación suicida. En 24 (60%) casos presentaron un grado de letalidad moderada del intento suicida, 11 (27.5%) casos con letalidad baja y 5 (12.5%) casos con letalidad alta. En cuanto al tipo de intento suicida, 35 (87.5%) casos lo realizaron con ingesta de fármacos varios, 2 (5%) con lesiones con cortes, 2 (5%) más con ahorcamiento y 1 (2.5%) con intoxicación con químicos.

Del total de la muestra, 33 (82.5%) casos no se encontraban solos en casa al momento del intento, 9 (22.5%) anunciaron de alguna manera sus intenciones suicidas. Igualmente, solo 9 (22.5%) casos dejaron una carta póstuma o de despedida (22.5%). Así mismo, 19 (47.5%) pacientes contaban con antecedente de por lo menos de un intento suicida. De total de pacientes, 9 (22.5%) contaban con al antecedente de 1 intento suicida previo al actual, 5 (12.5%) casos con 2 intentos,



2 (5%) con 5 intentos, 1 (2.5%) con 4 intentos, 1 (2.5%) con 9 intentos previos y 1 (2.5%) más con 10 intentos previos.

De estos casos, 24 (60%) tenían antecedente de atención psicológica, así también 23 (57.5%) casos con antecedente de atención psiquiátrica. En 19 (47.5%) pacientes había el antecedente de tomar tratamiento farmacológico. Hasta 21 (67.5%) pacientes presentaban antecedente de cutting. Solo 9 (22.5%) pacientes tenían antecedente de consumo de alcohol, 4 (10%) con consumo de tabaco, y solo 2 (5%) casos con consumo de sustancias ilícitas.

Un total de 23 pacientes (57.5%) realizó el intento de suicidio en el horario vespertino, 10 (25%) en el horario nocturno y solo 7 (17.5%) en el horario matutino. Así mismo, en 21 individuos (52.5%) el tiempo transcurrido entre el intento suicida y el descubrimiento de este por parte de un allegado fue de 1 a 5 horas, contra 11 pacientes (27.5%) en el que el tiempo fue de menos de 1 hora y solo en 8 (20%) fue de más de 5 horas.

Hasta 31 (77.5%) casos habían iniciado su vida sexual activa (77.5%), de igual manera, en 38 (95%) casos no había una buena relación de pareja entre los padres al momento del intento suicida. Es de llamar la atención que el mayor porcentaje de detonador identificado como causa del intento suicida fue una pelea o discusión familiar, con 23 casos (57.5%), en 11 (27.5%) casos se identificaron otros factores diversos, en 4 (10%) casos fue el sentimiento de desesperanza y solo en 2 (5%) casos una pelea de noviazgo.

La media de eventos adversos fue de 3.8 + 2.4. Dentro de los eventos adversos relacionados reportados, fue relevante encontrar que en 11(27.5%) casos se registraron cambios en las condiciones de vida generales.

Referente a la escala de Columbia, 16 (40%) pacientes del total de la muestra manifestaron tener ideación suicida en el momento de la valoración, de estos, 7 (43.8%) casos refirieron tener ideación suicida con una frecuencia diaria, 3 (18.8%) casos con ideación muchas veces al día, 2 (12.5%) casos de 2 a 5 veces por semana y 4 (25%) casos con ideación menos de una vez por semana. En 6 casos (37.5%), la duración de la ideación era de 4 a 8 horas al día y en una proporción menor con 3 (18.8%) casos, de más de 8 horas al día, en comparación de 4 (25%) casos que la duración era menor a una hora al día. La proporción más grande de pacientes manifestaron no poder controlar los pensamientos suicidas con 4 casos (25%), o podían controlarlos con dificultad con otros 4 pacientes (25%). Hasta 8 pacientes (50%) refirieron que no había impedimentos reales que los detuvieran para llevar a cabo un intento suicida. De igual manera, la gran mayoría de pacientes refirieron que la razón principal para llevar a cabo un intento suicida era

absolutamente para terminar con el dolor, lo que corresponde a 11 pacientes (68.8%).

Del total de la muestra, 27 (67.5%) pacientes tenían historial de autolesiones, solamente 2 (5%) con antecedente de intentos suicidas interrumpidos y 13 (32.5%) pacientes habían tenido actos preparatorios diversos para llevar a cabo el intento suicida.

En el grado de letalidad acorde a la escala de Columbia, la mayor parte de los casos presentaron daño físico menor con 14 casos (35%), y daño físico moderado con 18 casos (45%). En la letalidad potencial, 18 (45%) pacientes presentaban comportamientos con probabilidad de lesiones, pero no de muerte, 16 (40%) con poca probabilidad de lesiones y 6 (15%) con comportamientos con probabilidad de muerte.

Solo 14 pacientes (35%) manifestaron tener pensamientos suicidas no específicos, 12 (30%) casos con ideación suicida sin intención de llevar a cabo un intento, en 11 (27.5%) había ideación con intención, pero sin un plan específico, solo 7 (17.5%) presentaron ideación con intención y plan específico de intento suicida (17.5%).

Respecto a la gravedad de la escala de depresión infantil CDRS-R, la mayoría de los pacientes de la muestra presentaban una gravedad severa con 34 casos (85%), 2 (5%) casos con depresión moderada y 4 (10%) con depresión leve. El puntaje más alto de la escala CDRS-R fue de 92, con una media de puntaje de 57.63. Por sexo, la media de puntaje de la escala CDRS-R para mujeres fue de 58.17 y para hombres de 53.80.

El número mínimo de intentos que presentó la muestra fue de 1 y el máximo de 11 intentos suicidas, con una media de  $\pm 2.3$ .

Se realizó prueba Kruskal-Wallis para buscar asociación entre variables. La asociación entre el número de intentos reales y letalidad no mostró diferencias significativas ( $p=0.80$ ), tampoco se encontró diferencia entre el número de eventos adversos y la letalidad ( $p=0.80$ ). No se encontró diferencia entre el puntaje de la escala CDRS-R para depresión y la letalidad del intento suicida. No se encontró diferencia significativa por sexo para el puntaje de CDRS-R ( $p=0.578$ ).

Se encontró significancia estadística entre los pacientes que presentaron cutting contra aquellos que no lo presentaron en relación con el número de intentos suicidas ( $p=0.006$ ). Así mismo, se encontró diferencia significativa entre el puntaje para depresión por CDRS-R y el antecedente de cutting ( $p=0.027$ ).

Mediante prueba de Chi-Cuadrada no se encontró asociación significativa entre abuso sexual y la presencia de diagnóstico psiquiátrico previo ( $p=0.74$ ), tampoco se observó relación de la presencia de otro diagnóstico psiquiátrico comórbido a la depresión con antecedente de maltrato físico ( $p=0.85$ ), negligencia ( $p=0.96$ ) y maltrato emocional ( $p=0.89$ ).

## **DISCUSIÓN**

En el presente estudio se documentó que la mayoría de los pacientes con intentos suicidas atendidos en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría eran mujeres, con una media de edad de 14 años y en su mayoría cursando secundaria. Esto concuerda con la bibliografía respecto a que la mayor prevalencia de intentos suicidas en adolescentes, se presentan en mujeres, cada vez de menor edad como en el presente estudio, en el que se documenta que la media se encuentra por debajo de los 15 años<sup>6</sup>.

Más de la mitad de la muestra presentaba ya un diagnóstico psiquiátrico, siendo el de mayor prevalencia, el trastorno depresivo mayor con síntomas de ansiedad. La mayoría se encontraba en tratamiento psiquiátrico y psicológico previo y casi la mitad ya estaba bajo tratamiento psicofarmacológico. Lo anterior concuerda con otros estudios en donde se ha documentado que el diagnóstico más frecuente asociado a intentos suicidas en adolescentes es la depresión mayor<sup>25</sup>.

El antecedente de cutting, como acto no autolesivo no suicida, fue notable, ya que se presentó como antecedente en casi el 70% de los pacientes, siendo congruente este hallazgo con lo manifestado en diversos estudios sobre la importancia de las autolesiones no suicidas y la edad de estas con relación a intentos suicidas posteriores en adolescentes<sup>55</sup>.

El mayor porcentaje de pacientes procedía de una familia nuclear, contrario a la literatura que señala que en un porcentaje amplio de niños y adolescentes suicidas proceden de familias fracturadas, reestructuradas o monoparentales<sup>56</sup>.

Un alto porcentaje de pacientes reportaron que había discusiones frecuentes entre los padres como factor de estrés cotidiano en la dinámica familiar, la mayoría de los pacientes procedían de familias de nivel socioeconómico medio y más de la mitad presentaban antecedentes de bullying, aún cuando no existe suficiente evidencia, hay estudios que reportan asociación entre depresión e intentos suicidas en adolescentes que sufren de bullying<sup>57</sup>.

Otro evento adverso encontrado en la población estudiada fue el maltrato infantil. Tres cuartas partes de los pacientes reportaron maltrato emocional y físico y más de la mitad refirieron antecedentes de negligencia. Casi un 40% refirió antecedente de abuso sexual, y de estos, el principal perpetrador del abuso era un miembro cercano de la familia<sup>58</sup>.

En lo que respecta al intento suicida, la mayoría de los pacientes no presentaron una ideación estructurada previo al intento más reciente, por lo que se consideran actos impulsivos. En cuanto a la letalidad hasta un 60% mostraba una letalidad moderada del intento.

Casi un 88 % de individuos utilizó la sobreingesta con fármacos diversos como medio suicida, lo que concuerda con lo reportado en la literatura. La mayoría del total de la muestra no estaban solos en casa al momento del intento, de hecho, los padres se encontraban dentro de la casa en ese momento y la mayor frecuencia de intentos se presentaron en el periodo vespertino del día y en más del 50% de casos, el tiempo transcurrido desde el este al descubrimiento de este fue entre 1 a 5 horas. Acorde a la dinámica de familia, en 95 % de los pacientes se detectó una mala dinámica entre los padres, así también, en más de la mitad de los casos el detonante del intento suicida fue una discusión familiar, sobre todo entre los padres y el o la menor de edad, lo que explica las condiciones en las que se realizó el intento<sup>24</sup>.

De los casos con antecedente de intentos previos, la mayor parte contaban con al menos un intento previo (47.5%). Se ha reportado que en los pacientes que presentan suicidios consumados existe en su mayoría antecedente de intentos previo por lo que todo paciente que tenga dicho antecedente, independientemente de la letalidad requiere de seguimiento y manejo por especialistas en salud mental<sup>26</sup>.

La media de eventos adversos registrados fue de 3.8 siendo más frecuente encontrar como evento adverso los cambios en las condiciones generales de vida. Se ha reportado que los eventos estrasentes de la vida fungen como factores de riesgo importantes para la emergencia de psicopatología y conductas suicidas<sup>59</sup>.

Hasta un 40 % de pacientes manifestó tener ideación suicida activa al momento de la valoración psiquiátrica con la escala de Columbia en el servicio de urgencias, y de estos casi un 44% refirió tener dicha ideación por lo menos una vez al día. Casi un 70% de pacientes refirió que el principal motivo para suicidarse era terminar con el dolor emocional que presentaban, reflejando los sentimientos de desesperanza y sufrimiento emocional relacionados con los trastornos depresivos. Cabe señalar que el 85% de los casos tenían una depresión grave acorde a la escala CDRS-R, con un puntaje medio de 57.6 sin diferencias significativas en la gravedad de la depresión por sexos, manteniendo similitudes con lo encontrado en algunos estudios longitudinales en cuanto a la severidad de la depresión en adolescentes y el riesgo de intentos suicidas y suicidio consumado<sup>60</sup>.

Acorde a la escala de Columbia, el grado de letalidad en la mayoría de los pacientes correspondía a un daño físico moderado, y de igual manera, el mayor porcentaje tenía una letalidad potencial con probabilidad de lesiones, pero no de muerte.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el número de intentos suicidas y la letalidad del intento, ni tampoco entre el número de eventos adversos la letalidad del intento y la presencia y severidad de la depresión, difiriendo

así con la hipótesis planteada en este estudio. Tampoco se encontró una asociación relevante entre el puntaje de depresión y la letalidad del intento, ni diferencias entre sexos.

Sin embargo, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente de cutting y el número de intentos suicidas previos, así como el puntaje total de depresión acorde a la escala CDRS, todo lo cual refleja concordancia con lo descrito en la literatura universal sobre la relevancia de las autolesiones y su relación con la gravedad de los cuadros depresivos y los intentos suicidas previos en niños y adolescentes<sup>61</sup>.

## **CONCLUSIONES**

El presente estudio muestra similitudes sociodemográficas de los intentos suicidas en niños y adolescentes con otras investigaciones realizadas a la fecha.

La disfunción familiar y el antecedente de algún tipo de maltrato mostraron ser factores de riesgo en la presencia de intentos suicidas.

Se encontró una elevada frecuencia de trastorno depresivo mayor severo en niños y adolescentes de nuestra población.

Más de la mitad de los pacientes contaban con tratamiento psiquiátrico y psicológico, lo que refleja la necesidad de vigilar el apego al tratamiento individual y de incluir la terapia familiar coadyuvante para disminuir el riesgo de nuevos intentos.

Se encontró una elevada frecuencia de conductas autolesivas no suicidas previas o "cutting", como antecedente que podría constituir una señal de alarma.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud (2014). Preventing Suicide: A Global Imperative. Ginebra, WHO Press.
2. Elsässer G (2010). [Unfälle, Gewalt, Selbstverletzungen bei Kindern und Jugendlichen - Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2008].
3. Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2017). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System.
4. Kessler, R.C., Borges, G., & Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56, 617–626.
5. Del Campo A., González C. y Bustamante, J. (2013). El suicidio en adolescentes. *Revista Médica del Hospital General de México*, 76(4), 200-209.
6. Estadísticas de mortalidad Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI. /en línea) Fecha de actualización 08 de septiembre de 2020. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020_Nal.pdf).
7. Geulayov, G., Csay, D., McDonald, K. C., et al. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *Lancet Psychiatry* 2018 5(2): 167-74.
8. Morselli, E. Suicide. An essay on Comparative Moral Statistics. Revised and abridged by the author for the English version. London 1881. C. Kegan Paul.
9. Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2011. 168(12): 1266-77.
10. Durkheim, E. Le suicide. Étude de sociologie. Paris 1897: Félix Alcan.
11. Neira H. Suicide and suicide missions: Revisiting Durkheim. *Cinta de Moebio*. 2018;62:140–54.
12. Peña Galbán L, Casas Rodríguez L, Padilla de la Cruz M, Gómez Arencibia T, Gallardo Álvarez M. Comportamiento del Intento Suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar* 2002; 31(3);182-7.
13. Castillo Ledo I, Ledo González H, Ramos Barroso A. Consideraciones psicodinámicas de la conducta suicida en la población infanto juvenil. *Norte Salud Ment*. 2013;(46):13–9.
14. Cao, J., Chen, J.M., Kuang, L., Ai, M., Fang, W.D., Gan, Y. Abnormal regional homogeneity in young adult suicide attempters with no diagnosable psychiatric disorder: A resting state functional magnetic imaging study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 2015 231, 95–102.

15. Gosnell, S.N., Velasquez, K.M., Molfese, D.L., Molfese, P.J., Madan, A., Fowler, J.C., ... & Salas, R. Prefrontal cortex, temporal cortex, and hippocampus volume are affected in suicidal psychiatric patients. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2016. 256, 50–56.
16. Zhang, S., Chen, J.M., Kuang, L., Cao, J., Zhang, H., Ai, M Fang, W.D. Association between abnormal default mode network activity and suicidality in depressed adolescents. *BMC Psychiatry*. 2016. 16, 337.
17. Lloyd, K., Farley, I., Deck, J., & Hornykiewicz, O. Serotonin and 5-hydroxyindoleacetic acid in discrete areas of the brainstem of suicide victims and control patients. *Advances in Biochemical Psychopharmacology*. 1974. 11, 387–397.
18. Pandey, G.N., Dwivedi, Y., Rizavi, H.S., Ren, X., Pandey, S.C., Pesold, C. & Tamminga, C.A. Higher expression of serotonin 5-HT<sub>2A</sub> receptors in the postmortem brains of teenage suicide victims. *American Journal of Psychiatry*. 2002. 159, 419–429.
19. Melhem, N.M., Munroe, S., Marsland, A., Gray, K., Brent, D., Porta, G, Driscoll, H. Blunted HPA axis activity prior to suicide attempt and increased inflammation in attempters. *Psychoneuroendocrinology*. 2017. 77, 284–294.
20. Baumeister, D., Akhtar, R., Ciufolini, S., Pariante, C.M., & Mondelli, V. Childhood trauma and adulthood inflammation: A meta-analysis of peripheral C-reactive protein, interleukin-6 and tumour necrosis factor-alpha. *Molecular Psychiatry*. 2016. 21, 642–649.
21. Brent, D.A., Melhem, N.M., Oquendo, M., Burke, A., Birmaher, B., Stanley, B., & Mann, J.J. Familial pathways to early-onset suicide attempt. *JAMA Psychiatry*. 2015. 72, 160–168.
22. McGowan, P.O., Sasaki, A., D'alessio, A.C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, Meaney, M.J. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*. 2009. 12, 342–348.
23. Bolton, J. M., Gunnell, D., and Turecki, G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ*. 2015. 351: h4978.
24. Tishler CL, Reiss NS, Rhodes. Suicidal behavior in children younger than twelve: a diagnostic challenge for emergency department personnel. *AR Acad Emerg Med*. 2007; 14 (9): 810.
25. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3):300.
26. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(4):339.
27. Kelleher I, Corcoran P, Keeley H, Wigman JT, Devlin N, Ramsay H, Wasserman C, Carli V, Sarchiapone M, Hoven C, Wasserman D, Cannon M.

- Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(9):940.
28. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34(4):510.
  29. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 2:70.
  30. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 1996;153(8):1009.
  31. Czyz EK, Berona J, King CA. Rehospitalization of Suicidal Adolescents in Relation to Course of Suicidal Ideation and Future Suicide Attempts. *Psychiatrist Serv*. 2016; 67 (3): 332. Epub 2016 Jan 4.
  32. Hoertel N, Franco S, Wall MM et al. Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Molecular Psychiatry*. 2015. 20:718–726.
  33. Björkenstam C, Kosidou K, Björkenstam E. Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548721 adolescents and young adults in Sweden. *British Medical Journal* 2017. 357:j1334.
  34. Guibert R. W. El suicidio un tema complejo e íntimo. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2002; 89-97.
  35. Qin P, Mortensen P, Pedersen C. Frequent change of residence and risk of attempted and completed suicide among children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 2009. 66:628–632.
  36. Seguin M, Beauchamp G, Robert M et al. Developmental model of suicide trajectories. *The British Journal of Psychiatry*, 2014. 205:120–126.
  37. Brezo J, Paris J, Vitaro F et al. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British Journal of Psychiatry*, 2008. 193:134–139.
  38. Klomek A, Sourander A, Niemela S et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2009. 48:254–261.
  39. Haas AP, Eliason M, Mays VM et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 2011. 58:10–51.
  40. Swanson SA, Colman I. Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth.. *CMAJ*. 2013;185(10):870.
  41. Macrynika N, Auad E, Menjivar J, Miranda R. Does social media use confer suicide risk? A systematic review of the evidence. *Comput Hum Behav Reports [Internet]*. 2021;3(May):100094.



42. Mayne SL, Hannan C, Davis M, Young JF, Kelly MK, Powell M, et al. COVID-19 and Adolescent Depression and Suicide Risk Screening Outcomes. *Pediatrics*. 2021;148(3):e2021051507.
43. Bronisch T, Hegerl U. [Suizidalität]. In H Möller, G Laux & H Kapfhammer (eds) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Band 1: Allgemeine Psychiatrie. Berlin: Springer Medizin 2011, pp1469–1501.
44. Warnke A. [Suizid und Suizidversuch – Suizidalität]. In B Herpertz-Dahlmann, F Resch, MJ SchulteMarkwort & A Warnke (eds) [Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen ; mit 227 Tabellen]. Stuttgart: Schattauer, 2008. pp1006–1023.
45. Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, Wharff EA, Ginnis K, Cannon E, Joshi P, Pao M. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department.. *Arch Pediatr Adolescent Med*. 2012 Dec; 166 (12): 1170-6.
46. Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Van Rossem R, Graae F, Cantwell C, Castro-Blanco D, Miller S, Feldman J. Enhancing treatment adherence with a specialized emergency room program for adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(5):654.
47. Chun TH, Mace SE, Katz ER. Evaluation and Management of Children and Adolescents With Acute Mental Health or Behavioral Problems. Part I: Common Clinical Challenges of Patients With Mental Health and/or Behavioral Emergencies. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, and American College of Emergency Physicians, Pediatric Emergency Medicine Committee. *Pediatrics*. 2016;138(3) Epub 2016 Aug 22.
48. Kennedy SP, Baraff LJ, Suddath RL, Asarnow JR. Emergency department management of suicidal adolescents. *Ann Emerg Med*. 2004; 43 (4): 452.
49. Wilde EA, Kim HF, Schulz PE, Yudofsky SC. Laboratory testing and imaging studies in psychiatry. In: *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Sixth Edition*, Hales RE, Yudofsky SC, Roberts LW (Eds), American Psychiatric Publishing, Washington, DC 2014. p.89.
50. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(7 Suppl):24S.
51. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis*. 2013. 34:32–41.
52. Benton T, Campo J. Changing face of suicidal behaviours and suicide. *Journ Am Acad Child and Adolesc Psychiatr* (59),10,S268, oct,2020
53. Reyes Sandoval Ana Marina, Acuña Laura. La escala de reajuste social para niños de primaria en México1. *Rev. Latinoam. Psicol.* [Internet]. 2008 Ago [citado 2021 Out 17] ; 40( 2 ): 335-344. Disponible en:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342008000200010&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342008000200010&lng=pt)

54. Lorente P. Cortés M. Estudio epidemiológico de la sintomatología depresiva infantil en población escolar madrileña de ciclo medio. *An. Esp. Pediatr*; 1997; 46: 344-450
55. Brager-Larsen, A., Zeiner, P., Klungsøyr, O. *et al.* Is age of self-harm onset associated with increased frequency of non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescent outpatients?. *BMC Psychiatry* **22**, 58 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03712-w>.
56. Zaborskis, A., Sirvyte, D. & Zemaitiene, N. Prevalence and familial predictors of suicidal behaviour among adolescents in Lithuania: a cross-sectional survey 2014. *BMC Public Health* **16**, 554 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3211-x>.
57. Azúa Fuentes, E., Rojas Carvallo, P., & Ruiz Poblete, S. (2020). Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio [Bullying as a risk factor for depression and suicide]. *Revista chilena de pediatría*, 91(3), 432–439. <https://doi.org/10.32641/rchped.v91i3.1230>.
58. Kumar, P., Srivastava, S., Mishra, P. S., & Sinha, D. (2021). Suicidal Ideation Among Adolescents-The Role of Sexual Abuse, Depression, and Impulsive Behavior. *Frontiers in psychiatry*, 12, 726039. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.726039>.
59. Adams, D. M., Overholser, J. C., & Spirito, A. (1994). Stressful life events associated with adolescent suicide attempts. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 39(1), 43–48. <https://doi.org/10.1177/07067437940390>.
60. Melhem, N. M., Porta, G., Oquendo, M. A., Zelazny, J., Keilp, J. G., Iyengar, S., Burke, A., Birmaher, B., Stanley, B., Mann, J. J., & Brent, D. A. (2019). Severity and Variability of Depression Symptoms Predicting Suicide Attempt in High-Risk Individuals. *JAMA psychiatry*, 76(6), 603–613. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2>.
61. Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Anguita, A., Villasis-Keever, M., Reebye, P., Christou, E., Al Kabir, N., & Christou, P. A. (2018). Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(10), 733–741. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.018>.

## ANEXOS

### Hoja captacion de datos

Folio\_\_\_\_\_

Expediente\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_

Edad\_\_\_\_\_

Sexo ( )

1= masculino 2=femenino

Tipo de familia ( )

1=nuclear 2=madre soltera 3=fragmentada por separación de padre 4= fragmentada por muerte de padres 5=fragmentada por muerte de uno de los padres 6=reconstituida

Si la familia es fragmentada indique si el(la) paciente vive con madre y familia de origen de esta ( )

0=no 1= si

¿Alguno de los padres padece de alguna enfermedad psiquiátrica? ( )

0=no 1= si

¿Que diagnóstico?

---

¿Recibe tratamiento?

0=no 1= si

Mencionar los medicamentos si lo conocen

---

¿Alguno de los padres abusa del alcohol con frecuencia (al menos 1 vez por mes)

0=no 1= si

¿Alcoholismo paterno?

0=no 1= si

¿Alcoholismo materno?

0=no 1= si

Falleció alguno de los padres por covid-19 ( )

0=no 1= si

¿Algún familiar cercano ha enfermado de covid-19?

0=no 1= si

¿Algún familiar cercano murió por covid-19?

0=no 1= si

¿Alguno de los padres se quedó sin trabajo por la pandemia?

0=no 1= si

¿Se han presentado peleas familiares frecuentes en casa desde que inició la pandemia?

0=no 1= si

¿Has presenciado violencia física entre padres desde el inicio de la pandemia?

0=no 1= si

¿Has sufrido violencia física en casa?

0=no 1= si

¿Has sufrido abuso sexual?

0=no 1= si

¿Consumes alcohol con regularidad hasta emborracharte? Al menos 1 vez al mes o mas frecuente. ( )

0=no 1= si

¿Fumas? ( )

0=no 1= si

¿Consumes algún otro tipo de sustancias? ( )

Cuales

---

¿Te has sentido sola(o) desde el inicio de la pandemia?

0=no 1= si

¿Te ha afectado el encierro de la pandemia por covid-19?

0=no 1= si

¿Sientes que extrañas asistir a escuela presencial?

0=no 1= si

¿Padeciste covid-19 y tuviste que estar en cuarentena en casa?

0=no 1= si

¿Padeciste covid-19 y tuvieron que hospitalizarte?

0=no 1= si

¿Sientes que la vida de tu familia cambió desde que empezó la pandemia?

Explica como:

---

En cuanto al intento por el que estás en urgencias, contesta lo siguiente:

¿Fue planeado? ( )

0=no 1= si

¿No lo pensaste? ( )

0=no 1= si

¿Ya habías tenido intentos previos? ( )

0=no 1= si

Cuantos\_\_\_\_\_

¿Que sientes que te hizo desear quitarte la vida en esta ocasión? ( )

1=pelea con alguno de los padres 2= pelea con novi@ 3= pelea con mejor amig@

4= sensación de vacío 5= miedo a castigo familiar 6= enojo con alguien de la familia

7=no lo sé

¿Lo volverías a intentar? ( )

0=no 1= si

Tipo de método ( )

1= pastillas 2=ahorcamiento 3=heridas con objeto punzocortante 4=arma de fuego

5=intoxicación con sustancias tóxicas 6=inhalación de sustancias tóxicas

7=arrojarse al vacío 8=otro

Horario del día en que lo realizaste \_\_\_\_\_ (en horario de 24)

¿Avisaste a alguien después de haberlo intentado? ( )

0=no 1= si

¿Hiciste carta para despedirte? ( )

0=no 1= si

¿Tenías algún diagnóstico hecho por psiquiatra antes del intento? ( )

0=no 1= si

Cual

---

¿Tenías tratamiento con medicamentos antes del intento?

0=no 1= si

Cuales

---

¿Recibías tratamiento por psiquiatra infantil de forma privada? ( )

0=no 1= si

¿Recibías tratamiento en hospital psiquiátrico público, CISAME o CECOSAM? ( )

0=no 1= si

Donde

---

¿Contabas con apoyo psicológico previo? ( )

0=no 1= si

Motivo \_\_\_\_\_

---

¿Se suspendió el tratamiento con medicamentos por la pandemia? ( )

0=no 1= si

¿Se suspendió el tratamiento con medicamentos por voluntad propia? ( )

0=no 1= si

¿Se suspendió la terapia por la pandemia? ( )

0=no 1= si

¿Se suspendió la terapia psicológica por voluntad propia? ( )

0=no 1= si

## **Escala de reajuste psicosocial de Thomas Holmes y Richard Rahe**

Esta escala de reajuste social investiga 43 acontecimientos asociados con diferentes grados de alteración y estrés, en la vida de una persona normal.

### **Instrucciones**

Anote el valor que corresponde con cada una de las situaciones enumeradas a continuación si se han presentado durante el último año y sume el total obtenido..

1. Muerte del cónyuge	100
2. Divorcio	73
3. Separación	65
4. Privación de la libertad	63
5. Muerte de un familiar próximo	63
6. Enfermedad o incapacidad, graves	53
7. Matrimonio	50
8. Perder el empleo	47
9. Reconciliación de la pareja	45
10. Jubilación	45
11. Enfermedad de un pariente cercano	44
12. Embarazo	40
13. Problemas sexuales	39
14. Llegada de un nuevo miembro a la familia	39
15. Cambios importantes en el trabajo	39
16. Cambios importantes a nivel económico	38
17. Muerte de un amigo íntimo	37
18. Cambiar de empleo	36
19. Discusiones con la pareja (cambio significativo)	35
20. Pedir una hipoteca de alto valor	31
21. Hacer efectivo un préstamo	30
22. Cambio de responsabilidades en el trabajo	29
23. Un hijo/a abandona el hogar (matrimonio, universidad)	29
24. Problemas con la ley	29
25. Logros personales excepcionales	28
26. La pareja comienza o deja de trabajar	26
27. Se inicia o se termina el ciclo de escolarización	26
28. Cambios importantes en las condiciones de vida	25
29. Cambio en los hábitos personales	24
30. Problemas con el jefe	23
31. Cambio en el horario o condiciones de trabajo	20
32. Cambio de residencia	20
33. Cambio a una escuela nueva	20
34. Cambio en la forma o frecuencia de las diversiones	19
35. Cambio en la frecuencia de las actividades religiosas	19
36. Cambio en las actividades sociales	18
37. Pedir una hipoteca o préstamo menor	17
38. Cambios en los hábitos del sueño	16
39. Cambios en el número de reuniones familiares	15
40. Cambio en los hábitos alimentarios	15
41. Vacaciones	15
42. Navidades	12
43. Infracciones menores de la ley	11

### **Valoración**

La unidad de puntuación se denomina “unidad de cambio vital” (UCV). La persona está en riesgo de experimentar trastornos psicosomáticos si la suma es de 200 o más unidades en un solo año, estos valores aumentan la incidencia de trastornos Psicosomáticos.

## **CDRS-R**

1. **PROBLEMAS CON LAS TAREAS ESCOLARES** →

El desempeño coincide con la capacidad. ....

Disminución en el desempeño escolar o en la capacidad de concentrarse. ....

Interferencia importante en el desempeño en la mayoría de las asignaturas. ....

Sin motivación para desempeñarse. ....

Comentario \_\_\_\_\_

2. **DIFICULTAD PARA DIVERTIRSE** →

Interés y actividades apropiadas de un modo realista para la edad, la personalidad y el entorno social. Sin cambio apreciable en el comportamiento habitual durante por lo menos las últimas 2 semanas. ....

Describe como placenteras algunas actividades que de un modo realista están disponibles varias veces a la semana, pero no todos los días. Demuestra interés, pero no entusiasmo. ....

Se aburre con facilidad. Se queja de que "no tiene nada para hacer" como algo característico de la experiencia diaria. Participa en actividades estructuradas con una actitud de "cumplir con lo mínimo indispensable". ....

Puede expresar interés principalmente en actividades que (de un modo realista) no están disponibles todos los días o todas las semanas. ....

No tiene iniciativa para participar en ninguna actividad. Se describe a sí mismo como principalmente pasivo. Observa a otros jugar o ve la TV, pero demuestra poco interés. ....

Necesita que lo convenzan o le insistan para participar en una actividad. No muestra entusiasmo ni interés real. Tiene dificultad para nombrar actividades. ....

Comentario \_\_\_\_\_

3. **AISLAMIENTO SOCIAL** →

Disfruta de la amistad de sus compañeros en la escuela y el hogar. ....

No busca amistades activamente, sino que, en cambio, espera que los demás inicien una relación. ....

Ocasionalmente rechaza oportunidades de jugar, sin tener una alternativa descriptible. ....

Con frecuencia evita o rehúsa oportunidades de interacción deseable con otras personas o da lugar a situaciones en las que el rechazo es inevitable. ....

Actualmente no se relaciona con otros niños. Dice que "no tiene amigos" o rechaza activamente a sus viejos o nuevos amigos. ....

Comentario \_\_\_\_\_

4. **ALTERACIÓN DEL SUEÑO** →

No tiene dificultades o tiene dificultades ocasionales que pueden explicarse por la situación. ....

Con frecuencia tiene dificultades leves con el sueño. ....

Tiene dificultades con el sueño casi todas las noches. ....

Información complementaria (sin puntuación)  
Indique cuándo ocurre la alteración del sueño (marque todos los ítems que correspondan):  
\_\_\_\_\_ Cuando recién se acuesta  
\_\_\_\_\_ En la mitad de la noche  
\_\_\_\_\_ Temprano por la mañana

Comentario \_\_\_\_\_

5. **ALTERACIÓN DEL APETITO** →

Sin problemas o cambios en el patrón de alimentación. ....

Cambio leve pero notable en los hábitos de alimentación habituales. ....

Evita comer o no tiene hambre la mayor parte del tiempo, O BIEN describe un aumento notable del apetito o un consumo excesivo de alimentos. ....

Información complementaria (sin puntuación)  
Si corresponde, indique el tipo de alteración del apetito:  
\_\_\_\_\_ Aumento del apetito  
\_\_\_\_\_ Disminución del apetito

Comentario \_\_\_\_\_

6. **CANSANCIO EXCESIVO** →

No presenta quejas poco habituales de "sentirse cansado" durante el día. ....

Las quejas de cansancio parecen algo excesivas y no están relacionadas con el aburrimiento ni con un aumento en los niveles de actividad. ....

Se queja todos los días de sentirse cansado. ....

Se queja de sentirse cansado casi todo el día. Puede tomar siestas prolongadas de manera voluntaria sin sentirse renovado. ....

El grado de cansancio interfiere en las actividades lúdicas. ....

Comentario \_\_\_\_\_

<b>7. MOLESTIAS FÍSICAS</b> →	<input type="text"/>
Molestias ocasionales que no parecen ser excesivas. ....	1
Las molestias parecen levemente excesivas. ....	2
Se queja de dolores y molestias todos los días. Estos interfieren en ocasiones en su capacidad de funcionar. ....	3
Está preocupado por los dolores y las molestias. Estos interfieren con regularidad en las actividades lúdicas. ....	4
	5
	6
	7

Comentario \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>8. IRRITABILIDAD</b> →	<input type="text"/>
Casi nunca se irrita. ....	1
Se irrita con facilidad. Tiene períodos de irritabilidad varias veces por semana, pero no duran demasiado. ....	2
Se irrita con frecuencia. Varias veces por semana tiene períodos de irritabilidad prolongados y le resulta difícil superarlos. ....	3
Tiene una experiencia de irritabilidad constante. Nada cambia este estado de ánimo. ....	4
	5
	6
	7

Comentario \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>9. CULPA EXCESIVA</b> →	<input type="text"/>
No expresa ningún sentimiento de culpa indebido. La culpa informada parece apropiada con respecto al evento que la provoca. ....	1
Exagera la culpa o la vergüenza de manera desproporcionada con respecto al evento descrito. ....	2
Se siente culpable por cosas que no están bajo su control. Estos sentimientos interfieren en su funcionamiento cotidiano. ....	3
Delirios graves de culpa. ....	4
	5
	6
	7

Comentario \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>10. AUTOESTIMA BAJA</b> →	<input type="text"/>
Se describe a sí mismo en términos principalmente positivos. ....	1
Describe un área importante o prominente en la que siente que hay un déficit. ....	2
Se describe a sí mismo en términos predominantemente negativos o da respuestas insustanciales a las preguntas que se le hacen. ....	3
Se refiere a sí mismo en términos despectivos. Cuenta que con frecuencia otros niños se refieren a él/ella usando apodosos despectivos. Se menosprecia. ....	4
	5
	6
	7

Comentario \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>11. SENTIMIENTOS DEPRESIVOS</b> →	<input type="text"/>
Sentimientos ocasionales de tristeza que desaparecen rápidamente. ....	1
Describe períodos continuos de tristeza que parecen excesivos en relación con los eventos descritos. ....	2
Se siente triste la mayor parte del tiempo sin una causa principal que lo provoque. ....	3
Se siente triste todo el tiempo; caracterizado por una sensación de dolor psíquico (p. ej., "No puedo soportarlo"). ....	4
	5
	6
	7

Comentario \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>12. IDEAS MORBOSAS</b> →	<input type="text"/>
No se informaron pensamientos morbosos. ....	1
Niega enfáticamente tener pensamientos morbosos. ....	2
Analiza pensamientos morbosos que se relacionan con un evento real, pero parecen excesivos. ....	3
Describe preocupación por los pensamientos morbosos varias veces por semana. Estos pensamientos morbosos se extienden más allá de la realidad externa. ....	4
A diario le preocupan temas relacionados con la muerte o pensamientos morbosos que son detallados, exhaustivos o extravagantes. ....	5
	6
	7

Comentario \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>13. IDEAS DE SUICIDIO</b> →	<input type="text"/>
Comprende la palabra suicidio, pero no aplica el término a sí mismo. ....	1
Negación rotunda de los pensamientos suicidas. ....	2
Tiene pensamientos relacionados con el suicidio o con hacerse daño a sí mismo (si no comprende el concepto de suicidio), en general cuando está enojado. ....	3
Tiene pensamientos de suicidio recurrentes. ....	4
Ha tenido un intento de suicidio en el último mes o tiene comportamiento suicida. ....	5
	6
	7

Comentario \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>14. LLANTO EXCESIVO</b> →	<input type="text"/>
El informe parece normal para su edad. ....	1
Sus declaraciones parecen indicar que llora o tiene ganas de llorar con más frecuencia que sus compañeros. ....	2
Llora con más frecuencia que sus compañeros, a veces, sin un factor desencadenante claro. ....	3
Llora o tiene ganas de llorar con frecuencia (varias veces por semana). ....	4
Admite que llora sin saber el motivo. ....	5
Llora casi todos los días. ....	6
	7

Comentario \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**DETÉNGASE** si la entrevista se realizó con uno de los padres (o con otro adulto). Los datos empíricos no justifican ni respaldan seguir realizando la actividad de puntuación. Consulte el capítulo 3 del Manual de la CDRS-R para ver las consideraciones interpretativas.

**CONTINÚE** si esta entrevista se realizó con el niño. Para las tres áreas de síntomas restantes, califique al niño según sus características no verbales durante la entrevista.

15. **EXPRESIÓN FACIAL DEPRIMIDA** →

Expresión facial y voz animadas durante la entrevista. No hay signos de expresión deprimida. ....	1
Supresión leve de la expresión. Cierta pérdida de espontaneidad. ....	2
Pérdida general de la espontaneidad. Se ve triste durante partes de la entrevista (p. ej., cara huraña, mirada baja, falta de animación en la cara). Sin embargo, es capaz de sonreír y no evita el contacto visual cuando habla de áreas no amenazadoras. ....	3
Restricción moderada de la expresión durante la mayor parte de la entrevista. Tiene períodos frecuentes y más prolongados en los que se ve claramente triste. Nada parece animarlo. ....	4
Restricción grave de la expresión. Se ve claramente triste y retraído. Interacción verbal mínima durante toda la entrevista. Lloro o puede parecer tener los ojos llorosos. ....	5
Comentario _____	6
_____	7
_____	
_____	

16. **HABLA APÁTICA** →

La calidad del habla parece acorde a la situación sin ninguna desviación notable. ....	1
Ritmo lento, monótono o habla demasiado suave. ....	2
Ritmo lento con muchas pausas en las que parece desviarse. Las vacilaciones incluyen suspiros. ....	3
La calidad de la voz es claramente monótona y desanimada, y transmite una sensación de angustia y malestar psíquico. ....	4
Sensación extrema de malestar psíquico manifestada en la voz o por una profunda sensación de desánimo o vacío. Tiene dificultades para realizar la entrevista. ....	5
Comentario _____	
_____	
_____	

17. **HIPOACTIVIDAD** →

Los movimientos corporales son animados. (Tenga en cuenta que un niño hiperactivo y agitado no se distingue aquí de lo que se consideraría un comportamiento normal no distraído; debería hacerse una nota sobre la hiperactividad). ....	1
Los movimientos corporales parecen algo restringidos o lentos. ....	2
Restricción clara en los movimientos corporales y una sensación general de retardo motor. ....	3
Sensación grave de retardo motor con cualidades pseudocatatónicas. ....	4
Comentario _____	5
_____	6
_____	7

Sume todos los números de las casillas anteriores aquí: \_\_\_\_\_  
(Subtotal 3)

Sume todos los subtotales de la página para calcular el resumen de la puntuación bruta:

\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_  
 Subtotal 1                      Subtotal 2                      Subtotal 3                      Resumen de la puntuación bruta

<b>IDEACIÓN SUICIDA</b>		Desde la última visita		
<p>Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de "Comportamiento suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "sí", complete la sección "Intensidad de la ideación" más abajo.</p>				
<p><b>1. Deseos de morir</b> El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar. <i>¿Ha deseado estar muerto/a o quedarse dormido/a y no despertar?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>		<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<p><b>2. Pensamientos suicidas activos no específicos</b> Pensamientos no específicos de querer terminar con su vida/suicidarse (p. ej., "He pensado en suicidarme") sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plan durante el período de evaluación. <i>¿Ha pensado realmente en matarse?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>		<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<p><b>3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar</b> El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: "He pensado en tomar una sobredosis pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo". <i>¿Ha pensado en cómo podría hacerlo?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>		<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<p><b>4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico</b> El/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener cierta intención de llevarlos a cabo, a diferencia de que dijera "Tengo esos pensamientos pero definitivamente no los voy a llevar a cabo". <i>¿Ha tenido estos pensamientos y alguna intención de llevarlos a cabo?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>		<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<p><b>5. Ideación suicida activa con plan específico e intención</b> Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo. <i>¿Ha empezado a elaborar o ya tiene elaborados los detalles de cómo se va a matar? ¿Tiene la intención de llevar a cabo este plan?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>		<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<b>INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN</b>				
<p>Las siguientes características deben ser evaluadas con respecto al tipo más severo de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos severo y 5 siendo el más severo).</p> <p><b>Ideación más seria:</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Tpo N° (1-5)</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Descripción de la ideación</td> </tr> </table>		Tpo N° (1-5)	Descripción de la ideación	Más seria
Tpo N° (1-5)	Descripción de la ideación			
<p><b>Frecuencia</b> <i>¿Cuántas veces ha tenido estos pensamientos?</i> (1) Menos de una vez por semana (2) Una vez por semana (3) De 2 a 5 veces por semana (4) Diariamente o casi diariamente (5) Muchas veces al día</p>		—		
<p><b>Duración</b> <i>Cuando tiene esos pensamientos, ¿cuánto tiempo duran?</i> (1) Fugaces/pocos segundos o minutos (4) De 4 a 8 horas/la mayor parte del día (2) Menos de 1 hora/algo de tiempo (5) Más de 8 horas/persistentes o continuos (3) De 1 a 4 horas/mucho tiempo</p>		—		
<p><b>Control</b> <i>¿Podría/puede dejar de pensar en matarse o en querer morirse si lo desea?</i> (1) Puede controlar los pensamientos fácilmente (4) Puede controlar los pensamientos con mucha dificultad (2) Puede controlar los pensamientos con muy poca dificultad (5) No puede controlar los pensamientos (3) Puede controlar los pensamientos con alguna dificultad (0) No intenta controlar los pensamientos</p>		—		
<p><b>Impedimentos</b> <i>¿Hay cosas - alguien o algo (p. ej., la familia, la religión, el dolor al morir) - que hayan evitado que quisiera morir o que se dejara llevar por los pensamientos suicidas?</i> (1) Los impedimentos definitivamente detuvieron sus intentos de suicidio (4) Los impedimentos probablemente no lo/la detuvieron (2) Los impedimentos probablemente lo/la detuvieron (5) Los impedimentos definitivamente no lo/la detuvieron (3) No está seguro/a de que los impedimentos lo/la hayan detenido (0) No corresponde</p>		—		
<p><b>Razones para la ideación</b> <i>¿Qué razones ha tenido para pensar en querer morirse o matarse? ¿Puede que haya sido para terminar con el dolor o con la manera en que se sentía (es decir, no podía seguir viviendo con ese dolor o con la manera en que se sentía) o para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás? ¿O ambas posibilidades?</i> (1) Absolutamente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (4) Mayormente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (2) Mayormente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (5) Absolutamente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (3) Igualmente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás y para terminar con el dolor (0) No corresponde</p>		—		

<b>COMPORTAMIENTO SUICIDA</b> (Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)	<b>Desde la última visita</b>	
<p><b>Intento real:</b> Un acto potencialmente autodestructivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir <i>como resultado del mismo</i>. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay <b>cierta</b> intención o deseo de morir asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. <b>No es necesario que haya alguna herida o daño</b>, sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiere, esto se considera un intento. Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención.</p> <p><b>¿Ha intentado suicidarse?</b> <b>¿Ha hecho algo para hacerse daño?</b> <b>¿Ha hecho algo peligroso por lo cual podría haberse muerto?</b> <b>¿Qué hizo?</b> <b>¿Usted _____ como una manera de terminar con su vida?</b> <b>¿Quería morir (aunque fuera un poco) cuando usted _____?</b> <b>¿Estaba tratando de terminar con su vida cuando usted _____?</b> <b>¿O pensó que era posible que podría haber muerto por _____?</b> <b>¿O lo hizo sólo por otras razones o sin NINGUNA intención de suicidarse (como aliviar el estrés, sentirse mejor, obtener empatía o para que pasara otra cosa)?</b> (Comportamiento autodestructivo sin intención suicida) Si la respuesta es "sí", describa:</p> <p><b>¿Ha tenido la persona un comportamiento autodestructivo no suicida?</b></p>	<p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos _____</p> <p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Intento interrumpido:</b> Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autodestructivo (<i>si no fuera por eso, el intento habría ocurrido</i>). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero no las ingiere. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntándose hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo la detiene. <b>¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para terminar con su vida pero alguien o algo lo/la detuvo antes de que lo hiciera?</b> Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos interrumpidos _____</p>	
<p><b>Intento abortado:</b> Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa. <b>¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para tratar de terminar con su vida pero se detuvo antes de hacerlo?</b> Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos abortados _____</p>	
<p><b>Actos o comportamiento preparatorios:</b> Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida). <b>¿Ha hecho algún preparativo para un intento suicida o para matarse (como juntar pastillas, comprar una pistola, regalar posesiones valiosas o escribir una nota suicida)?</b> Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Suicidio:</b></p>	<p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Responda solamente por intentos reales</b></p>	<p>Fecha del intento más letal:</p>	
<p><b>Grado de letalidad y lesiones:</b> 0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales). 1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces). 2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de conducto sanguíneo principal). 3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves). 4. Daño físico grave: necesita hospitalización con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital). 5. Muerte</p>	<p>Ingrese código _____</p>	

**Letalidad potencial: conteste solamente si hay causa de muerte real = 0**

Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: se puso una pistola dentro de la boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara).

Ingrese código

0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones

1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte

2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible

## Tablas

### Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Masculino	5	12.50	12.50	12.5
	Femenino	35	87.50	87.50	100.00
	Total	40	100.00	100.00	-

### Diagnóstico médico específico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Ninguno	27	67.50	67.50	67.50
	Epilepsia	3	7.50	7.50	75.00
	Alergia	4	10.00	10.00	85.00
	Gastroenterología	3	7.50	7.50	92.50
	Ginecológico	2	5.00	5.00	97.50
	Autoinmune	1	2.50	2.50	100.00
	Total	40	100.00	100.00	-

### Diagnóstico psiquiátrico específico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Ninguno	17	42.50	42.50	42.50
	Depresión/Ansiedad	20	50.00	50.00	92.50
	TCA	1	2.50	2.50	95.00
	TDAH	1	2.50	2.50	97.50
	TLP	1	2.50	2.50	100.00
	Total	40	100.00	100.00	-

### *Dinámica familiar*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Buena	2	5.00	5.00	5.00
	Discusiones Fuertes	30	75.00	75.00	80.00
	Violencia Verbal	6	15.00	15.00	95.00
	Violencia física	2	5.00	5.00	100.00
	Total	40	100.00	100.00	-

### *Bullying*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	No	19	47.50	47.50	47.50
	Si	21	52.50	52.50	100.00
	Total	40	100.00	100.00	-

### *Maltrato emocional*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	No	9	22.50	22.50	22.50
	Si	31	77.50	77.50	100.00
	Total	40	100.00	100.00	-

### *Maltrato físico*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	No	30	75.00	75.00	75.00
	Si	10	25.00	25.00	100.00
	Total	40	100.00	100.00	-

### *Negligencia*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	No	19	47.50	47.50	47.50
	Si	21	52.50	52.50	100.00
	Total	40	100.00	100.00	-

### *Abuso sexual*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	No	25	62.50	62.50	62.50
	Si	15	37.50	37.50	100.00
	Total	40	100.00	100.00	-

### *Tipo de intento*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Ingesta Farmacos	35	87.50	87.50	87.50
	Intoxicación Químicos	1	2.50	2.50	90.00
	Lesión Cortes	2	5.00	5.00	95.00
	Ahorcamiento	2	5.00	5.00	100.00
	Total	40	100.00	100.00	-

### *Antecedente de cutting*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	No	13	32.50	32.50	32.50
	Si	27	67.50	67.50	100.00
	Total	40	100.00	100.00	-

### *Detonador*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Pelea Familiar	23	57.50	57.50	57.50
	Pelea Noviazgo	2	5.00	5.00	62.50
	Desesperanza	4	10.00	10.00	72.50
	Otros	11	27.50	27.50	100.00
	Total	40	100.00	100.00	-

### *Grado de lealtad*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	No hay daño	4	10.00	10.00	10.00
	Daño físico menor	14	35.00	35.00	45.00
	Daño físico moderado	18	45.00	45.00	90.00
	Daño físico mod grave	4	10.00	10.00	100.00
	Total	40	100.00	100.00	-

### Gravedad en la escala CDRS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Leve	4	10.00	10.00	10.00
	Moderada	2	5.00	5.00	15.00
	Severa	34	85.00	85.00	100.00
	Total	40	100.00	100.00	-

### Estadísticas de grupo

	Sexo	N	Media	Desviación Estándar	Media de error estándar
Porcentaje CDRS	Masculino	5	53.80	26.650	11.918
	Femenino	35	58.17	18.703	3.161

### Resumen de contrastes de hipótesis

Hiótesis nula	Prueba	Sig. a.b.	Decisión
La distribución de NÚMEROS INTEGRALES es la misma entre categorías de antecedente de cutting	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	.006 <sup>c</sup>	Rechace la hipótesis nula

- a) El nivel de significación es de 0.050
- b) Se muestra la significancia asintótica
- c) Se muestra la significación exacta para esta prueba

### Resumen de contrastes de hipótesis

Hiótesis nula	Prueba	Sig. a.b.	Decisión
La distribución de PUNTAJE CDRS es la misma entre categorías de antecedente de cutting	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	.027 <sup>c</sup>	Rechace la hipótesis nula

- a) El nivel de significación es de 0.050
- b) Se muestra la significancia asintótica
- c) Se muestra la significación exacta para esta prueba