

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Caracterización clínica y sociodemográfica de los pacientes con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años, atendidos en el Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2018

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psiquiatría Infantil para optar al grado y título de Especialista en Psiquiatría Infantil

Doctora Andrea Rodríguez González

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica
2020

PÁGINAS PRELIMINARES

DEDICATORIA

A mi querida hija Valentina,
por ser el motor que me impulsa a seguir adelante.

A mi familia, porque sin su apoyo no podría
haber alcanzado mis metas.

A la Dra. Jaramillo, por su guía y apoyo
incondicional durante mi formación.

AGRADECIMIENTOS

Mi más profundo agradecimiento a la Dra. Myleen Madrigal Solano, por su apoyo, consejo y guía durante mi formación y durante el desarrollo del presente trabajo.

A la Dra. Meriana Porras Marín, coordinadora nacional del Postgrado de Psiquiatría Infantil, por su apoyo y retroalimentación.

A los profesores del posgrado, que con su enseñanza y guía ayudaron en mi formación.

Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psiquiatría Infantil de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado académico de Especialista en Psiquiatría Infantil

ALVARO
MORALES
RAMIREZ
(FIRMA)

Firmado digitalmente
por ALVARO MORALES
RAMIREZ (FIRMA)
Fecha: 2020.05.11
15:22:56 -06'00'

Dr. Álvaro Morales Ramírez
Decano
Sistema de Estudios de Posgrado

MERIANA
PORRAS
MARIN
(FIRMA)

Firmado digitalmente por
MERIANA PORRAS
MARIN (FIRMA)
Fecha: 2020.04.03
12:13:34 -06'00'

Dra. Meriana Marín Porras
Especialista en Psiquiatría
Especialista en Psiquiatría Infantil
Coordinadora del Posgrado de
Psiquiatría Infantil

MYLEEN
MADRIGAL
SOLANO
(FIRMA)

Firmado digitalmente por
MYLEEN MADRIGAL
SOLANO (FIRMA)
Fecha: 2020.04.03
12:02:23 -06'00'

Dra. Myleen Madrigal Solano
Especialista en Psiquiatría
Tutora Académica

YASMIN MARIA
JARAMILLO
BORGES (FIRMA)

Firmado digitalmente
por YASMIN MARIA
JARAMILLO BORGES
(FIRMA)
Fecha: 2020.04.07
14:26:37 -06'00'

Dra. Yasmín Jaramillo Borges
Especialista en Psiquiatría
Especialista en Psiquiatría Infantil
Lectora

MAX
ERNESTO
FIGUEROA
MALAVASSI
(FIRMA)

Firmado digitalmente por
MAX ERNESTO
FIGUEROA
MALAVASSI (FIRMA)
Fecha: 2020.04.13
07:29:00 -06'00'

Dr. Max Figueroa Malavasi
Especialista en Pediatría
Especialista en Psiquiatría Infantil
Lector

ANDREA
RODRIGUEZ
GONZALEZ (FIRMA)

Firmado digitalmente por
ANDREA RODRIGUEZ
GONZALEZ (FIRMA)
Fecha: 2020.04.01
19:45:39 -06'00'

Dra. Andrea Rodríguez González
Especialista en Psiquiatría
Sustentante

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

“Caracterización clínica y sociodemográfica de los pacientes con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años, atendidos en el Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” del 01 de junio del 2012 al 01 de junio del 2018”

Trabajo de graduación aceptado por el Comité Director del Posgrado en Psiquiatría Infantil para optar por el grado académico de Especialista en Psiquiatría Infantil

**MERIANA
PORRAS
MARIN
(FIRMA)**

Firmado digitalmente por
MERIANA PORRAS
MARIN (FIRMA)
Fecha: 2020.04.03
12:14:19 -06'00'

**Dra. Meriana Marín Porras
Especialista en Psiquiatría
Especialista en Psiquiatría Infantil
Coordinadora del Posgrado de
Psiquiatría Infantil**

**MYLEEN
MADRIGAL
SOLANO
(FIRMA)**

Firmado digitalmente por
MYLEEN MADRIGAL
SOLANO (FIRMA)
Fecha: 2020.04.03
12:03:21 -06'00'

**Dra. Myleen Madrigal Solano
Especialista en Psiquiatría
Tutora Académica**

**ANDREA
RODRIGUEZ
GONZALEZ (FIRMA)**

Firmado digitalmente por
ANDREA RODRIGUEZ
GONZALEZ (FIRMA)
Fecha: 2020.04.01
19:48:38 -06'00'

**Dra. Andrea Rodríguez González
Especialista en Psiquiatría
Autora**

TABLA DE CONTENIDOS

Páginas preliminares	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Hoja de Aprobación	v
Acta de Revisión del Proyecto de Investigación	vi
Tabla de Contenido	vii
Resumen	x
Abstract	xi
Lista de Cuadros	xii
Lista de Tablas	xiv
Lista de Figuras	xv
Lista de Gráficos	xvi
Lista de Abreviaturas	xxiv
Licencia de publicación	xxvi
Carta del filólogo.....	xxvii
Prefacio	xxviii
Capítulo 1: Introducción	1
A. Metodología	2
a. Antecedentes nacionales y locales	2
b. Antecedentes internacionales	6
B. Marco Teórico	9
1. Consideraciones históricas del suicidio	9
2. Conceptualización y clasificación actual	18
3. Ideación suicida en población infanto juvenil	22

4. Desarrollo de la intencionalidad y el paso al acto	25
5. Teorías y modelos explicativos de la conducta suicida	28
a. Teoría sociológica	28
b. Enfoque psiquiátrico	29
c. Teorías psicológicas	30
d. Modelos integrativos	36
6. Epidemiología del suicidio	43
7. Factores de riesgo de la conducta suicida	46
a. Factores sociodemográficos	48
b. Factores individuales	51
c. Factores familiares/contextuales	67
d. Factores neurobiológicos	68
e. Factores pronósticos	76
f. Factores protectores	77
8. Estrategias de prevención.....	78
9. Tratamiento	82
C. Planteamiento del problema y situación social	85
D. Hipótesis	87
E. Objetivos	89
1. Objetivos generales	89
2. Objetivos específicos	89
F. Límites y alcances de la tesis	90
1. Alcances	90
2. Límites	91
3. Evaluación del riesgo/beneficio de la investigación	92
4. Consideraciones Bioéticas	93

Capítulo 2: Desarrollo del tema de investigación	94
A. Materiales y métodos	95
1. Consideraciones estadísticas	95
Resultados	111
Análisis estadístico de la muestra estudiada	111
1. Características de los pacientes	111
2. Características de los padres	119
3. Características de la familia	121
4. Características clínicas del menor.....	123
5. Tratamiento.....	162
6. Internamiento.....	167
7. Seguimiento	175
B. Discusión.....	188
1. Características de los pacientes.....	189
2. Características de los padres.....	191
3. Características de la familia.....	191
4. Características clínicas del menor.....	192
5. Factores de riesgo detectados en el menor.....	195
6. Internamiento.....	197
C. Conclusiones	198
D. Recomendaciones.....	202
Parte final	204
Bibliografía.....	205
Apéndices y anexos.....	230
ANEXO 1: Componentes del gráfico de caja (Box Plot)	231
ANEXO 2: Instrumento de recolección de información	232

RESUMEN

Diseño: observacional, descriptivo, retrospectivo.

Antecedentes y justificación: en Costa Rica se han realizado pocos estudios de investigación relacionados con la temática del presente estudio. De la ausencia de información en este campo surge la necesidad de realizar más investigaciones que nos ayuden a comprender el fenómeno de la conducta suicida, problemática que se encuentra en franco crecimiento.

Objetivo: describir la presentación clínica y sociodemográfica de la ideación suicida y los intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años atendida en el Hospital Nacional de Niños de 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2018.

Metodología: el total de pacientes que consultaron por ideación suicida e intentos de autoeliminación entre el 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2018 fue de 158 pacientes. Se obtuvo una muestra representativa de 63 pacientes, por medio de selección sistemática y aleatoria. El tamaño de la muestra se calculó considerando un nivel de confianza del 90%, con un error del 8% y varianza máxima. La información se obtuvo a través de la revisión de los expedientes médicos.

Resultados: se encontró una prevalencia de 96,8% de conductas suicidas, en donde el número de niños atendidos por intentos suicidas fue mayor (57%) que el número de niños con ideas suicidas (40%), con una asociación positiva entre las variables ideación suicida y los factores de riesgo: abuso sexual, antecedente personal de ideas suicidas e intentos de autoeliminación y la comorbilidad con enfermedades psiquiátricas, principalmente el trastorno conductual.

Conclusiones: la población infanto juvenil con mayor vulnerabilidad y propensa a manifestar conductas suicidas son aquellos jóvenes con comorbilidades psiquiátricas, antecedente de abuso sexual y antecedentes familiares de conductas suicidas.

Palabras clave: niños, adolescentes, conducta, suicidio, suicidabilidad, trastorno psiquiátrico.

ABSTRACT

Design: observational, descriptive.

Background: few research studies related to the topic of this study have been carried out in Costa Rica.

Aims: describe the clinical and sociodemographic presentation of suicidal ideation and self-elimination attempts in the population from 4 to 13 years attended at the National Children's Hospital from June 01, 2012 to June 01, 2018.

Methods: the total of patients who consulted for suicidal ideation and suicide attempts between June 01, 2012 to June 01, 2018 was 158. A representative sample of 63 patients was obtained, through systematic and random selection. The sample size was calculated considering a 90% confidence level, with an error of 8% and maximum variance. The information was obtained through the review of medical records.

Results: a prevalence of 96.8% of suicidal behavior was found, where the number of children attended for suicide attempts was greater (57%) than the number of children with suicidal thoughts (40%). A positive association was also found between the variables suicidal ideation and risk factors: sexual abuse, personal history of suicidal behavior and comorbidity with psychiatric illnesses, mainly behavioral disorder.

Conclusions: the most vulnerable children and adolescents to develop suicidal behaviors, are those young people with psychiatric comorbidities, a history of sexual abuse and personal history of suicidal behaviors.

Key words: children, adolescents, behavior, suicide, suicidality, psychiatric disorder.

Lista de cuadros

Cuadro 1: Pruebas de normalidad para la variable edad (años) según sexo, por medio de la prueba Shapiro-Francia	114
Cuadro 2: Costa Rica. Estadísticas descriptivas de la edad (años) por sexo de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)	115
Cuadro 3: Costa Rica. Relación entre los antecedentes de IS previos y los antecedentes de IAE previos en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)	128
Cuadro 4: Costa Rica. Relación entre la comorbilidad Trastorno de conducta y la ideación suicida en el evento actual.. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)	132
Cuadro 5: Costa Rica: Distribución relativa entre la existencia de un plan suicida al momento del IAE y la intención letal del IAE actual en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 38 niños)	139
Cuadro 6: Costa Rica. Relación entre el factor de riesgo “Abuso sexual” y la ideación suicida en el evento actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)	155
Cuadro 7: Pruebas de normalidad para la variable días de internamiento según sexo, por medio de la prueba Shapiro-Francia.	168
Cuadro 8: Costa Rica. Estadísticas descriptivas de los días de internamiento por sexo de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 45 niños).....	171

Cuadro 9: Costa Rica. Estadísticas descriptivas de los días de internamiento según diagnóstico con el que fue referido al HNN. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.....	173
Cuadro 9: Costa Rica. Estadísticas descriptivas de los días de internamiento según diagnóstico de psiquiatría. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.....	175
Cuadro 10: Pruebas de normalidad para la variable citas con psiquiatría según sexo, por medio de la prueba Shapiro-Francia.	177
Cuadro 11: Costa Rica. Estadísticas descriptivas del número de citas de seguimiento en psiquiatría por sexo de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 44 niños)	179
Cuadro 12: Costa Rica. Estadísticas descriptivas del número de citas de seguimiento en psiquiatría según diagnóstico de psiquiatría. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.....	181
Cuadro 13: Pruebas de normalidad para la variable citas con psicología según sexo, por medio de la prueba Shapiro-Francia	183
Cuadro 14: Costa Rica. Estadísticas descriptivas del número de citas de seguimiento en psicología por sexo de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 18 niños)	185
Cuadro 16: Costa Rica. Estadísticas descriptivas del número de citas de seguimiento en psicología según diagnóstico de psiquiatría. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.....	187

Lista de tablas

Tabla 1: Definiciones históricas del suicidio.....	17
Tabla 2: Nomenclatura para la ideación y conducta suicida y autolesiva de O'Carroll y colaboradores	19
Tabla 3: Clasificación operativa de Silverman et al.	20
Tabla 4: Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida	47
Tabla 5: Factores de riesgo suicida en adolescentes	48
Tabla 6: Acontecimientos vitales estresantes que influyen en la conducta suicida según sexo y edad.....	54
Tabla 7: Riesgo suicida relacionado con los trastornos mentales (APA, 2003).....	62
Tabla 8: Factores protectores.....	77
Tabla 9: Operacionalización de las variables del estudio	97
Tabla 10: Cálculo del tamaño de la muestra para los pacientes con ideas suicidas e intentos de autoeliminación 2012-2018, HNN.	107

Lista de figuras

Figura 1. Desarrollo de la intencionalidad suicida de Shneidman.....	26
Figura 2. Triada cognitiva de Beck.....	31
Figura 3. Teoría de los constructos personales de Kelly.....	32
Figura 4. Modelo de fuerzas contrabalanceadas de la conducta suicida y violenta.....	37
Figura 5. Modelo clínico - bioquímico de 4 vías de Fawcett.....	38
Figura 6. Modelo estrés-diátesis del suicidio.....	40
Figura 7. Modelo integrativo de Oquendo.....	41
Figura 8. Modelo integrativo de Turecki.....	42
Figura 9. Mapa del mundo con índices de suicidio según la OMS, 2009.....	45

Lista de gráficos

Gráfico 1: Costa Rica. Género de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)	111
Gráfico 2: Costa Rica. Histograma de frecuencias de la edad (años) de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)	112
Gráfico 3: Costa Rica. Histograma de frecuencias de la edad (años) de los niños hombres con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 23 niños)	113
Gráfico 4: Costa Rica. Histograma de frecuencias de la edad (años) de las niñas con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 40 niñas)	113
Gráfico 5: Costa Rica. Estadísticas descriptivas de la edad (años) por sexo de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)	115
Gráfico 6: Costa Rica: Distribución relativa de la provincia de residencia de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)	116
Gráfico 7: Costa Rica: Distribución relativa del cantón de residencia de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN, residentes en la provincia de San José. (n = 47 niños)	117
Gráfico 8: Costa Rica. Práctica religiosa de las familias de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños).....	117
Gráfico 9: Costa Rica: Distribución relativa del nivel de escolaridad de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)	118

Gráfico 10: Costa Rica: Distribución relativa del nivel de escolaridad de los padres de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 padres)	119
Gráfico 11: Costa Rica: Distribución relativa de la ocupación de los padres de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 padres)	120
Gráfico 12: Costa Rica: Distribución relativa de la composición familiar de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN, residentes en la provincia de San José. (n = 63 niños)	121
Gráfico 13: Costa Rica. Dinámica del sistema familiar de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños).....	122
Gráfico 14: Costa Rica. Valoración previa por psiquiatría o psicología a los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)	123
Gráfico 15: Costa Rica: Distribución relativa de las comorbilidades en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)	124
Gráfico 16: Costa Rica: Número de comorbilidades presentadas en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)	124
Gráfico 17: Costa Rica. Recibió tratamiento psiquiátrico/psicológico para su comorbilidad. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños).....	125
Gráfico 18: Costa Rica. Antecedentes de IS previos en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños).....	126

Gráfico 19: Costa Rica. Antecedentes de IAE previos en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños).....	126
Gráfico 20: Costa Rica. Relación entre los antecedentes de IS previos y los antecedentes de IAE previos en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños).....	127
Gráfico 21: Costa Rica. Presencia de ideación suicida en el evento actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños).....	128
Gráfico 22: Costa Rica. Relación entre la comorbilidad trastorno de ánimo y la ideación suicida en el evento actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)	129
Gráfico 23: Costa Rica. Relación entre la comorbilidad TDAH y la ideación suicida en el evento actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)	130
Gráfico 24: Costa Rica. Relación entre la comorbilidad Trastorno de conducta y la ideación suicida en el evento actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños).....	131
Gráfico 25: Costa Rica. En el evento actual, el menor presentó ideación suicida e intento de autoeliminación. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 38 niños).....	133
Gráfico 26: Costa Rica. Existencia de un plan suicida al momento del IEA actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 38 niños)	134
Gráfico 27: Costa Rica. Contexto de la ideación suicida o del intento de autoeliminación. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños).....	135

Gráfico 28: Costa Rica. Intención letal del IAE actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 38 niños).....	136
Gráfico 29: Costa Rica. Letalidad del método empleado en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 37 niños)	137
Gráfico 30: Costa Rica. Lugar donde ocurrió el IAE en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 37 niños).....	138
Gráfico 31: Costa Rica: Distribución relativa entre la existencia de un plan suicida al momento del IAE y la intención letal del IAE actual en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 38 niños).....	139
Gráfico 32: Costa Rica: Distribución relativa de la presencia de equivalentes depresivos al momento del IAE en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)	140
Gráfico 33: Costa Rica: Número de equivalentes depresivos al momento del IAE en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños).....	141
Gráfico 34: Costa Rica: Asociación de equivalentes depresivos al momento del IAE en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños).....	142
Gráfico 35: Costa Rica: Distribución relativa de los síntomas clínicos asociados a la IS o IAE en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)	143
Gráfico 36: Costa Rica: Número de síntomas clínicos asociados a la IS o IAE en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)	144

Gráfico 37: Costa Rica: Distribución relativa de los diagnósticos con que fue referido el paciente al HNN en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)	145
Gráfico 38: Costa Rica: Distribución relativa del diagnóstico por psiquiatría en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños).....	146
Gráfico 39: Costa Rica: Distribución relativa de los factores de riesgo presentes en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños).....	147
Gráfico 40: Costa Rica. Relación entre el factor de riesgo “Familia disfuncional” y la ideación suicida. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños).....	148
Gráfico 41: Costa Rica. Relación entre el factor de riesgo “Bullying” y la ideación suicida. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños).....	149
Gráfico 42: Costa Rica. Relación entre la ideación suicida y el factor de riesgo “VIF”. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños).....	150
Gráfico 43: Costa Rica. Relación entre la ideación suicida y el factor de riesgo “Conflictos interpersonales”. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)	151
Gráfico 44: Costa Rica. Relación entre la ideación suicida y el factor de riesgo “NSE bajo”. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)	152
Gráfico 45: Costa Rica. Relación entre la ideación suicida y el factor de riesgo “Duelo”. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños).....	153

Gráfico 46: Costa Rica. Relación entre la ideación suicida y el factor de riesgo “Abuso sexual”. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños).....	154
Gráfico 47: Costa Rica. Relación entre el factor de riesgo “AHF de IAE” y la ideación suicida en el evento actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)	156
Gráfico 48: Costa Rica. Relación entre el factor de riesgo “AHF de suicidio” y la ideación suicida en el evento actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)	157
Gráfico 49: Costa Rica: Distribución relativa del factor de riesgo VIF y la composición familiar de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños).....	158
Gráfico 50: Costa Rica: Distribución relativa del factor de riesgo VIF y la dinámica del sistema familiar de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)	159
Gráfico 51: Costa Rica: Distribución relativa de la presencia de equivalentes depresivos en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños).....	160
Gráfico 52: Costa Rica: Número de equivalentes depresivos presentes en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)	161
Gráfico 53: Costa Rica. Tratamiento brindado a los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños).....	162
Gráfico 54: Costa Rica: Distribución relativa de los tratamientos prescritos a los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños).....	163

Gráfico 55: Costa Rica: Número de tipos de tratamiento brindados a los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños).....	164
Gráfico 56: Costa Rica: Relación entre el tratamiento y manejo brindado en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.....	165
Gráfico 57: Costa Rica: Relación entre el tratamiento brindado con el factor de riesgo presente en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.	166
Gráfico 58: Costa Rica. Distribución absoluta y relativa de los niños que fueron internados en el HNN. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños).....	167
Gráfico 59: Costa Rica. Histograma de frecuencias de los días de internamiento en el HNN de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 45 niños).....	168
Gráfico 60: Costa Rica. Estadísticas descriptivas de los días de internamiento por sexo de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 45 niños).....	170
Gráfico 61: Costa Rica. Estadísticas descriptivas de los días de internamiento según diagnóstico con el que fue referido al HNN. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.....	172
Gráfico 62: Costa Rica. Estadísticas descriptivas de los días de internamiento según diagnóstico de psiquiatría. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.	174
Gráfico 63: Costa Rica. Distribución absoluta y relativa de referencia a psiquiatría. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 62 niños).....	176

Gráfico 64: Costa Rica. Histograma de frecuencias del número de citas en psiquiatría de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 44 niños)	177
Gráfico 65: Costa Rica. Estadísticas descriptivas del número de citas de seguimiento en psiquiatría por sexo de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio del2018. HNN (n = 44 niños)	178
Gráfico 66: Costa Rica. Estadísticas descriptivas del número de citas de seguimiento en psiquiatría según diagnóstico de psiquiatría. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.....	180
Gráfico 67: Costa Rica. Distribución absoluta y relativa de referencia a psicología. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 62 niños)	182
Gráfico 68: Costa Rica. Histograma de frecuencias del número de citas en psicología de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 18 niños)	184
Gráfico 69: Costa Rica. Estadísticas descriptivas del número de citas de seguimiento en psicología por sexo de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 18 niños)	185
Gráfico 70: Costa Rica. Estadísticas descriptivas del número de citas de seguimiento en psicología según diagnóstico de psiquiatría. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.....	186

Lista de abreviaturas

AAS	Asociación Americana de Suicidología
AHF	Antecedente heredo familiar
a. C	Antes de Cristo
ACTH	Hormona Adrenocorticotropa
APA	Asociación Americana de Psiquiatría
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CDC	Centro para el Control de Enfermedades
CENDEISS	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma Edición
CEC	Comité Ético Científico
CRH	Hormona Liberadora de Corticotropina
DA	Dopamina
d. C	Después de Cristo
DBT	Terapia Dialéctica Comportamental
DSM-V	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V Edición
DX	Diagnóstico
DZ	Gemelo Dicigoto
FDA	US Food and Drugs Administration
FDR	Factor de riesgo
HNN	Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”
HNP	Hospital Nacional Psiquiátrico
HHA	Eje Hipotálamo Hipófisis Adrenal
5-HT	Serotonina
5-HT2	Receptor de Serotonina tipo 2
5-HTT	Gen de la Proteína Transportadora de Serotonina

IAE	Intento de Autoeliminación
IASP	Asociación Internacional No Gubernamental para la Prevención del Suicidio
IDN	Inventario de depresión para niños
IS	Ideación Suicida
ISRS	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
LCR	Líquido Cefalorraquídeo
MEP	Ministerio de Educación Pública
MS	Ministerio de Salud
MZ	Gemelo Monocigoto
NSE	Nivel socioeconómico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PANI	Patronato Nacional de la Infancia
TC	Trastorno de conducta
TCC	Terapia Cognitivo Conductual
TF	Terapia de Familia
VIF	Violencia intrafamiliar



Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Andrea Rodríguez González, con cédula de identidad 2-546-289, en mi condición de autor del TFG titulado Caracterización clínica y sociodemográfica de los pacientes con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años atendidos en el Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Saén Herrera" del 1 de junio 2012 al 1 de junio de 2018.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Andrea Rodríguez González

Número de Carné: 983074 Número de cédula: 2-546-289

Correo Electrónico: rodriguezga86@hotmail.com

Fecha: 3/4/2020 Número de teléfono: 83314864

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Myleen Madrigal Solano

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

San Pedro de Poás, 8 de abril de 2020

Señores
Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado
San José

Estimados señores:

La estudiante doctora **Andrea Rodríguez González** me ha presentado, para efectos de corrección de estilo, el trabajo final de investigación denominado **Caracterización clínica y sociodemográfica de los pacientes con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años, atendidos en el Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera" del 1 de junio de 2012 al 1 de junio de 2018.**

He revisado, de acuerdo con los lineamientos de la corrección de estilo, los aspectos de estructura gramatical, puntuación, ortografía y los vicios de dicción y he verificado que se han realizado todas las correcciones indicadas en el documento.

Por consiguiente, doy fe de que este trabajo cumple con los requisitos formales desde el punto de vista de la corrección idiomática.

Sin otro particular,


Máster Margarita Viquez Murillo

Filóloga

Carné Número 5387.

“un acto final de desesperación
en el cual el resultado es desconocido,
ocurriendo después de una batalla entre
un deseo inconsciente de morir y un deseo de
vivir mejor, de amar y ser amado”

Soubier

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

A. Metodología

Antecedentes nacionales y locales

En Costa Rica, se han realizado cinco estudios de investigación relacionados de alguna manera con la conducta suicida en la población infanto juvenil. Cuatro de ellos fueron realizados para optar por el título de Especialista en Psiquiatría como parte del Postgrado de Psiquiatría impartido por la Universidad de Costa Rica (UCR). Uno de ellos fue realizado para optar por el grado de Especialista en Psiquiatría Infantil.

Campos, M. (2009) presentó su trabajo titulado: *Construcción de un instrumento para la detección de factores de riesgo suicida en adolescentes costarricenses*. Su objetivo general fue construir y validar un instrumento que permitiera identificar y registrar factores de riesgo suicida en la población adolescente de Costa Rica. La población de estudio fueron adolescentes entre 12 y 17 años, de ambos sexos, de diferentes poblaciones del país. Se obtuvo una muestra de 110 jóvenes: 51 hombres y 59 mujeres. Como parte de los resultados del estudio se realizó la construcción del test IRSA para la detección de factores de riesgo suicida en adolescentes costarricenses como un instrumento auto aplicable, de respuesta binaria, con 107 ítems agrupados en siete ámbitos identificados como relacionados con el riesgo suicida: factores de riesgo modificables y no modificables, depresión/ansiedad, ideación suicida, factores precipitantes, creencias y factores protectores. El instrumento mostró una consistencia interna alta (.964), lo que indicaba que los ítems del instrumento tendían a presentar homogeneidad teórica.

Fernández, R. (2012), realizó su trabajo de investigación para optar por el título de especialista en Psiquiatría titulado *Desarrollo de trastornos de conducta en hijos de madres depresivas*. La hipótesis era determinar si existía relación entre la depresión materna y el

desarrollo de trastorno de conducta en los hijos de estas madres. Dentro de las conclusiones se demostró que hay una clara correlación entre el trastorno depresivo materno y el desarrollo del trastorno de conducta en niños. Otros factores de riesgo encontrados fueron: el sexo masculino en el hijo, un bajo estatus económico, ser madre soltera, la edad materna y los conflictos familiares.

Ureña, D. (2013) realizó una revisión bibliográfica para optar por el título de especialista en Psiquiatría, titulado: *Factores de riesgo neurobiológicos, familiares y sociales asociados a los trastornos depresivos en niños y adolescentes*. El objetivo del trabajo era analizar los factores de riesgo que se asocian en forma significativa con el desarrollo de trastornos depresivos en la población infanto juvenil, según la literatura. Se concluyó que, existe evidencia consistente que sustenta el diagnóstico de la depresión en niños y adolescentes, como un síndrome clínico reconocido y válido, que no solo abarca aspectos relacionados con la esfera afectiva, sino que implica una afectación global del funcionamiento del menor, con una génesis multicausal; y, en muchos casos, su evolución presenta una evolución hacia la cronicidad en las etapas adultas.

Villalobos, L. (2013), realizó su trabajo final de graduación titulado: *Bullying como posible factor de conductas autolesivas o suicidas en víctimas infantiles y adolescentes*. La hipótesis de esta revisión bibliográfica era determinar si el bullying constituía un factor de riesgo para presentar conductas suicidas en los niños y adolescentes víctimas de este. Se concluyó que el bullying es un problema social que va en aumento tanto en Costa Rica como a nivel mundial, que afecta a una población vulnerable, como viene a ser la población infanto-juvenil. La detección temprana es fundamental como parte de su intervención, ya que dentro de sus posibles complicaciones figuran las conductas autolesivas, los intentos de autoeliminación y el suicidio.

Porras, M. (2018) realizó su trabajo final de investigación para optar por el título de Especialista en Psiquiatría Infantil titulado *Estudio observacional descriptivo de las*

intoxicaciones con drogas en menores de 13 años atendidas en el servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera" durante el período 2006-2016. La hipótesis planteada sugería que la mayoría de las intoxicaciones accidentales ocurren en niños pequeños y las intoxicaciones voluntarias ocurren en niños de mayor edad. También se propuso que era posible encontrar relación entre la exposición del niño a drogas y la presencia de un mayor número de situaciones de riesgo en la familia. Dentro de los resultados obtenidos se encontró que, del total de los casos de intoxicación con drogas, 3.5% correspondieron a drogas ilegales (marihuana y cocaína). Este hallazgo era comparable con lo descrito en estudios similares. La principal causa de las intoxicaciones con drogas en el HNN correspondió a las drogas legales, las cuales provocaron el 96,5% de los casos de intoxicación con drogas (172 casos) y el 27% de todos los casos de intoxicación (615 casos). Las sustancias legales encontradas fueron benzodiazepinas, los inhalantes, el alcohol, los opiáceos y los barbitúricos. También se encontró que el grupo etario donde se presentó un mayor porcentaje de intoxicación con drogas fue en los menores de 4 años, correspondiendo a un 63.4% del total de pacientes. Uno de los hallazgos más preocupantes de este estudio fue que, casi la mitad de los casos fueron dados de alta sin ser referidos a otros servicios o centros de salud. El servicio de Trabajo Social intervino en menos de la mitad de los casos de intoxicación con drogas.

Para optar por el título de Especialista en Psicología Clínica como parte del Postgrado en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica se han realizado dos trabajos finales de graduación relacionados con el tema en estudio.

Solís, F. (2009) realizó su proyecto de graduación titulado: *Aportes al análisis de la validez y de la confiabilidad del Inventario de Depresión para Niños (IDN) de Kovacs, como herramienta de tamizaje para la evaluación de los indicadores de riesgo de depresión, en una muestra de niños costarricenses, escolarizados, de edades comprendidas entre los 7 y los 12 años, de población no clínica.* La hipótesis del proyecto plantea la existencia de una correlación relevante entre los conceptos de autoestima, el autoconcepto, los eventos

vitales y el ambiente familiar y la experiencia depresiva en la población prepuberal costarricense, lo que permitiría validar para Costa Rica el IDN de Kovacs. Se concluyó que los parámetros de validez y confiabilidad obtenidos son sólidos para la tipificación por grupos y para el empleo del IDN como un instrumento de tamizaje, para muestras no clínicas, que se integre con otras técnicas psicopedagógicas.

González, K. (2015) realizó su trabajo de investigación titulado: *Prevalencia y elementos sociodemográficos asociados a los trastornos mentales más frecuentemente diagnosticados a los adolescentes internados por primera vez en el pabellón de adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico durante el primer semestre del 2015*. Dentro de los resultados se encontró que los principales trastornos mentales diagnosticados eran en el eje 1: trastorno psicótico agudo seguido por episodio depresivo de leve a moderado. El segundo diagnóstico: consumo perjudicial de cannabis y los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas. En el eje II, los diagnósticos principales fueron: rasgos acentuados de inestabilidad emocional de la personalidad seguidos por retardo mental leve. En el eje 4, los diagnósticos más frecuentes fueron: los problemas relacionados con el grupo de apoyo primario, seguido por los problemas relacionados con abuso sexual por persona no perteneciente al grupo primario de apoyo. La ideación suicida (IS), los intentos de autoeliminación y las lesiones autoinflingidas estuvo presente como diagnóstico tanto al ingreso como al egreso en la tercera parte de los casos.

Antecedentes internacionales

A nivel internacional, se encontraron numerosos trabajos finales de graduación (TFG) realizados en diferentes universidades alrededor del mundo y de diferentes facultades, relacionados directamente con el tema de la conducta suicida. Se mencionarán brevemente los más relevantes.

Alcántar, M. (2002) presentó su TFG en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México titulada *Prevalencia del intento suicidio en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar*. Encontró que la prevalencia de los intentos suicidas en los estudiantes del Distrito Federal en el año 2000 mostraba un incremento con respecto a estudios previos.

Cruz, F. y Roa, V. (2005) realizaron su TFG para optar por el título de psicólogas en la carrera de Psicología de la Universidad de Chile, titulado: *Intento suicida en niños y adolescentes: criterios para un modelo de intervención en crisis desde el enfoque constructivista evolutivo*. Realizaron una revisión bibliográfica con el objetivo de integrar la información obtenida desde el enfoque constructivista evolutivo.

Villalobos, F. (2009) elaboró su TFG para optar por el título de psicólogo en la Universidad de Granada titulado: *Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior*.

Giner, L. (2010) desarrolló su TFG en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid titulada *Diferencias en la conducta suicida*. Elaboró un estudio comparativo entre los intentos de suicidio atendidos en tres hospitales universitarios de Madrid y los casos de suicidio consumado en la provincia de Sevilla. Encontró diferencias demográficas, clínicas, psicológicas y de acontecimientos vitales entre los suicidios consumados y los intentos de suicidio.

Otro TFG de la Escuela Universitaria de Trabajo Social, de la Universidad Complutense de Madrid, titulada: *Teoría y práctica de la intervención socio-familiar con familias multiproblemáticas*, en donde se expone el sistema familiar, la dinámica familiar relacional y sus aspecto evolutivos intrafamiliares, factores que hacen que estas familias sean difíciles de intervenir (Rodríguez, A. 2013).

Artieda, P. (2017), presentó su TFG en el Postgrado en Neurociencias de la Universidad Autónoma de Madrid titulado: *Características sociodemográficas, clínicas y psicométricas de la población de individuos que intentan el suicidio*. El objetivo del estudio fue mejorar la identificación de los pacientes en riesgo de realizar intentos de suicidio a través de la creación y evaluación de la Escala de Personalidad y Acontecimientos Vitales (PAV-D) en una muestra de 280 individuos. En los resultados encontraron que dicha escala cuenta con una adecuada fiabilidad y validez, con una sensibilidad del 80% y una especificidad del 75%.

Se encontró un estudio observacional retrospectivo desarrollado por Vásquez, R. y Quijano, M. (2013), en donde se revisaron 213 casos de menores de edad atendidos por intento de suicidio en el Hospital Infantil de la Misericordia (Colombia) durante el período comprendido entre el 2003 al 2013, que recibieron atención intrahospitalaria o por consulta externa en el servicio de Psiquiatría Infantil. De los 213 casos, 30 correspondieron a menores de 12 años. Sobre este grupo en particular se recalca que, nosotros como profesionales de la salud, debemos pensar y buscar activamente los intentos de autoeliminación en esta población, ya que sí se presentan, como manifestación de sufrimiento emocional, intenso y profundo, que puede estar presente desde la infancia temprana.

En el año 2017, se realizó un estudio observacional sobre el suicidio en jóvenes de España; además, se analizaron datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística del 2013 y de la literatura disponible en bases de datos. Encontraron que los factores de riesgo

más frecuentemente asociados en los intentos de autoeliminación en el caso de jóvenes y adolescentes en España son: ser portadores de una enfermedad crónica dolorosa, tener un padecimiento psicológico no diagnosticado, antecedente de un intento de autoeliminación previo. Mencionaron que el bullying es un factor de riesgo que ha tomado importancia en nuestros tiempos (Navarro, N. 2017).

Sobre los intentos de autoeliminación en la población adolescente se encontraron numerosas publicaciones, aunque en la mayoría de ellas, los rangos de edad de las poblaciones estudiadas eran mayores a la propuesta en esta investigación.

B. MARCO TEÓRICO

1. Consideraciones históricas del suicidio

Edad Antigua

La conducta suicida ha existido desde el inicio de la humanidad y ha sido interpretada desde diferentes paradigmas (moral, religioso, científico) a lo largo de la historia.

En la Edad Antigua, la actitud hacia el suicidio variaba dependiendo de la influencia filosófica de la época y el efecto que ésta tenía sobre el plano político estatal.

En la Grecia Clásica, el suicidio era aceptado en algunos casos y repudiado y condenado en otros. Era aceptado y considerado legítimo siempre y cuando el senado lo hubiera autorizado después de escuchar las razones del solicitante. Los magistrados suministraban el veneno. También consideraban como excepciones a dicho delito, los casos en que era realizado en función de la ley civil, por honor, amor, dolor, enfermedad incurable (Rhodes, P.J. 2016).

Cuando la conducta suicida ocurría sin la autorización de los magistrados se daban una serie de castigos con el cadáver para mostrar la desaprobación social y evitar que la historia se repitiera. Los castigos iban desde la mutilación de los cuerpos, para luego enterrarlos en zonas aisladas, baldías, sin señalar su nombre, ya que se les privaba de funerales y honores. (Bella, M. 2012).

Los Romanos adoptaron algunos conceptos griegos contra el suicidio; sin embargo, adoptaron algunas variaciones sobre su penalización e incluso, en algunas circunstancias, el

suicidio era considerado honorable entre los líderes e intelectuales (Tondo, L. y Baldessarini, R. 2001).

Durante el Imperio Romano, el concepto del suicidio pasó por dos etapas:

la primera, con Cicerón quien condenaba el suicidio, aunque lo avalaba si este ocurría en forma de “heroísmo, amor, abnegación o defensa del honor” (Gonzalo, AR. 2015).

La segunda, bajo el mando de Constantino, quién penalizó el suicido y tomó medidas para prevenir que ocurriera, como confiscar los bienes de la familia de quien lo cometía, a manera de pago al Estado por la pérdida del ciudadano (Tondo, L. y Baldessarini, R. 2001).

En esta época también se creó la figura legal del “Non Compos Mentis”, que significaba “sin control de su mente”, como una manera de explicar y justificar la conducta suicida relacionada con enfermedades que alteraban el estado mental del individuo (Neugebauer, R. 1979).

EDAD MEDIA

Durante los primeros años del cristianismo, el paradigma religioso y algunos principios grecorromanos, influenciaron la visión que las personas tenían sobre el suicidio.

Algunos escritos de aquellas épocas permiten entrever la concepción del momento: para Dante Alighieri, el suicidio era percibido de dos maneras según quien lo cometía: las almas nobles iban al limbo y todos los demás eran condenados al infierno (Alighieri, D. 1922). Mientras que, Erasmo consideró el suicidio como una manera de liberarse a sí mismo del sufrimiento de la vida (Rotterdam, E. 2001).

Posterior a la crucifixión de Jesucristo aumentaron los mártires, conducta que inicialmente fue considerada honrosa por la iglesia cristiana (Giner, L., 2010). La iglesia se mostró intransigente ante el martirio voluntario mientras ocurría un debate a lo interno, ya que la Biblia no encontró referencia alguna sobre dicha conducta. Actitud que cambió en el siglo IV con San Agustín (354-430 d.C), quien encontró una razón lógica para considerar el suicidio como un pecado, basándose en la re-interpretación del quinto mandamiento, que hacía referencia al “acto de no matar”, sin mencionar el acto “de matarse”. Su análisis se basó en el siguiente razonamiento: “aplicarás al hombre las palabras no matarás, entendiendo: ni a otro ni a ti, puesto que quien se mata a sí mismo mata a un hombre” (Hipona, S. 1977). Los llamados “donatitas”, quienes defendían la muerte como martirio voluntario, inicialmente considerados santos por su actuar, terminaron siendo declarados como herejes por la misma iglesia después de que el Imperio Romano se declarara cristiano.

Santo Tomás de Aquino, en el siglo XIII, agrega algunos argumentos a la interpretación de San Agustín. Consideraba el suicidio como “una afrenta a Dios”, que iba en contra de las leyes de Dios. Cambió la percepción del suicidio al hacer referencia a conceptos como irresponsabilidad, al referirse a los suicidios relacionados con enfermedades (Ugarte, J. 2006).

La Iglesia y el Imperio comenzaron a compartir el poder político y empezaron a construir los primeros pasos legales que protegerían la vida a través del código canónico y las leyes laicas.

En la Edad Media Alta, se llegó a prohibir enterrar a los suicidas en Tierra Santa por ser considerado un acto criminal y aquellos que intentaban suicidarse eran enjuiciados por violar la ley de Dios, eran condenados a morir (Minois, G. 2000).

Sin embargo; a partir del siglo XIV (Edad Media Baja), la percepción condenatoria del suicidio se fue mitigando y se fueron excluyendo judicialmente los suicidios de los niños y de los enfermos mentales que la llevaban a cabo (Legido, T. 2012).

Al final de la Edad Media, la conducta suicida es definida y evaluada según la finalidad del acto, aunque esto no implicó cambios con respecto a la penalidad del acto.

EDAD MODERNA Y CONTEMPORÁNEA

Durante el Renacimiento, se intentó despenalizar el suicidio bajo la influencia de algunos conceptos grecorromanos más racionales y de algunos intelectuales franceses, aunque esto se alcanzó por completo hasta después de la Revolución Francesa. Sin embargo, a pesar de estos intentos, la percepción y las estigmatizaciones sobre el suicidio volvieron a hacerse evidentes durante el siglo XVII y XVIII. Se retomaron los conceptos de “non compos mentis” y “felo de sé” (mente sana) y la clase alta aristocrática, tuvo que recurrir a una forma indirecta para matarse: el duelo, al considerar el suicidio como algo vergonzoso, característico de las clases más pobres (Tondo, L. y Baldessarini, R. 2001).

A partir del siglo XIX, el debate moral, ético, religioso ceden terreno al ámbito médico, permiten un cambio de paradigma del suicidio hacia una teoría científica con fundamentos en la psicopatología. Estos cambios se fueron dando de la mano con las revisiones estadísticas e investigaciones científicas en el área de la sociología, psicología y biología.

Robert Burton (1947), un clérigo inglés, fue uno de los primeros en asociar el suicidio con la melancolía. En su obra *Anatomía de la Melancolía*, hizo todo un análisis de sus causas, síntomas y tratamiento. Algunas causas con las cuales lo relacionó fueron: “una falla en el cerebro, una descomposición en la temperatura del cuerpo, una feroz hipocondría. Puede ser provocada por los ángeles, las musas, el diablo, las brujas, las estrellas”.

Philippe Pinel (Pacheco, L., Padró, D., Álvarez, S., et al. 2015) médico francés es considerado el fundador de la Psiquiatría por sus estudios sobre las enfermedades mentales. Estableció los fundamentos del diagnóstico psiquiátrico moderno, basado en los hallazgos encontrados en sus pacientes a partir de la observación y el análisis sistemático. Propuso clasificar las enfermedades mentales en cinco grupos: melancolía, manía con delirio, manía sin delirio, demencia e idiotismo.

El psiquiatra francés Esquirol, fue quien, en 1821, trazó los primeros conceptos del suicidio desde una perspectiva clínica y psicopatológica al fragmentar el concepto de melancolía, abriéndole camino a la psiquiatría nosográfica. Hizo una propuesta más operativa del sistema propuesto por su maestro Pinel sobre la clasificación de la enfermedad mental dividiéndola en cinco géneros: lipemanías, monomanías, manía, demencia e idiotez. Esquirol veía el suicidio como un síntoma de una afección moral que podía ser desencadenada por múltiples circunstancias de la vida como la ira, el temor, amores contrariados, problemas familiares, problemas económicos, entre otros (Álvarez,JP. 2012).

A pesar de los importantes aportes realizados por los médicos de la época, se considera que fue Emil Kraepelin (Pacheco, L. 2015), durante la segunda mitad del siglo XIX, quien revolucionó la historia de las clasificaciones diagnósticas. Propuso dividir las enfermedades mentales en entidades diferentes. Esta propuesta fue la base para los primeros manuales diagnósticos (CIE-I y DSM-I). En su clasificación incluyó trece categorías diagnósticas: locura infecciosa, locura por agotamiento, locura tiroidea, locura de las lesiones del cerebro, locura de involución, locura maniaco-depresiva, intoxicaciones, demencia praecox, demencia parálitica, paranoia, neurosis generales, estados psicopáticos y detenciones del desarrollo psíquico.

Una de las investigaciones más relevantes de esta época fue la de Emil Durkheim (Pacheco, L., Padró, D., Dávila, W., et al. 2015) en 1897, considerado padre de la Sociología, quien en

su obra "Le Suicide", señalaba el impacto de las condiciones sociales y culturales en el acto suicida, considerando dicha conducta como una consecuencia de la sociedad.

Freud fue el primer psiquiatra en utilizar explicaciones psicodinámicas al referirse a la conducta suicida. La primera vez que hace referencia sobre el suicidio es en 1901 en su obra *Psicopatología de la vida cotidiana* (Freud, S. 1991), ahí menciona que dicha conducta es el desenlace de un conflicto psíquico. En su libro *Duelo y Melancolía* (Freud, S. 1992), hace referencia a las fuerzas psicodinámicas que participan en la aparición de la melancolía. Propuso que para que esto ocurriera se debían presentar tres situaciones: pérdida del objeto de amor (real o imaginaria); ambivalencia y regresión de la libido al yo, al identificarse con el objeto que se perdió, de manera que el impulso suicida se orienta contra sí mismo como un impulso homicida.

En su libro *Más allá del principio del placer* (Freud, S. 1992), el 1920 Freud plantea la existencia de una pulsión que es contraria al instinto de conservación (Eros y Tánatos). Propuso que en el suicidio hay presencia de ambivalencia entre el amor y el odio, en donde la pulsión de muerte se hace presente a través de la agresividad del acto suicida.

A pesar de las diferentes teorías psicoanalíticas que se desarrollan posteriores a Freud, la obra clásica más destacada sobre el suicidio desde la perspectiva psicoanalítica fue la obra de Karl Menninger, *El hombre contra sí mismo*, escrita en 1972. Este siguió la línea de Freud sobre el instinto de muerte y planteó que en el ser humano existen fuertes inclinaciones hacia la propia destrucción y que cuando estas se hacen efectivas ocurre el suicidio. Mencionó tres elementos agresivos presentes en la conducta suicida: el deseo de matar, el deseo de que le maten y el deseo de morir (Rodríguez, F., Glez JL, y Revuelta, R., et al. 1990).

ACTUALIDAD

Durante el siglo XX emerge el estudio contemporáneo del suicidio desde diferentes enfoques: psicoanálisis, sociológico, existencialismo y biológico (Daray, F., Grendas, L. y Rebok, F. 2016).

Edwin Shneidman (Chávez, AM. y Leenaars, AA. 2010), psicólogo norteamericano reconocido como el padre de la suicidología moderna, consideraba erróneo “someter el suicidio a la depresión”, ya que para él, esto implicaba aceptar que el suicida tiene un cerebro enfermo. Acuñó el término “Suicidología” y lo consideraba una rama de la psicología, por considerar el intento de suicidio como una crisis psicológica. Otro concepto aportado por él, fue el de "dolor psíquico", como una causa real del suicidio.

Henri Ey (Casarotti, H. 2008), en 1954, intentó establecer una relación directa entre la psiquiatría, el psicoanálisis y la neurología. A este enfoque se le llamó “Organodinamismo”, el cual consistía en ver la enfermedad mental como un producto de factores biológicos y psíquicos. Propuso la primera clasificación clínica sobre el suicidio pues distinguió tres formas de suicidio patológico: raptus suicida; el comportamiento suicida impulsivo y las reacciones suicidas delirantes, dependiendo de las condiciones psiquiátricas que los provocaban: trastornos afectivos, trastornos de obnubilación de la conciencia, ideas y creencias delirantes. Propuso que se debía diferenciar el pseudosuicidio del suicidio. En 1950 fundó la Asociación Mundial de Psiquiatría y comenzó a organizar coloquios con expertos de diferentes disciplinas en el área de la salud mental.

Shneidman, Litman y Farberow crearon el Centro para la Prevención del Suicidio en 1958, promovieron la investigación integral sobre el suicidio y sus posibles causas (Hinojal, R., Bobes, J. y López, M. 1993).

En 1960 Erwin Ringel (IASP, 1995) y Norman Farberow (Goldney, RD. 2005) fundaron la Asociación Internacional No Gubernamental para la Prevención del Suicidio (IASP), con objetivos claros: prevenir la conducta suicida, aliviar las consecuencias de dicha conducta y formar un foro de profesionales en salud mental, voluntarios y supervivientes. Esto coincidió con la creación del Centro para la Prevención del Suicidio, en Los Ángeles, precursor de la Sociedad Americana de Suicidología.

Edwin Shneidman fundó la Asociación Americana de Suicidología (AAS) en 1968, con la intención de fortalecer la Suicidología como ciencia, fomentó y divulgó el conocimiento de estrategias que reduzcan la incidencia y la prevalencia de conductas suicidas (Chávez, AM. y Leenaars, A. 2010).

Kreitman y otros introdujeron el término parasuicidio, con la intención de referirse a las conductas suicidas que no llegaban a tener un desenlace fatal (independientemente de la intención letalidad de la conducta). (Kreitman, N., Philip, A., Greer, S., et al., 1969)

En 1970, el Comité de Clasificación y Nomenclatura del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, vio la necesidad de realizar una nomenclatura universal, que unificara diagnósticos y facilitara la investigación. Propusieron dividir el suicidio en tres clases: suicidio, intento de suicidio e ideas suicidas. Los mismos se caracterizaban según la probabilidad, letalidad, intencionalidad, atenuantes y método empleado (Pacheco, L., Padró, D., Dávila, W., et al., 2015). Sin embargo; como la clasificación del Comité no abarcaba todo el espectro de la conducta suicida, el Centro para el Control de Enfermedades (CDC), en 1980, reunió a un grupo de expertos en la materia, con la intención de crear una serie de criterios homogéneos y operativos para la determinación del suicidio llamados Criterios Operativos para la Determinación del Suicidio. Tomaron en cuenta tres criterios específicos: muerte por daño, conducta contra uno mismo y la intencionalidad y con base en estos criterios plantearon que el suicidio era: el fallecimiento debido a un acto autoinfligido a sí mismo, con la intención de suicidarse (Legido, T. 2012).

Tabla 1: Definiciones históricas del suicidio

Durkheim [49]
"Todas las causas de la muerte resultantes directa o indirectamente de un acto positivo o negativo de la propia víctima, que sabe que dará lugar a este resultado".
Baechler [50]
"Toda conducta que busca y encuentra la solución a un problema existencial atentando contra la vida del sujeto".
Shneidman [51]
"El suicidio es un acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución".
Rosenberg [52]
"Muerte que resulta de un acto infringido sobre uno mismo con la intención de matarse".
Ivanoff [53]
"Una muerte iniciada por uno mismo de forma intencionada".
Mayo [54]
"La definición del suicidio tiene cuatro elementos: (1) un suicidio ha tenido lugar si la muerte ocurre"; (2) debe ser hecho por uno mismo; (3) El agente del suicidio puede ser activo o pasivo; (4) implica la intención de acabar con la vida de uno".
Silverman y Maris [55]
"El suicidio es, por definición, no una enfermedad, si no una muerte que es causada por una acción o conducta intencional autoinfligida".
OMS [56]
"El acto de matarse deliberadamente iniciado y llevado a cabo por la persona en cuestión con total conocimiento o expectativa de su resultado fatal".

Tomado de: (Legido, T. 2012).

2. CONCEPTUALIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN ACTUAL

Etimológicamente, la palabra suicidio proviene del latín: sui (sí mismo) y caedes caedis (muerte o asesinato), lo que se puede traducir como muerte a sí mismo (Real Academia Española, 2014).

La palabra “suicidio” fue mencionada por primera vez en el siglo XVII por Sir Thomas Browne, médico y filósofo, en su libro *Religio Medici* (Browne, 1642) y fue incorporada al castellano en 1772 por Fray Fernando de Ceballos, en su obra titulada *La falsa filosofía y el ateísmo* (de Zevallos, F. 1774).

El concepto de suicidio ha ido evolucionando desde aquellas definiciones iniciales que solo contemplaban el resultado final, hasta las definiciones más específicas que se refieren a la etiología, intencionalidad, cuantificación de tentativas y suicidio, reuniendo todas las variedades de las conductas autodestructivas.

Stengel, en 1961 (Legido, T. 2012), hizo la diferenciación entre el intento de suicidio y la tentativa de suicidio. Para él, la diferencia principal estaba en que: en el intento suicida existe intención autolítica real, pero por falta de cuidado en el método empleado no se logra el desenlace deseado, mientras que, en la tentativa de suicidio, también llamado conducta parasuicida o gesto autolítico, no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario.

Una de las clasificaciones operativa más completa sobre la conducta suicida es la de O'Carroll y colaboradores (O'Carroll, P., Berman, AL., Maris, RW., et al., 1996), llamada “Nomenclatura para la ideación y conducta suicida y autolesiva”. Consideraron los Criterios Operativos para la Determinación del Suicidio de la CDC. Definieron tres grandes grupos: ideación suicida, conductas relacionadas con el suicidio y el suicidio consumado y para cada

uno de estos grupos definieron: intencionalidad, grado de certeza sobre el desenlace fatal y la existencia de lesiones secundarios a la conducta suicida. La importancia de esta clasificación está en que se estableció diferenciación de los diferentes tipos de conducta suicida.

Tabla 2: Nomenclatura para la ideación y conducta suicida y autolesiva de O 'Carroll y colaboradores

TERMINOLOGÍA			Intención de morir	Instrumentalización	RESULTADO		
					Sin lesiones	Lesiones	Muerte
Conducta relacionada con el suicidio	Conducta instrumentalizadora	Conducta instrumentalizada o relacionada con suicidio					
		Sin lesiones	No	Sí	X		
		Con lesiones	No	Sí		X	
		Muerte	No	Sí			X
	Actos suicidas	Intento de suicidio					
		Sin lesiones	Sí	+/-	X		
		Con lesiones	Sí	+/-		X	
	Suicidio consumado	Sí	+/-			X	

Tomado de: (Legido, T. 2012).

Posterior a la clasificación de O'Carroll y colaboradores, otros autores han propuesto otros conceptos relevantes al tema, como lo son el parasuicidio y el intento de suicidio abortado.

MM Silverman y otros realizaron una revisión de las diferentes clasificaciones operativas y nomenclaturas relacionadas con la conducta suicida y llegaron a la conclusión que solo se debía tener en cuenta los términos que reúnen los componentes esenciales del suicidio,

basándose en la diferenciación de conceptos claves como: presencia o ausencia de intento de suicidio y la presencia o ausencia de lesiones físicas. Propusieron que los términos esenciales eran: ideaciones relacionadas con suicidio, comunicaciones relacionadas con suicidio (amenazas y planes suicidas) y las conductas relacionadas con suicidio (autolesiones, intentos de suicidio y suicidio). Optaron por utilizar subtipos (tipo I, II y III) para explicar las variaciones dentro de cada categoría. (Silverman, MM., Berman, AL., Sanddal, ND., et al., 2007)

Para las categorías de amenaza suicida y plan suicida definieron los subtipos:

Tipo I: sin intención suicida; Tipo II: nivel indeterminado de intención y Tipo III: algún grado de intención suicida.

Para las conductas relacionadas con la autolesión y la conducta indeterminada relacionada con el suicidio definieron los subtipos:

Tipo I: sin lesiones; Tipo II: con lesiones y muerte autoinflingida no intencionada.

Y para el intento de suicidio definieron los subtipos:

Tipo I: sin lesiones y Tipo II: con lesiones.

Tabla 3: Clasificación operativa de Silverman et al.

TERMINOLOGÍA			Intención de morir por suicidio	RESULTADO		
				Sin lesiones	Lesiones	Muerte
Daño autoprovocado Sin intencionalidad suicida	Sin lesiones	No	X			
	Con lesiones	No		X		
	Muerte	No			X	
Conducta sin determinar la intencionalidad suicida	Sin lesiones	Indeterminado	X			
	Con lesiones	Indeterminado		X		
	Muerte	Indeterminado			X	
Actos suicidas Con intencionalidad suicida	Sin lesiones	Sí	X			
	Con lesiones	Sí		X		
	Suicidio consumado	Sí			X	

Tomado de: (Giner, L. 2010).

Diferentes autores han coincidido en que uno de los aspectos más difíciles de determinar en el suicidio y la conducta suicida es la intención suicida y como es de esperar, ha generado opiniones divididas a lo largo del tiempo. Unos han considerado que el concepto en sí es vago e impreciso y que, por esto no alcanza los estándares científicos para ser incluido en la definición de suicidio. Otros han considerado que, a pesar de estas limitaciones, la determinación de la intención suicida es una característica esencial de la definición, que permite distinguir la conducta suicida de la conducta accidental (Freud, S. 1992c). Es por esto, que se ha visto la necesidad de ampliar el concepto de intención.

Lastimosamente, a pesar de las diferentes investigaciones realizadas en el campo, la problemática de la conducta suicida no ha recibido el papel que debiera recibir en los manuales de clasificación mundialmente más utilizados: CIE-10 y DSM-V. La Clasificación Internacional de Enfermedades (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. 1999), creada por la Organización Mundial de la Salud, clasifica el suicidio en el mismo nivel que las causas externas de mortalidad y homicidio (códigos X60-X84).

Mientras que en la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) de la APA, publicada en el año 2013, se incluyó, por primera vez, el diagnóstico de Trastorno del Comportamiento Suicida, en el apartado de “Afecciones que necesitan más estudio”; además, se incluyeron cuadros para futuras investigaciones. En su versión previa, el DSM-IV-TR, el suicidio era considerado como una manifestación más del episodio depresivo mayor y del trastorno de personalidad límite, desde un modelo categorial. Crear una categoría diagnóstica independiente brindaría mayor espacio para su evaluación longitudinal e integral.

3. IDEACIÓN SUICIDA EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2002), la tasa de suicidio en menores de 14 años es del 0.9 por 100.000 habitantes.

El suicidio constituye la tercera causa de muerte entre los adolescentes y jóvenes, mayores de 10 años y menores de 30 años (Picazo, J. 2014).

Las conductas suicidas en esta población “son actos que se expresan en un continuo de menor a mayor gravedad que son: la ideación suicida, la amenaza o gesto suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado” (Bella, ME. , Fernández, RA. y Willington, JM. 2010). La valoración de la intención letal en esta población plantea grandes dificultades, ya que el concepto de muerte del niño y la intencionalidad del acto se constituyen junto con el desarrollo evolutivo y cognitivo.

O sea, para hablar de intención letal, la persona debe tener un concepto maduro de la muerte (como condición irreversible) y la seguridad plena de que las acciones llevadas a cabo causarían la muerte (capacidad cognitiva de planear y ejecutar un plan suicida) (Legido, T. 2012). Esto no quiere decir, que dichas conductas no representen un riesgo para la vida del menor quien no presenta conciencia e intención letal del acto que realiza.

Es por esto que los intentos de suicidio en la población infanto juvenil deben ser analizados cuidadosamente, se debe discriminar si los mismos son realizados con la intención real de acabar con su vida o si son una manera de manifestar un malestar y pedir ayuda. En la mayoría de los casos, los niños no presentan una intención real y clara de morir (Bella, ME. et al., 2010).

Dentro del espectro de conductas suicidas, la más frecuente en esta población es la ideación suicida y no necesariamente implica la presencia de comorbilidad psiquiátrica asociada. Sin

embargo; cuando se habla de intentos suicidas en población infanto juvenil, se hace necesario descartar la presencia de enfermedades psiquiátricas (trastorno depresivo, trastorno bipolar, psicosis, entre otros), como desencadenante principal de la conducta suicida o como comorbilidad asociada, por su alta incidencia (Duarte, C., Bordin, I., de Paula, C., et al., 2002).

La bibliografía muestra diferencia en la conducta suicida que presentan los adolescentes menores de 15 años y los mayores de esa edad. En los menores, las decisiones son más impulsivas y, en su mayoría, están influenciados por la dinámica familiar, mientras que en los mayores de 15 años la presencia de psicopatología y consumo de sustancias tiene mayor presencia (Bachmann, S. 2018).

Según los Estadios Psicoevolutivos de Piaget, a la edad de trece años se produce la transición entre el Período Operativo Concreto y el Período Operativo Formal, también conocido como el período simbólico abstracto. Entre los ocho y los doce años inician en el Estadio Operativo Concreto, en el que pueden realizar procesos de razonamiento lógico y aplicarlos a problemas reales o concretos, apareciendo asimismo los conceptos de causalidad, espacio, tiempo y velocidad (de Faroh, AC. 2007).

A partir de los doce o trece años, se considera que los niños ingresan en la etapa del pre adolescencia y debieran encontrarse en el Estadio Operatorio Formal, en donde se logran abstracciones a partir de los conocimientos adquiridos para aplicar razonamientos lógicos inductivos y deductivos. Se comienza a consolidar la personalidad, y se incorporan una mayor cantidad de conceptos morales y sociales (de Faroh, AC. 2007).

A esta edad (trece/catorce años), se accede a la posibilidad de simbolizar/operar en abstracto. Esto va de la mano con la ideación, haciendo referencia a que a esta edad ya se pueden prever las consecuencias de sus actos, en el sentido de lo irreversible de la muerte. Esta capacidad aún no se ha desarrollado en los niños más pequeños (Piaget, J. 1991).

Esta adquisición de habilidades cognitivas se da en un período crítico en donde el adolescente se enfrenta a los conflictos propios de su ciclo evolutivo, caracterizados por cambios biológicos, psicológicos, sociales, mientras se desarrolla para enfrentar y resolver problemas. Todos estos cambios permiten que sean más vulnerables a las conductas suicidas como una manera de resolver dichas dificultades.

Teniendo en cuenta lo anterior, se podría decir que, en su gran mayoría, las muertes por mecanismos autolesivos en niños menores de trece años son parasuicidios cuyos resultados no fueron los esperados.

4. Desarrollo de la intencionalidad y el paso al acto

El paso de la intención al acto en el suicidio ha sido un tema de interés de diferentes investigadores, especialmente de aquellos que poseen orientación dinámica.

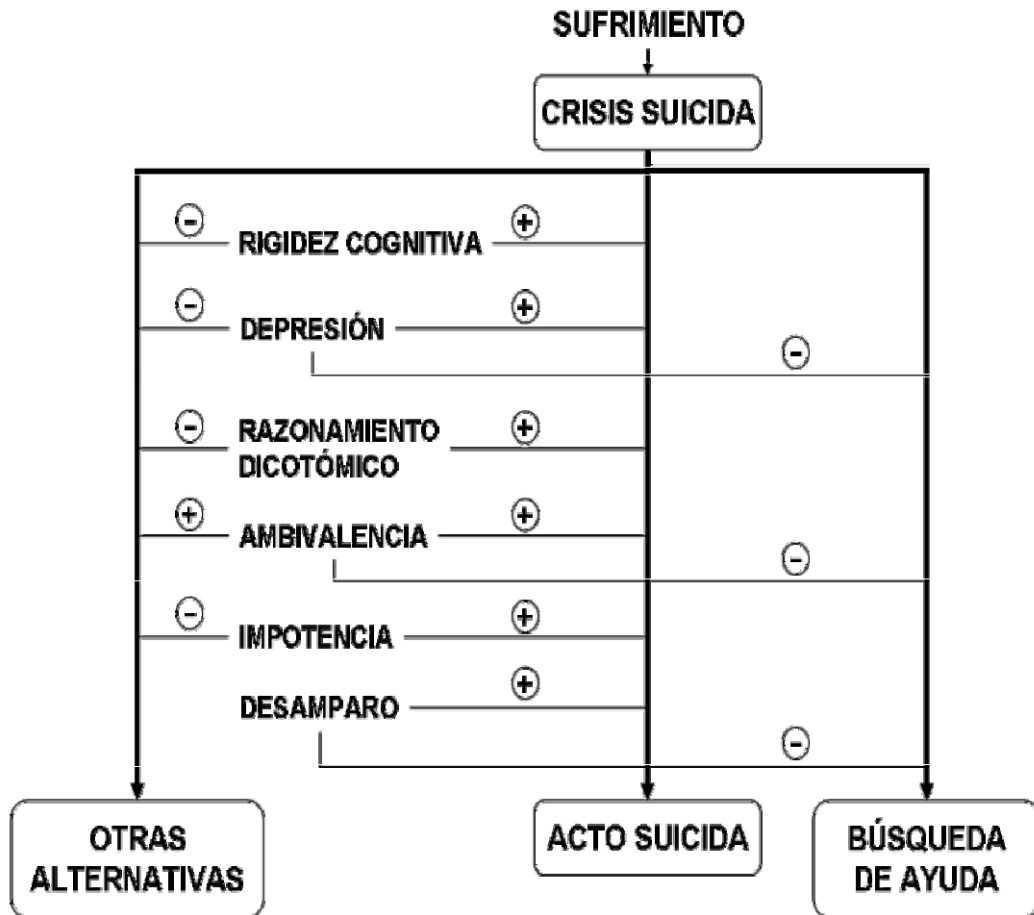
Ringel describió el síndrome presuicida explicándolo como un estrechamiento de la vida psíquica de la persona, asociado a la inhibición de los impulsos agresivos y el desarrollo de deseos de muerte y fantasías de auto destruirse. (Ringel, E. 1976)

Para Poldinger (Giner, L. 2010), la aparición del acto suicida es una conducta que se presenta sobre una enfermedad de base, como depresión, esquizofrenia y alcoholismo, o que coincide con el inicio de éstas.

Según Klerman (Giner, L. 2010), la sintomatología de estas comorbilidades se puede combinar con la intención de morir latente en el individuo, en donde la evolución dependerá de la enfermedad de base y la historia de vida del individuo, pudiendo manifestarse de forma impulsiva, planificada o ambivalente. Los factores biológicos y genéticos, asociados a nuevos acontecimientos psicosociales son señalados como posibles precipitantes.

Shneidman (Leenaars, AA. 1987) interpreta la evolución de la conducta suicida en términos cognitivos, basándose en lo que él llamó "lógica suicida", en donde la persona que presenta ideación suicida experimenta: dolor psicológico insoportable, presión negativa asociada con las experiencias vividas y un estado de perturbación. La conducta suicida se irá gestando en estos tres planos de la siguiente manera: la frustración produce sufrimiento; el sufrimiento se asocia al efecto negativo de las experiencias personales previas, genera un pensamiento rígido y dicotómico, empeora el sufrimiento psíquico, todo esto produce incapacidad para ver otras posibles soluciones a su situación actual.

Figura 1: Desarrollo de la intencionalidad suicida de Shneidman



Tomado de: (Giner, L. 2010).

Este modelo es representado por un cubo en donde las tres caras representan los tres factores:

- Dolor psicológico
- Perturbación: estado emocional que permite la constricción de la percepción y de la cognición. Consta de cinco niveles que van de mínimo a máxima perturbación.

Presión ambiental: situaciones positivas o negativas que llevan a que el sujeto reaccione. La reacción puede ser constructiva o destructiva.

5. Teorías y modelos explicativos de la conducta suicida

Se han propuesto diferentes modelos explicativos de la conducta suicida basados en fundamentos biológicos, psicológicos, sociológicos y, a partir del siglo XX, se han sumado varias líneas de investigación que buscan explicar dicha conducta desde el modelo genético.

Dentro de estas teorías destacan las más actuales e integradoras basadas en modelos multidimensionales.

Se hará un breve recorrido por las teorías más significativas relacionadas con el tema en estudio.

a. Teoría sociológica

Este enfoque concibe el suicidio como resultado de la influencia de factores sociales sobre el individuo. El mayor representante de este enfoque fue Durkheim, quien propuso que el suicidio era un fenómeno social que es inversamente proporcional al grado de integración social del individuo. Llegó a esta conclusión por descarte, después de analizar las explicaciones propuestas por otros investigadores. Siguiendo una lógica empírica-comparativa, analizó la relación entre la tasa de suicidio y los diferentes factores postulados en otras hipótesis (edad, género, religión, estado civil, estados psicopáticos, raza, herencia y factores cósmicos) e intentó deducir la relación entre las variables (Alvira, F. y Blanco, F. 1998).

Con este análisis propuso una clasificación del suicidio basada en los tipos de integración social de los individuos (Alcántar, MI. 2002):

- Suicidio egoísta: realizado por individuos fuertemente individualistas, que no están integrados a la sociedad ni toleran las normas ni exigencias sociales.

- Suicidio altruista: individuos con alta cohesión social e identidad colectiva, con un fuerte sentido del deber sobre los intereses individuales.
- Suicidio anómico: se produce en individuos que han sufrido una fuerte crisis de su código de valores sociales, éticos y religiosos.
- Suicidio fatalista: se presenta en aquellos individuos que se sienten oprimidos por la sociedad, al punto de que la única manera de escapar de ella es suicidándose.

b. Enfoque psiquiátrico

El suicidio se ha estudiado desde dos orientaciones: la clásica y la epidemiológica.

Orientación psiquiátrica clásica

Se basa en la perspectiva de principios del siglo XIX que relacionaba la conducta suicida como consecuencia de una enfermedad mental. Los investigadores de esa época intentaron encontrar anomalías morfológicas y funcionales en las autopsias de los individuos que se suicidaban que explicaran la causa de dicha conducta.

Orientación epidemiológica

Esta perspectiva intenta conjugar aspectos individuales con los aspectos sociales, centrándose en la identificación de los grupos de riesgo según las variables sociales, psicopatológicas y sociodemográficas y los factores de riesgo que presentan.

c. Teorías psicológicas

Gran parte de las teorías psicológicas han concebido la conducta suicida desde el paradigma mente-cuerpo, en donde el suicidio es producto del medio sociocultural en donde se desenvuelve el individuo, además de la influencia de factores físicos y bioquímicos propios de cada sujeto (Rodríguez, F., Glez, JL, Revuelta, R., et al., 1990).

Teoría cognitiva de Beck

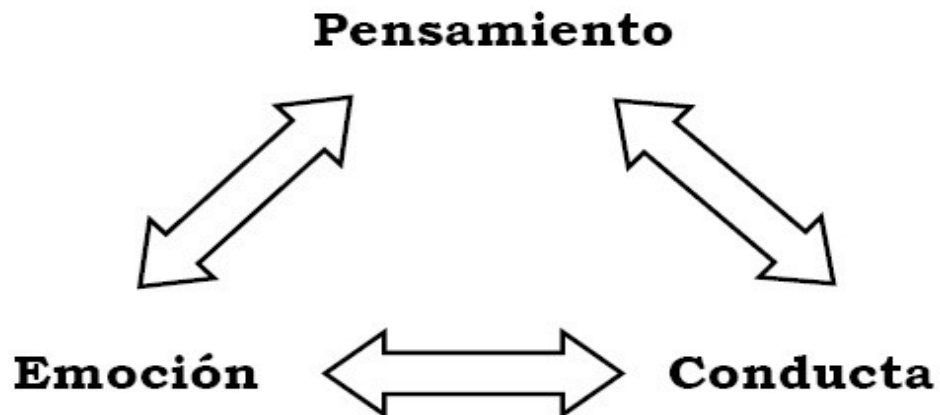
Aaron Beck y colaboradores se basaron en el enfoque de la terapia racional emotiva para recalcar la importancia de los aspectos cognitivos en el funcionamiento psicológico de la conducta suicida. Para Beck, el suicidio forma parte de un contexto más amplio que abarca más allá de la depresión. Su teoría se basó en el papel fundamental de la desesperanza como elemento contaminador de las creencias que el individuo tiene sobre sí mismo y de los otros y de las expectativas sobre el futuro, basados en sus experiencias previas y la interpretación que el sujeto hace de las mismas. De esta manera, la persona aprende a percibir, estructurar e interpretar la realidad. Si este aprendizaje genera una imagen distorsionada de la realidad se puede producir depresión, la cual podría desencadenar la conducta suicida (Dobson, KS., Truax, PA., Addis, ME, et al., 2000).

Beck sostiene que los pacientes con tendencias suicidas muestran pensamientos negativos y creencias disfuncionales y son estos pensamientos y creencias los que orientan al individuo al comportamiento suicida.

Las creencias vienen a ser los mapas internos que le dan “sentido” y significancia al mundo interno del individuo.

En el caso del suicida es común que las creencias negativas generen distorsiones cognitivas como: abstracción selectiva, generalización, magnificación-minimización, personalización, pensamiento dicotómico, culpabilidad, entre otros.

Figura 2: Triada cognitiva de Beck



Tomado de: (Toro, R. 2013).

Teoría de los constructos personales de Kelly (1961)

Esta teoría parte del supuesto de que, cada individuo tiene una forma particular y única de adaptarse al medio que lo rodea. Esta adaptación va a depender del desarrollo cognitivo que posea el sujeto y cómo interprete su realidad y las experiencias vividas (León, E. 2015).

Dado que la interpretación de la realidad es independiente de la interpretación que cada persona haga de ella, considera que es la interpretación en sí, la que va a modificar y dirigir la conducta del individuo y no la realidad misma.

Para Kelly, el suicidio es una manifestación radical y extrema de la depresión causada por una visión distorsionada de la realidad. Si la persona acepta esta interpretación de su vida

y de su realidad y desde una visión en túnel, donde no contempla otra salida para seguir viviendo, tomará la decisión de no continuar viviendo una vida que no merece ser vivida.

El autor encontró dos razones principales por las cuales una persona llega a cometer suicidio: el futuro no representa ninguna motivación para la persona y considerarse una persona prescindible que se ve obligado a dejar todo (León, E. 2015).

Figura 3: Teoría de los constructos personales de Kelly



Tomado de: (León, E. 2015).

Teoría del comportamiento suicida de Linehan

Esta teoría sostiene que el comportamiento suicida es un método aprendido para combatir el sufrimiento emocional, en donde la muerte es percibida como la única solución para acabar con el dolor.

A su vez, el dolor emocional es producto de un déficit en las habilidades para solucionar los problemas de la vida diaria que surgen en la interacción del subsistema ambiental y el comportamental (Rodríguez, F., et al., 1990).

De acuerdo con este autor, en la mayoría de los casos, la cognición es la principal causa de los suicidios, dado que la cognición es quien regula el comportamiento en la mayor parte de los contextos. Los estímulos ambientales también juegan un rol importante y pueden llegar a provocar cogniciones y emociones intensas y problemáticas.

Por otro lado, esta teoría sostiene que algunas personas suicidas poseen cierta vulnerabilidad biológica, caracterizada por la falta de regulación emocional desde etapas tempranas del desarrollo.

Teoría de la separación

Robert Firestone (Firestone, R. y Firestone, L. 2017) se basó en un enfoque teórico que integra hipótesis del psicoanálisis y pensamientos existenciales. Propuso cómo el dolor originado en las relaciones interpersonales a edades tempranas y la ansiedad de separación ayudan al desarrollo de defensas y cómo las defensas están estrechamente relacionadas con el desarrollo de la personalidad, con un impacto negativo en su vida, desarrollan respuestas mal adaptativas y de autoprotección.

En un intento de protegerse del dolor, el niño crea un vínculo imaginario con su madre o con el cuidador primario. La relación con este vínculo imaginario producirá una división en la personalidad, que reflejará la ambivalencia de los padres. Firestone nombró al resultado de esta división como: self y antiself.

El self se refiere a la personalidad innata en la mente de la persona, sus rasgos temperamentales y la armonía de relaciones interpersonales. Mientras que el antiself es el elemento defensivo y destructivo de la personalidad. Tiene la función de lidiar con aquellas experiencias que causan dolor emocional y frustración. Estas dos fuerzas internas se encuentran dentro de los individuos y están en constante oposición y dinamismo.

El suicidio ocurre cuando el antiself triunfa por encima del self, es decir, vence el aspecto destructivo.

Teoría cognitivo – conductual

Este modelo se basa en el modelo explicativo de la depresión. Ve la ideación suicida como un deseo de escapar de una situación que parece insoportable o imposible de solucionar (Toro, R. 2013).

Parten de los elementos de la triada cognitiva negativa (yo, mundo y futuro), los errores cognitivos dominantes y los esquemas disfuncionales activados (Dobson, KS., et al., 2000). Cada persona tiene una determinada estructura cognitiva que ha ido construyendo a la largo de su vida, basada en la concepción que tiene de sí mismo y de su entorno. Esto produce una forma única y personal de entender y valorar la existencia humana.

Esta estructura comienza a gestarse desde los primeros años de vida, convirtiéndose en los pilares sobre los cuales se construirán los esquemas cognitivos de la persona. Se establecen en la primera infancia a través de la interrelación con las figuras significativas y se consolidan a través de las experiencias vividas a lo largo de la vida.

Estos esquemas son estructuras inconscientes, que se encargan de sostener todo el sistema de valores de la persona. Además, ayudan a evaluar las circunstancias que nos rodean y son capaces de provocar todo un repertorio de pensamientos automáticos.

En las conductas suicidas, los esquemas cognitivos suelen centrarse en temas específicos como la pérdida y el abandono. Pueden permanecer latentes durante mucho tiempo en el individuo sin manifestarse, así como pueden ser activados por estresores relacionados con la pérdida y el abandono.

El suicida suele caracterizarse por manifestar rigidez cognitiva que le impide generar y evaluar soluciones alternativas, diferentes a sus propios esquemas. No es de extrañar que ante dicha rigidez el individuo contemple el suicidio como única salida posible.

Teoría psicoanalítica

Si bien, Sigmund Freud, no desarrolló con detalle el tema del suicidio, sí dejó algunas referencias sobre este tema en sus obras.

Se refirió a esta conducta como una manifestación de la pulsión de muerte, en donde el suicidio es el resultado del desequilibrio entre la pulsión de vida y de muerte. La pulsión de muerte es inicialmente orientada hacia otros (usualmente el ser amado), pero al no poder llevarlo a cabo, es dirigido contra sí mismo (Arango, R. y Martínez, JJ. 2013).

Las propuestas posteriores a Freud explican el suicidio de manera similar al padre del psicoanálisis, teorizando sobre la existencia de un lugar dentro de los individuos, donde se libra una lucha interna de fuerzas opuestas, en la que terminan ganando las destructivas.

Todas las teorías han coincidido en que la principal tarea para comprender el suicidio es mediante la reconstrucción del aparato psíquico o mental de las personas según la realidad de cada quien y sus vivencias.

d. Modelos integrativos

Modelo de fuerzas contrabalanceadas

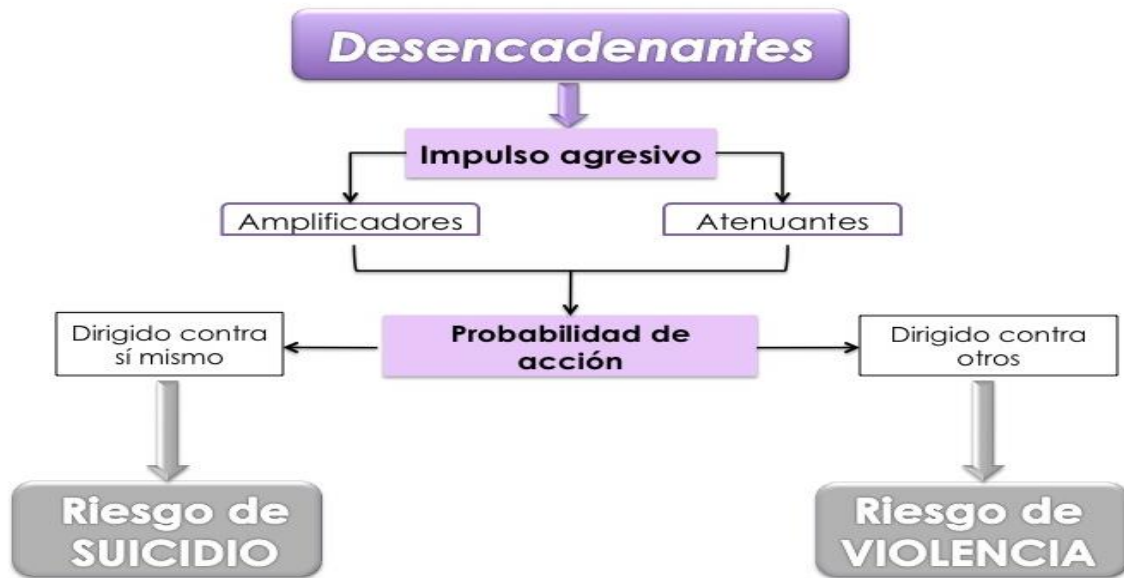
Fue propuesto por Plutchik y otros, Estos autores postularon que la conducta suicida es el resultado de un impulso agresivo que es activado en ciertas circunstancias ambientales. (Plutchik, R., et al., 1989).

Mencionaron que las fuerzas antagónicas van a determinar la amplitud de la acción en dos momentos diferentes: la primera produce la conducta y la segunda determina la dirección que toma la conducta, ésta puede ser contra sí mismo, acabando en suicidio, o contra otros en forma de violencia.

Mencionaron como factores responsables de dirigir la agresividad contra uno mismo los siguientes: la ansiedad, la ira, la tristeza y la impulsividad. Mientras que los factores responsables de dirigir la conducta agresiva hacia otros son la ira, el enojo, el resentimiento y la impulsividad (Apter, A., et al., 1993).

Se enfocaron en la desregulación del sistema serotoninérgico como causante de la desregulación, capaz de producir múltiples manifestaciones psicopatológicas.

Figura 4: Modelo de fuerzas “contrabalanceadas” de la conducta suicida y violenta



Tomado de: (Legido, T. 2012).

Modelo clínico-bioquímico de 4 vías

Fawcett y colaboradores (Fawcett, J., Busch, KA., Jacobs, D., et al. 1997) propusieron un modelo que puede llevar al suicidio en personas depresivas desde 4 vías:

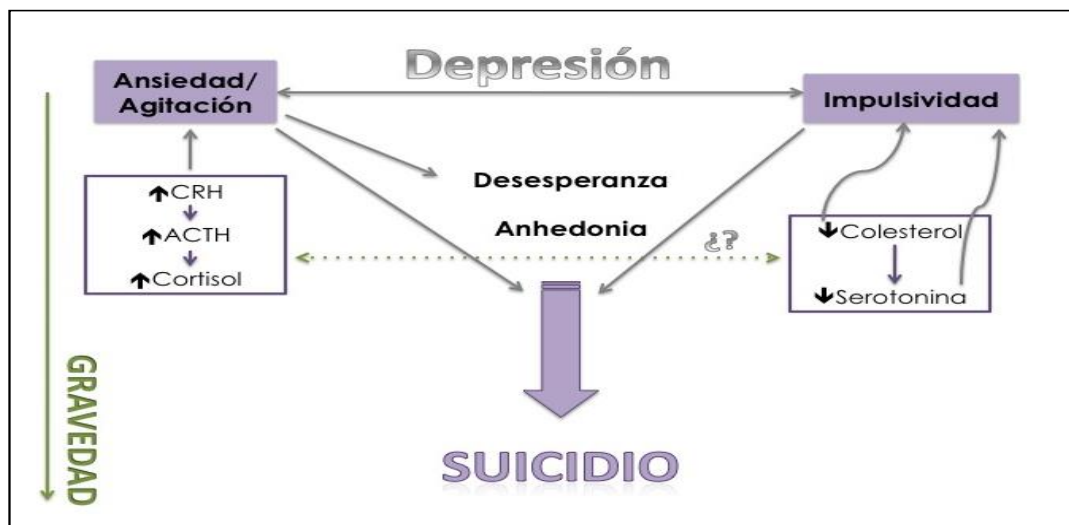
- Una vía aguda, relacionada con ansiedad y altos niveles de agitación, asociada a la alta secreción cerebral de hormonas corticotropas, que a su vez se relaciona con la activación del eje hipotálamo hipófisis adrenal
- Una vía crónica relacionada con la disfunción del sistema serotoninérgico
- La anhedonia y la desesperanza son secundarios a la disfunción serotoninérgica
- La hipofunción serotoninérgica condiciona la impulsividad y la agresividad de la conducta suicida

La desesperanza y la anhedonia son necesarias para que se geste la conducta suicida son las causantes de la conducta suicida.

Plantearon que existen dos tipos de factores de riesgo:

- Los que actúan a largo plazo (después de un año o más de exposición) como la ideación suicida, los intentos suicidas previos, la desesperanza y el consumo de sustancias.
- Los que actúan a corto plazo (menos de 1 año de exposición) como la ansiedad, las crisis de pánico, el insomnio, la anhedonia, la falta de concentración y el abuso moderado de alcohol.

Figura 5: Modelo Clínico-Bioquímico de 4 vías



Tomado de: (Legido, T. 2012).

Modelo de estrés-Diátesis de Mann

El modelo neurobiológico de Mann es uno de los modelos más citados en las investigaciones relacionadas con la conducta suicida pues logra integrar el conocimiento teórico con los hallazgos neurobiológicos. (Mann, JJ 2003)

Se basó en la investigación y teoría de Diátesis-Estrés de Monroe y Simons para proponer su modelo (Monroe, SM. y Simons, AD. 1991).

Este modelo propone que el suicidio no ocurre como una respuesta a una situación estresante, sino que la situación estresante conlleva a la complicación de un trastorno psiquiátrico preexistente y esto lleva a la conducta suicida. El pesimismo, la agresión, la impulsividad y la desesperanza son elementos que forman parte de la diátesis.

Hacen referencia a la diátesis como una característica del individuo que lo hace más susceptible a reaccionar de determinada manera ante la presencia de estímulos externos.

Factores como el género, la religión, los factores genéticos-familiares, las experiencias traumáticas en la infancia, los niveles bajos de colesterol, el abuso crónico de sustancias también afecta la diátesis.

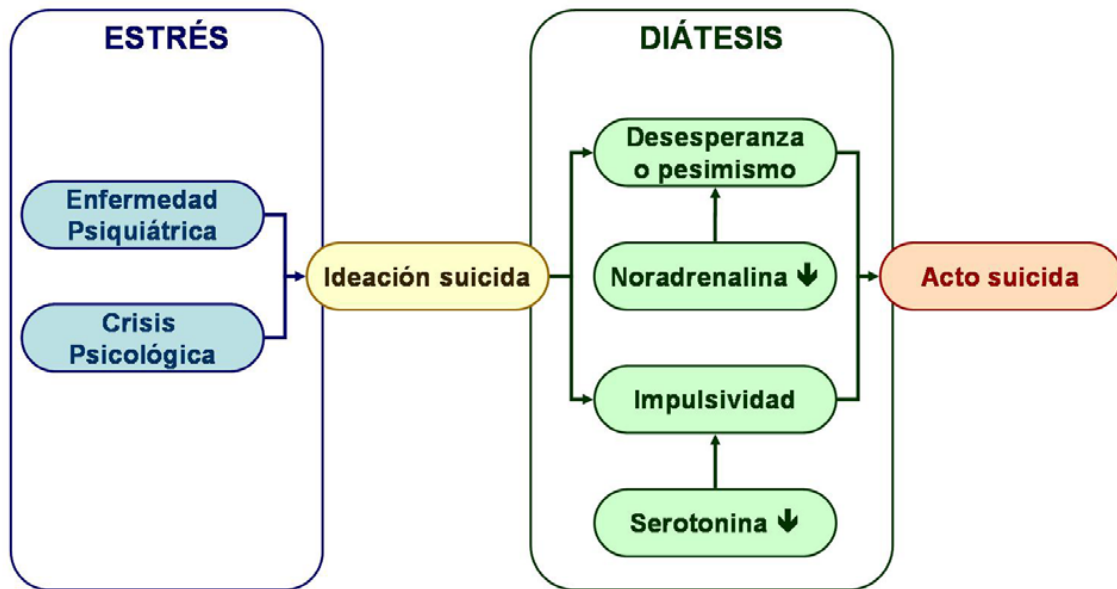
El evento estresante puede ser: una complicación/recaída de una enfermedad mental comórbida, una crisis psicosocial reciente, una crisis vital, intoxicación aguda con sustancias

A su vez, estos factores van a estar influenciados por la hipoactividad del sistema serotoninérgico.

Basado en estudios biológicos postmortem en suicidios consumados, logra correlacionar neurobiológicamente la participación de los sistemas serotoninérgico y noradrenérgico y de la corteza prefrontal ventromedial.

Este modelo concluye que la probabilidad de presentar la conducta suicida va a depender en parte de la diátesis que incluya más desesperanza e impulsividad, lo que está relacionado con la acción de la serotonina disminuida a nivel de la corteza prefrontal.

Figura 6: Modelo Estrés-Diátesis del Suicidio



Tomado de: (Giner, L. 2010).

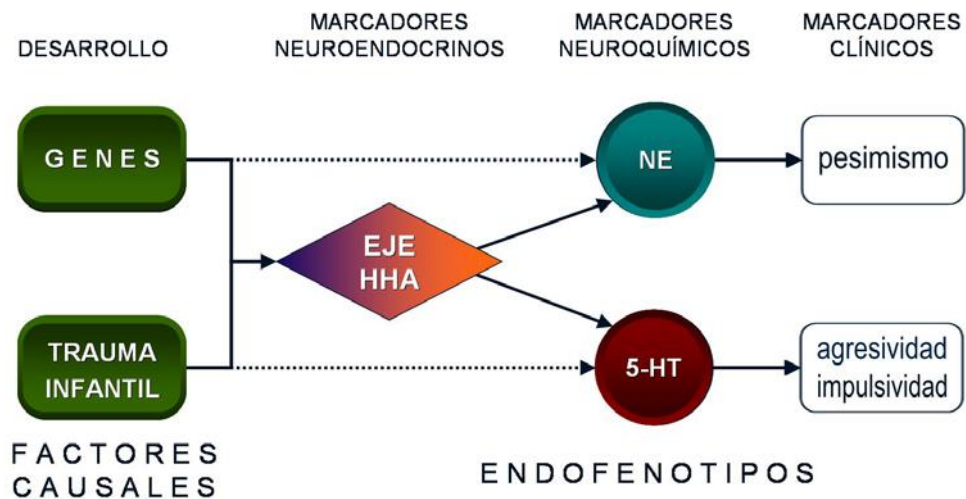
Modelo integrativo de Oquendo

En este modelo, Oquendo y colaboradores (Carballo, J., Akamnonu, C. y Oquendo, M. 2008) logran integrar los factores clínicos de riesgo para conducta suicida conocidos hasta el momento con los endofenotipos.

Ellos propusieron que los factores propios del desarrollo (genética y experiencias traumáticas en la primera infancia) influyen directamente sobre la función del eje HHA, quien a su vez regula la función neuroendocrina. Esta cascada de interacciones va a incidir

en la expresión clínica generalmente encontrada en los individuos con conducta suicida: pesimismo, desesperanza, neurotismo, agresividad e impulsividad.

Figura 7: Modelo integrativo de Oquendo



Tomado de: (Giner, L. 2010).

Modelo integrativo de Turecki

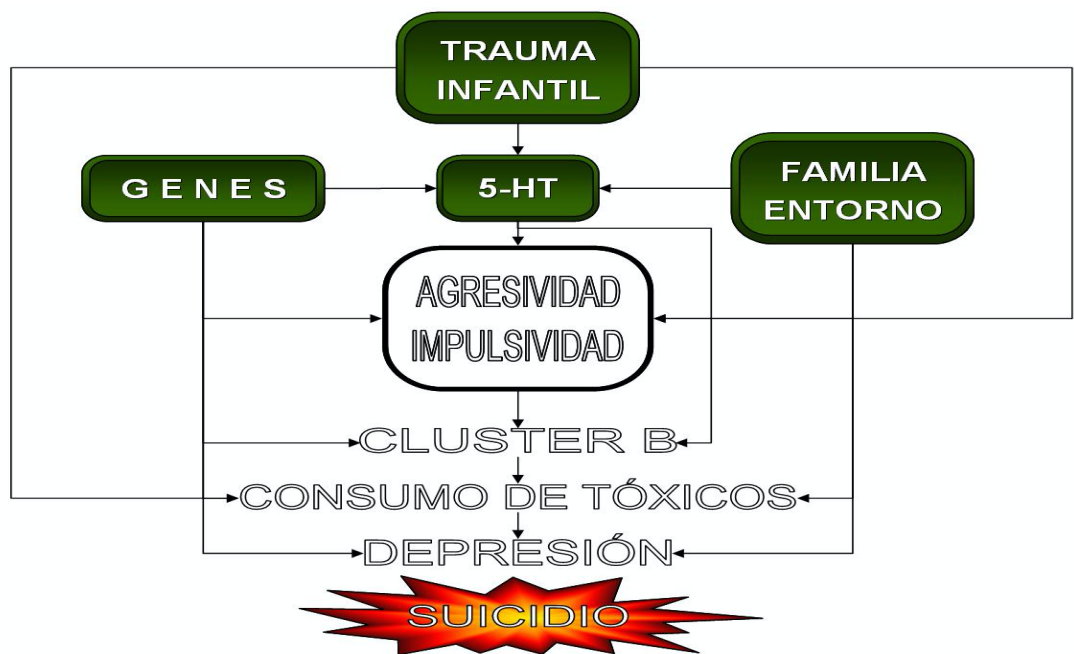
Para Turecki (2005), el suicidio consumado está relacionado con el cúmulo de acontecimientos vitales traumáticos vividos por el individuo tanto en la infancia como en la vida adulta. Estos acontecimientos van a incidir en dos aspectos psicológicos estrechamente relacionados con el suicidio que son la agresividad y la impulsividad.

En sus estudios encontró que los factores biológicos asociados con la conducta suicida se relaciona paralelamente con los factores encontrados en individuos con impulsividad y

agresividad, como si se tratara de una especie de endofenotipo relacionado con una conducta suicida.

También hizo referencia a que existía la posibilidad de interacción entre trastornos depresivos y rasgos de personalidad del cluster B y trastornos de personalidad.

Figura 8: Modelo integrativo de Turecki



Tomado de: (Giner, L. 2010).

6. Epidemiología del suicidio

Aproximadamente, un millón de personas en el mundo mueren por suicidio cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos (OMS, 2013).

El suicidio representa el 1,4% de las muertes a nivel mundial y se encuentra entre las veinte principales causas de mortalidad. Constituye la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años, después de los accidentes de tránsito y en los niños viene a ser la tercera causa (después de los accidentes de tránsito y la violencia interpersonal) (Värnik, P. 2012).

Más del 90% de los suicidios consumados o de los intentos de suicidio tienen una enfermedad psiquiátrica diagnosticada. Están relacionados con trastornos del estado de ánimo en un 60% de los casos (Nock, MK., Green, JG., Hwang, I., et al., 2013).

En cuanto a incidencia, la OMS señala que las tasas más altas se han registrado en Europa del Este y las más bajas en América Latina, países Islámicos del Mediterráneo y algunos países asiáticos (OMS, 2013).

A nivel mundial, los hombres presentan una tasa mayor de suicidios que las mujeres, con una razón aproximada de 3,5 a 1. Mientras que las mujeres presentan mayores intentos suicidas que los hombres (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Tradicionalmente, se ha observado que las tasas de suicidio aumentan con la edad; sin embargo, recientemente, se ha observado un aumento de dichas conductas en la población de 15 a 25 años a nivel mundial (Hernán, F. 2009).

Con respecto a la población infanto juvenil, datos proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), basados en encuestas realizadas a un grupo de jóvenes en

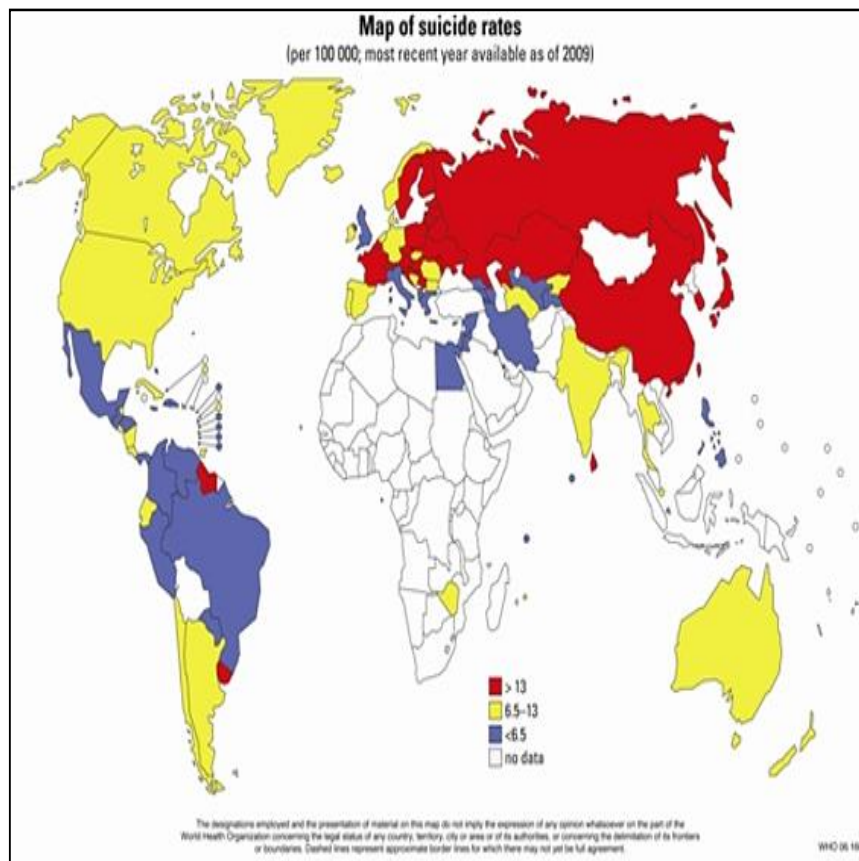
1998, muestran que hasta el 50% de ellos manifestaron haberse sentido alguna vez tan depresivos que se llegaron a preguntar si valía la pena seguir viviendo. De ese 50%, el 63% intentaron suicidarse y de ese porcentaje, el 50% consumó el acto (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (OMS), 1999). Se ha estimado que 6% de los intentos de suicidio graves logran consumir el suicidio en los siguientes cinco años (Beautrais, AL. 2004).

Con respecto a la prevención del suicidio, es importante examinar los métodos más empleados (Mann, JJ., Apter, A., Bertolote, J., et al., 2005). La disponibilidad y el fácil acceso a medios letales como las armas de fuego, otro tipo de armas y sustancias venenosas están correlacionados con un mayor riesgo de suicidio (Milner, A., Kölves, KE., y Leo, D. 2011).

El método de elección seleccionado en los niños y adolescentes para llevar a cabo la conducta suicida, generalmente, está determinado por la oportunidad, aunque también puede verse influenciado por el modelaje social y familiar (Steele, M. 2016).

En la actualidad, pocos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades sanitarias, y solo 38 países han notificado que cuentan con una estrategia nacional de prevención del suicidio.

Figura 9: Mapa del mundo de porcentajes de suicidios según datos de la OMS 2009



Tomado de: (Legido, T. 2012).

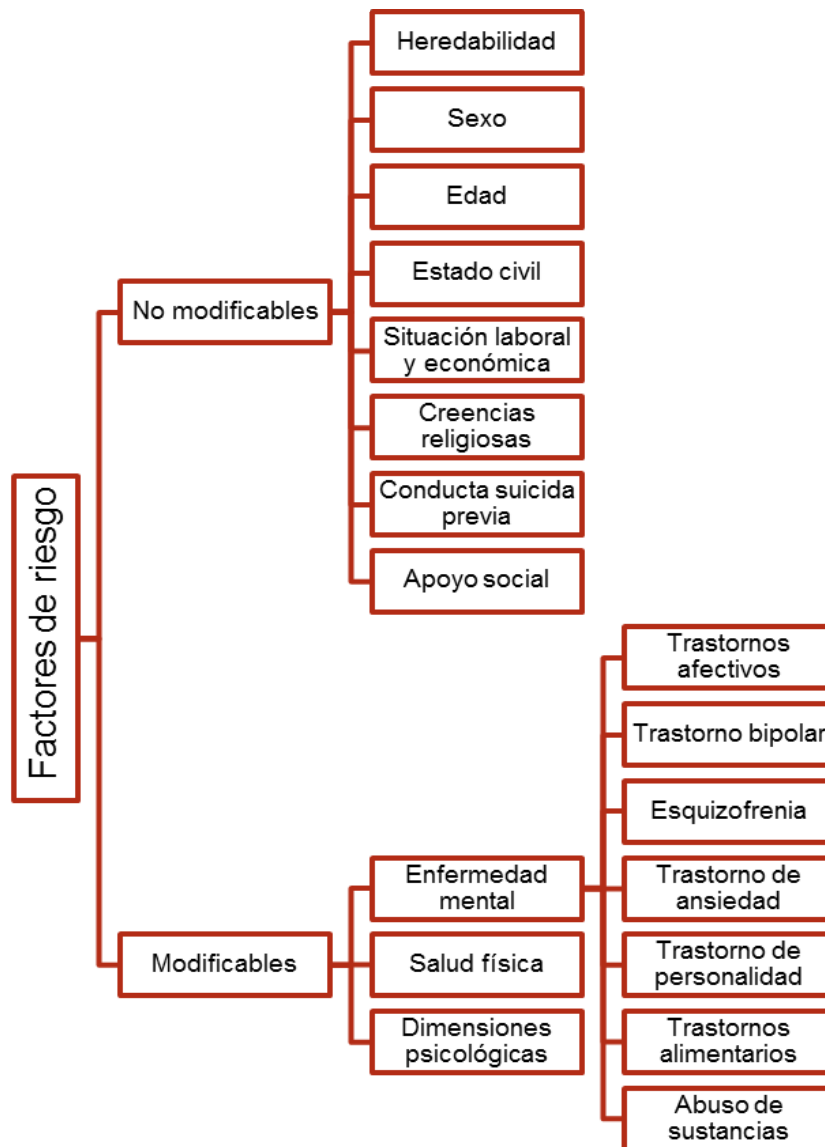
7. Factores de riesgo de la conducta suicida

Los factores de riesgo hacen referencia a las características individuales, ambientales, familiares, socioeconómicas propias de cada individuo, que aumentan la probabilidad de que este sujeto pueda llegar a manifestar una conducta suicida en algún momento de su vida.

Los factores de riesgo se pueden clasificar de varias maneras. Una de estas clasificaciones, los divide en tres grandes grupos: factores de riesgo individuales, factores de riesgo familiares/contextuales y otros (Oto, M., Gutierrez, MD., Pérez, B. et al., 2014). Otra clasificación los divide en sociodemográficos, clínicos y genéticos/neurobiológicos (García de Jalón & Peralta, 2002). Y una tercera, en factores modificables y no modificables. En los modificables se incluyen la enfermedad mental, la salud física y las dimensiones psicológicas) y en los no modificables aparecen la heredabilidad, edad, sexo, estado civil, situación laboral y económica, creencias religiosas, conducta suicida previa y el apoyo social (Oto, M., et al., 2014).

Al evaluar un individuo con riesgo suicida es necesario conocer los factores de riesgo, cómo estos se interrelacionan entre sí y cómo podrían eventualmente afectar un desenlace fatal.

Tabla 4: Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida



Tomado de: (González, F. 2016).

Se hará mención de los factores de riesgo más relevantes para la presentación de la conducta suicida en la población infanto juvenil dado que, por la etapa evolutiva en que se encuentran, pueden presentar ciertas diferencias con la población adulta.

Tabla 5: Factores de riesgo suicida en adolescentes

Antecedentes familiares o personales de intentos de suicidio
Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual
Pobre comunicación entre los integrantes de la familia
Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas
Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes
Autoritarismo, pérdida de la autoridad entre los progenitores o desautorizaciones mutuas persistentes entre ambos
Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas
Incapacidad de los progenitores para escuchar y contener las inquietudes del adolescente y desconocimiento de sus necesidades
Dificultades para demostrar afectos
Identificación e idealización de figuras, íconos adolescentes que han cometido suicidio o que se hayan muerto
Hacinamiento. Convivencia en espacios pequeños que afectan a la intimidad de los miembros de la familia

Tomado de: (Papolla, R. 1976).

a. Factores sociodemográficos

Edad:

Tradicionalmente se ha observado que el riesgo de suicidio aumenta con la edad (Frumin, M., Chisholm, T., Dickey, CC., et al., 1998). A partir de los 65 años se observa un incremento en la tasa de suicidios, especialmente en los varones (Leenaars, AA. 1987). Este comportamiento se asocia a varios factores:

- mayor vulnerabilidad frente a crisis vitales (Mann, JJ., et al., 2005)
- mayor grado de planificación (Anía, BJ., Chinchilla, E., Suárez, JL., et al., 2003)
- utilización de métodos más letales (Conwell, Y. 1997)
- comorbilidad con trastornos psiquiátricos (Conwell, Y. 1997)

A pesar de estos hallazgos, a nivel mundial se ha observado un incremento en la tasa de suicidios consumados en la población de 15 a 25 años, habiendo alcanzado el segundo lugar

como causa de muerte en los adolescentes (Qin, P., Agerbo, E. y Mortensen, PB. 2003) y en la población menor de 15 años sigue siendo una de las principales causas de muerte (Hawton, K., Saunders, K. y Connor, R. 2012).

Ghoholt y otros encontraron que la incidencia de suicidio en niños puede estar asociado con conflictos familiares, como el divorcio de los padres o en la relación de los padres con el hijo (Legido, T. 2012).

Sexo:

En la mayoría de países, las tasas de suicidio son mayores en hombres que en mujeres, mientras que la ideación suicida y los intentos de suicidio son mayores en las mujeres, lo que ha llevado a pensar que la conducta suicida se gesta de manera diferente según el género (Nock et al., 2008).

Sin embargo; las zonas rurales de China y países como India, Sri Lanka y Pakistán, las tasas de suicidio son similares en ambos géneros (Legido, T. 2012).

Los hombres tienden a ser más impulsivos y presentan conductas de riesgo con mayor potencial de daño, mientras que las mujeres presentan más sintomatología depresiva (Qin, P., et al., 2003).

Se ha visto que esta diferencia en la tasa de suicidios consumados se mantiene a lo largo del ciclo vital. Diferencia que también ha sido reportada durante la etapa de la adolescencia y se ha relacionado con los mecanismos de defensa y la resolución de problemas según el género. Las adolescentes tienden a manifestar el dolor interiorizado, a través de síntomas depresivos y ansiosos que llevan a manifestaciones psicósomáticas. Los hombres adolescentes manifiestan el dolor emocional en forma de problemas conductuales y consumo de sustancias (Fennig, S., Geva, K., Zalzman, G., et al., 2005).

De igual manera, se ha encontrado que los y las adolescentes reaccionan de manera diferente a los eventos estresantes propios de su etapa de desarrollo. Los adolescentes reaccionan ante fallos escolares que conlleva a la pérdida de la autoestima, sensación de falta de valía y desesperanza. Mientras que las adolescentes son más susceptibles a los problemas familiares e interpersonales (Fennig, S., et al., 2005).

Se ha visto que los hombres tienden a ser más agresivos e impulsivos al tomar decisiones e intentar solucionar sus problemas, mostrándose más reticentes de buscar ayuda e inflexibles en el momento de considerar alternativas. Mientras que las mujeres valoran el problema en general y tienen en cuenta todas las variables, antes de tomar decisiones y tienden a buscar ayuda para solucionar sus problemas (Houle, J., Mishara, BL., y Chagnon, F. 2008).

Nivel socioeconómico:

La conducta suicida en general es más frecuente en población desempleada y con bajo nivel sociocultural (Phillipe, I., Temesvary, B., Wasserman, D., et al. 2000): individuos desempleados, jubilados, con situación laboral inestable o en aquellos que presentan conflictos laborales (Baumeister, RF. 1990).

El desempleo ha sido señalado como un factor de riesgo relativo de conducta suicida, tanto en hombres como en mujeres (La Vecchia, C., Lucchini, F. y Levi, F. 1994), de mayor peso que la situación económica.

También se ha observado mayor riesgo suicida en individuos de clases sociales muy bajas, aunque también se puede presentar en las clases económicas muy altas, pero con menor incidencia (Phillipe, I., et al., 2000).

Estado civil:

Muchos investigadores han destacado la importancia de pertenecer a un grupo familiar, siendo catalogado como factor protector (Karam, EG., Itani, L., Fayyad, J., et al. 2015) . Tener hijos pequeños, también es considerado un factor protector tanto en hombres como en mujeres (Cavanagh, J., Carson, AJ., Sharpe, M., et al., 2003).

En el estudio multicéntrico de WHO/EURO (Phillipe, I., et al., 2000), se encontró una mayor incidencia de suicidios en individuos solteros, viudos y divorciados, de ambos géneros.

Factores geográficos:

Se ha observado que los intentos de suicidio son mayores en las zonas rurales, aunque la letalidad es mayor en zonas urbanas (Legido, T. 2012).

Etnia:

La tasa de suicidio de los Nativos Americanos en los Estados Unidos de Norteamérica es más alta que en el resto de la población. Se ha pensado que podría estar relacionado con la baja integración social, el uso de alcohol y drogas y el fácil acceso a métodos letales como armas de fuego (Steele, M. 2016).

b. Factores individuales

Orientación sexual:

La investigación realizada por Gibson, P. (1989) sostiene que la tasa de suicidio en la población de homosexuales, bisexuales o transexuales es del 30%, siendo la principal causa de muerte en este grupo.

Mientras que los intentos de suicidio son de 5 a 10 veces más frecuentes en la población homosexual si se compara con la población general (Tondo, L. 2001).

Sobre los factores sociales que pueden estar asociados con este aumento se encontró relación con: entornos sociales con escaso apoyo y ausencia de programas contra la discriminación (Hatzenbuehler, ML. 2011).

Otras posibles causas son:

Disforia de género, historia de abuso físico o sexual, exclusión/marginación, autoidentificación de la orientación sexual a temprana edad (Haas, AP., Eliason, M., Mays, VM., et al., 2011), elevada comorbilidad con trastornos depresivos (Jill, J., Caumartin, S., Tal, M., et al., 1990), consumo de alcohol y drogas (King, M., Semlyen, J., Tai, SS., et al., 2008).

Enfermedad médica:

Las enfermedades médicas que más se han encontrado asociadas con aumento de presentar conductas suicidas son: el cáncer en etapas avanzadas, el HIV y el sida (Coté, T., Biggar, R., y Dannenberg, A. 1992); enfermedades renales que requieren diálisis (Forster, PL. y Wu, LH. 2002) y enfermedades neurológicas, principalmente: epilepsia, enfermedad de Huntington y esclerosis múltiple (Arciniegas, DB. y Anderson, CA. 2002).

Los individuos con enfermedades neurológicas presentan 1.83 veces más riesgo de presentar conducta suicida en comparación con la población general, principalmente en los primeros cinco años posterior al diagnóstico (Stenager, EN., Stenager, E., Kock, N., et al., 1992).

Se han encontrado algunos factores relacionados con enfermedad médica que pueden aumentar la suicidabilidad de los individuos que los presentan, como: dolor no tratado o mal manejado, ansiedad relacionada con la posible progresión de una enfermedad, miedo de llegar a ser una carga y depender de los familiares (Demirçin, S., Akkoyun, M., Yilmaz, R., et al., 2011).

Acontecimientos vitales estresantes

Los acontecimientos vitales pueden incidir en la conducta suicida de diferentes maneras: directamente, al producir psicopatología en el individuo como trastornos depresivos o, indirectamente, al actuar sobre las vulnerabilidades (Legido, T. 2012).

Los adolescentes que presentan enfermedades mentales comórbidas suelen enfrentarse a un mayor número de situaciones estresantes que su grupo de pares, así como también pueden presentar una percepción distorsionada de los mismos, percibiéndolos más estresantes de lo que en realidad son (Shaffer, D., Pfeffer, CR., Bernet, W., et al., 2001).

Usualmente, es posible encontrar una elevada incidencia de acontecimientos estresantes a lo largo de los meses previos al gesto suicida o suicidio consumado (Legido, T. 2012).

Las dificultades relacionadas con el área escolar pueden actuar como precipitantes para conductas suicidas. Algunos de estos factores son: necesidad de recibir educación especial (Borowsky, IW., Resnick, MD., Ireland, M., et al.1999), problemas relacionados con el aprendizaje, deserción escolar y no asistir a un sistema educativo (Gould, MS., Fisher, P., Flory, M., et al., 1996).

Uno de los precipitantes más comunes en menores de 16 años son los conflictos con los padres (Kerfoot, M., Dyer, E., Harrington, V., et al., 1996), mientras que los problemas sentimentales son más frecuentes en las adolescentes tardías (Shaffer, D., et al. 2001) y en los adolescentes masculinos, el involucramiento con grupos de pandillas (Borowsky, IW., et al., 1999).

Se ha descrito que las crisis económicas son una de las crisis vitales que más se asocian con conducta suicida (Legido, T. 2012) por sus múltiples repercusiones en el individuo, el medio social en donde se desenvuelve, el acceso al sistema de salud y el impacto directa en el

núcleo familiar. Los países con tasas crecientes de suicidio juvenil presentan como común denominador, cambios rápidos en la economía (Bachmann, S. 2018).

Algunos estudios proponen que experimentar la muerte de alguien cercano por suicidio en la adolescencia, es uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar conductas suicidas, por varias razones: menos temor a la muerte (Gothelf, D., Apter, A., Brand, A., et al., 1998), mayor aceptación de la conducta suicida (de Wilde, E.J., Kienhorst, I, Diestra, R., et al.,1993), fuerte atracción por la muerte y débil atracción por la vida (Gutierrez, P., King, CA. y Ghaziuddin, N. 1996), desarrollo de trastornos afectivos y trastorno de estrés postrauma (Brent, DA., Moritz, G., Bridge, J., et al., 1996). De igual manera, los intentos suicidas llevados a cabo por un compañero, aumenta el riesgo de conductas suicidas y trastornos psiquiátricos en los amigos cercanos a él (Hazell, P., Lewin, F.ranzcp, y LEWIN, T. 1993). Otras investigaciones contradicen estos resultados y proponen que este grupo presenta un riesgo bajo de imitar la conducta suicida, por presenciar las consecuencias emocionales en los familiares y amigos (Brent, DA., Perper, JA., , Moritz, G., et al., 1993).

La cobertura desproporcionada y amarillista de los medios de comunicación sobre las noticias relacionadas con suicidios, pueden llevar a una especie de contagio que se puede mantener varios meses posteriores al evento primario (Gould, M., Jamieson, P. y Romer, D. 2003). . A este fenómeno se le conoce como el efecto de Werther (Niederkröthaler, T., Till, B., Kapusta, ND., et al., 2009) y la magnitud del fenómeno va a estar relacionado con la cobertura que se le dé a la noticia.

Tabla 6: Acontecimientos vitales estresantes que influyen en la conducta suicida según sexo y edad

Sexo	Estresores
Mujer	Trastornos mentales, conflictos interpersonales y la pérdida de seres cercanos,
Varón	Enfermedad somática, conflictos interpersonales, problemas financieros y separación
Ambos sexos	Problemas familiares y las dificultades laborales son factores de riesgo para el riesgo de suicidio consumado.
Edad	Estresores
Jóvenes	Conflictos interpersonales, pérdidas, dificultad económicas, la separación y los conflictos legales.
Ancianos	Coexistencia de problemas médicos, las situaciones de aislamiento y soledad y jubilación y la sucesión de acontecimientos ligados al envejecimiento.

Tomado de: (Legido, T. 2012).

Acoso escolar:

El acoso escolar, también conocido como bullying, es definido como un comportamiento agresivo, repetitivo, mantenido en el tiempo, que puede ser cometido por un solo individuo o por un grupo. La conducta agresiva puede ser de tipo: físico, verbal, relacional o cibernético (Barzilay, S., Brunstein, K., Apter, A., et al., 2017a).

Desde hace más de veinte años, las investigaciones sobre este tema han demostrado la relación existente entre la conducta suicida y el bullying (Van Geel, M., Vedder, P. y Tanilon, J. 2014).

Los estudiantes víctimas de estas conductas abusivas pueden reportar sentimientos de tristeza, desesperanza, soledad, insomnio e ideación suicida (Fleming, LC. y Jacobsen, KH. 2010).

La exposición constante al bullying puede ocasionar repercusiones fisiológicas a nivel de la respuesta al estrés en el eje HHA, provocando desregulación emocional e impulsividad (Winsper, C., Lereya, T., Zanarini, M., et al., 2012).

Barzilay, S. y otros (2017), encontraron que la agresión física en el contexto de acoso escolar se asocia más frecuentemente con la ideación suicida, mientras que la agresión relacional en el mismo contexto se asocia en mayor frecuencia con los intentos de suicidio. Estos hallazgos coinciden con los encontrados por (Espelage, DL. y Holt, MK. 2013), en los que se encontró mayor impacto en el bullying físico que en bullying verbal.

(Jantzer, V., Haffner, J., Parzer, P., et al., 2015) encontraron que, dentro de los tipos de bullying, el que más se relaciona con la manifestación de conductas suicidas es el tipo relacional, por los sentimientos de soledad y rechazo que evoca. Además, puede ser vivido como un evento traumático y agudo, que puede provocar conductas suicidas impulsivas en un adolescente que no sabe cómo lidiar con ello.

Los estudios también han demostrado que los individuos que son víctimas/victimarios son los que poseen mayor riesgo de presentar conducta suicida asociado a una alta incidencia de problemas mentales comórbidos como: mayor excitación emocional, pobre control de impulsos, desafiantes con tendencia a romper las reglas, rechazados por el grupo de pares (Winsper, C., et al., 2012).

Se ha mencionado que algunos factores pueden exacerbar este riesgo, aumentando la potencial conducta suicida. Entre estos están:

- La depresión. El bullying combinado asociado con depresión aumenta el riesgo de suicidio, ya que la depresión actúa como modulador (Brunstein, A., Marrocco, F., Kleinman, M., et al., 2007).

- La desesperanza. El ser víctima de bullying provoca un impacto en el individuo que lo lleva a desarrollar desesperanza social y es esta quien media la relación victimización – ideación suicida.
- La ansiedad asociada a la percepción de poco apoyo por parte de los padres ha mostrado fuerte asociación con intentos suicidas (Bonanno, RA. y Hymel, S. 2010).

También se han encontrado factores que actúan como protectores:

- La supervisión de los padres (Jantzer, V., et al., 2015), una comunicación estrecha y de confianza con los padres (Borowsky, IW., Taliaferro, LA. y McMorris, BJ. 2013) y el apoyo familiar disminuyen el riesgo de presentar conducta suicida en las víctimas de acoso escolar.
- De igual manera, el apoyo de los compañeros y el apoyo social pueden disminuir el impacto de la victimización (Jantzer, V., et al., 2015).

Trastornos psiquiátricos:

El antecedente de haber presentado un trastorno mental previo constituye el factor de riesgo más importante relacionado con la conducta suicida (Harris, EC. y Barraclough, B. 1997).

Se han realizado autopsias psicológicas de suicidios consumados, retrospectivamente y se encontró que un 90-98% de los individuos que cometieron suicidio tenían al menos un diagnóstico psiquiátrico (Thong, JY. 2009). Se ha llegado a la conclusión de que a mayor número de diagnósticos psiquiátricos, mayor riesgo de suicidio (Nock, MK., et al., 2013).

Por otro lado, varios estudios han encontrado que el riesgo de suicidio varía en relación con el diagnóstico psiquiátrico. Los trastornos depresivos y los trastornos por abuso de sustancias (principalmente alcohol) presentan un riesgo mayor que otros trastornos mentales (Fleischmann, A., Bertolote, JM., Belfer, M., et al., 2005).

Otros factores relacionados con los trastornos mentales y el riesgo suicida aumentado son: historia de internamientos previos por causa psiquiátrica, enfermedad psiquiátrica mayor, aparición de enfermedad psiquiátrica a temprana edad y egreso de un hospital psiquiátrico en los últimos 6 meses (Bailey, RK., Patel, TC., Avenido, J., et al., 2011).

❖ **Trastornos depresivos**

Los trastornos depresivos están presentes en un 49-64% de los suicidios consumados en adolescentes, considerándose el trastorno mental más prevalente en esta población (Shaffer, D., et al., 1996).

También se ha encontrado que los individuos con trastornos depresivos presentan un riesgo suicida que va de un 2% en pacientes ambulatorios, a un 15% en pacientes hospitalizados (Miles, C. 1977).

Los dos factores de riesgo más significativos en las mujeres adolescentes son, en primer lugar, la presencia de un trastorno depresivo mayor (Brent, DA., Baugher, M., Bridge, J., et al., 1999) y en segundo lugar, el antecedente de haber realizado un intento suicida (Birmaher, B. y Brent, D. 2008).

En los hombres adolescentes, el principal factor de riesgo es el antecedente de un intento suicida previo (D. A. Brent et al., 1999), seguido por los trastornos depresivos, trastorno por abuso de sustancias y la conducta disruptiva (Shaffer, D., et al., 1996).

En ambos grupos, el riesgo aumenta ante la presencia de comorbilidad con trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias (Gould, MS., et al., 1996).

Con respecto a los intentos de suicidio en adolescentes, se encontró que 10% de los hombres y 5% de las mujeres cumplían criterios para un trastorno psiquiátrico (Kotila, L. y Lönnqvist, J. 1989).

Antidepresivos en la población infanto juvenil

La comunidad científica mostró preocupación por el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y el riesgo de que estos medicamentos aumentaran la ideación suicida en niños y adolescentes con depresión. Es por esto que en el año 2003, un grupo de expertos en el Reino Unido emitió una advertencia sobre la prescripción de estos medicamentos (excepto fluoxetina) para trastornos depresivos en menores de 18 años (Lock, J. Walker, LR., Rickert, VI., et al., 2005).

La US Food and Drug Administration, conocida por sus siglas en inglés como FDA, emitió una advertencia después de hacer una revisión de veinticuatro ensayos clínicos, en donde encontraron un 2% de riesgo aumentado de suicidabilidad durante los primeros meses de tratamiento. La alerta (black box en inglés) hace referencia al riesgo de utilizar estos medicamentos en menores de 18 años con trastornos depresivos mayores (U.S. Food and Drug Administration 2004).

Hasta hoy, esto ha generado múltiples debates y múltiples investigaciones sobre el tema. Ludwig estudió la relación entre el uso de ISRS y la tasa de suicidio en varios países y encontró que el uso de este medicamento estaba asociado con una disminución del 2.5 en la tasa de suicidio, principalmente en adultos (Ludwig, J. y Marcotte, DE. 2005).

Por su parte, Gibbons y otros estudiaron la posible relación entre el uso de antidepresivos y el suicidio en niños y adolescentes. Encontró que, si hay un control adecuado de otros factores de riesgo en el individuo, se da una relación inversa entre la prescripción de ISRS y la conducta suicida, reduciendo el riesgo suicida. otros (Gibbons, RD., Hur, K., Bhaumik, DK., et al., 2006)

❖ Trastorno bipolar

El Trastorno Bipolar (TB) es un trastorno familiar recurrente que se presentan en 1-3% de la población infanto juvenil, principalmente en adolescentes (Birmaher, B. 2013).

Tanto el TB sindrómico completo como la presentación subsindrómica, se asocian con dificultades psicosociales significativas, problemas legales, riesgo aumentado para el uso de sustancias y suicidio (Birmaher, B. 2013).

En un 20-80% de los casos se acompaña de otros trastornos psiquiátricos, como el trastorno disruptivo del comportamiento, trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno de ansiedad y consumo de sustancias (Axelson, D., Birmaher, B., Strober, M., et al., 2011), siendo más frecuentes en niños con TB el TDAH y el trastorno opositorista desafiante, mientras que en los adolescentes son más frecuentes los problemas conductuales y el consumo de sustancias (Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B., et al., 2009).

El TB presenta altos índices de suicidio, que va de un 15 a un 20% (Tidemalm, D., Haglund, A., Karanti, A., et al., 2014), siendo mayor el riesgo para presentar la conducta suicida durante los episodios depresivos o mixtos (Isometsä, ET., Henriksson, MM., Aro, HM., et al., 1994). Además, los intentos suicidas realizados por los pacientes que presentan esta patología, se caracterizan por ser más impredecibles, de mayor letalidad y se presentan desde las etapas iniciales de la enfermedad (Roy-Byrne, P., Post, RM., Hambrick, D., et al., 1988).

❖ **Trastorno de ansiedad**

Algunos autores han encontrado que sufrir cualquier tipo de trastorno de ansiedad aumenta el riesgo de suicidio de 6 a 10 veces, en comparación con la población general (Harris, EC. y Barraclough, B. 1997).

70% de las personas con antecedente de intentos de suicidio cumplían criterios para un trastorno de ansiedad (Goodwin, R. y Roy-Byrne, P. 2006).

(Boden, JM., Fergusson, DM, & Horwood, LJ. 2007) realizaron una investigación en la cual encontraron una tasa de 10.7% de trastornos de ansiedad en individuos con historia de intentos de suicidio. Mientras que 20% de los individuos con trastorno de pánico realizan un intento suicida en algún momento de sus vidas (Warshaw, MG., Dolan, RT. y Keller, MB. 2000).

❖ **Abuso de sustancias**

El abuso de sustancias constituye un factor de riesgo significativo para el suicidio consumado (Marttunen, M., Aro, H., Henriksson, M., et al., 1991).

Se ha encontrado una alta comorbilidad con trastornos afectivos, ansiedad y consumo de sustancias en casos de suicidios consumados en adolescentes (Brent, DA., Perper, JA., Moritz, G., et al., 1993).

Las amenazas suicidas en adolescentes que presentan consumo de alcohol deben ser tomadas en serio (Pirkola, SP., Suominen, K. y Isometsä, ET. 2004).

❖ **Esquizofrenia**

Para efectos de esta revisión, es necesario saber que la esquizofrenia es una enfermedad que raramente aparece antes de la adolescencia y se ha visto que su aparición aumenta con la edad.

Los individuos con esquizofrenia presentan tasas 8,5 veces mayores de suicidio que la población general (Harris, EC. 1997) y el riesgo es similar cuando se presenta en los trastornos depresivos (Brent, DA., Perper, JA., Moritz, G., et al., 1993).

Entre los factores de riesgo asociados con esta patología está: ser hombre joven, soltero y desempleado, baja adherencia al tratamiento, múltiples internamientos psiquiátricos (Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., et al., 2005), deterioro social (Hor, K. y Taylor, M. 2010) y la evolución crónica de la enfermedad (Bushe, CJ., Taylor, M. y Haukka, J. 2010).

Los síntomas positivos no han sido asociados a mayor riesgo suicida (Cheng, A. 1995), mientras que los síntomas depresivos, muerte de los progenitores, insomnio e irritabilidad pueden suponer un riesgo sobreagregado (Mortensen, PB. y Juel, K. 1993).

❖ **Trastornos de alimentación**

Los estudios han evidenciado la alta prevalencia de conductas suicidas en estos trastornos (Franko, DL. y Keel, PK. 2006). Se ha encontrado una fuerte asociación entre los trastornos de alimentación en mujeres adolescentes tardías y los intentos de autoeliminación (Andrews, JA y Lewinsohn, PM. 1992).

El riesgo mayor ha sido establecido en pacientes con anorexia nerviosa de hasta cuarenta veces más que la población general (Harris, EC. 1997).

En las investigaciones realizadas se han encontrado similitudes clínicas, entre las conductas de alimentación poco saludables presentes en los trastornos de conducta alimentaria y las manifestaciones autolesivas de la conducta suicida (Evans, E., Hawton, K. y Rodham, K. 2004).

❖ Trastorno de déficit de atención e hiperactividad

Los altos niveles de impulsividad y la falta de conciencia del riesgo presentes en los individuos con TDAH parecen estar relacionados con una mayor incidencia de la conducta suicida (James, A., Lai, FH. y Dahl, C. 2004).

Con respecto a la población general, los sujetos con este trastorno presentan una tasa de 1.5-2% mayor para conductas suicidas (James, A. 2012).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el año 2003, hizo una publicación del riesgo suicida estimado para los diferentes trastornos mentales (Legido, T. 2012).

Tabla 7: Riesgo suicida relacionado con los trastornos mentales (APA, 2003)

Diagnóstico psiquiátrico	RR	%Año	%Vida
T. DE ALIMENTACIÓN	23,10		
T. BIPOLAR	21,70	0,310	15,50
DEPRESIÓN MAYOR	20,40	0,292	14,60
CONDUCTAS ADICTIVAS MIXTAS	19,20	0,275	14,70
DISTIMIA	12,10	0,173	8,60
T. OBSESIVO COMPULSIVO	11,50	0,143	8,20
T. POR ANGUSTIA	10,00	0,160	7,20
ESQUIZOFRENIA	8,45	0,121	6,00
T. DE PERSONALIDAD	7,08	0,101	5,10
ABUSO DE ALCOHOL	5,86	0,084	4,20

Tomado de: (Legido, T. 2012).

Intentos de suicidio previos

Existen una serie de variables relacionadas con el riesgo de suicidio que son independientes del diagnóstico psiquiátrico comórbido, como lo son:

- La agresividad, la hostilidad y la impulsividad (Rihmer, Z. 2007)
- La desesperanza
- La baja adherencia al tratamiento y
- El consumo de sustancias

Los intentos de suicidio suponen uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio consumado, sobre todo en pacientes con trastorno afectivo sin tratamiento (Mann, JJ., Bortinger, J., Oquendo, MA., et al., 2005).

Se estima que entre el 10-20% de las personas que han intentado suicidarse en el pasado, terminaran suicidándose (Tsuang, MT., Simpson, JC. y Fleming, JA. 1992).

Insomnio

Los trastornos del sueño han sido identificados como un importante predictor de la ideación suicida en adultos jóvenes (Nadorff, MR., Anestis, MD., Nazem, S., et al., 2014).

El insomnio lleva a un estado que aumenta la excitación, que se cree está relacionado con el aumento del riesgo de intentos suicidas (Hochard, KD., Heym, N. y Townsend, E. 2017).

Un estudio llevado a cabo en una muestra de adultos jóvenes estudiantes de postgrado, se encontró que el insomnio se asociaba con la sensación de estar sobrecargados/agobiados, frustrados y falta de sentido de pertenencia (Nadorff, MR., et al., 2014).

(Weis, D., Rothenberg, L., Moshe, L., et al., 2015), postularon que la relación entre el insomnio y la ideación suicida se podía explicar por la asociación de síntomas depresivos y los pensamientos perseverantes que usualmente presentan estos individuos.

Tanto el insomnio como las pesadillas han sido asociados con un aumento en la probabilidad de presentar ideación suicida, independientemente de los trastornos depresivos asociados (Nadorff, MR., et al., 2014).

Con respecto a los intentos suicidas en adolescentes, las investigaciones han encontrado que 5% de las mujeres y 10% de los hombres con esta conducta cumplen criterios para un trastorno psiquiátrico (Steele, M. 2016).

Los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias aumentan el riesgo suicida tanto en hombres como en mujeres (Andrews, JA. y Lewinsohn, PM.1992).

(Golding, S., Nadorff, M., Winer, S., et al., 2015) encontraron una alta prevalencia de insomnio e hipersomnia en adolescentes, una semana antes de presentar la conducta suicida.

Rasgos de comportamiento

Los rasgos de personalidad están determinados por los genes, el ambiente y la interacción entre los genes y el ambiente (Turecki, G. 2005).

Los intentos de suicidio han sido asociados con los temperamentos: ciclotímico (Hantouche, E., Angst, J., Demonfaucon, C., et al., 2003), irritable (Karam, EG., Itani, L., Fayyad, J., et al., 2015), depresivo (A. Rihmer et al., 2009) y ansioso (Karam, EG., et al., 2015) en pacientes psiquiátricos. Mientras que, el temperamento hipertímico (Vázquez, GH., Gonda, X., Zaratiegui, R., et al., 2010) ha sido reportado como factor protector.

La asociación entre irritabilidad y suicidio ha sido investigada en tres estudios poblacionales longitudinales y todos han reportado asociación positiva entre niveles altos de irritabilidad

y la ideación suicida tardía, plan suicida y los intentos suicidas (Orri, M., Galera, C., Turecki, G., et al., 2018).

Los niños con altos niveles de irritabilidad poseen dos veces más riesgo de presentar: trastornos depresivos y ansiosos que los niños con niveles bajos de irritabilidad (Vidal-Ribas, P., Brotman, M., Valdivieso, I. et al., 2016). Los niños altamente irritables también presentan más riesgo para TOD y TDAH (Shaw, Stringaris, Nigg, & Leibenluft, 2014).

Los niveles altos de síntomas depresivos y disruptivos aumentan la probabilidad de presentar conductas suicidas en el futuro, independientemente de otros factores de riesgo (Orri, M., Galera, C., Turecki., et al., 2019).

En niños con irritabilidad persistente, el riesgo suicida está relacionado con síntomas depresivos en la adolescencia temprana, lo que se cree que podría estar relacionado con problemas en la regulación emocional (Brotman, M., Kircanski, K., Stringaris, A. et al., 2017).

Las situaciones adversas durante la infancia pueden producir patrones mal adaptativos de comportamiento, como agresividad e impulsividad en la infancia (Roy, A. 2005). Y a su vez, estos patrones de comportamiento son más prevalentes en los adolescentes que realizan intentos suicidas (Conner, K., Duberstein, P., Conwell, Y., et al., 2003).

Las adversidades durante la infancia pueden estar relacionadas con el divorcio de los padres, suicidio de uno de los padres, muerte de un familiar, consumo de sustancias, familiares con problemas legales, pobreza, vivir en un hogar de acogida gubernamental, cambios frecuentes del lugar de residencia y psicopatología en los padres (Anda, R., Butchart, A., Felitti, V., et al., 2010).

Uno de los posibles mecanismos explicativos es que la exposición a situaciones adversas a edades tempranas produce desregulación emocional y conductas mal adaptativas como

agresión, hostilidad, violencia son mediadas por un exceso de conductas impulsivas y agresivas que inician a temprana edad (Brent, D., Melhem, N., Oquendo, M., et al., 2015).

Factores psicológicos

Variables cognitivas como: pensar de manera rígida, pobres habilidades para resolver problemas, desesperanza hacia el futuro, enfocarse más en el presente que el futuro (Viñas, F., Canals, J., Gras, E., et al., 2002).

Algunos investigadores han encontrado que la presencia de desesperanza, el neurotismo y un locus de control externo, constituyen factores de riesgo significativo para desarrollar intentos suicidas graves (Beautrais, A., Joyce, P. y Mulder, R. 1999).

Los reportes de algunas investigaciones han encontrado que la impulsividad constituye un factor de riesgo característico en los intentos suicidas en adolescentes (Apter et al., 1993). Lessard y Moretti (Lessard, J. y Moretti, M. 1998) encontraron que los adolescentes con apegos inseguros (ansiosos o preocupados) son más propensos a presentar ideación suicida. La severidad de la ideación suicida está directamente relacionada con el nivel de ansiedad.

Abuso

Se ha visto que la privación emocional durante la infancia temprana y las experiencias traumáticas a estas edades, predisponen al desarrollo de trastornos depresivos y problemas conductuales en la niñez (Ports, K., Merrick, M., Stone, D., et al., 2017).

El antecedente de abuso en niños se ha asociado con varios trastornos mentales (Shaffer, D. y Pfeffer, C. 2001). Específicamente, el abuso físico se relaciona con dificultades en el desarrollo de habilidades sociales, dejándolos expuestos al desarrollo de relaciones

interpersonales conflictivas y al aislamiento social (Johnson, J., Cohen, P., Gould, M., et al., 2002).

Son muchos los estudios que han encontrado una fuerte asociación entre el antecedente de abuso físico y sexual a edades tempranas y la conducta suicida (Fergusson, D., Lynskey, M. y Horwood, L. 1996).

Borowsky y colaboradores consideran que el antecedente de abuso sexual en adolescentes de ambos sexos es un fuerte predictor de suicidabilidad (Borowsky, I., et al., 1999).

Choquet y colaboradores encontraron que un 52% de los hombres que fueron víctimas de violación han realizado intentos suicidas versus un 2% en el grupo control. (Choquet, M., Darves-Bornoz, JM., Ledoux, S., et al., 1997)

c. Factores familiares / contextuales

El antecedente familiar de suicidio es uno de los principales factores de riesgo para la conducta suicida en adolescentes (Borowsky, I., et al., 1999).

Los niños con familiares que han cometido suicidio presentan más riesgo de realizar intentos suicidas, que aquellos sin ese antecedente familiar (Gutierrez, P., et al. 1996). Este riesgo va a depender del tipo de apego que el niño mantenía con la persona que se suicidó (Overholser, JC., Hemstreet, AH., Spirito, A., et al., 1989).

El suicidio en adolescentes está más relacionado con el antecedente de suicidio consumado por parte de uno de los progenitores, el riesgo es mayor cuando es la madre quien lo lleva a cabo (Qin, P., et al., 2003).

La presencia de enfermedad mental en los padres es considerada como factor de riesgo para desarrollar una conducta suicida en adolescentes y la historia familiar de depresión y consumo de sustancias aumenta el riesgo para suicidio consumado (Gould, MS., et al. 1996).

Los intentos de autoeliminación son más frecuentes en los adolescentes que provienen de familias disfuncionales, caracterizadas por presentar una relación deteriorada entre los padres y los hijos (Gould. MS., et al., 1996), con bajos niveles de comunicación (Shaffer, D., et al., 2001).

d. Factores neurobiológicos

Sistema serotoninérgico

Los estudios genéticos moleculares más recientes consideran que al menos un tercio de la variación genética del comportamiento suicida es por causa genética (Fu, Q., Heath, AC., Bucholz, K., et al., 2002).

Los estudios neuro bioquímicos han reportado que los pacientes con conductas suicidas muestran actividad serotoninérgica reducida a nivel central (Mann, JJ. 2003). Este hallazgo también ha sido encontrado en individuos con problemas en el control de impulsos y conductas violentas (Davidson, RJ., Putnam, KM. y Larson, CL. 2013).

El sistema de neurotransmisión de la serotonina (5-HT) ha recibido especial atención en el comportamiento suicida, por su función en la regulación del estado de ánimo.

Los múltiples estudios postmortem llevados a cabo en individuos suicidas, han encontrado: anomalías en el sistema de serotonina en la corteza prefrontal con presencia de pocos transportadores presinápticos de serotonina en la corteza prefrontal y occipital, hipotálamo y tronco encefálico (Mann, JJ. 2003) y niveles bajos del ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), principal metabolito de la serotonina (Åsberg, M. 1997).

Los niveles bajos de 5-HIAA en LCR también han sido asociados con las conductas impulsivas y agresivas en individuos que han cometido asesinatos impulsivos y actos incendiarios (Brown et al., 1982). Este hallazgo permite pensar que la serotonina cumple una función de freno y ante su deficiencia se produce mayor impulsividad y agresividad (Mann, JJ. 2003).

Los estudios postmortem también revelan:

- Disminución del transportador presináptico de 5-HT en la corteza prefrontal, principalmente en las áreas ventrales (Mann, JJ., Huang, YY., Underwood, MD., et al., 2000).
- Aumento de los receptores presinápticos 5-HT_{1A} en el núcleo del rafe (Turecki, G. 2005).
- Regulación hacia arriba (up regulation) de los receptores postsinápticos 5-HT, principalmente 5-HT_{1a} y 5-HT₂ en la corteza prefrontal (Turecki, G. 2005).
- Actividad de la enzima triptófano hidroxilasa (TPH) aumentada en el núcleo del rafe dorsal de individuos víctimas de suicidio con historia de un trastorno depresivo mayor (Mann, JJ. 2003).

Niveles bajos de 5-HIAA en LCR también han sido hallados en individuos que han realizado intentos suicidas serios (Mann, JJ. 2003).

Sistema noradrenérgico

Los estudios desarrollados sobre este sistema en individuos que han cometido suicidio son pocos en comparación con el sistema serotoninérgico.

Se han reportado pocas neuronas noradrenérgicas en el locus ceruleus en víctimas de suicidio con depresión mayor (Arango, V., Underwood, MD. Mann, JJ. 1996), pero no fue

posible descartar si este hallazgo estaba asociado a enfermedades específicas o al efecto del estrés.

Se han reportado niveles de receptores β -adrenérgicos en la corteza prefrontal aumentados en víctimas de suicidio (Mann, JJ., Stanley, M., McBride, PA., et al., 1986) y niveles de noradrenalina disminuidos en el tronco encefálico en individuos que han cometido suicidio (Ordway, GA., Widdowson, PS., Smith, KS., et al., 2002).

Niveles de noradrenalina altos en la corteza prefrontal y receptores α -adrenérgicos bajos son indicadores de sobreactividad noradrenérgica cortical (Mann, JJ. 2003).

Niveles altos de ansiedad y agitación están asociados con sobreactividad noradrenérgica, mayor riesgo de suicidio (Fawcett, J., et al., 1997) y actividad aumentada del eje hipotálamo hipófisis adrenal (Rubin, R., Phillips, J., Sadow, T., et al., 1995).

Sistema dopaminérgico

El sistema dopaminérgico tampoco ha sido muy estudiado en las víctimas de suicidio y los estudios disponibles son tan pocos que no es posible determinar un grado de confianza con los resultados obtenidos.

No se han hallado alteraciones en los receptores D4 de dopamina en el núcleo caudado de los suicidas con depresión mayor (Sumiyoshi, T., Stockmeier, CA., Overholser, JC., et al., 1995) ni en el mRNA de los receptores D1 y D2 de dopamina (Hurd, YL., Herman, MM., Hyde, TM., et al., 1997).

Se han encontrado niveles bajos de ácido homovanílico (HVA) en el LCR de sujetos con intentos suicidas con depresión mayor (Träskman, L., Åsberg, M., Bertilsson, L., et al., 1981).

Anormalidad en la señal de transmisión en el suicidio

La proteína kinasa (CPK) es parte de la vía de conducción de la señal de los receptores de serotonina 5-HT_{2A}. Se ha visto que la actividad de la CPK está disminuida en la corteza prefrontal e hipocampo de las víctimas de suicidio (Pandey, GN., Dwivedi, Y., Pandey, SC., et al., 1997).

Una deficiencia de las subunidades α de la proteína G selectiva ha sido asociada con suicidio, independientemente de un diagnóstico psiquiátrico (Dwivedi, Y. y Pandey, GN. 2008)).

Eje hipotálamo hipófisis adrenal (HHA)

El eje HHA mantiene una relación bidireccional con el sistema serotoninérgico (Karszen, AM., Meijer, OC. y Kloet, ER. 2005).

La desregulación del eje HHA puede ser cuantificada mediante el examen de supresión de dexametasona. El cortisol es monitorizado a la mañana siguiente de habersele administrado un análogo de glucocorticoides (dexametasona) por la noche. Niveles altos de cortisol sugieren un eje HHA hiperactivo (no supresor), mientras que niveles bajos de cortisol sugieren un eje hipoactivo (supresor) (Tajima, K., Montes, A., Güemes, I., et al., 2013).

La sobre estimulación del eje y la alteración de algunos neuropéptidos, como el neuropéptido y el factor liberador de corticotropina (CRF) han sido reportados en individuos que han sido víctimas de abuso (Peng, H., Long, Y., Li, J., et al., 2014).

Algunos estudios han encontrado asociación entre la hiperactividad del eje HHA y el suicidio (Coryell, W. y Schlessner, M. 2001).

En individuos que han cometido suicidio han encontrado glándulas adrenales más grandes y menos receptores CRF en la corteza prefrontal cortical (Rubin, RT., Phillips, JJ., Sadow, TF., et al., 1995).

Estudios genéticos familiares

A continuación, se presenta una breve revisión de los estudios en adopciones, gemelos y familiares. Estos estudios reconocen la existencia de una agregación familiar sobre la conducta suicida que va más allá de la transmisión de los trastornos psiquiátricos (Brent, D. y Mann, JJ. 2005).

❖ Estudios de adopción

Schulsinger y colaboradores, en 1979 desarrollaron un estudio sobre el suicidio en individuos adoptados. Se comparó las tasas de suicidio entre los familiares biológicos y los adoptivos de individuos que cometieron suicidio, utilizaron como grupo control individuos adoptados vivos. Encontraron que la tasa de suicidio era seis veces mayor en los familiares biológicos del suicida, mientras que los familiares adoptivos presentaban ausencia de riesgo. Sin embargo, no lograron determinar si el riesgo para la conducta suicida era determinado por la transmisión de un trastorno psiquiátrico mayor o por una vulnerabilidad (Brent, D.y Mann, JJ. 2005).

Otro estudio desarrollado por (Wender, P., Seymour, S., Rosenthal, D., et al., 1986) sobre trastornos afectivos en individuos adoptados, reportó una tasa de suicidio quince veces mayor en los familiares de los individuos adoptados que presentaban trastornos afectivos, esto apoyó el rol de los trastornos afectivos como parte de la genética del suicidio. Sin embargo, las tasas de suicidio más altas se encontraron en los familiares de los individuos con diagnóstico de Reacción Afectiva, hoy día conocido como Trastorno de la Personalidad del Cluster B. Este hallazgo sugiere la existencia de un nexo familiar entre la agresión

impulsiva y la conducta suicida, que puede ser heredado independientemente de los trastornos afectivos.

❖ Estudios en gemelos

Roy, A. y Segal, NL.(2001), realizaron una revisión de los reportes de caso publicados sobre suicidio en gemelos. Encontraron tasas de concordancia de los suicidios consumados en gemelos monocigotos (MZ) de 14.9% vs 0.7% en gemelos dicigotos (DZ) y para conducta suicida del 23% en GM vs 0.7% en DZ.

Otros estudios similares a este han llegado a la misma conclusión: “existe una transmisión familiar para conducta suicida que no puede ser explicada por la transmisión de otras psicopatologías” (Brent, D. y Mann, JJ. 2005).

Para Fu y otros ciertos factores ambientales compartidos pueden explicar el 18.5% de la varianza en los intentos de autoeliminación, pero no ocurre lo mismo en la ideación suicida, aunque ambas manifestaciones suicidas muestran un alto grado de covariación. (Fu, Q., et al., 2002),

❖ Estudios familiares

Los estudios familiares comparan la tasa de conducta suicida en los familiares de los individuos con suicidabilidad contra la tasa de conducta suicida de individuos sin suicidabilidad. A pesar de las variaciones en la metodología, los resultados son similares, esto lleva a pensar que la conducta suicida se agrega en estas familias (Brent, D. y Mann, JJ. 2005). Sin embargo; a pesar de estos hallazgos, los estudios no son capaces de distinguir entre las causas genéticas y las causas ambientales

La conclusión anterior apoya la propuesta de que el fenotipo clínico de la conducta suicida heredado incluye todas las manifestaciones de dicha conducta (Brent, D. y Mann, JI. 2005).

Los hallazgos de agregación familiar de conducta suicida son consistentes con la existencia de una vulnerabilidad (diátesis) única, transmitida genéticamente, diferente de los trastornos psiquiátricos transmitidos genéticamente (Dinwiddie, SH., Heath, AC., Dunne, MP., et al., 2000).

Fu y otros realizaron estudios en familias con una historia familiar de suicidio y encontró que el riesgo de morbilidad para suicidio era de 7.9% en familiares de pacientes que cometieron suicidio, mientras tanto, en los familiares de pacientes no suicidas era de 2.1%. En los familiares del grupo control, individuos no pacientes psiquiátricos fue del 0.3%. Este resultado originó la hipótesis de que existen dos componentes del riesgo familiar para suicidio: la condición de paciente y la condición de ser víctima de suicidio. (Fu, Q., et al., 2002)

Egeland, JA., y Sussex, JN. (2010) hicieron una revisión de los suicidios llevados a cabo durante 100 años en el Viejo Orden Amish. Se utilizó una combinación de historias familiares y se empleó una metodología de estudios familiares. Encontraron dos hallazgos importantes: 73% de los suicidios ocurrieron en 16% de la muestra (OR de 4.6) y 90% de los suicidios presentaban un trastorno del humor. Encontraron que uno de los linajes en este grupo está asociado tanto para el suicidio como para el trastorno del estado de ánimo.

Tsai y colaboradores, en el 2002, compararon los casos de cuarenta y un pacientes bipolares hospitalizados que cometieron suicidio contra cuarenta y un pacientes bipolares vivos que también fueron hospitalizados y que coincidían en las variables de sexo y edad, con el grupo de comparación. Los resultados encontraron que la historia de suicidio familiar en familiares de primer grado era más frecuente en aquellos pacientes que habían cometido suicidio que en el grupo control (17.1% vs 2.4%). La regresión logística identificó la historia

familiar de suicidio positiva como una de las tres variables que diferencia ambos grupos, seguido de la historia de intentos suicidas y el inicio de síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo (Brent, D. y Mann, JJ. 2005).

En un estudio familiar longitudinal de alto riesgo, en donde se analizaron un grupo de los descendientes de individuos con trastornos del humor que realizaron intentos de autoeliminación contra un grupo de los descendientes de individuos con trastorno del humor sin intentos suicidas. A través de regresión logística de los datos se logró identificar una serie de factores asociados con la transmisión de la intención suicida como: historia de abuso sexual reportado por uno de los padres, hijos con historia de abuso sexual, hijos con trastornos del humor, hijos consumidores de sustancias y agresión impulsiva en los hijos (Brent, D., et al., 2002).

La agresión impulsiva es el factor pronóstico más importante para intentos suicidas a temprana edad y es influenciado por la transmisión familiar de conducta suicida (Brent, D., et al., 2003).

En un estudio longitudinal de vulnerabilidad para conducta suicida, llevado a cabo durante 21 años en Nueva Zelanda, Fergusson y colaboradores encontraron varios factores fuertemente asociados con esta conducta: depresión, historia familiar de conductas suicidas, abuso sexual en la infancia, neurotismo, logros académicos, búsqueda de situaciones novedosas y mala relación con pares. (Fergusson, DM., Beautrais, AL. y Horwood, LJ. 2003)

Existe un creciente apoyo en la comunidad científica para la hipótesis que propone que la conducta suicida no puede ser explicada solamente por la transmisión de un trastorno psiquiátrico y reconocen que el suicidio y la conducta suicida presentan una agregación familiar y parecen ser heredables a través de dos componentes: el riesgo de presentar un trastorno psiquiátrico y el riesgo de presentar agresión impulsiva. Es la coincidencia de

ambos factores, el mayor factor de riesgo para comportamiento suicida (Brent, D. y Mann, JJ. 2005).

El riesgo de presentar psicopatología y conducta suicida en la descendencia aumenta ante la presencia de conducta agresiva-impulsiva de los padres, que, a su vez, predispone a la inestabilidad familiar y abuso.

Hallazgos neuroanatómicos

Bechara, A. (2000) propone un modelo somático que provee como marco de referencia hallazgos neuroanatómicos y cognitivos, estos tienen que ver con la toma de decisiones. Existe relación de la corteza prefrontal ventromedial y sus conexiones con la amígdala, ínsula, corteza somatosensorial y la sustancia blanca subyacente. Las lesiones en la corteza prefrontal ventromedial pueden producir alteración de la conducta social, pobre toma de decisiones, problemas en el aprendizaje, memoria, atención y lenguaje.

Ingvar, D. (1994) propuso un modelo basado en la toma de decisiones volitivas, consideró el supuesto de que las lesiones en la corteza prefrontal se relacionan con la falta de conciencia de los actos futuros, lo que a su vez puede contribuir al riesgo aumentado para cometer suicidio y otros actos impulsivos.

Davidson, R. y otros (2013), describieron un circuito anatómico de emoción y agresión, en donde el enojo involucra la activación de la corteza orbital prefrontal, el cíngulo anterior y la proyección inhibitoria de la amígdala, como un intento de suprimir la emoción. Lesiones en la corteza prefrontal interfieren con la inhibición de la conducta agresiva.

Estudios de imágenes con tomografía axial computarizada con emisión de positrones (PET) utilizando fenfluramina, han encontrado asociación entre la corteza prefrontal y la liberación de serotonina en actos suicidas e impulsivos (Mann, JJ. 2003).

e. Factores predictores de conductas suicidas

La presentación de conductas suicidas en niños pre púberes son un factor predictor de conducta suicida en la adolescencia (Pfeffer, CR., Klerman, GL., Hurt, SW., et al., 1993).

Los trastornos depresivos mayores de inicio temprano están asociados con aquellas conductas suicidas en la adolescencia y adultez (Kovacs, M., Goldston, D. y Gatsonis, C.1993).

Los niños y adolescentes que realizan intentos suicidas están en riesgo de consumir el suicidio, morir violentamente y tener pobre funcionamiento psicosocial (arrestos, accidentes, cambios de escuela frecuentes, huir del hogar), 5 a 10 años después del primer intento, siendo los hombres quienes presentan peor pronóstico (Cohen, R., Berman, AL y King, RA. 1982).

El internamiento en un hospital psiquiátrico en la adolescencia por un intento de autoeliminación aumenta el riesgo de repetir la conducta, principalmente durante el primer mes posterior al egreso (Spirito, A., Plummer, B., Gispert, M., et al., 1992).

f. Factores protectores

Algunos de los factores protectores conocidos contra la conducta suicida mencionados en la literatura son:

- Buenos niveles de comunicación familiar (Rubenstein, J., Halton, A., Kasten, L., et al., 1998).
- Poder comentar los problemas con familiares o amigos son factores protectores contra los intentos de autoeliminación (Rubenstein, JL., Heeren, T., Housman, D., et al., 1989).

- Contar con una enfermera o personal de salud en el ámbito escolar funciona como factor protector en las mujeres (Borowsky, W., et al. 1999).
- Las creencias religiosas brindan algún grado de protección (Gould, MS., Greenberg, T., Velting, DM., et al., 2003).

Tabla 8: Factores Protectores

- | | |
|---|---|
| . Cohesión familiar / con grupo de iguales | . Buenas relaciones interpersonales |
| . Nivel educativo | . Estrategias de afrontamiento positivas |
| . Autoconcepto positivo | . Autorregulación y flexibilidad cognitiva |
| . Autocontrol emocional | . Estilo atribucional positivo |
| . Valores/actitudes positivas hacia suicidio | . Habilidades resolución problemas |
| . Mujeres | . Tener creencias religiosas y culturales |
| . Apoyo familiar y comunitario | . Locus de control interno |
| . Buena autoestima | . Inteligencia |
| . Habilidades para formar razones para vivir. | . Tener apoyo y recursos de tipo social, comunitario, sanitario y educativo |

Tomado de: (Mosquera, L. 2016).

8. Estrategias de prevención

Las estrategias de salud pública para la prevención del suicidio en adolescentes deberían apoyarse en resultados obtenidos en investigaciones científicas, llevadas a cabo con la metodología apropiada. (World Health Organization, 2014).

Son muchas las revisiones sistemáticas que han intentado comparar los resultados obtenidos en las numerosas investigaciones realizadas sobre tratamiento, intervenciones y prevención del suicidio; sin embargo, son pocos los estudios que han probado sus estrategias en ensayos clínicos aleatorios randomizados, lo que dificulta tomar decisiones basadas en MBE (Gupta, R. y Jain, N. 2017).

Los adolescentes requieren intervenciones creadas según sus necesidades específicas, acorde con la etapa del desarrollo que están viviendo y según las exigencias propias de la edad.

Las prácticas internacionales recomiendan brindar un enfoque preventivo e integral, que incluya abordajes desde diferentes ángulos (Robinson, J., Bailey, E., Witt, K., et al.2018):

- Abordaje universal dirigido a toda la población
- Abordaje selectivo, dirigido a grupos específicos considerados de alto riesgo suicida
- Abordajes específicos, dirigidos a los individuos que presentan conductas suicidas

También se recomiendan intervenciones desde diferentes entornos: educativo, comunitario, lugares de trabajo y clínico/hospitalario (World Health Organization, 2014). Incluso, más recientemente, se menciona que las intervenciones también deben realizarse a través de medios digitales como las redes sociales, correos electrónicos y plataformas digitales (Patton, GC., Sawyer, SM., Santelli, JS., et al., 2016).

Algunas de las estrategias que han mostrado ser potencialmente eficaces son: crear ambientes protectores e identificar y apoyar a los individuos en riesgo. Cambios positivos en estos contextos pueden tener impacto a largo plazo en la prevalencia del suicidio en población joven (King, CA., Arango, A. y Foster, E. 2018).

Algunas de las estrategias que se han desarrollado con la intención de crear ambientes protectores son:

- Programas de crianza positiva: están asociados con una optimización de las habilidades parentales y mejor autoeficacia (Poole, MK., Seal, DW. y Taylor, CA. 2014).
- Entrenamiento para profesionales en salud en la prevención de abuso infantil: mejorar el conocimiento, la actitud y las conductas preventivas (Rheingold, AA., Zajac, K., Chapman, JE., et al., 2015).
- Programas escolares enfocados en mejorar el conocimiento de los niños sobre maltrato, pretenden mejorar su habilidad de autocuidado (Walsh, K., Zwi, K., Woolfenden, S., et al., 2015).
- Programas escolares de prevención del bullying: han reportado modesta efectividad en la reducción del acoso escolar y victimización (Jiménez, JA., Ruiz, JA., Llor, L., et al., 2016).
- Programas de prevención del bullying en línea: incorporan información dirigida a los adolescentes (Timmons, J., Levesque, DA., Harris, LA., et al., 2016).
- Consejería sobre métodos letales: consiste en brindar consejería a los padres dirigidos a restringir el acceso a medios letales en el hogar, como armas, medicamentos, lugares peligrosos (Barber, CW. y Miller, MJ. 2014).

Según Mann y colaboradores, los cambios en las legislaciones de algunos países que restringen el acceso a los métodos letales más prevalentes están asociados con la reducción en la tasa de suicidios. Algunos ejemplos son: restringir el acceso a armas de fuego en países como Noruega, Suiza, Austria, Nueva Zelanda; Inglaterra reduce el tamaño de los empaques de analgésicos; en Sri Lanka y la India se propuso disminuir la disponibilidad de pesticidas al utilizar almacenamientos más seguros; las barreras protectoras en los sitios populares para lanzarse han demostrado su eficacia (Mann, JJ., et al., 2005).

La detección temprana y el abordaje oportuno de los niños y adolescentes en riesgo, constituye una de las intervenciones más efectivas para prevenir el suicidio (The Swedish National Council for Suicide Prevention, 1997).

Con respecto a la identificación y apoyo oportuno de los jóvenes con riesgo suicida se han desarrollado varias intervenciones. Algunas de estas son:

- Entrenar miembros de la comunidad para que sean capaces de reconocer individuos en riesgo dentro de la comunidad, apoyarlos y facilitar el acceso a los servicios de salud (Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., et al., 2016).
- Estrategias dirigidas a mejorar el conocimiento sobre enfermedades mentales y así aumentar las habilidades de los médicos generales y pediatras para detectar y abordar a los individuos en riesgo (Brent, D. 2019).
- La estrategia Preguntar, Persuadir y Referir, también conocida como Gatekeeper en inglés: consiste en entrenar adultos que podrían estar en contacto con estudiantes con riesgo suicida para que pregunten, persuadan y refieran. Sin embargo; para que esta intervención sea efectiva requiere que los estudiantes pidan ayuda (Brent, D. 2019).

- El Servicio Preventivo de Estados Unidos recomienda realizar cribados para episodio depresivo mayor a todos los adolescentes entre 12 y 18 años, para asegurar el diagnóstico y abordaje oportuno de los mismos y así prevenir el riesgo suicida y las comorbilidades asociadas (Barton, MB., Petitti, DB., DeWitt, TG., et al., 2009).
- Implementar la aplicación de tamizajes que midan el riesgo suicida en grupos de riesgo en diferentes lugares de atención (escuelas, atención primaria, emergencias), aumentaría la detección temprana de los individuos en riesgo (Mann, JJ., et al., 2005).
- Una estrategia que se ha propuesto y que aún está en desarrollo se relaciona con el rol preventivo de los medios sociales al permitir identificar los individuos en riesgo (Robinson, J., et al., 2016).
- Reducir el riesgo suicida a través de intervenciones cortas y psicoterapia.
 - La Terapia Dialéctica Comportamental (DBT por sus siglas en inglés) en adolescentes es una de las terapias con más eficacia en la reducción de pensamientos y conductas suicidas en adolescentes. Se enfoca en el tratamiento individual de la tolerancia a la frustración, regulación emocional, análisis en cadena de la conducta para mejorar la autoeficacia y control del comportamiento (Mehlum, L., Cox, G., Bailey, E., et al., 2014).
 - La terapia cognitiva conductual (CBT por sus siglas en inglés) es un enfoque terapéutico de corta duración basado en un modelo flexible y formulado, que ha demostrado ser eficaz para muchos trastornos infantiles. También ha demostrado eficacia en la reducción de pensamientos y conductas suicidas en adolescentes (Taylor, LMW., Oldershaw, A., Richards, C., et al., 2011). La terapia de familia (TF), basada en el apego, ha demostrado ser eficaz en

reducir los síntomas depresivos y la ideación suicida en población adolescente (Ewing, ESK., Diamond, G. y Levy, S. 2015).

- Terapia de grupo con elementos de TCC, DBT y resolución de problemas ha sido efectiva reduciendo conductas autolesivas en adolescentes. Además, es una intervención de bajo costo en comparación con otros programas (Green, JM., Wood, AJ., Kerfoot, MJ., et al., 2011).
- El programa de alternativas seguras para niños y adolescentes (SAFETY PROGRAM en inglés), tiene una duración de doce semanas e incluye intervenciones de terapia cognitiva conductual (TCC). Está diseñado para integrarse en los servicios de emergencias. Tiene como objetivos: mejorar el ambiente protector en los diferentes entornos sociales; reducir la conducta suicida; elaborar un plan de seguridad y reducir los medios letales. Está a cargo de un terapeuta para los adolescentes y otro, enfocado en la familia y la red de apoyo comunal (Asarnow, JR., Berk, M., Hughes, JL., et al., 2015).

9. Tratamiento

Según Mann, JJ. (2003), el manejo de individuos con algunas conductas potencialmente suicidas involucra tres componentes principales:

- Diagnóstico y tratamiento del trastorno mental comórbido.
- Evaluación del riesgo suicida.
- Tratamiento de las comorbilidades psiquiátricas subyacentes, que contribuyen de una u otra manera con la angustia y los pensamientos suicidas. También se deben tratar las condiciones médicas comórbidas presentes en el individuo, como dolor, insomnio, dificultad respiratoria.

Cada vez que valoramos un individuo con pensamientos suicidas, se deben tener en cuenta los factores que contribuyen con la angustia y los impulsos suicidas (Brent, D., Oquendo, M. y Reynolds, C. 2019).

Intervenciones específicas, como el plan de seguridad, ayuda a los pacientes con tendencias suicidas a manejar la urgencia suicida a través de estrategias sencillas como: revisar la lista de razones para vivir; buscar distractores; realizar técnicas de regulación emocional; estrategias interpersonales (buscar familiares o amigos que lo acompañen) y tener a mano la lista de contactos a quienes puede pedir ayuda (Stanley, B., Brown, GK., Brenner, LA., et al., 2018).

Litio

Una de las primeras descripciones de las propiedades anti-suicidas del litio fue realizada en 1972 por Barraclough (Lewitzka, U., Severus, E., Bauer, R., et al., 2015). Desde entonces,

muchos estudios clínicos han demostrado la efectividad del litio en reducir el riesgo suicida en individuos con trastornos afectivos (Cipriani, A., Pretty, H., Hawton, K., et al., 2005).

A pesar de los estudios que apoyan la eficacia del litio en la reducción de la conducta suicida, poco se sabe del mecanismo que media en dicho resultado. Se han sugerido dos posibles mecanismos. El primero hace referencia al efecto estabilizador del ánimo del litio y la reducción de los episodios afectivos en quienes lo toman, con la consecuente reducción de la conducta suicida. La segunda sugiere que el litio disminuye la agresividad y la impulsividad, reduce el riesgo de conductas suicidas (Lewitzka, U., et al., 2015).

Clozapina

La clozapina es un antipsicótico de segunda generación que ha demostrado reducir el riesgo de conductas suicidas en pacientes con esquizofrenia (Patchan, KM., Richardson, C., Vyas, G., et al., 2015). Es el único medicamento reconocido por la FDA para reducir el riesgo suicida asociado a psicosis (Pompili, M., Baldessarini, RJ., Forte, A., et al., 2016).

Se desconoce la causa del efecto antisuicida de este medicamento. Unos han propuesto que se debe a la reducción de la impulsividad y la agresión, en lugar de la reducción de los síntomas depresivos. Otros creen que se debe al seguimiento estrecho que reciben los pacientes en tratamiento con clozapina (Pompili et al., 2016).

Antidepresivos

Estudios naturalistas a gran escala han demostrado que el inicio del tratamiento antidepresivo no se relaciona con un aumento del riesgo suicida. Más bien, mantener tratamiento durante un trastorno depresivo se ha asociado con reducción del riesgo suicida (Søndergård, L., Kvist, K., Andersen, PK., et al., 2006b).

En adultos, durante la fase inicial de tratamiento con ISRS, puede verse un aumento de los pensamientos suicidas, pero no así de la conducta suicida (Cipriani, A., Geddes, JR., Furukawa, TA., et al., 2007). Sin embargo, la aparición de ideación suicida asociado a la medicación es bajo y el riesgo versus el beneficio de iniciar medicación en cuadros depresivos es mayor el beneficio de utilizarlo (Mulder, RT., Joyce, PR., Frampton, CMA., et al., 2008).

Con respecto a la población infanto juvenil y el uso de antidepresivos en cuadros depresivos, la evidencia ha encontrado que se puede dar un aumento de pensamientos suicidas. Lo que no quiere decir que la comunidad científica no apoye su uso en esta población (Søndergård, L., et al., 2006a).

El uso combinado de fluoxetina con TCC puede disminuir el riesgo de ideación suicida y conductas suicidas que si se utiliza solo farmacoterapia (Kellner, C., Fink, M., Knapp, R., et al., 2005).

B. Planteamiento del problema y situación actual

La conducta suicida ha existido desde los inicios de la humanidad y ha sido interpretada desde diferentes teorías, con el afán de comprender la causa que lleva a un individuo a ponerle fin a su vida. Estamos lejos de llegar a comprender a profundidad este complejo fenómeno, aunque, a la fecha, contamos con algunos indicios gracias a los avances en neurobiología y genética molecular.

El suicidio constituye la tercera causa de muerte entre los niños mayores de 10 años y los menores de 30 años (Picazo-Zappino, 2014), lo que según la OMS (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2002), representa una tasa de suicidio en menores de 14 años del 0.9 por 100.000 habitantes.

La valoración de la intención letal en esta población plantea grandes dificultades, ya que el concepto de muerte del niño y la intencionalidad del acto se constituyen junto con el desarrollo evolutivo y cognitivo. O sea, que para hablar de intención letal, la persona debe tener un concepto maduro de la muerte (como condición irreversible) y la seguridad plena de que las acciones llevadas a cabo causarán la muerte (Legido Gil, 2012). Sin embargo, esto no quiere decir que dichas conductas no representen un riesgo para la vida del menor que no presenta conciencia e intención letal del acto que realiza.

Es por esto que los intentos de suicidio en la población infanto juvenil deben ser analizados cuidadosamente. Debemos discriminar si los mismos son realizados con la intención real de acabar con su vida o si son una manera de manifestar un malestar y pedir ayuda. En la mayoría de los casos, los niños no presentan una intención real y clara de morir.

Dado que la conducta suicida en la población infanto juvenil ha aumentado considerablemente tanto en nuestro país como a nivel mundial, se hace necesario realizar

investigaciones sobre el tema a nivel nacional, que nos permitan implementar estrategias de detección oportuna y prevención acorde con nuestra realidad.

Esta investigación constituye un primer acercamiento a la realidad nacional sobre la ideación suicida y los intentos de autoeliminación atendidos en el Hospital Nacional de Niños. Se pretende caracterizar sociodemográficamente esta población.

C. Hipótesis

La conducta suicida en sus diferentes manifestaciones, es un fenómeno que va en ascenso en la población infanto juvenil. Dadas sus repercusiones, tanto a nivel individual como a nivel social, es necesario desarrollar estrategias de detección temprana y abordajes rápidos y oportunos, que nos permitan incidir en aquellos que manifiestan dichas conductas.

Según los estudios revisados, la prevalencia de la conducta suicida en la población infanto juvenil oscila entre 0.9 por 100.000 habitantes según la OMS(Organización Mundial de la Salud, 2002), recordando que la casuística va a variar según el diseño del estudio y las características de la muestra, por lo que no es tan fácil extrapolar dichos resultados a nuestro país.

Es difícil estimar los resultados que arroje esta investigación, dado que hasta el momento no se han realizado estudios similares a nivel nacional, aunque se podría esperar que los datos que se obtengan sean similares a los encontrados en otras latitudes.

Con base en la literatura revisada, es de esperar que el número de casos de niños atendidos con pensamientos de muerte sea mayor que el número de niños atendidos con historia de intentos de autoeliminación.

Es de esperar que la ideación suicida se presente más frecuentemente en niños, mientras que los intentos de autoeliminación graves, que implican planificación sean más frecuentes en adolescentes.

También, es posible encontrar relación entre los factores de riesgo familiares (IS/IAE/suicidio) y la conducta suicida en la población infanto juvenil.

De igual manera, se espera encontrar que los casos de niños con antecedente de intentos de autoeliminación previos presenten mayor riesgo suicida y mayor número de situaciones de riesgo que aquellos que realizan un intento de autoeliminación por primera vez.

También, se espera encontrar que uno de los factores de riesgo más frecuentes en el contexto familiar sea la relación filio parental deteriorada, caracterizada por falta de comunicación, roles parentales deteriorados, historia de violencia intrafamiliar, entre otros.

D. Objetivos

1. Objetivo General

Describir la presentación clínica y sociodemográfica de la ideación suicida y los intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años atendida en el Hospital Nacional de Niños del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2018.

2. Objetivos específicos

1. Determinar la incidencia de la ideación suicida y los intentos de autoeliminación atendida en el Hospital Nacional de Niños del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2018.
2. Mencionar los factores de riesgo con mayor incidencia en la población de este estudio.
3. Describir las características clínicas que se presentan con mayor frecuencia en la población de este estudio.
4. Describir las características sociodemográficas más frecuentes en la población de este estudio.

E. Límites y alcances de la tesis

1. Alcances

Ante la escasez de estudios relacionados con la ideación suicida y los intentos de autoeliminación en la población infanto juvenil a nivel local, la presente propuesta de investigación pretende explorar las características clínicas de dicha población y los factores de riesgo individuales, sociales, familiares y precipitantes asociados a la conducta suicida.

Una fortaleza de esta investigación apunta a que es el primer estudio realizado en nuestro país referente a la conducta suicida en la población infanto juvenil y sus resultados vienen a ser un primer intento de conocer este fenómeno.

La población infanto juvenil con conductas suicidas se verá beneficiada con los resultados obtenidos de este estudio y de las recomendaciones que surjan del mismo.

2. Límites

Una de las limitaciones del presente estudio está relacionada con el tamaño reducido de la muestra. Este aspecto, a su vez, puede ser consecuencia de que el estudio realizado fue unicéntrico.

Una segunda limitación está relacionada con la edad de los participantes en el estudio (4 a 13 años), lo cual está ligado con el hecho administrativo de que en el HNN se atienden niños menores de 13 años. Aquellos niños/adolescentes mayores de 13 años son atendidos en otros hospitales.

El estudio se llevará a cabo en un único centro hospitalario, por lo que no se podrán realizar generalizaciones para todo el territorio nacional basados en los resultados obtenidos. Sin embargo, este es un primer acercamiento a una problemática que parece ir en aumento tanto a nivel nacional como internacional.

Por tratarse de un estudio observacional descriptivo con revisión de registros médicos retrospectivamente, se parte del hecho de que no se contará con la información completa en todos los expedientes, ya que hay información que se omite dependiendo del clínico que realiza la valoración.

3. Evaluación del riesgo/beneficio de la investigación

Por tratarse de un estudio observacional, descriptivo, sin intervención por parte del investigador con el paciente, el riesgo al que están expuestos los participantes de la investigación es inferior al mínimo. El principal riesgo potencial es la pérdida de la confidencialidad de la información recolectada, dado que los participantes no serán sometidos a ningún tipo de intervención directa o indirecta ni a una entrevista.

Para subsanar el riesgo de pérdida de la confidencialidad, el equipo investigador se comprometió a tomar todas las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de la información: mantener el acceso restringido a los expedientes médicos y a la información recolectada de estos; además, se codificarán los datos que permitirían identificar a los participantes de la investigación, asignándoles un número consecutivo en orden ascendente.

La investigación no pretende conseguir beneficios individuales para los participantes. Sin embargo, existe un beneficio significativo para la sociedad costarricense, dado que este será el primer estudio a nivel nacional que caracterice clínica y socio demográficamente a la población de 4 a 13 años con intentos de autoeliminación. Permite detectar los factores de riesgo que más atañen a esta población y elaborar un plan de intervención específico, según sus características sociodemográficas y clínicas.

Por tanto, el beneficio de la presente investigación es mayor que el riesgo, tanto para los sujetos involucrados como para la sociedad en general.

4. Consideraciones Bioéticas

- **Principio de autonomía:**

No se verá afectada la autonomía de los participantes, ya que el presente es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, sin que medie contacto directo con pacientes y con bases de datos seguras.

- **Principio de justicia:**

Se respetará el principio de justicia donde se mantendrá la equidad. Todos los pacientes serán evaluados y considerados dentro del estudio, a no ser que no se cuente con suficiente información en el expediente para alcanzar el 50% de la información requerida o no se cumplan con los criterios de inclusión.

- **Principio de beneficencia:**

Los pacientes pueden resultar beneficiados del estudio de forma indirecta, ya que se logrará conocer mejor la problemática de la intoxicación por abuso y mejorar su tratamiento.

- **Principio de no maleficencia:**

El estudio es observacional, por tanto, los pacientes no serán sometidos a ninguna intervención que los ponga en riesgo.

**CAPÍTULO 2:
DESARROLLO DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN**

A. Materiales y métodos

1. Consideraciones Estadísticas

Este estudio se planteó como requisito de graduación para optar por el grado de Especialidad en Psiquiatría Infantil de la Universidad de Costa Rica (UCR), dentro del programa de especialidades a cargo del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Esta especialidad es impartida en el Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”, ubicado en San José, Paseo Colón, único centro hospitalario pediátrico especializado en el país, en donde se atienden niños menores de 12 años, además de algunas excepciones que, por su complejidad, requieran continuar control en dicho centro.

Como se mencionó anteriormente, en la población infanto juvenil es posible encontrar todas las manifestaciones de la conducta suicida, los cuales se pueden relacionar o no con enfermedades mentales como comorbilidades. Y al igual que en los adultos, corren el riesgo de culminar en suicidio consumado, sin la detección temprana y abordaje oportuno. De hecho, esta problemática se ha hecho cada vez más frecuente en la población infanto juvenil, tanto en nuestro país, como a nivel mundial.

Con el apoyo del personal del Departamento de Archivos Médicos del HNN, se procedió a identificar el total de casos atendidos en el servicio de Emergencias del HNN debido a ideación suicida, intentos de autoeliminación y heridas autoinflingidas, en el período comprendido entre el 01 de junio de 2012 y el 01 de junio de 2018, en los niños de 4 a 13 años. Se hizo una búsqueda en las bases de datos con las palabras “ideación suicida, intento de autoeliminación y heridas autoinflingidas”, en los registros de problemas o diagnósticos

establecidos. El resultado de dicha búsqueda corresponde al grupo de pacientes que constituye la población de estudio de la presente investigación.

En este trabajo se examinaron las características de los casos atendidos por ideación suicida e intento de autoeliminación en el servicio de Emergencias del HNN, así como las características de la atención brindada. Para la recolección de la información, se recurrió a la revisión de los expedientes médicos.

El presente estudio fue previamente aprobado por el Comité Ético Científico (CEC) del HNN. La hoja de recolección de datos de cada paciente en estudio incluyó: edad, sexo, provincia y cantón de residencia, religión, tipo de familia, dinámica familiar, nivel educativo del menor, nivel educativo de ambos padres, ocupación de ambos padres, antecedente de enfermedades psiquiátricas comórbidas, antecedente de valoración por psiquiatría/psicología, antecedente de IS, antecedente de IAE previo, presencia de IS actual, presencia de IAE actual, contexto del evento actual, intención letal del IAE, letalidad del método empleado, lugar donde ocurrió el IAE, plan suicida al momento del IAE, mecanismo actual del IAE, equivalentes depresivos al momento del evento actual, síntomas clínicos asociados al evento actual, diagnóstico de referencia al HNN, diagnóstico por psiquiatría, factores de riesgo: familiares, sociales e individuales; factores precipitantes, tratamiento brindado, días de internamiento, manejo ambulatorio, contrareferencia a otro servicio de psiquiatría o psicología, alta, traslado al HNP, números de citas de seguimiento en la consulta externa de psiquiatría y/o psicología.

1.1 Variables del estudio

Tabla 9: Operacionalización de las variables del estudio

DIMENSIÓN	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	CATEGORÍA
SOCIO- DEMOGRÁFICO	Edad	Cuantitativa continua	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser desde su nacimiento	Cantidad exacta de años cumplidos por la persona a la fecha del estudio	
	Sexo	Cualitativo nominal	Característica biológica, anatómicas y genética que distingue a los hombres de las mujeres	Grupo genérico al que pertenece la persona en estudio	1. Masculino 2. Femenino
	Provincia de residencia	Cualitativa nominal	División administrativa territorial en que se organizan algunos estados	Provincia de residencia de cada uno de los pacientes en estudio	1. San José 2. Alajuela 3. Cartago 4. Heredia 5. Guanacaste 6. Puntarenas 7. Limón
	Cantón de Residencia	Cualitativa nominal	Unidad de división administrativa y territorial de algunos países	Cantón de residencia dentro de la provincia del paciente en estudio	82 cantones
	Religión	Cualitativo nominal	Conjunto de creencias religiosas, normas y ceremonias que son propias de un determinado grupo, con las que el hombre reconoce una relación con una divinidad superior	Grupo religioso al que pertenece la familia	1. Practicantes 2. No practicante 3. No especificado
	ESCOLARIDAD	Nivel educativo del niño	Cualitativo ordinal	Nivel de estudios formal que tiene una persona	Nivel de estudios alcanzado por la de persona al momento del estudio

	Nivel educativo de la madre	Cualitativo ordinal	Nivel de estudio formal que tiene una persona	Nivel de estudios de la persona al momento del estudio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria completa 3. Primaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Secundaria Incompleta 6. Técnico 7. Universitario de grado completo 8. Universitario de grado incompleto 9. Postgrado 10. Desconocido
	Nivel educativo del padre	Cualitativo ordinal	Nivel de estudio formal que tiene una persona	Nivel de estudios de la persona al momento del estudio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeto 2. Primaria completa 3. Primaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Técnico 7. Universitario de grado completo 8. Universitario de grado incompleto 9. Postgrado 10. Desconocido
EMPLEO	Ocupación de la madre	Cualitativa nominal	Empleo u oficio al que se dedica una persona	Tipo de ocupación al que se dedica un individuo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desempleada 2. Oficio no remunerado 3. Trabajo ocasional 4. Empleada 5. Subempleada 6. Cuenta propia 7. Pensionada 8. No especificado
	Ocupación del padre	Cualitativa nominal	Empleo u oficio al que se dedica una persona	Tipo de ocupación al que se dedica un individuo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desempleado 2. Oficio no remunerado 3. Trabajo ocasional 4. Empleada 5. Subempleada 6. Cuenta propia 7. Pensionada

					8. No especificado
FAMILIA	Tipo de familia	Cualitativo nominal	Personas con vínculo de parentesco que viven en la misma vivienda	Composición familiar	1. Nuclear 2. Extendida 3. Ampliada 4. Monoparental 5. Reconstituida 6. Hogar de acogida 7. Institucionalizado
	Dinámica familiar	Cualitativo nominal	Interacción entre los miembros de la familia, que determinan el funcionamiento de la vida en familia, regulando la jerarquía, funciones y roles	Interacción que se genera al interior de un grupo familiar	1. Funcional 2. Disfuncional
COMORBILIDAD	Valoración psiquiátrica o psicológica previa	Cualitativo dicotómico	Recepción de tratamiento psiquiátrico o psicológico previo al IAE	Existencia de atención previa	1. Sí 2. No
	Enfermedades comórbidas en el menor afectado	Cualitativo nominal	Presencia de un comportamiento o conjunto de síntomas identificables en un individuo, generando malestar	Existencia de una enfermedad mental previa	1. TOC 2. TOD 3. TDAH 4. Trastorno de conducta 5. Trastorno del ánimo 6. Trastorno de ansiedad 7. Consumo de sustancias 8. Problemas legales 9. Otro:
	Tratamiento psiquiátrico o psicológico para su comorbilidad	Cualitativo dicotómico	Uso de psicofármacos para una enfermedad comórbida previa	Existencia de tratamiento psicofarmacológico o previo	1. Sí 2. No
	Antecedente de IS previa	Cualitativo dicotómico	Presencia de pensamientos de muerte en la historia de vida del individuo	Existencia de pensamientos de muerte en los antecedentes del individuo en investigación	1. Sí 2. No

	Antecedente de IAE previos	Cualitativos dicotómicos	Presencia de intentos de autoeliminación previos en la historia de vida del individuo	Historia de intentos de autoeliminación en los antecedentes personales del individuo en el momento del estudio	1. Sí 2. No
EVENTO ACTUAL	Ideación suicida	Cualitativo nominal dicotómico	Pensamiento de muerte que no asocian conductas suicidas	Pensamientos relacionados con la propia muerte sin llegar al acto	1. Sí 2. No
	Intento de autoeliminación	Cualitativo nominal dicotómico	Acto llevado por el individuo con la intención de acabar con su vida	Acción intencional de causar su propia muerte	1. Sí 2. No
	Plan suicida al momento de IAE actual	Cualitativo nominal dicotómico	Es aquella idea que, además de expresar sus deseos de autoeliminación, contiene el método específico, el lugar determinado y las precauciones que ha de tomar para lograr no ser descubierto y alcanzar el propósito anhelado de morir	Planificación del acto suicida	1. Sí 2. No
	Contexto del IAE	Cualitativo nominal dicotómico	Circunstancias que se encuentran involucradas o rodean la conducta suicida	Situación relacionada con la conducta suicida	1. Impulsivo 2. Depresivo 3. Enojo 4. Miedo 5. Manipulación 6. Premeditado
	Intención letal	Cualitativo nominal dicotómico	Carácter intencionado o deliberado de un individuo de acabar con su vida	Intencionalidad	1. Sí 2. No
	Letalidad del método	Cualitativo nominal	Modo de actuar que puede tener	Potencial de causar la muerte	1. Baja 2. Moderada

	empleado		consecuencias mortales en un individuo		3. Grave 4. No especificada
	Lugar donde ocurrió en IAE	Cualitativo nominal	Espacio donde se lleva a cabo la conducta suicida	Lugar donde el menor lleva a cabo el IAE	1. Casa 2. Escuela 3. Casa de un familiar 4. Casa de un amigo 5. Lugar público 6. Lugar solitario/ alejado
	Equivalentes depresivos al momento del IAE	Cualitativo nominal dicotómico	Síntomas conductuales que expresan depresión, con igual capacidad predatoria que otras manifestaciones	Síntomas conductuales depresivos	1. Robo 2. Fuga escolar 3. Deserción escolar 4. Huir de casa 5. Hiperactividad motora 6. Mentir 7. Bajo rendimiento académico 8. Consumo de sustancias 9. Conductas sexuales de riesgo 10. Conducta impulsiva 11. Cutting
	Síntomas clínicos asociados al IAE	Cualitativo nominal	Manifestaciones clínicas, objetivas y fiables encontradas en el examen mental	Manifestación clínica	1. Ánimo depresivo 2. Ansiedad 3. Astenia 4. Adinamia 5. Hipobulia 6. Anergia 7. Insomnio 8. Pérdida del apetito 9. Dificultad para concentrarse 10. Aislamiento social 11. Desesperanza 12. Irritabilidad 13. Somatización

	Diagnóstico con el que se refiriere al HNN	Cualitativo nominal	Clasificación diagnóstica con la que el paciente es derivado al centro de salud para una atención especializada	Clasificación diagnóstica según CIE 10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ideación suicida 2. Intento de autoeliminación 3. Historia personal de heridas autolesivas 4. Problema con grupo primario de apoyo 5. Intoxicación con medicamentos 6. Intoxicación con plaguicidas 7. Otro:
	Diagnóstico por psiquiatría	Cualitativo nominal	Clasificación diagnóstica al momento del egreso, a partir del conjunto de síntomas, signos y comportamientos en el individuo	Clasificación diagnóstica según CIE 10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno depresivo 2. Trastorno de ansiedad 3. Trastorno depresivo/ansioso 4. Trastorno de aprendizaje 5. Trastorno de lenguaje 6. TEA 7. TOC 8. TOD 9. TDAH 10. Reacción de ajuste 11. Consumo de sustancias 12. IS sin diagnóstico psiquiátrico asociado 13. Problemas relacionados con grupo 1ro de apoyo
FACTORES DE RIESGO	Factores de riesgo familiares	Cualitativo nominal	Situaciones o circunstancias que se presentan en el contexto familiar que aumentan el riesgo de desarrollar	Circunstancias dentro del contexto familiar que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo estatus económico 2. Bajo nivel educativo en los padres 3. Disfunción familiar 4. Familia monoparental

			enfermedades en sus miembros		<ol style="list-style-type: none"> 5. Vivir apartado de los padres 6. Separación reciente de los padres 7. VIF 8. Psicopatología en los familiares de primer y segundo grado 9. Conducta suicida en familiares
	Factores de riesgo sociales	Cualitativo nominal	Toda circunstancia o situación ambiental que aumenta las probabilidades de una persona de desarrollar una enfermedad	Circunstancias sociales detectadas que hacen más probable la aparición de una conducta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de apoyo social 2. Condición de pobreza 3. Amplia cobertura de los suicidios por los medios de comunicación
	Factores de riesgo individuales	Cualitativo nominal	Toda circunstancia o situación individual que aumentan las probabilidades de una persona de desarrollar una enfermedad	Circunstancias individuales que hacen más probable la aparición de una enfermedad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antecedente de VIF 2. Antecedente de AS 3. Consumo de drogas 4. Trastorno de conducta 5. Problemas de aprendizaje 6. Aislamiento social 7. Nivel económico bajo 8. Antecedente de enfermedad crónica 9. Deserción escolar 10. Antecedente de residencia 11. Antecedente de intervención por el PANI 12. Otro:

	Factores precipitantes	Cualitativo nominal	Elemento que causa o contribuye a la aparición de una enfermedad	Circunstancia que favorece la aparición de una enfermedad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acontecimientos vitales estresantes 2. Duelo reciente 3. Anticipación de un castigo 4. Intoxicación con sustancias 5. Crisis familiar 6. Cambio de residencia 7. Problema con grupo de pares 8. Problema sentimental 9. Problema relacionado con la orientación sexual 10. Fracaso escolar 11. Exposición reciente a un acto de suicidio 12. Bullying/ Cyberbullying 13. Fuga del hogar 14. Otro:
TRATAMIENTO	Tratamiento	Cualitativo nominal	Pautas o actuar médico llevado a cabo sobre el malestar de un individuo con el objetivo de prevenir, aliviar o curar	Terapéutica brindada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tx farmacológico 2. Tx psicoterapéutico 3. Intervención por trabajo social 4. Internamiento 5. Opción 1, 2, 3 6. Opción 1, 2, 3 y 4 7. Manejo ambulatorio 8. Alta 9. Referencia/ Contrareferencia 10. Traslado al HNP

	Internamiento	Cualitativo nominal	Período de una persona cuando se encuentra recluida en un hospital	Días de internamiento	Número de días: _____
	Seguimiento ambulatorio por psiquiatría	Cualitativo nominal dicotómico	Proceso de atención posterior a una intervención diagnóstica o terapéutica	Citas de seguimiento en la consulta de psiquiatría	1. Sí 2. No
	Seguimiento por Psicología	Cualitativo nominal dicotómico	Proceso de atención posterior a una intervención diagnóstica o terapéutica	Citas de seguimiento en la consulta de Psicología	1. Sí 2. No
	Seguimiento Ambulatorio	Cualitativo nominal	Proceso de atención sanitario que continúa a otra intervención diagnóstica o terapéutica	Número de citas de seguimiento	Número de citas: _____
	Referencia/ Contrareferencia a psiquiatría de otro hospital	Cualitativo nominal dicotómico	Proceso administrativo que permite prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad de los servicios	Indicación de referencia	1. Sí 2. No
	Dado de alta	Cualitativo nominal dicotómico	Egreso por autorización médica que implica la finalización del tratamiento	Egreso sin seguimiento ambulatorio	1. Sí 2. No

1.2 Método para el análisis de datos

1.2.1 Análisis descriptivo

Las variables cualitativas se analizarán utilizando tablas de frecuencias simples y tablas de asociaciones o contingencia. Las variables cuantitativas se analizarán por medio de estadísticos de tendencia central (mínimo, promedio, máximo, cuartiles, otros.) y por medio de estadísticos de variabilidad (rango, desviación estándar, rango intercuartílico, coeficiente de variación, otros.).

1.2.2 Análisis inferencial

Se utilizará la prueba chi-cuadrado para medir la asociación entre dos variables cualitativas, la prueba t-student o el análisis de varianza para comparar promedio de dos o más muestras independientes, con su respectivo cumplimiento de supuestos, y si es posible, un modelo multivariado para tratar de validar los factores de riesgo detectados.

1.3 Diseño muestral

1.3.1 Tipo de muestreo

Con el total de la población (158 pacientes) se obtuvo la muestra de 63 pacientes de la población de estudio, por medio de selección sistemática, ordenada por variables: sexo, edad, provincia. Los pacientes que no resultaron seleccionados en la muestra se dejarán

como muestra de sustitución, por si no se encuentra la información completa en alguno de los expedientes, eligiéndolos en el orden en el que se encuentran por la variable caso.

El muestreo que se utilizó es el irrestricto aleatorio (MIA) y el tamaño de la muestra se calculó teniendo en cuenta un nivel de confianza del 90%, con un error del 8% y varianza máxima. (Tabla 10)

Tabla 10: Cálculo del tamaño muestral para los pacientes con ideas suicidas y autoeliminación 2012-2018 HNN.

Pacientes con ideas suicidas	Nivel de confianza	p	q	Varianza máxima	Error máximo permisible	Muestra sin corrección	Muestra con corrección	Espaciamiento K	Espaciamiento entero	Arranque aleatorio
158	1,645	0,5	0,5	0,25	0,08	105,7	63	2,5	25	3

Se aplicó la teoría de muestreo para la estimación de una proporción y como estimador de la varianza se utilizó la varianza máxima, donde $p = 0,5$

$$n_0 = \left(\frac{Z_{\frac{\alpha}{2}} \sqrt{pq}}{d} \right)^2$$

$Z_{\frac{\alpha}{2}}$ = Nivel de Confianza con la distribución normal = 1,645 al 90% de confianza

d = Error máximo permisible = 0,08

$p = 0,5$

$q = 1-p = 0,5$

Corrección por finitud

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Para seleccionar la muestra se procedió a ordenar a los pacientes por sexo, edad y provincia, con selección sistemática.

Unidad de muestreo: son los expedientes clínicos de la población de pacientes con ideación suicida e intentos de autoeliminación atendidos en el HNN del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2018.

Unidad de observación: Cada uno de los pacientes seleccionados de manera sistemática de la población de pacientes con ideación suicida e intentos de autoeliminación.

Marco de muestreo: Listado de los pacientes que tuvieron como diagnóstico principal ideación suicida o autoeliminación en el Hospital Nacional de Niños entre los años 2008 al 2018.

1.3.2 Elección de la muestra

Con el total de la población se obtuvo la muestra de 63 pacientes de la población en estudio, por medio de selección sistemática, ordenada por las variables sexo, edad y provincia; los pacientes se seleccionan en la muestra 1, si algún paciente no se encuentra, lo sustituye la muestra 2 eligiéndolo en el mismo caso que no se encontró en la muestra 1.

1.4 Mediciones y estimaciones

Se estimará la incidencia y prevalencia por ideación suicida e intentos de autoeliminación, para el país, por provincia sexo y edad.

Estas tasas se estandarizarán para poder realizar comparaciones.

1.5 Poder estadístico

Estimación del poder Estadístico de la muestra (Prueba binomial)

Ho: $p = p_0$ versus Ha: $p \neq p_0$

Parámetros en estudio

Alfa = 0,05

n = 63

Delta = 0.20

$p_0 = 0,50$

$p_a = 0,70$

Estimación de poder y el alfa:

Potencia = 0,8954

Actual alfa = 0,0430

Es decir, la probabilidad de que una prueba identifique correctamente un efecto real es del 89,5%.

1.6 Análisis secundarios

Se analizarán los factores de riesgo individuales, familiares y sociales asociados con mayor frecuencia a la ideación suicida y a los intentos de autoeliminación en la población infanto juvenil.

Con la información de las comorbilidades previas, se indagará la comorbilidad específica y su codificación CIE-10, para realizar un mejor análisis.

1.7 Criterios de inclusión y exclusión

Para el estudio se abarcó una muestra de 63 expedientes de niños mayores de 4 y menores de 13 años que fueron atendidos en el Hospital Nacional de Niños por ideación suicida e intento de autoeliminación durante el período comprendido entre el 1 de junio de 2012 al 1 de junio de 2018, sin hacer restricción por género y etnia.

Se excluyeron del estudio los expedientes de los niños menores de 4 años y los mayores de 13 años que hayan sido atendidos en el Hospital Nacional de Niños por ideación suicida e intento de autoeliminación durante el período indicado. También se excluyeron los expedientes incompletos, donde no se pudo completar más del 50% de las variables requeridas en el estudio. También fueron excluidos los casos en los cuales se hayan extraviado los registros médicos.

B. RESULTADOS

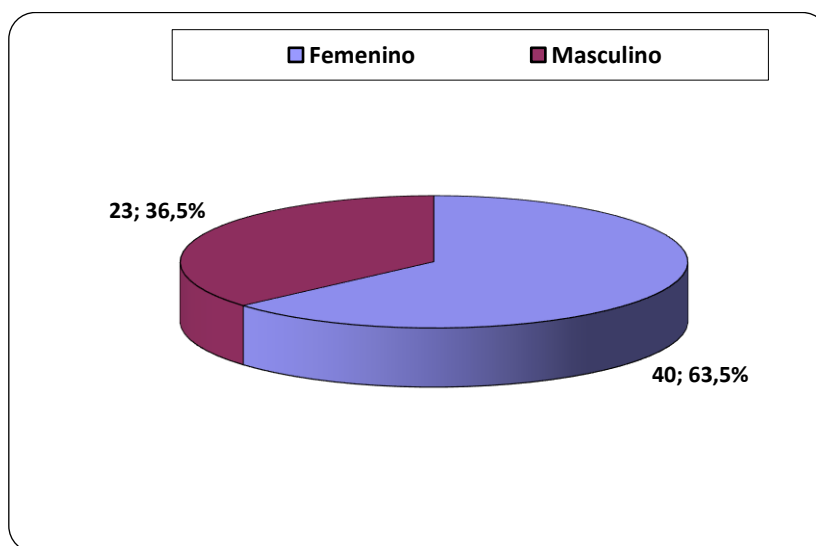
Análisis estadístico de la muestra estudiada

1 Características de los pacientes

1.1 Género

El 63,5% de los pacientes de la muestra con ideación suicida e intentos de autoeliminación correspondió a mujeres, mientras que el 36,5% restante de la muestra eran hombres. Estadísticamente, la proporción de hombres es menor que la proporción de mujeres (Gráfico 1)

Gráfico 1: Costa Rica. Género de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)

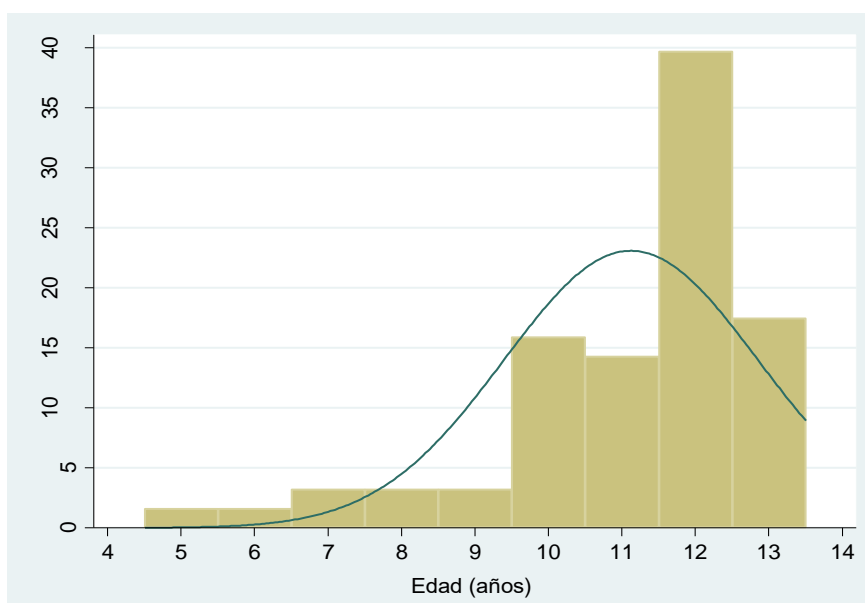


Fuente: Expedientes

1.2 Edad

El coeficiente de asimetría = $-1,740$, indica que la distribución de la edad de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación presenta asimetría negativa, es decir, se presentan mayormente en niños de 10 hasta los 13 años. (Gráfico 2)

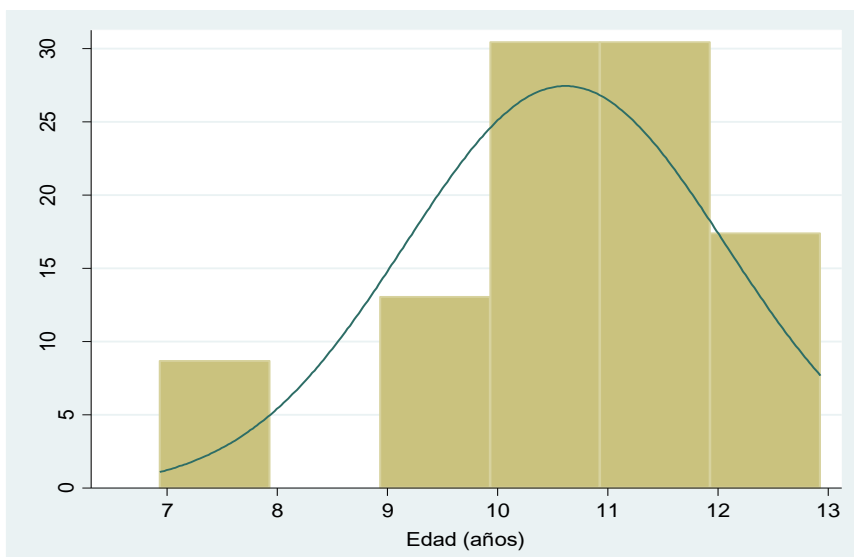
Gráfico 2: Costa Rica. Histograma de frecuencias de la edad (años) de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)



Fuente: Expedientes.

El coeficiente de asimetría = $-2,286$, indica que la distribución de la edad de los niños de sexo masculino presenta asimetría negativa, es decir, se presentan mayormente en niños de 10 hasta los 13 años. (Gráfico 3)

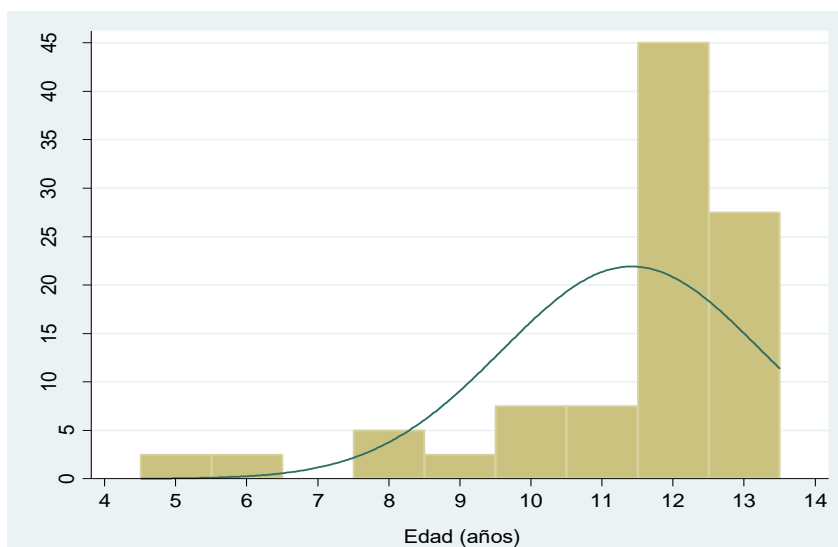
Gráfico 3: Costa Rica. Histograma de frecuencias de la edad (años) de los niños hombres con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 23 niños)



Fuente: Expedientes.

El coeficiente de asimetría = -1,111, indica que la distribución de la edad de los niños con sexo femenino presenta asimétrica negativa, es decir, se presentan mayormente en niñas de 12 hasta los 13 años. (Gráfico 4)

Gráfico 4: Costa Rica. Histograma de frecuencias de la edad (años) de las niñas con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 40 niñas)



Fuente: Expedientes.

1.2.1 Pruebas de normalidad para la edad (años) por grupos de estudio

Para comprobar el supuesto de normalidad de la variable edad (años), se utilizó la prueba de Shapiro-Francia, en la que se prueban las siguientes hipótesis, utilizando un nivel de significancia del 5%:

Ho: La variable edad se distribuye normalmente

Ha: La variable edad no se distribuye normalmente

Se concluye que la variable edad en el total y por sexo no puede considerarse que se distribuyan normalmente. (Cuadro 1)

Cuadro 1: Pruebas de normalidad para la variable edad (años) según sexo, por medio de la prueba Shapiro-Francia.

Sexo	Niños	W'	V'	Valor z	Valores de p
Total	63	0,82511	10,883	4,416	0,00001*
Femenino	40	0,71025	12,641	4,556	0,00001*
Masculino	23	0,90489	2,749	1,818	0,03452*

* La variable edad no se distribuyen normalmente con un nivel de significancia del 5%.

El promedio de edad de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación es 11,1 ± 1,7 años, con un rango de entre 4,5 y 13,0 años. El 75% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación tienen 10,4 años o más.

La edad promedio de las niñas con ideación suicida e intentos de autoeliminación es 11,4 ± 1,8 años, con un rango de entre 4,5 y 13,0 años, el 75% de las niñas con ideación suicida e intentos de autoeliminación tienen 11,4 años o más. La edad promedio de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación es 10,6 ± 1,4 años, con un rango de entre 6,9 y 12,5 años, el 75% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación tienen 10,0 años o más. Existen diferencias estadísticamente significativas al 5% entre estas dos medianas, es decir, la edad mediana de las niñas con ideación suicida e intentos de

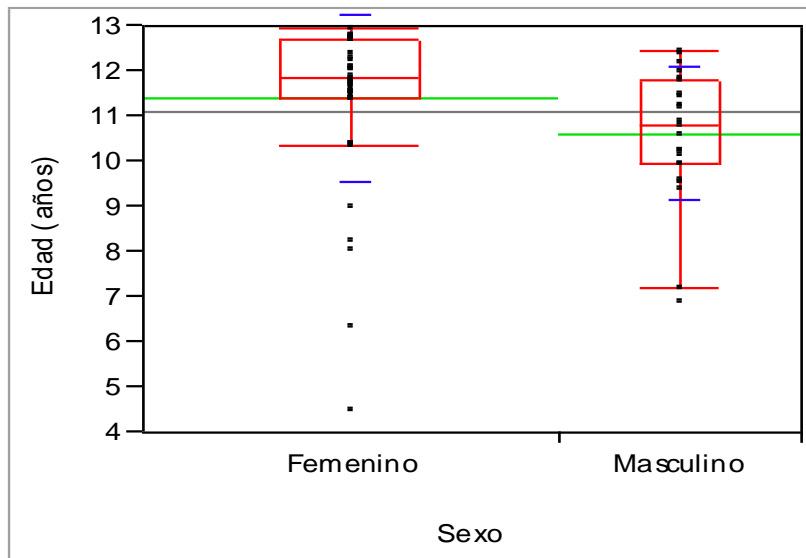
autoeliminación es mayor que la edad mediana de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación. ($p = 0,0028$). (Gráfico 5) (Cuadro 2)

Cuadro 2: Costa Rica. Estadísticas descriptivas de la edad (años) por sexo de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN ($n = 63$ niños)

Sexo	Niños	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Q1	Q2	Q3	Suma de rangos	Prueba Chi-cuadrado	Valor de p
Total	63	11,1	1,7	4,5	13,0	10,4	11,6	12,3	-		
Femenino	40	11,4	1,8	4,5	13,0	11,4	11,9	12,7	1489,0	8,902	0,0028*
Masculino	23	10,6	1,4	6,9	12,5	10,0	10,8	11,8	527,0		

Fuente: Expedientes.

Gráfico 5: Costa Rica. Estadísticas descriptivas de la edad (años) por sexo de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN ($n = 63$ niños)

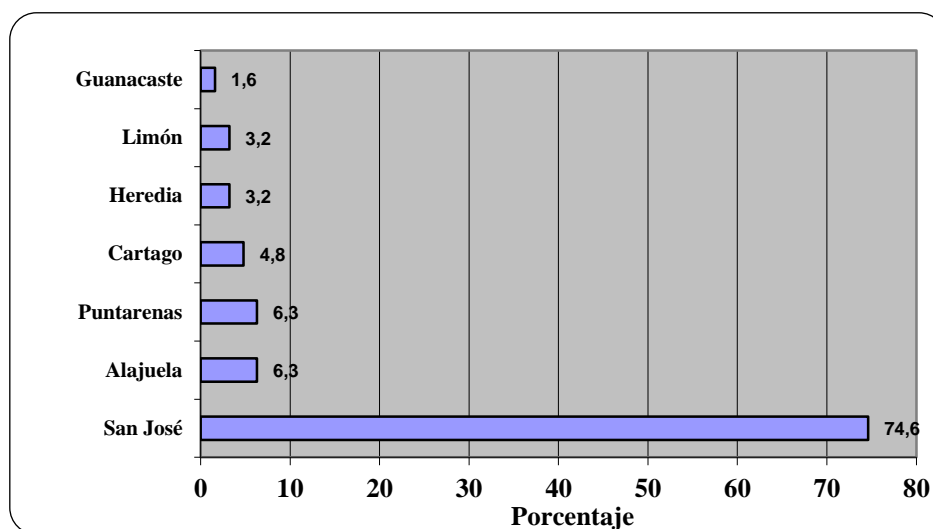


Fuente: Expedientes.

1.3 Provincia y cantón de residencia

El 74,6% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación residen en la provincia de San José. (Gráfico 6)

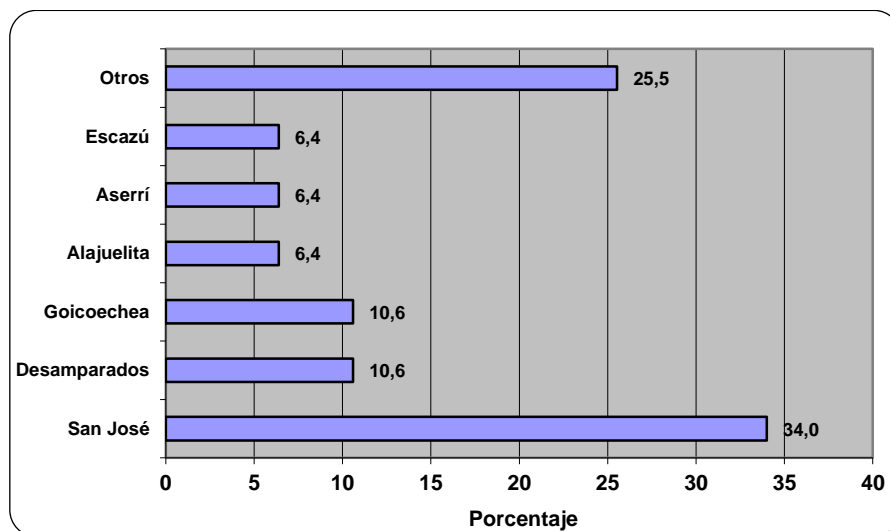
Gráfico 6: Costa Rica: Distribución relativa de la provincia de residencia de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)



Fuente: Expedientes.

El 34,0% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación que residen en la provincia de San José, viven en el cantón central de San José; en el grupo de otros cantones, los porcentajes de niños que residen en cada uno de ellos es menor del 4,3% (dos niños o menos). (Gráfico 7)

Gráfico 7: Costa Rica: Distribución relativa del cantón de residencia de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN, residentes en la provincia de San José. (n = 47 niños)

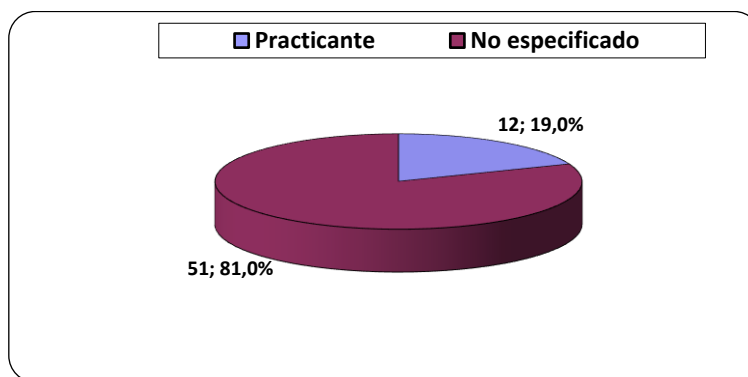


Fuente: Expedientes.

1.4 Práctica religiosa

El 19,0% de las familias de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación son practicantes religiosos. (Gráfico 8)

Gráfico 8: Costa Rica. Práctica religiosa de las familias de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)

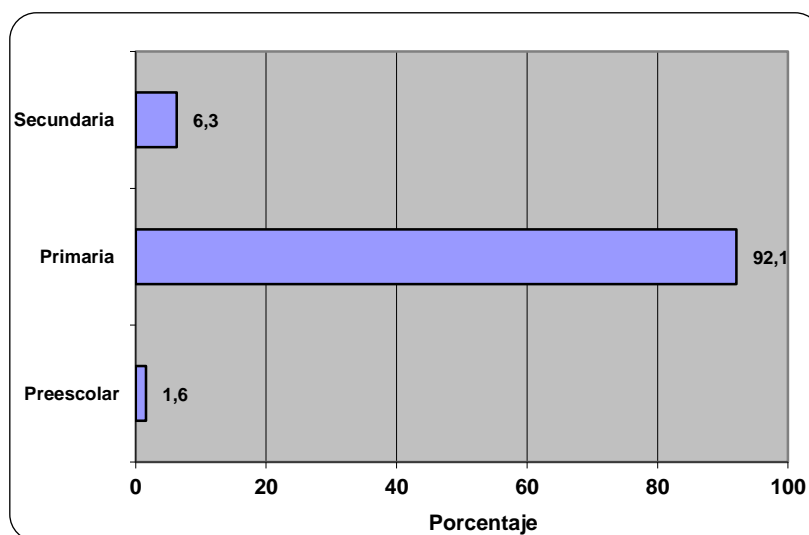


Fuente: Expedientes

1.5 Nivel educativo del menor

El 92,1% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación eran estudiantes de primaria. (Gráfico 9)

Gráfico 9: Costa Rica: Distribución relativa del nivel de escolaridad de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)



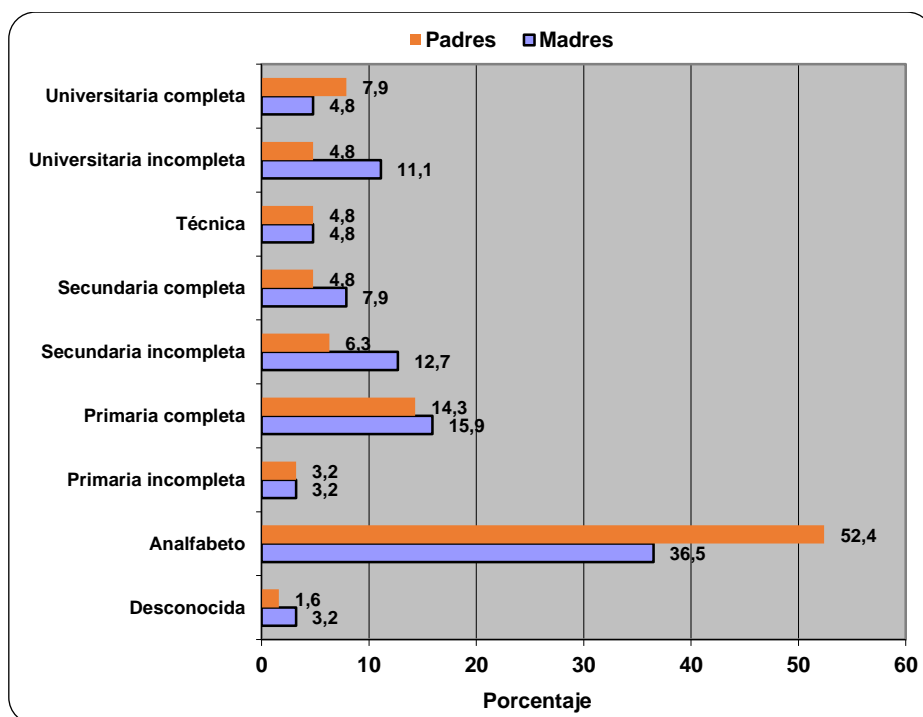
Fuente: Expedientes.

2 Características de los padres

2.1 Nivel educativo de los padres

Los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación tienen padres (madre y padre) con el 36,5% y el 52,4% sin ningún nivel de escolaridad, porcentajes muy altos comparados con los demás niveles de escolaridad. (Gráfico 10)

Gráfico 10: Costa Rica: Distribución relativa del nivel de escolaridad de los padres de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 padres)

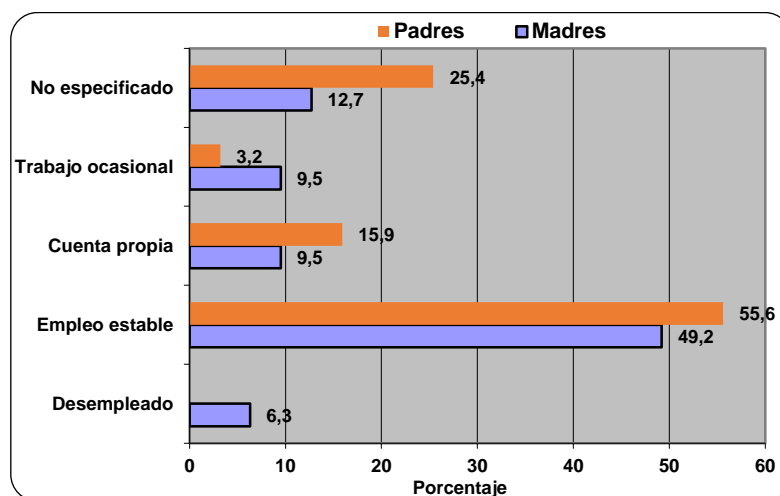


Fuente: Expedientes.

2.2 Ocupación de los padres

Aproximadamente, la mitad de los padres (madre y padre) de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación cuentan con empleo estable. (Gráfico 11)

Gráfico 11: Costa Rica: Distribución relativa de la ocupación de los padres de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 padres)



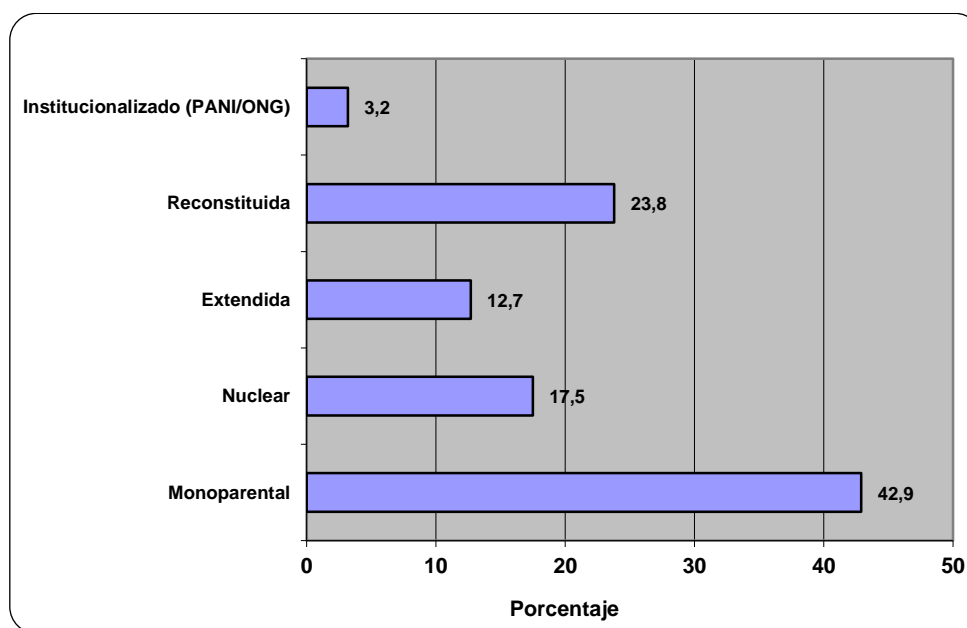
Fuente: Expedientes.

3 Características de la familia

3.1 Composición familiar

El 42,9% de las familias de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación son monoparentales y 23,8% son reconstituidas. (Gráfico 12)

Gráfico 12: Costa Rica: Distribución relativa de la composición familiar de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN, residentes en la provincia de San José. (n = 63 niños)

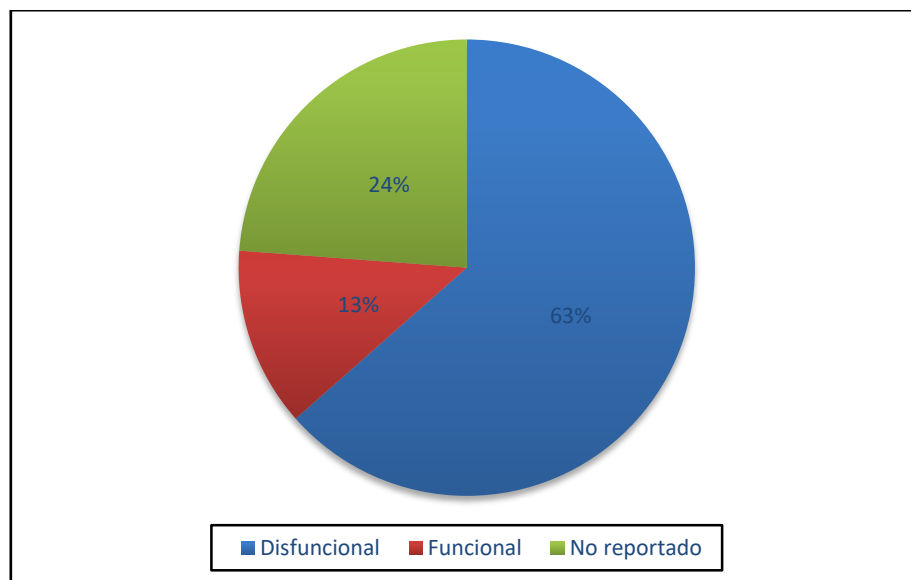


Fuente: Expedientes.

3.2 Dinámica del sistema familiar

El 87,3% de las familias de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación fueron catalogadas como disfuncionales. (Gráfico 13)

Gráfico 13: Costa Rica. Dinámica del sistema familiar de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)

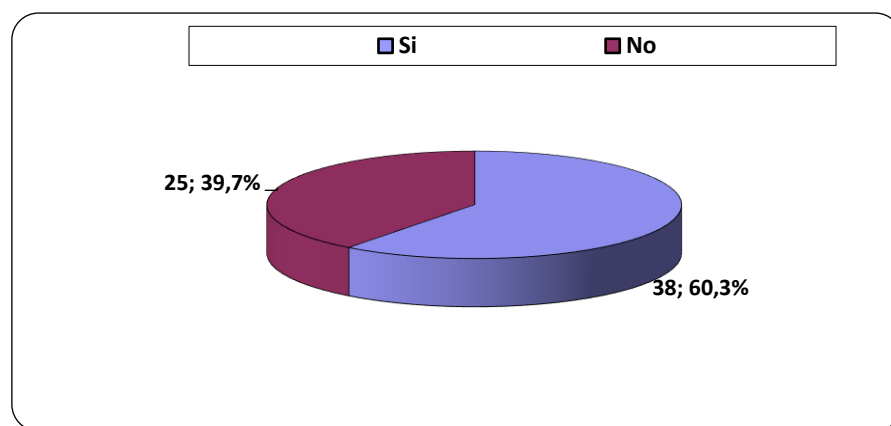


Fuente: Expedientes

4 Características clínicas del menor

El 60,3% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación contaban con una valoración previa por psiquiatría o psicología, mientras que 39.7% no habían sido valorados previamente. (Gráfico 14)

Gráfico 14: Costa Rica. Valoración previa por psiquiatría o psicología a los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)

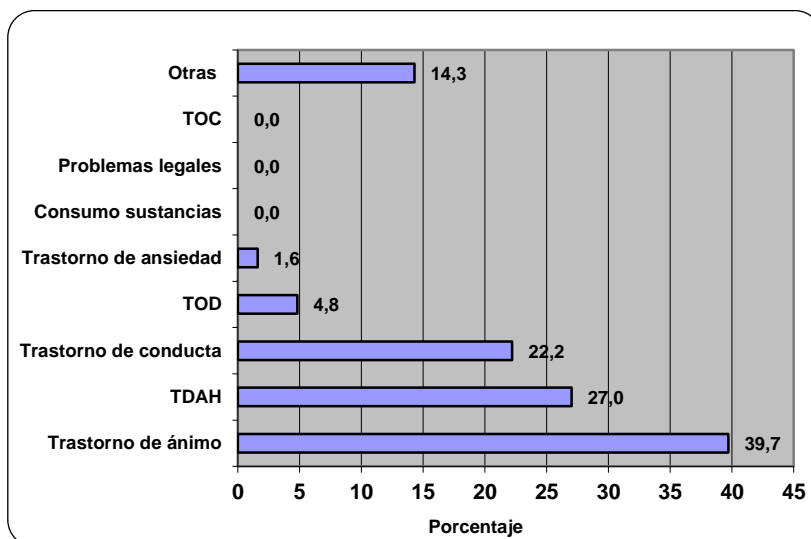


Fuente: Expedientes

4.1 Comorbilidades del menor

Las comorbilidades más prevalentes en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación son los trastornos del ánimo, déficit de atención e hiperactividad y trastornos de conducta. (Gráfico 15)

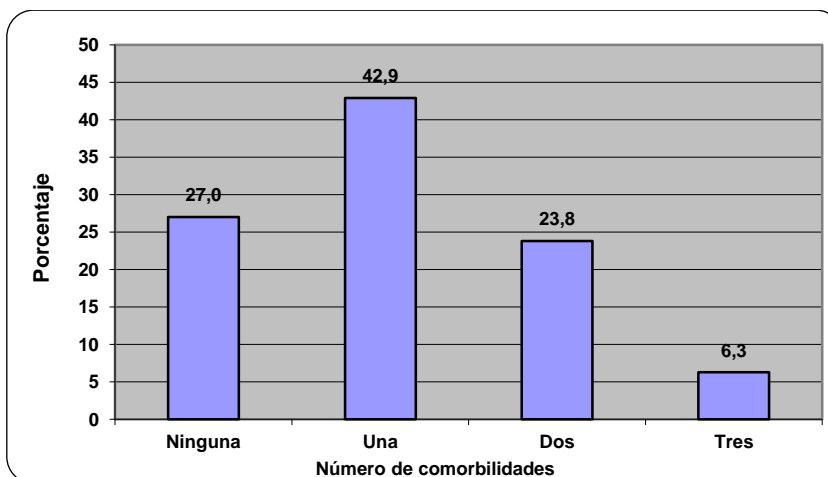
Gráfico 15: Costa Rica: Distribución relativa de las comorbilidades en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)



Fuente: Expedientes.

El 27,0% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación no presentaron ninguna comorbilidad, y el 66,7% presentaron entre una y dos comorbilidades concomitantemente. (Gráfico 16)

Gráfico 16: Costa Rica: Número de comorbilidades presentadas en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)

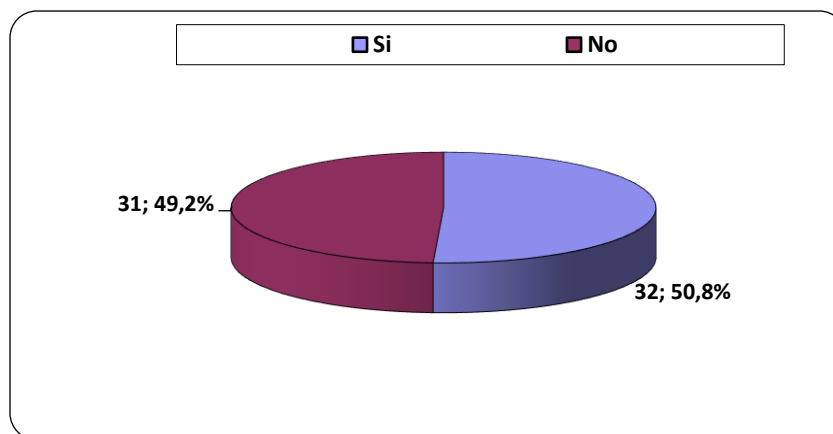


Fuente: Expedientes.

4.2 Tratamiento psiquiátrico/psicológico para su comorbilidad

El 50,8% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación recibió tratamiento psiquiátrico/psicológico para su comorbilidad. (Gráfico 17)

Gráfico 17: Costa Rica. Recibió tratamiento psiquiátrico/psicológico para su comorbilidad. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)

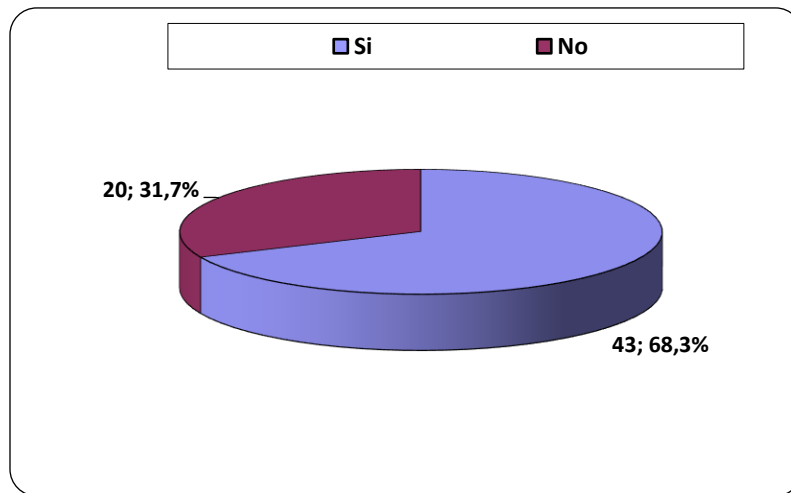


Fuente: Expedientes

4.3 Antecedente de IS previos

El 68,3% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación tenían antecedente de IS previa. (Gráfico 18)

Gráfico 18: Costa Rica. Antecedentes de IS previos en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)

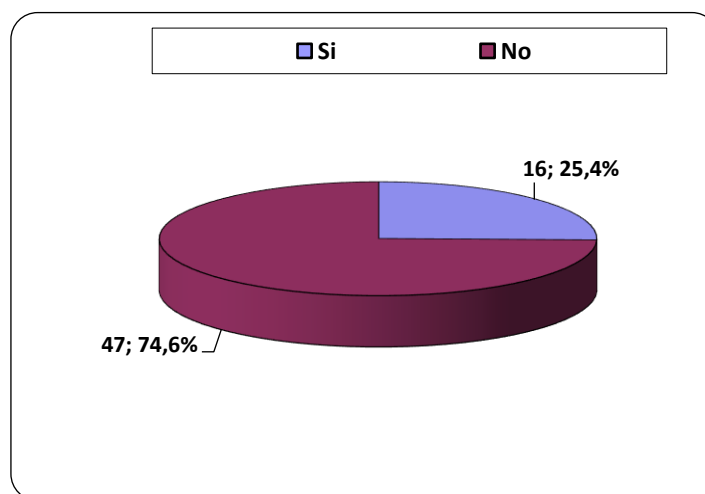


Fuente: Expedientes

4.4 Antecedente de IAE previos

El 25,4% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación tenían antecedentes de IAE previos. (Gráfico 19)

Gráfico 19: Costa Rica. Antecedentes de IAE previos en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)

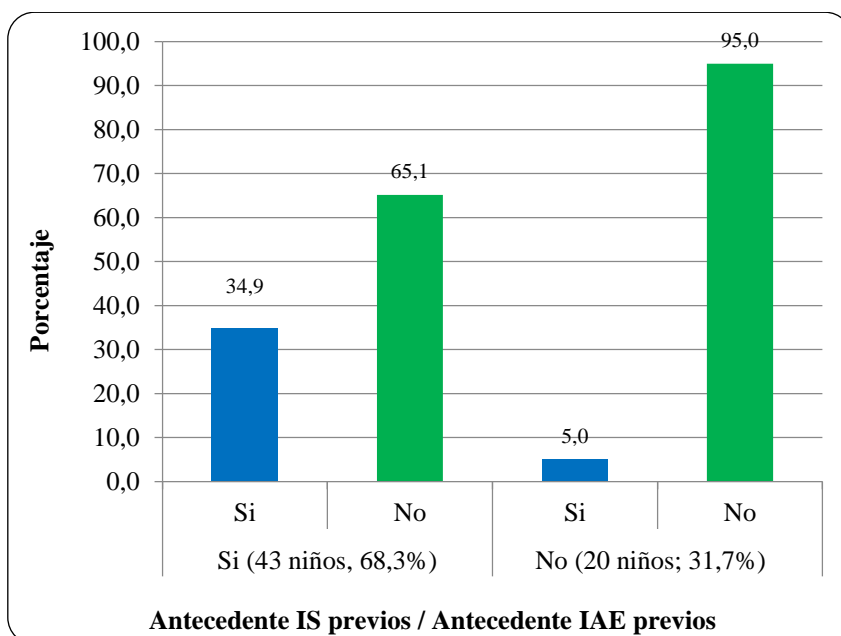


Fuente: Expedientes

4.4.1 Relación entre los antecedentes de IS e IAE previos

El 34,9% de los niños valorados por ideación suicida e intentos de autoeliminación que tuvieron antecedentes de IS previos, también tuvieron antecedentes de IAE previos; existe asociación entre tener antecedentes de IS previos y tener antecedentes de IAE previos, es decir, estas dos variables son dependientes, (chi-cuadrado = 6,4341, $p = 0,011$). La magnitud de esta asociación es 10,2, es decir, los niños que tienen antecedentes previos de IS tienen 10,2 veces más riesgo de también tener antecedentes previos de IAE. (Gráfico 20) (Cuadro 3)

Gráfico 20: Costa Rica. Relación entre los antecedentes de IS previos y los antecedentes de IAE previos en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)



Fuente: Expedientes

Cuadro 3: Costa Rica. Relación entre los antecedentes de IS previos y los antecedentes de IAE previos en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)

Antecedentes IS previos	Antecedentes IAE previos	Pacientes	Porcentaje
Si (43 niños, 68,3%)	Si	15	34,9
	No	28	65,1
No (20 niños; 31,7%)	Si	1	5,0
	No	19	95,0
Chi-cuadrado	6,4341		
Valor de p	0,011	Límite inferior	Límite superior
Odds ratio	10,2	1,31	450,55

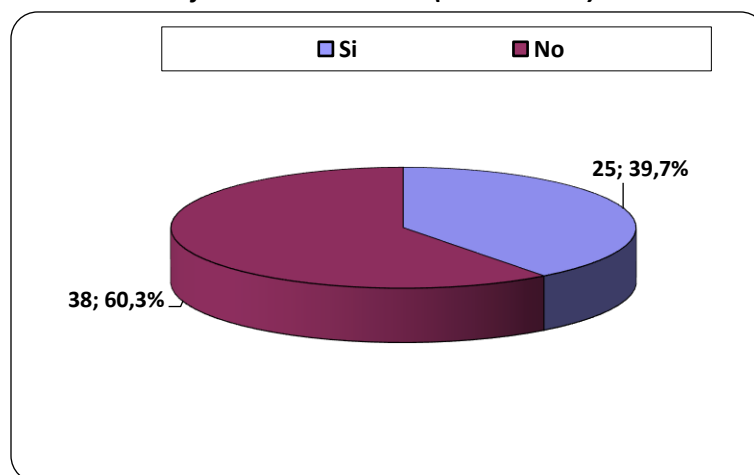
Fuente: Expedientes

4.5 Presencia de ideación suicida en el evento actual

El 39,7% de los niños de la muestra solo presentaban ideación suicida en el evento actual.

(Gráfico 21)

Gráfico 21: Costa Rica. Presencia de ideación suicida en el evento actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)

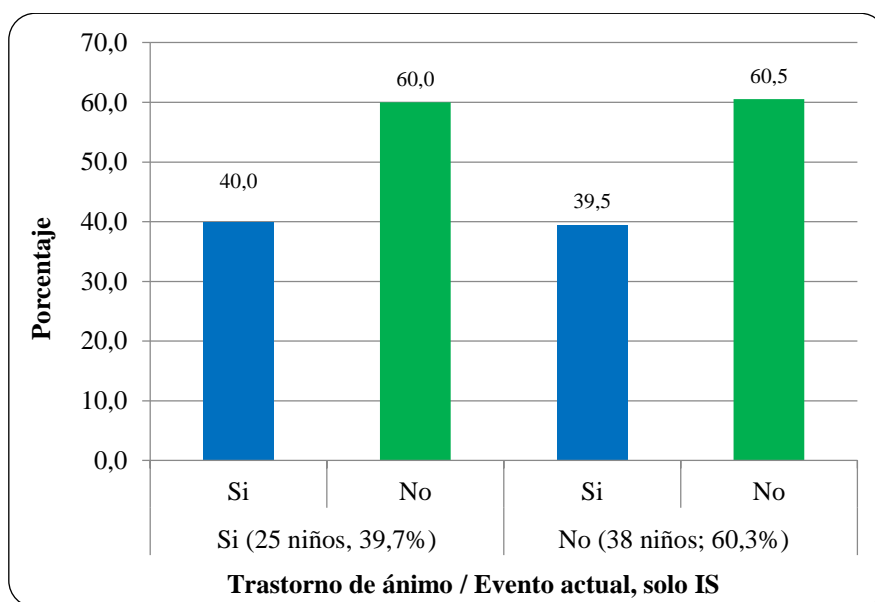


Fuente: Expedientes

4.5.1 Relación entre la ideación suicida del evento actual y las comorbilidades

El 40,0% de los niños que solo presentaron ideación suicida, también presentaban comorbilidad con trastorno del ánimo; no existe asociación entre presentar un trastorno del ánimo y presentar ideación suicida, es decir, estas dos variables son independientes. (Chi-cuadrado = 0,0017, $p = 0,967$). (Gráfico 22)

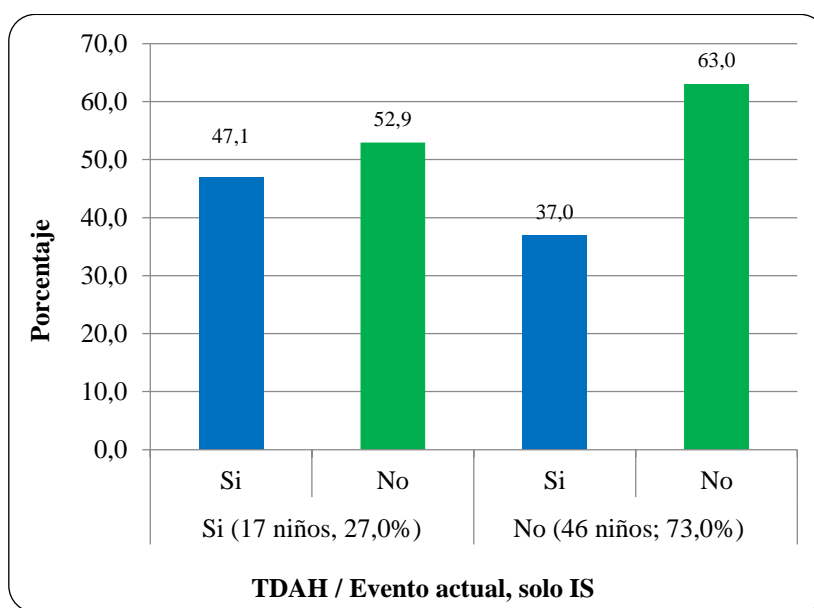
Gráfico 22: Costa Rica. Relación entre la comorbilidad trastorno de ánimo y la ideación suicida en el evento actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)



Fuente: Expedientes

El 47,1% de los niños que solo presentaron ideación suicida en el evento actual, presentaban TDAH como comorbilidad asociada. No existe asociación entre tener TDAH y presentar ideación suicida, es decir, estas dos variables son independientes, (Chi-cuadrado = 0,5293, p = 0,467). (Gráfico 23)

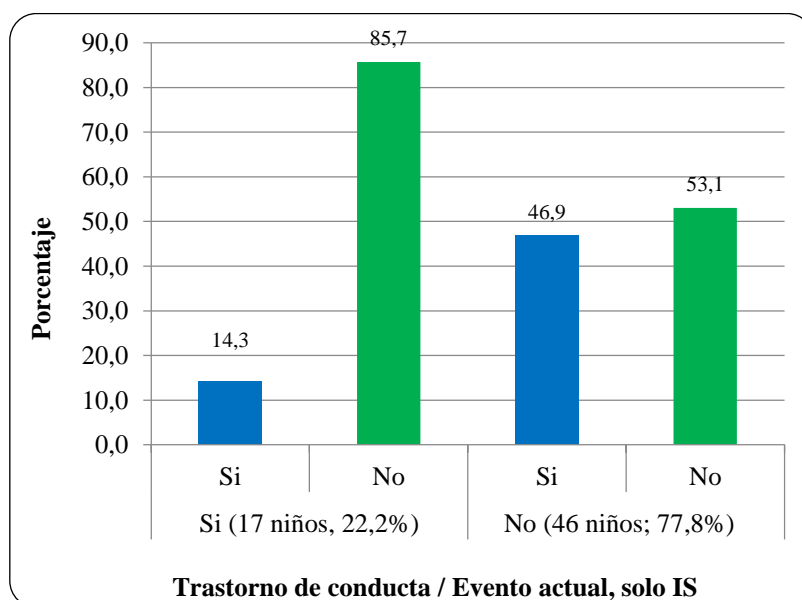
Gráfico 23: Costa Rica. Relación entre la comorbilidad TDAH y la ideación suicida en el evento actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)



Fuente: Expedientes

El 14,3% de los niños que solo presentaban ideación suicida en el evento actual, presentaban trastorno de conducta como comorbilidad; existe asociación entre tener trastorno de conducta y presentar ideación suicida, es decir, estas dos variables son dependientes, (chi-cuadrado = 4,8505, p = 0,028). La magnitud de la asociación es 0,19 con un intervalo de confianza del 95% (0,02 - 1,00), intervalo que contiene a la unidad, indicando que la asociación es muy débil. (Gráfico 24) (Cuadro 4)

Gráfico 24: Costa Rica. Relación entre la comorbilidad Trastorno de conducta y la ideación suicida en el evento actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)



Fuente: Expedientes

Cuadro 4: Costa Rica. Relación entre la comorbilidad Trastorno de conducta y la ideación suicida en el evento actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)

Trastorno de conducta	Evento actual, solo ideación suicida	Pacientes	Porcentaje
Si (17 niños, 22,2%)	Si	2	14,3
	No	12	85,7
No (46 niños; 77,8%)	Si	23	46,9
	No	26	53,1
Chi-cuadrado	4,8505		
Valor de p	0,028*	Límite inferior	Límite superior
Odds ratio	0,19	0,02	1,00

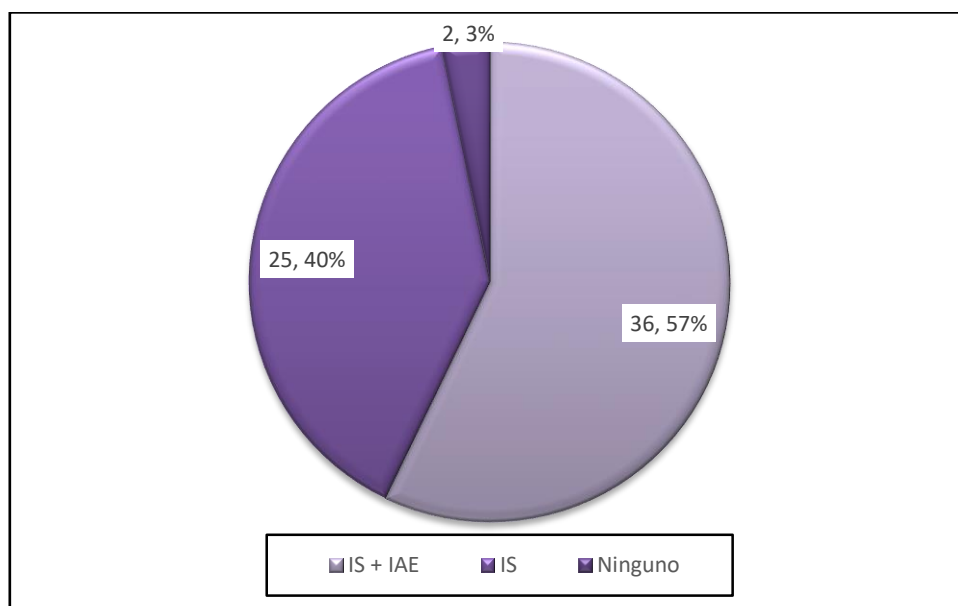
* Significativo al 5%

Fuente: Expedientes

4.6 Presencia de intento de autoeliminación en el evento actual

El 57,1% de los niños de la muestra estudiada, realizaron algún tipo de un intento de autoeliminación. (Gráfico 25)

Gráfico 25: Costa Rica. En el evento actual, el menor presentó ideación suicida e intento de autoeliminación. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 38 niños)

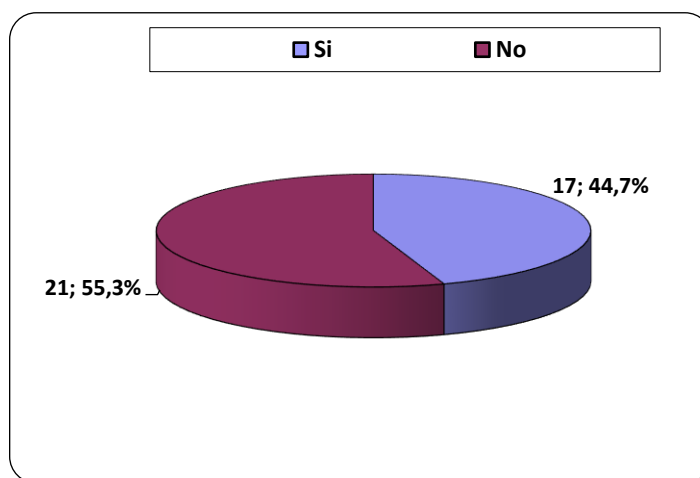


Fuente: Expedientes

4.6.1 Presencia de plan suicida al momento del IAE actual

El 44,7% de los niños de la muestra seleccionada presentaban un plan suicida al momento del IEA actual. (Gráfico 26)

Gráfico 26: Costa Rica. Existencia de un plan suicida al momento del IAE actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 38 niños)

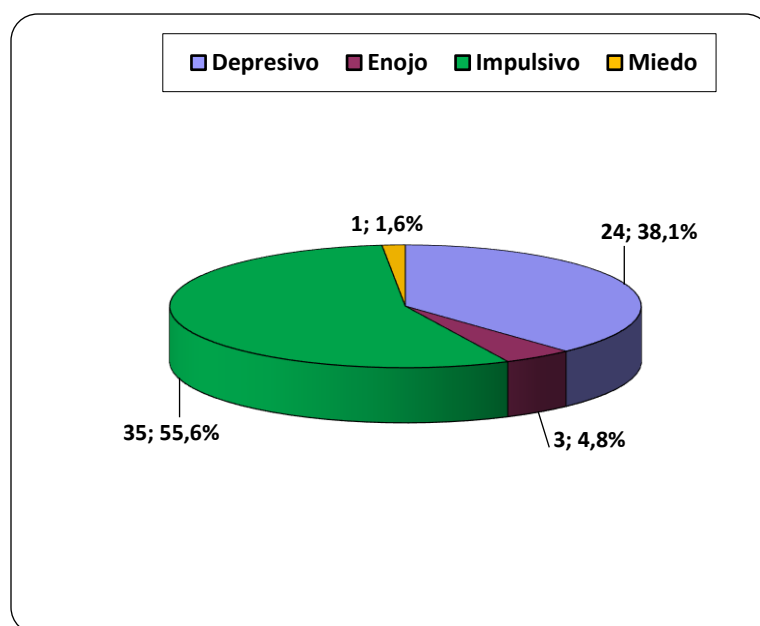


Fuente: Expedientes

4.7 Contexto del intento de autoeliminación actual

El 93,7% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación tuvieron como contexto previo al paso al acto, la conducta impulsiva (55,6%) y el ánimo depresivo (38,1). (Gráfico 27)

Gráfico 27: Costa Rica. Contexto de la ideación suicida o del intento de autoeliminación. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)

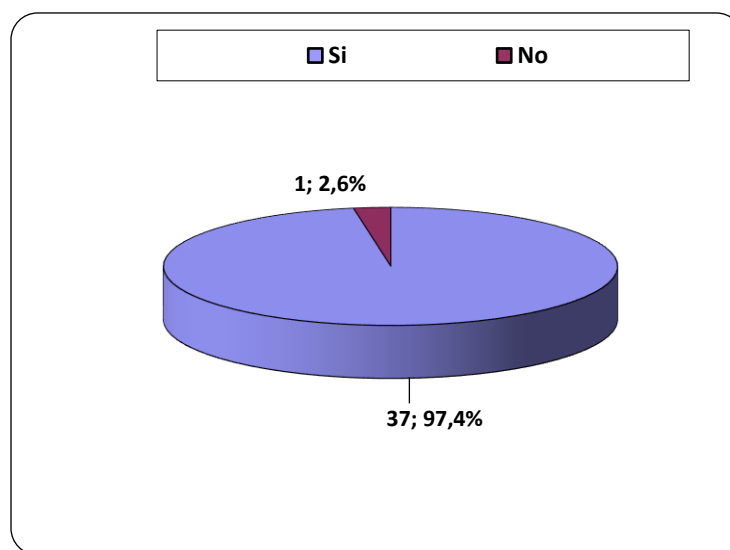


Fuente: Expedientes

4.8 Intención letal del IAE actual

El 97,4% de los niños de la muestra estudiada expresaron intención letal al momento de realizar el IAE. (Gráfico 28)

Gráfico 28: Costa Rica. Intención letal del IAE actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 38 niños)

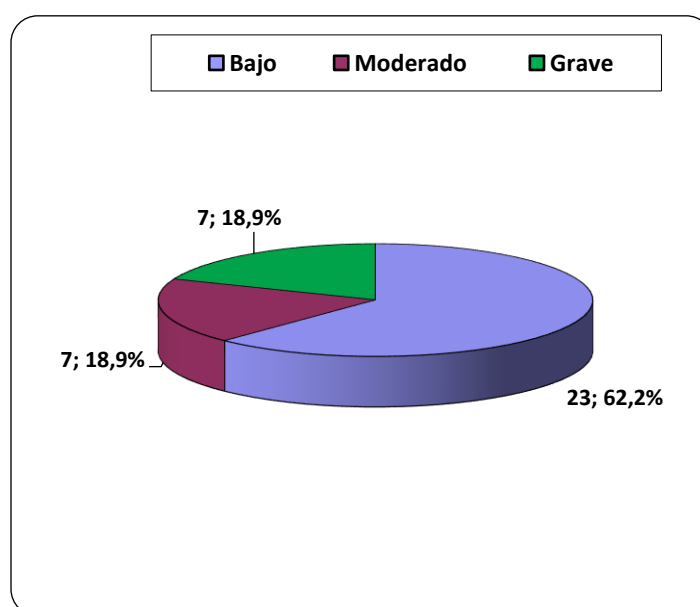


Fuente: Expedientes

4.8.1 Letalidad del método empleado

El 65,0% de los niños que realizaron IAE presentaban baja letalidad; 18,9% presentaban moderada letalidad y 18,9 fueron IAE graves (Gráfico 29)

Gráfico 29: Costa Rica. Letalidad del método empleado en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 37 niños)

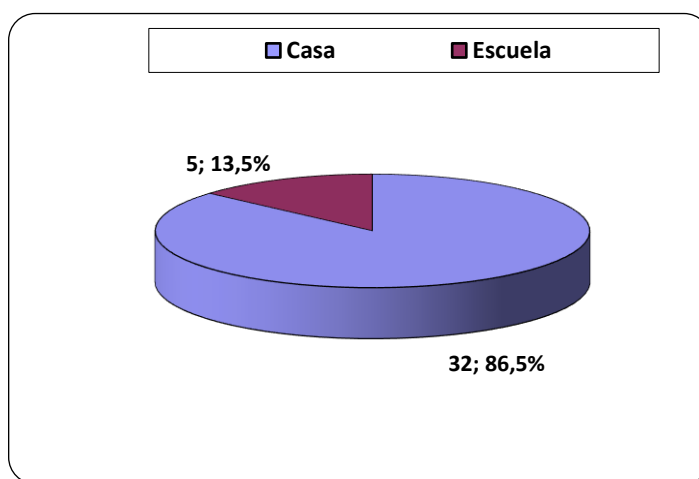


Fuente: Expedientes

4.8.2 Lugar donde ocurrió el IAE

El 86,5% de los niños que realizaron un IAE presentaron la conducta autolesiva en el hogar, mientras que 13,5% lo realizó en la escuela. (Gráfico 30)

Gráfico 30: Costa Rica. Lugar donde ocurrió el IAE en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 37 niños)

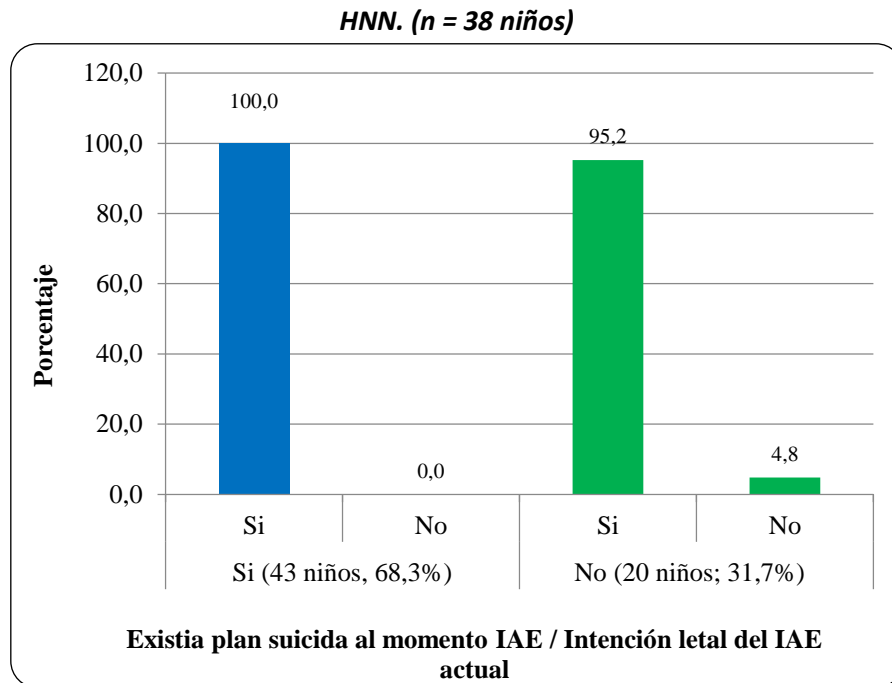


Fuente: Expedientes

4.8.3 Relación entre la existencia de un plan suicida y la intención letal, al momento del IAE

El 100,0% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en quienes existía un plan suicida al momento del IAE, también presentaban intención letal. No existe asociación entre la presencia de un plan suicida al momento del IAE y tener intención letal al momento del IAE, es decir, estas dos variables son independientes, (chi-cuadrado = 0,8314, p = 0,362). (Gráfico 31) (Cuadro 5)

Gráfico 31: Costa Rica: Distribución relativa entre la existencia de un plan suicida al momento del IAE y la intención letal del IAE actual en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018.



Fuente: Expedientes.

Cuadro 5: Costa Rica: Distribución relativa entre la existencia de un plan suicida al momento del IAE y la intención letal del IAE actual en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018.

HNN. (n = 38 niños)

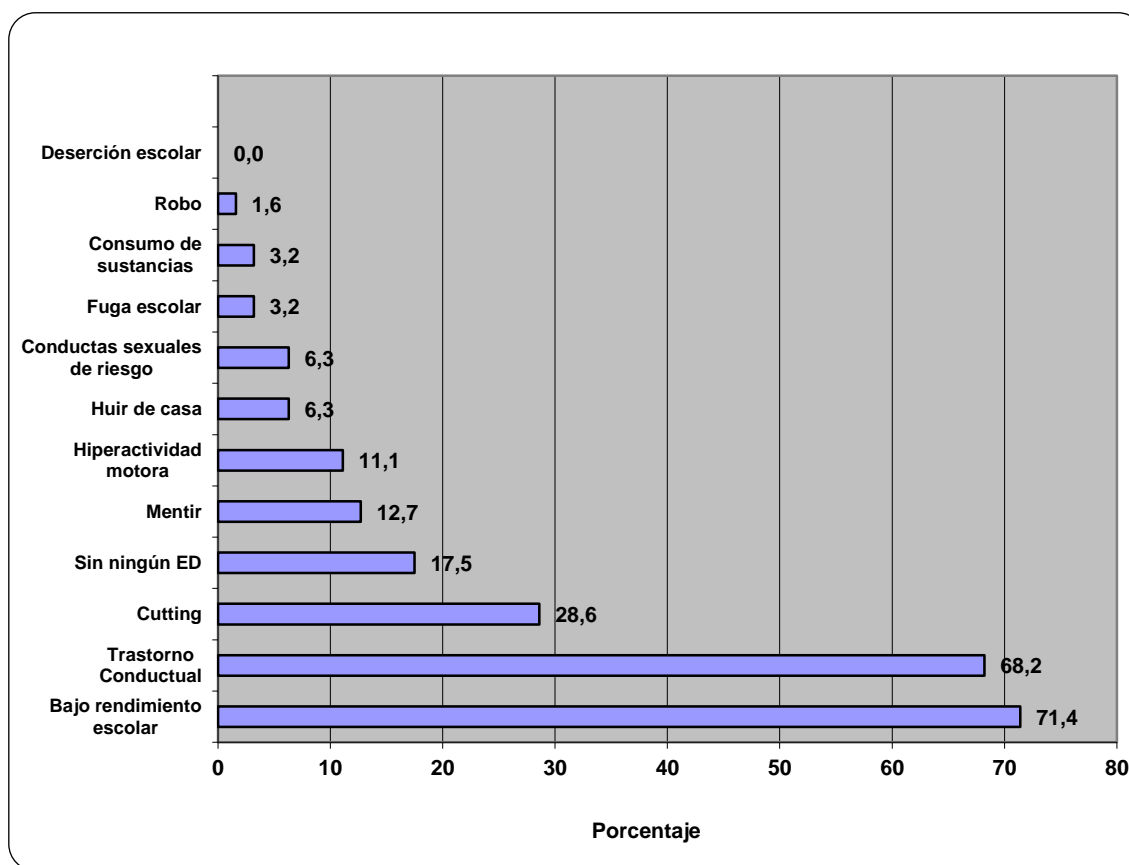
Existía plan suicida al momento del IAE actual	Intención letal del IAE actual	Pacientes	Porcentaje
Si (43 niños, 68,3%)	Si	17	100,0
	No	0	0,0
No (20 niños; 31,7%)	Si	20	95,2
	No	1	4,8
Chi-cuadrado	0,8314		
Valor de p	0,362	Lim Inf	Lim Sup
Odds ratio	-	-	-

Fuente: Expedientes

4.9 Presencia de equivalentes depresivos al momento del IAE

El equivalente depresivo que más se presentó en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación fue el bajo rendimiento escolar en un 71,4% de los casos, seguido del trastorno conductual en un 68,2%. Un 17,5% de los casos no presentaban ningún equivalente depresivo. (Gráfico 32)

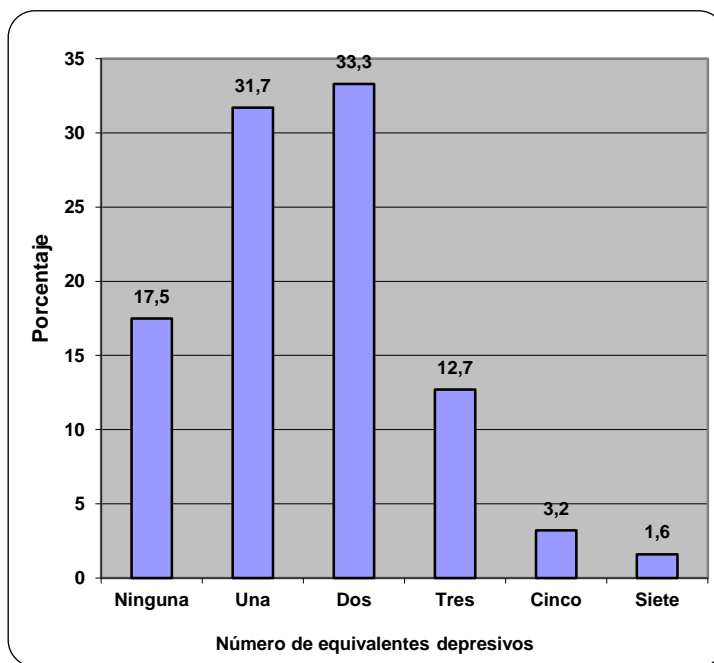
Gráfico 32: Costa Rica: Distribución relativa de la presencia de equivalentes depresivos al momento del IAE en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)



Fuente: Expedientes.

El 65,0% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación presentaron entre uno y dos equivalentes depresivos al momento del IAE. (Gráfico 33)

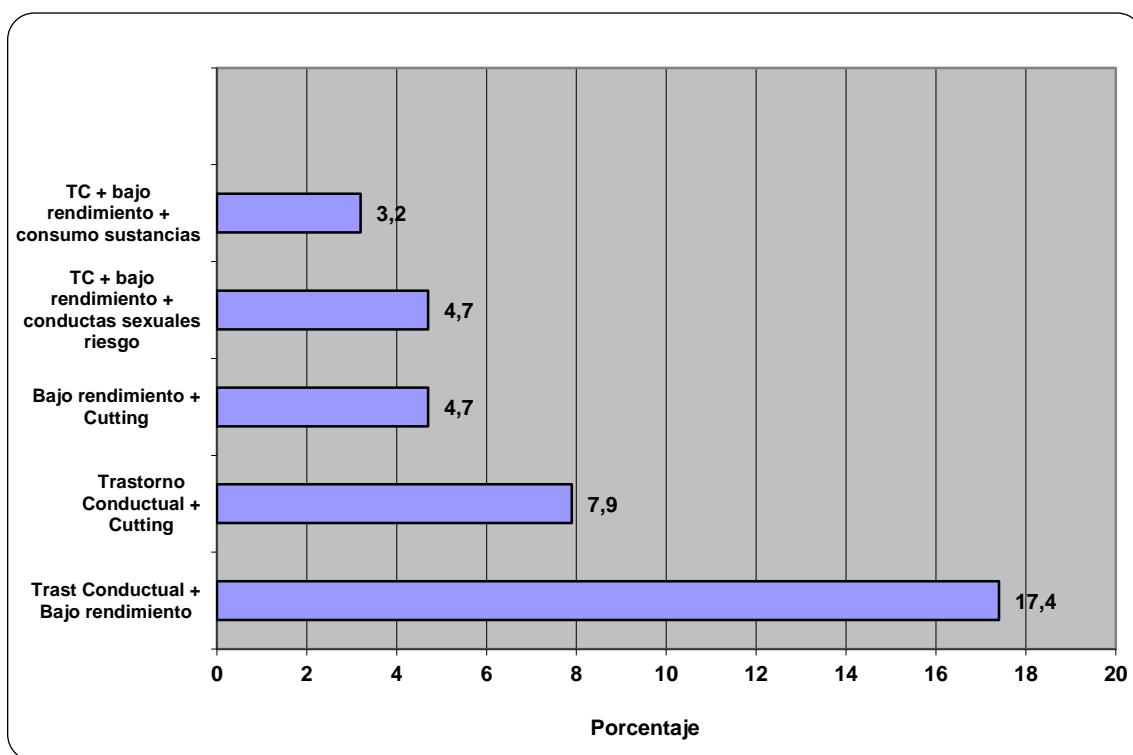
Gráfico 33: Costa Rica: Número de equivalentes depresivos al momento del IAE en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)



Fuente: Expedientes.

La asociación más frecuente de equivalentes depresivos fue el bajo rendimiento escolar y el trastorno conductual en un 17,4% de los casos. (Gráfico 34)

Gráfico 34: Costa Rica: Asociación de equivalentes depresivos al momento del IAE en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)

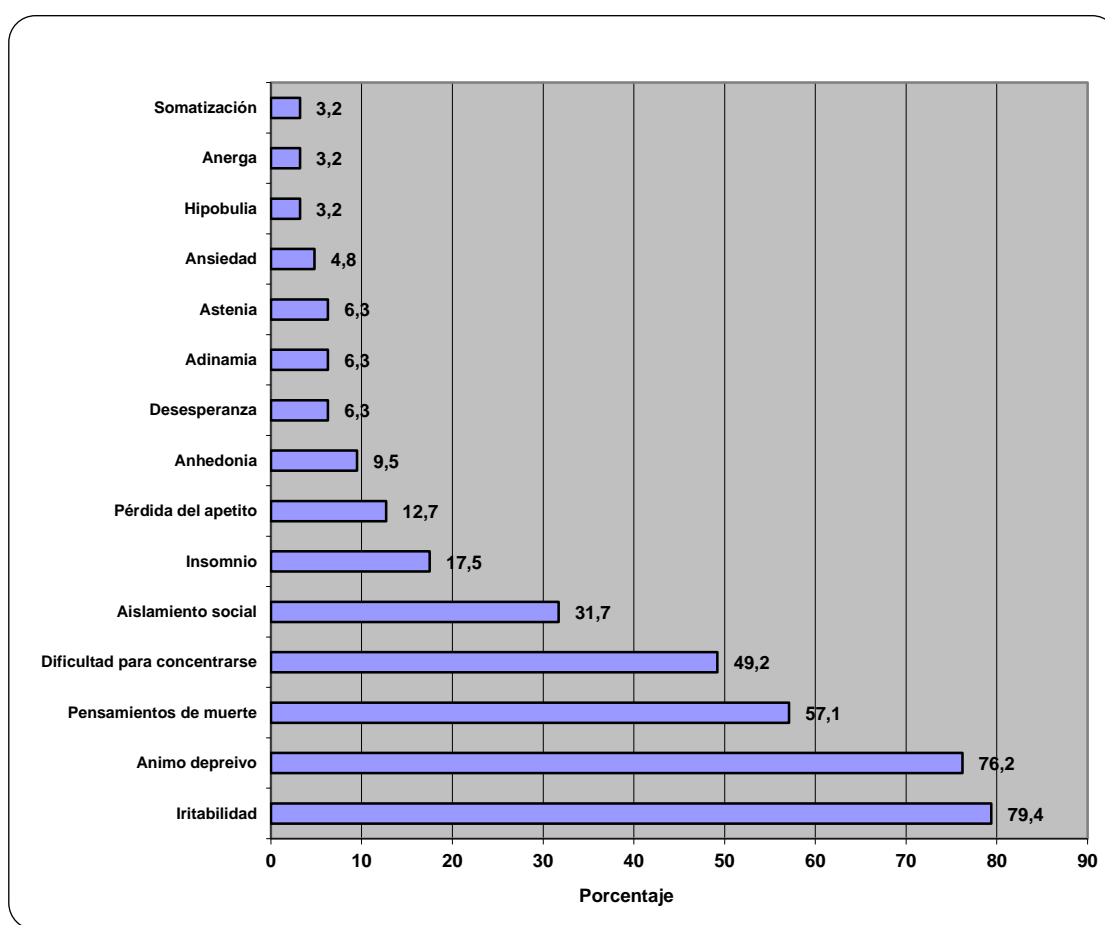


Fuente: Expedientes.

4.10 Síntomas clínicos asociados a la IS o IAE

Los síntomas clínicos asociados a la IS o IAE que se presentaron con mayor frecuencia en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación son el ánimo depresivo, la irritabilidad y los pensamientos de muerte. (Gráfico 35)

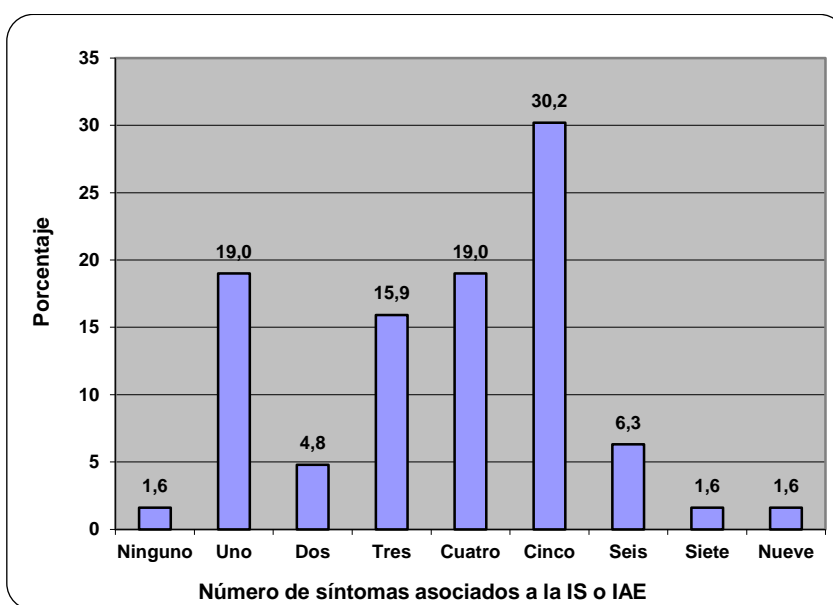
Gráfico 35: Costa Rica: Distribución relativa de los síntomas clínicos asociados a la IS o IAE en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)



Fuente: Expedientes.

El 68,2% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación presentaron uno, cuatro o cinco síntomas clínicos asociados a la IS o al IAE, siendo la asociación más frecuente: ánimo depresivo, irritabilidad, los pensamientos de muerte y la dificultad para concentrarse. (Gráfico 36)

Gráfico 36: Costa Rica: Número de síntomas clínicos asociados a la IS o IAE en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)

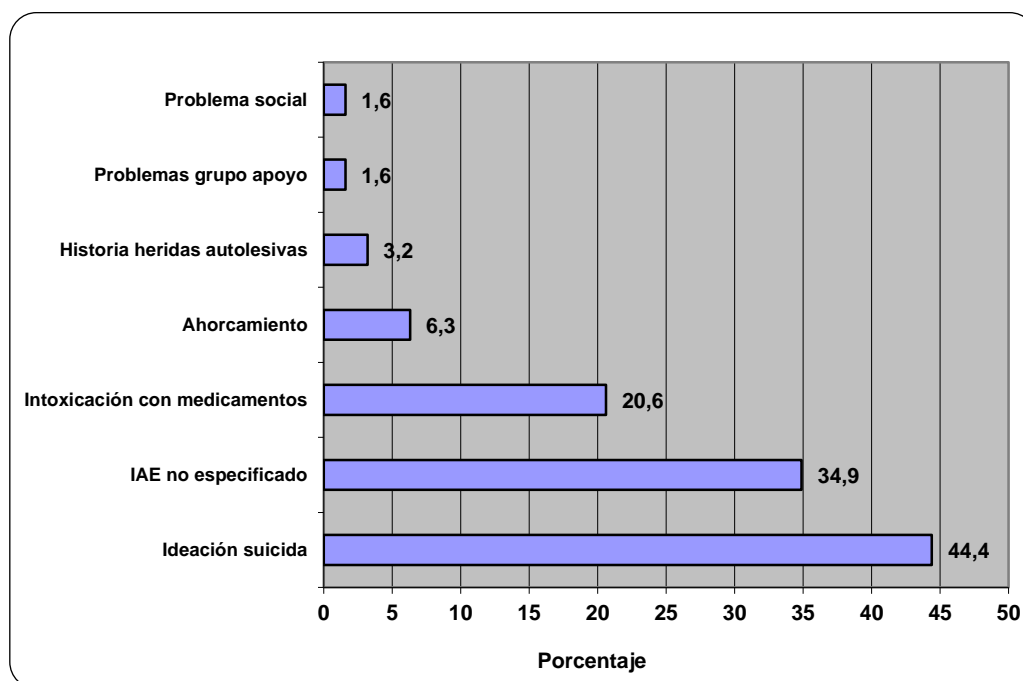


Fuente: Expedientes.

4.11 Diagnóstico con el que fue referido el paciente al HNN

Los diagnósticos más frecuentes con los que fueron referidos los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación al HNN fueron ideación suicida, IAE no especificado e intoxicación con medicamentos. (Gráfico 37)

Gráfico 37: Costa Rica: Distribución relativa de los diagnósticos con que fue referido el paciente al HNN en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)

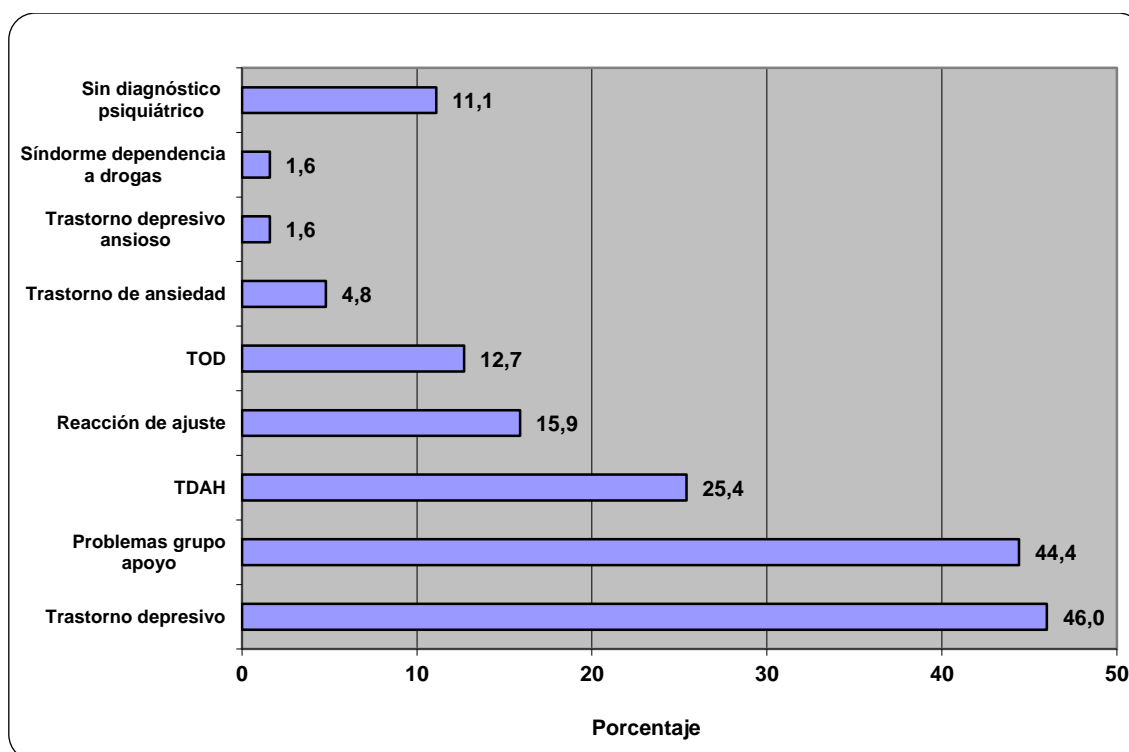


Fuente: Expedientes.

4.12 Diagnóstico por psiquiatría

Los diagnósticos por psiquiatría en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación que más se presentaron fueron, trastorno depresivo y problemas con grupo primario de apoyo. (Gráfico 38)

Gráfico 38: Costa Rica: Distribución relativa del diagnóstico por psiquiatría en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio del 2018. HNN. (n = 63 niños)



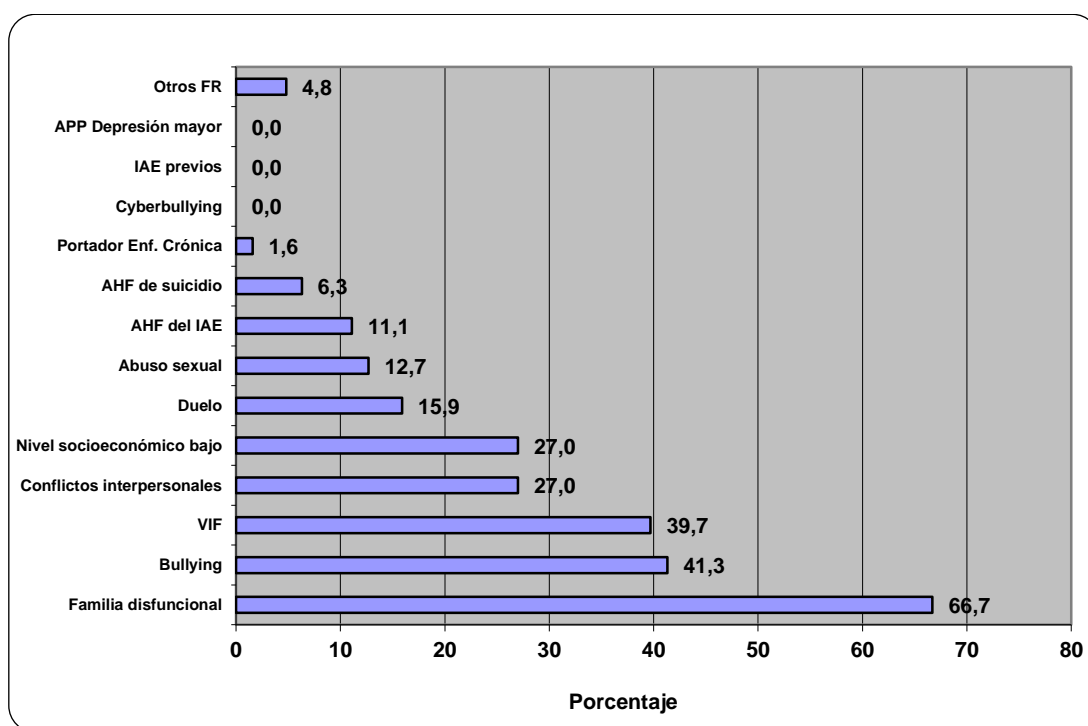
Fuente: Expedientes.

El 73,0% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación presentaron entre dos y tres diagnósticos asociados posterior a la valoración por psiquiatría, siendo la asociación más frecuente: trastorno depresivo, los problemas con el grupo primario de apoyo y el TDAH. Siete casos de la muestra (11,1%) no contaban con diagnóstico por psiquiatría.

4.13 Factores de riesgo presentes en el menor

Los factores de riesgo presentes en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación más frecuentes son, familia disfuncional, bullying y la violencia intrafamiliar (VIF). (Gráfico 39)

Gráfico 39: Costa Rica: Distribución relativa de los factores de riesgo presentes en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)



Fuente: Expedientes.

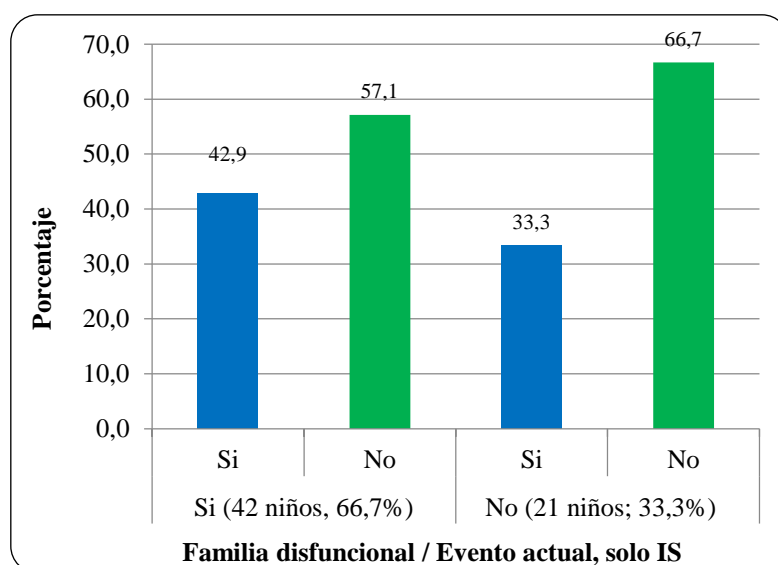
El 50,8% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación presentaban entre uno y dos factores de riesgo.

4.13.1 Relación entre los factores de riesgo presentes y la ideación suicida

El 42,9% de los niños con ideación suicida presentaron como factor de riesgo “Familia disfuncional”. No existe asociación entre tener una familia disfuncional y la ideación suicida, es decir, estas dos variables son independientes. (Chi-cuadrado = 0,5305, p = 0,466). (Gráfico 40)

Gráfico 40: Costa Rica. Relación entre el factor de riesgo “Familia disfuncional” y la ideación suicida. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018.HNN

(n = 63 niños)

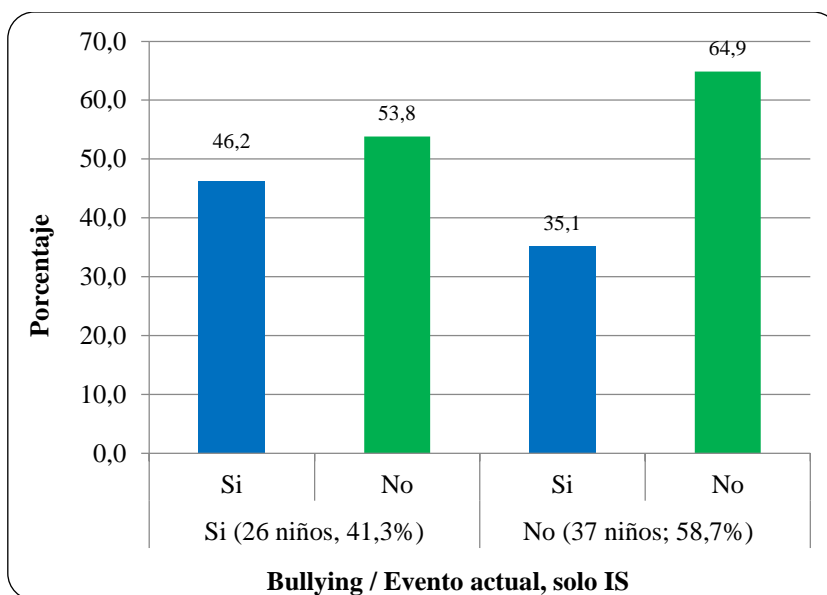


Fuente: Expedientes.

El 46,2% de los niños con ideación suicida presentaron como factor de riesgo “Bullying”. No existe asociación entre el bullying y la ideación suicida, es decir, estas dos variables son independientes. (Chi-cuadrado = 0,7746, p = 0,379). (Gráfico 41)

Gráfico 41: Costa Rica. Relación entre el factor de riesgo “Bullying” y la ideación suicida. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018.HNN

(n = 63 niños)

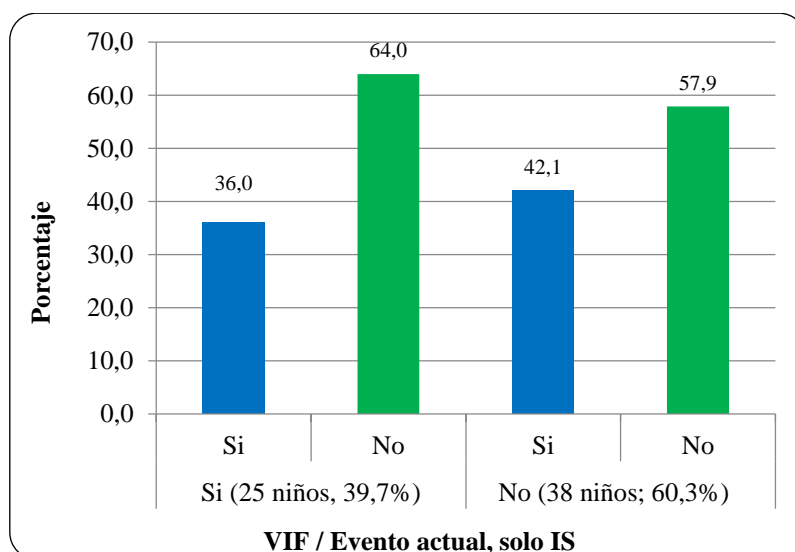


Fuente: Expedientes

El 36,0% de los niños con ideación suicida presentaron como factor de riesgo “VIF”. No existe asociación entre el VIF y la ideación suicida, es decir, estas dos variables son independientes. (Chi-cuadrado = 0,2348, p = 0,628). (Gráfico 42)

Gráfico 42: Costa Rica. Relación entre la ideación suicida y el factor de riesgo “VIF”. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018.HNN

(n = 63 niños)

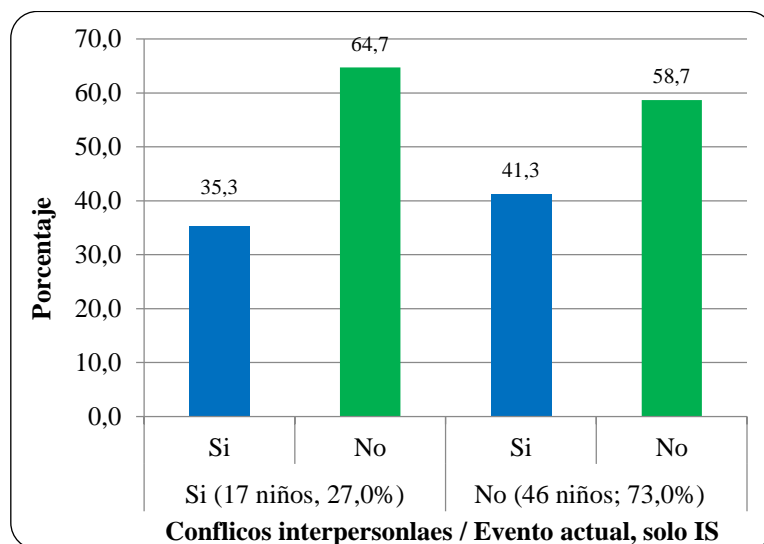


Fuente: Expedientes

El 35,3% de los niños con ideación suicida presentaron como factor de riesgo “Conflictos interpersonales”; no existe asociación entre los conflictos interpersonales y la ideación suicida, es decir, estas dos variables son independientes. (Chi-cuadrado = 0,1873, p = 0,665). (Gráfico 43)

Gráfico 43: Costa Rica. Relación entre la ideación suicida y el factor de riesgo “Conflictos interpersonales”. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018.HNN

(n = 63 niños)

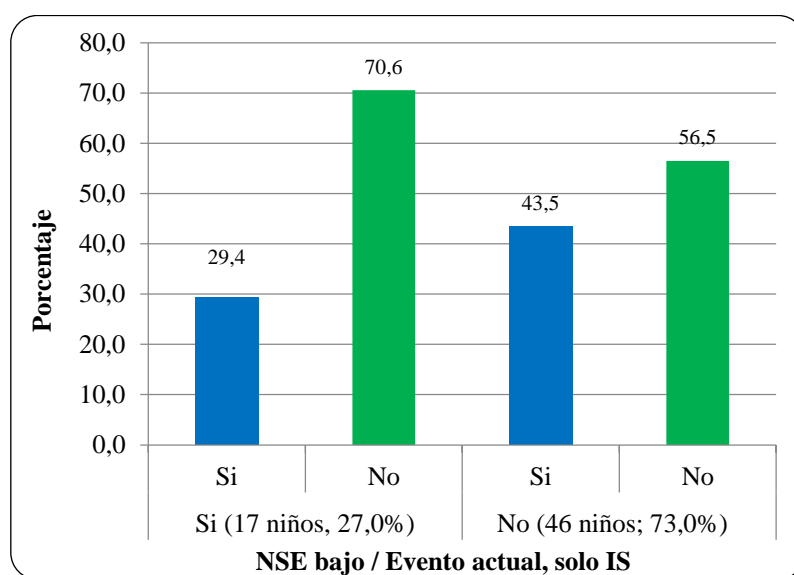


Fuente: Expedientes

El 29,4% de los niños con ideación suicida presentaron como factor de riesgo “Nivel socioeconómico bajo”; no existe asociación entre tener nivel socioeconómico bajo y la ideación suicida, es decir, estas dos variables son independientes. (Chi-cuadrado = 1,0261, $p = 0,311$). (Gráfico 44)

Gráfico 44: Costa Rica. Relación entre la ideación suicida y el factor de riesgo “NSE bajo”. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018.HNN

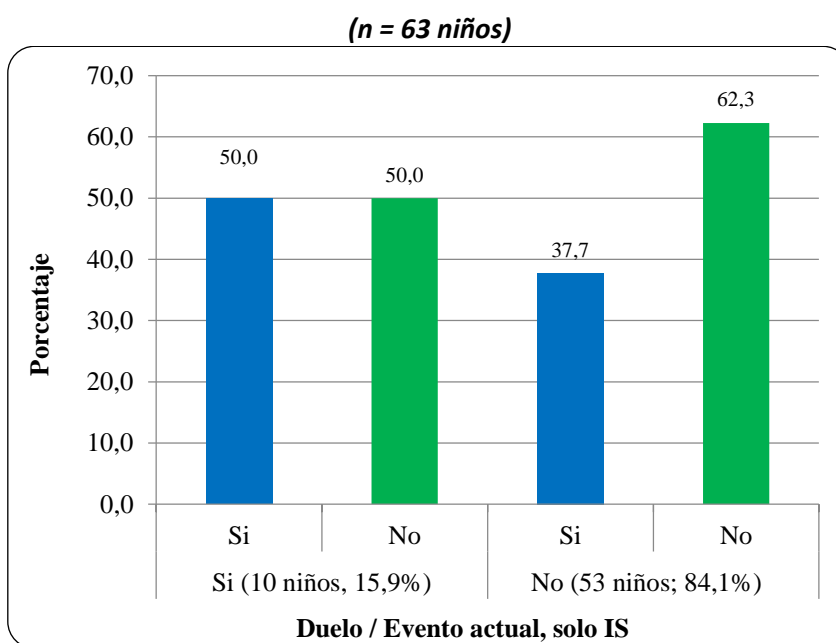
(n = 63 niños)



Fuente: Expedientes

El 50,0% de los niños con ideación suicida presentaron como factor de riesgo “Duelo”; no existe asociación entre tener duelo y la ideación suicida, es decir, estas dos variables son independientes. (Chi-cuadrado = 0,5286, p = 0,467). (Gráfico 45)

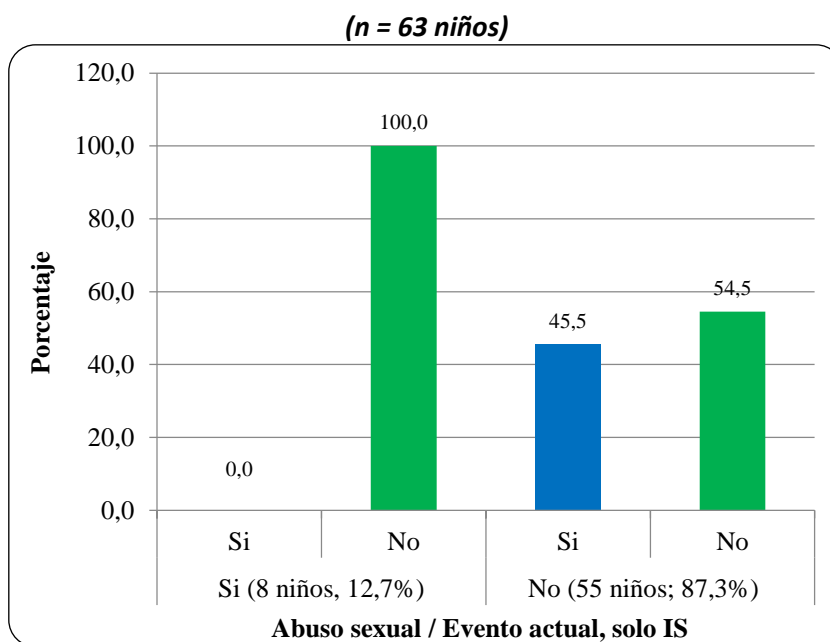
Gráfico 45: Costa Rica. Relación entre la ideación suicida y el factor de riesgo “Duelo”. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018.HNN



Fuente: Expedientes

El 0,0% de los niños con ideación suicida presentaron como factor de riesgo “Abuso sexual”. Existe asociación entre el abuso sexual y la ideación suicida, es decir, estas dos variables son dependientes. No se puede cuantificar la magnitud del riesgo porque un grupo tiene valor de cero. (Chi-cuadrado = 6,0287, p = 0,014). (Gráfico 46) (Cuadro 6)

Gráfico 46: Costa Rica. Relación entre la ideación suicida y el factor de riesgo “Abuso sexual”. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018.HNN



Fuente: Expedientes

Cuadro 6: Costa Rica. Relación entre el factor de riesgo “Abuso sexual” y la ideación suicida en el evento actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018.HNN

(n = 63 niños)

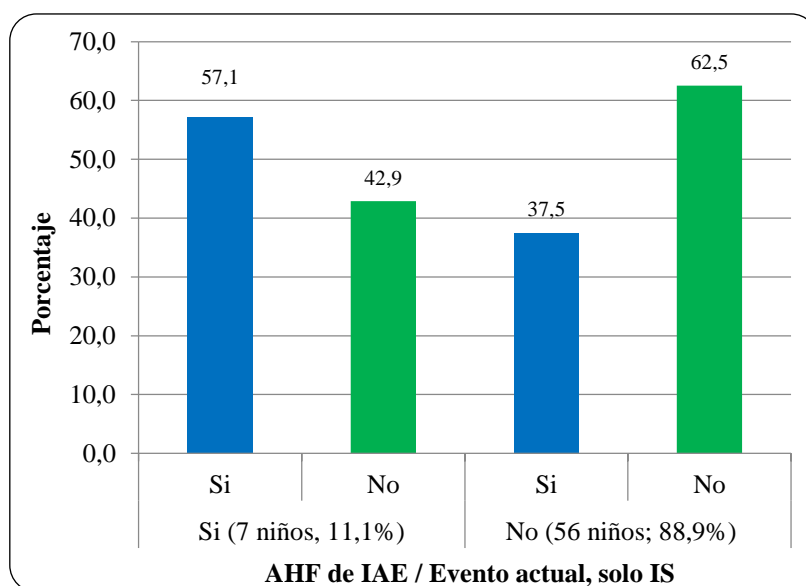
Abuso sexual	Ideación suicida en el evento actual	Pacientes	Porcentaje
Sí (8 niños, 12,7%)	Si	0	0,0
	No	8	100,0
No (55 niños; 87,3%)	Si	25	45,5
	No	30	54,5
Chi-cuadrado	6,0287		
Valor de p	0,014*	Límite inferior	Límite superior
Odds ratio	-	-	-

Fuente: Expedientes

El 57,1% de los niños con ideación suicida presentaron como factor de riesgo “AHF de IAE”. No existe asociación entre los AHF de IAE y la ideación suicida, es decir, estas dos variables son independientes. (Chi-cuadrado = 1,0030, p = 0,317. (Gráfico 47)

Gráfico 47: Costa Rica. Relación entre el factor de riesgo “AHF de IAE” y la ideación suicida en el evento actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018.HNN

(n = 63 niños)

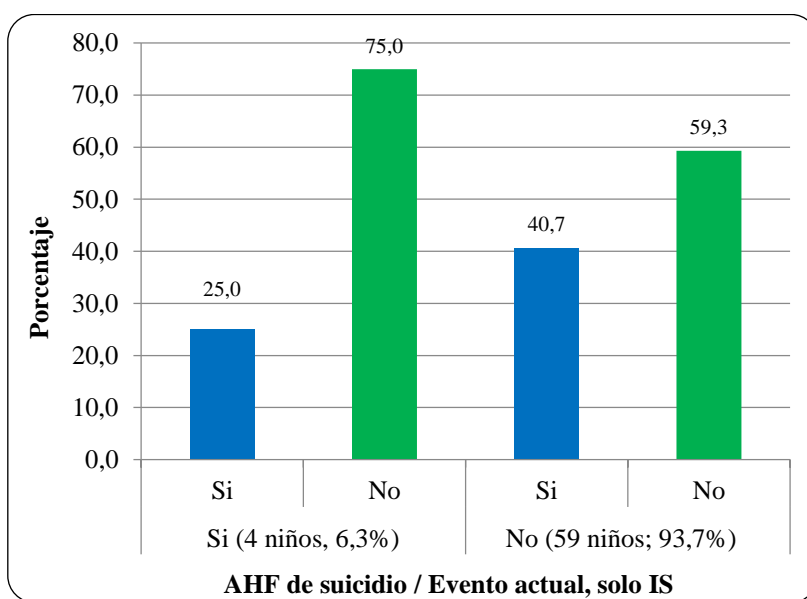


Fuente: Expedientes

El 25,0% de los niños con ideación suicida presentaron como factor de riesgo “AHF de suicidio”. No existe asociación entre los AHF de suicidio y la ideación suicida, es decir, estas dos variables son independientes. (Chi-cuadrado = 0,3847, p = 0,535. (Gráfico 48)

Gráfico 48: Costa Rica. Relación entre el factor de riesgo “AHF de suicidio” y la ideación suicida en el evento actual. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018.HNN

(n = 63 niños)



Fuente: Expedientes

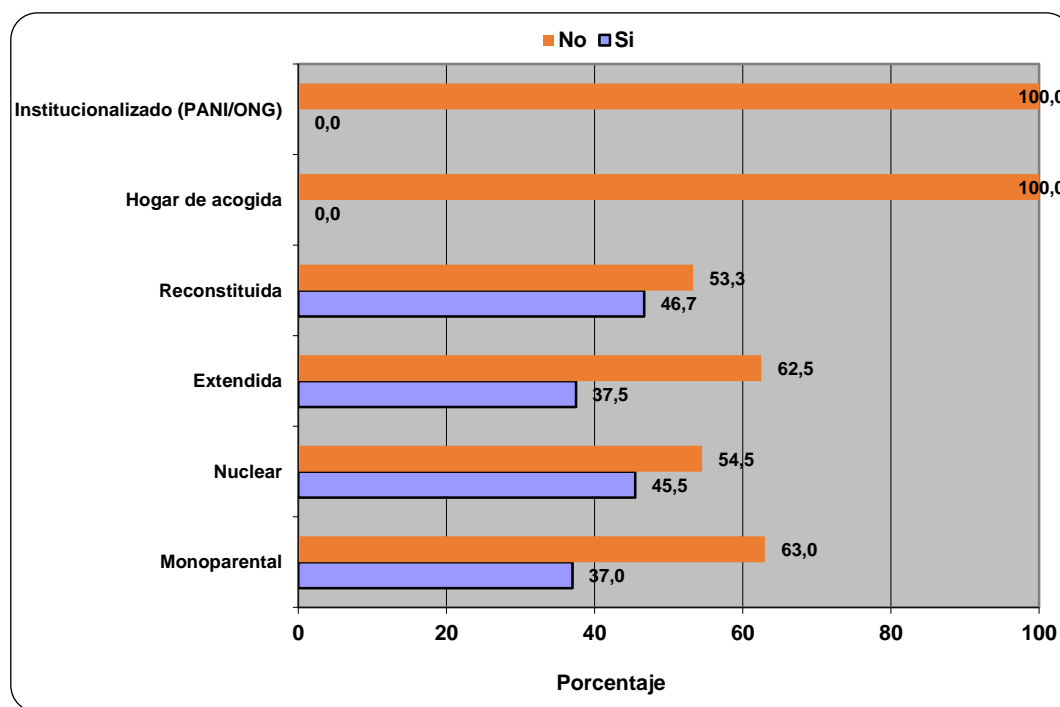
4.15.2 Relación entre el IAE y los factores de riesgo presentes

El 100% de los niños que realizaron algún tipo de IAE, también presentaron ideación suicida.

4.15.3 Relación entre el factor de riesgo VIF y la composición familiar

La violencia intrafamiliar (VIF) se presentó en los cuatro tipos de familias analizadas, con porcentajes de entre el 37,0% y el 47,0% de los niños. (Gráfico 49)

Gráfico 49: Costa Rica: Distribución relativa del factor de riesgo VIF y la composición familiar de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)

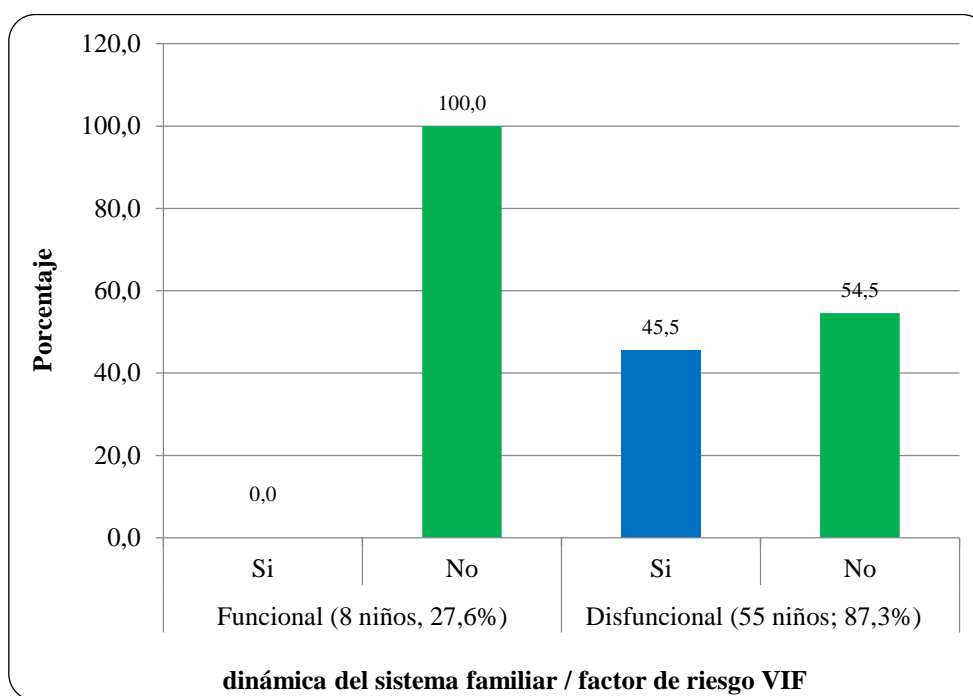


Fuente: Expedientes.

4.15.4 Relación entre el factor de riesgo VIF y la dinámica del sistema familiar

La violencia intrafamiliar (VIF) no se presentó en familias funcionales y estuvo presente aproximadamente en la mitad de las familias disfuncionales. (Gráfico 50)

Gráfico 50: Costa Rica: Distribución relativa del factor de riesgo VIF y la dinámica del sistema familiar de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)



Fuente: Expedientes.

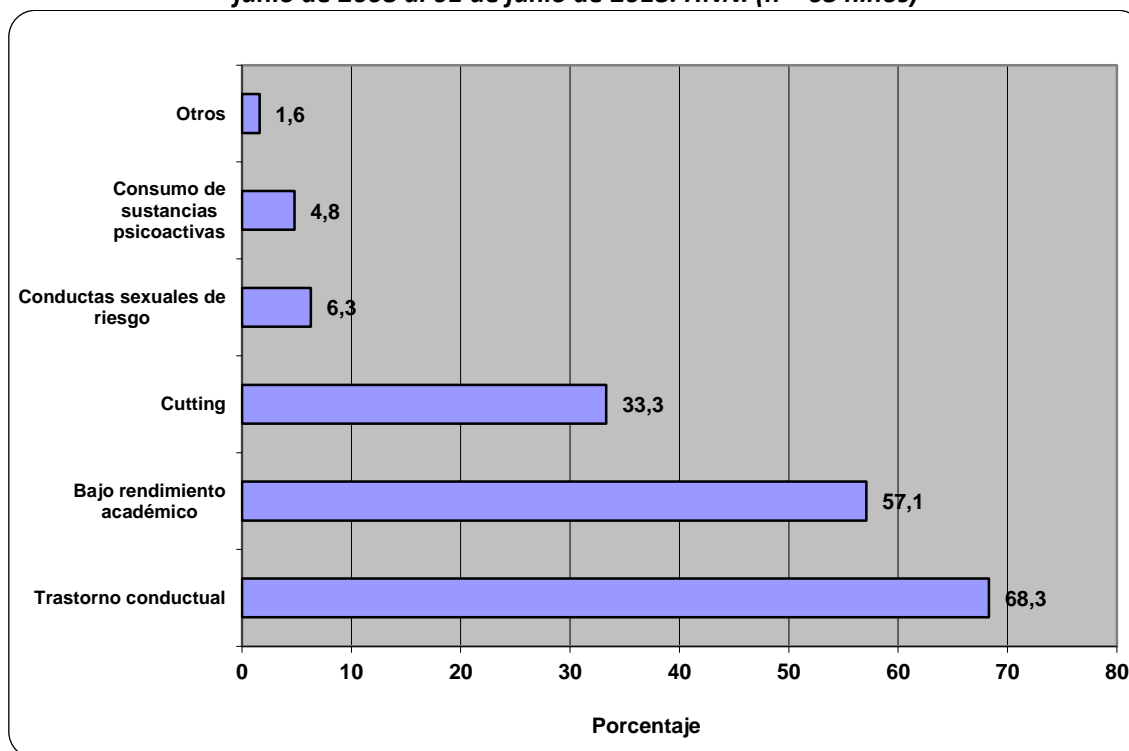
4.15.5 Relación entre el factor de riesgo IAE previos y los síntomas clínicos asociados a la IS o IAE

Como se describió en la gráfica 39, página 145, ningún niño presentó el factor de riesgo IAE previo.

4.16 Presencia de equivalentes depresivos

Los equivalentes depresivos presentes en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación más frecuentes son, trastorno conductual y el bajo rendimiento académico. (Gráfico 51)

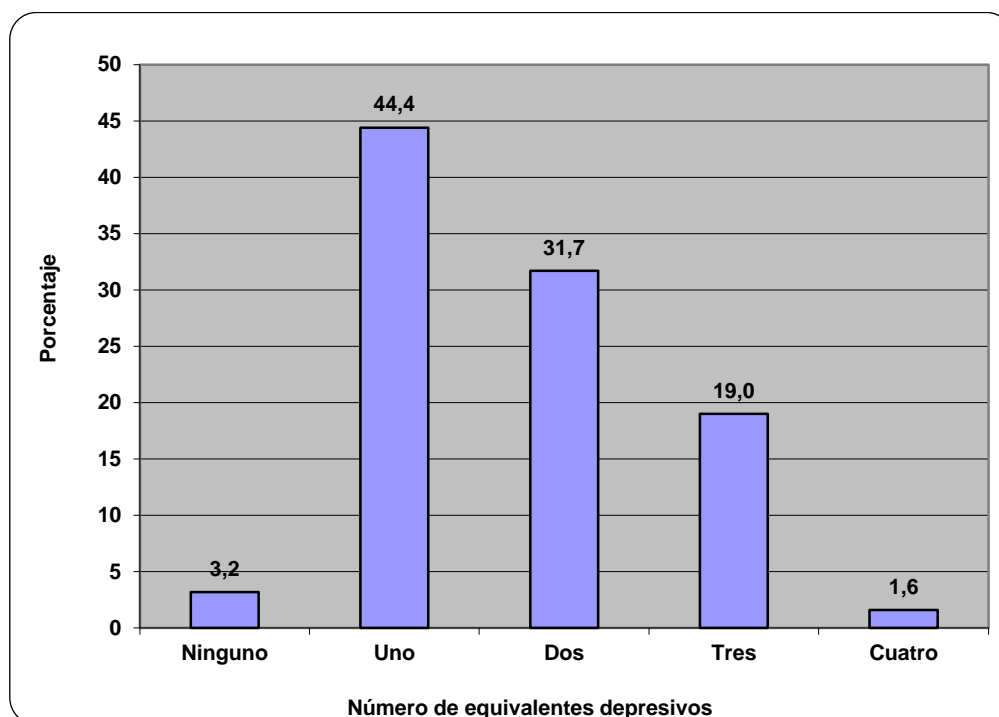
Gráfico 51: Costa Rica: Distribución relativa de la presencia de equivalentes depresivos en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)



Fuente: Expedientes.

El 76,1% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación presentan entre uno y dos equivalentes depresivos. (Gráfico 52)

Gráfico 52: Costa Rica: Número de equivalentes depresivos presentes en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)

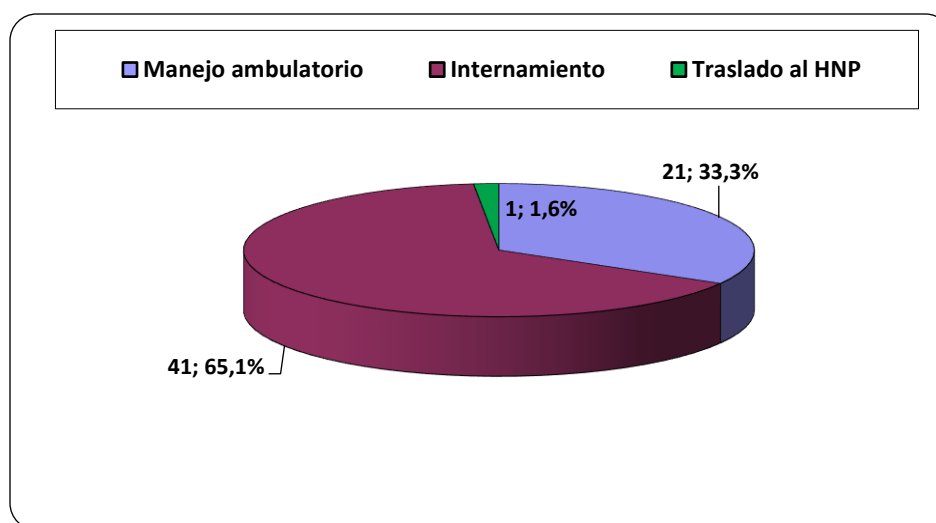


Fuente: Expedientes.

5 Tratamiento

El 65,1% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación tuvieron como principal tratamiento el internamiento, mientras que un 33,3% recibió manejo ambulatorio. (Gráfico 53)

Gráfico 53: Costa Rica. Tratamiento brindado a los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 63 niños)

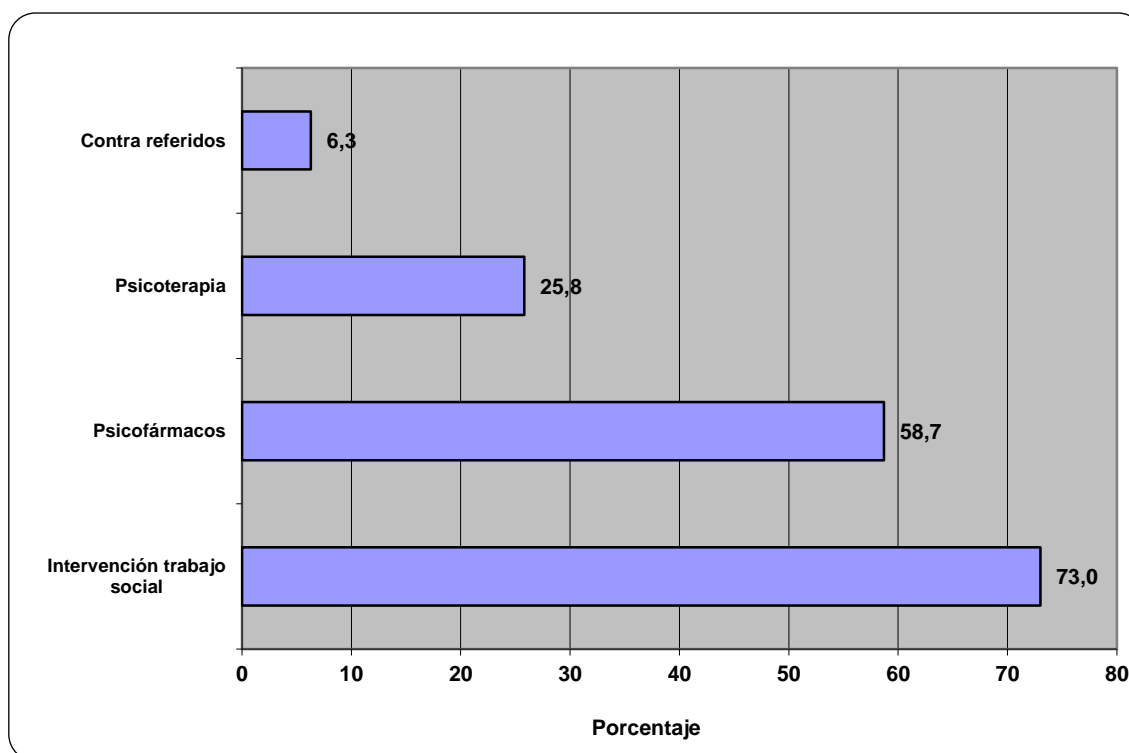


Fuente: Expedientes

5.1 Tipos de tratamiento brindados

Los principales tipos de tratamientos recibidos por los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación fueron la intervención por trabajo social y la prescripción de psicofármacos. (Gráfico 54)

Gráfico 54: Costa Rica: Distribución relativa de los tratamientos prescritos a los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)

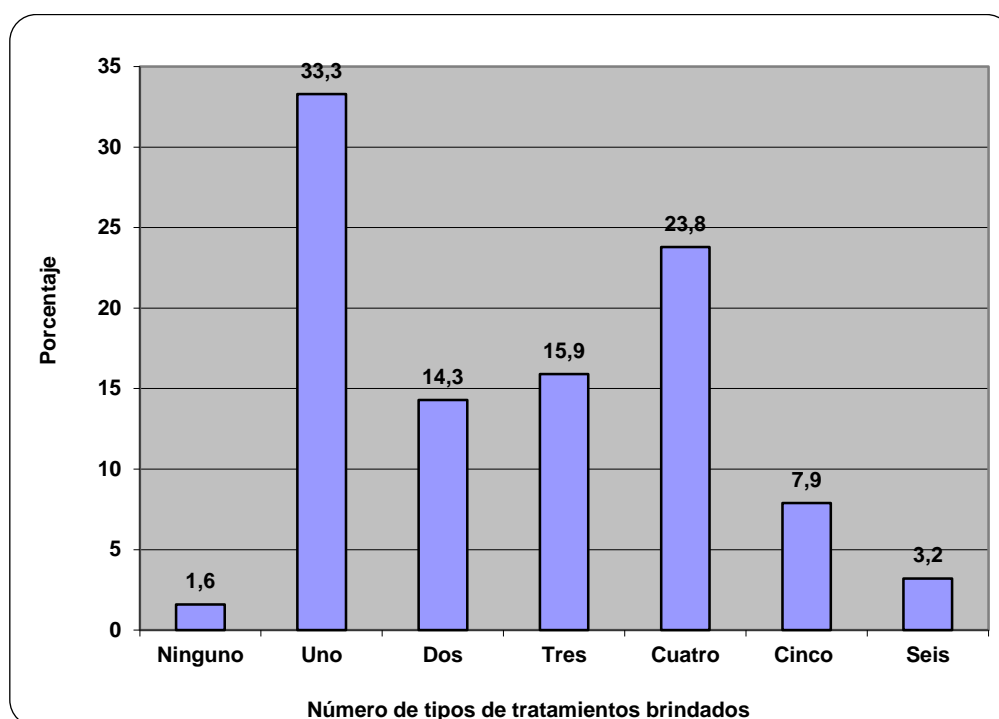


Fuente: Expedientes.

5.2 Número de tratamientos brindados

El 57,1% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación recibieron entre uno a cuatro diferentes tipos de tratamiento o intervenciones. (Gráfico 55)

Gráfico 55: Costa Rica: Número de tipos de tratamiento brindados a los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)



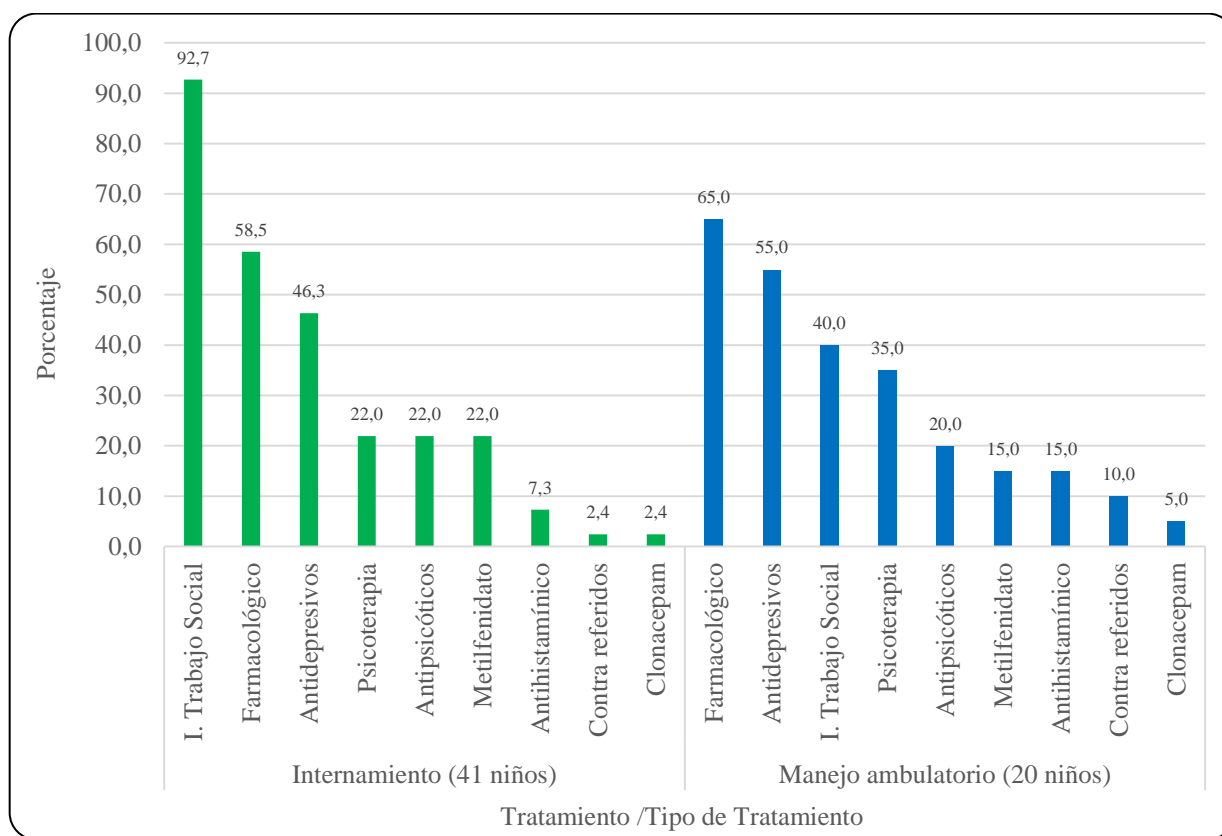
Fuente: Expedientes.

5.3 Manejo vs tipos de tratamiento brindado

Los niños internados (41 casos) recibieron prescripción de tratamiento farmacológico y fueron intervenidos por trabajo social; mientras que a los niños cuyo manejo fue ambulatorio (21 casos), se les prescribieron psicofármacos, principalmente antidepresivos y fueron intervenidos por trabajo social. (Gráfico 56)

Gráfico 56: Costa Rica: Relación entre el manejo y el tipo de tratamiento brindado a los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años.

01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.



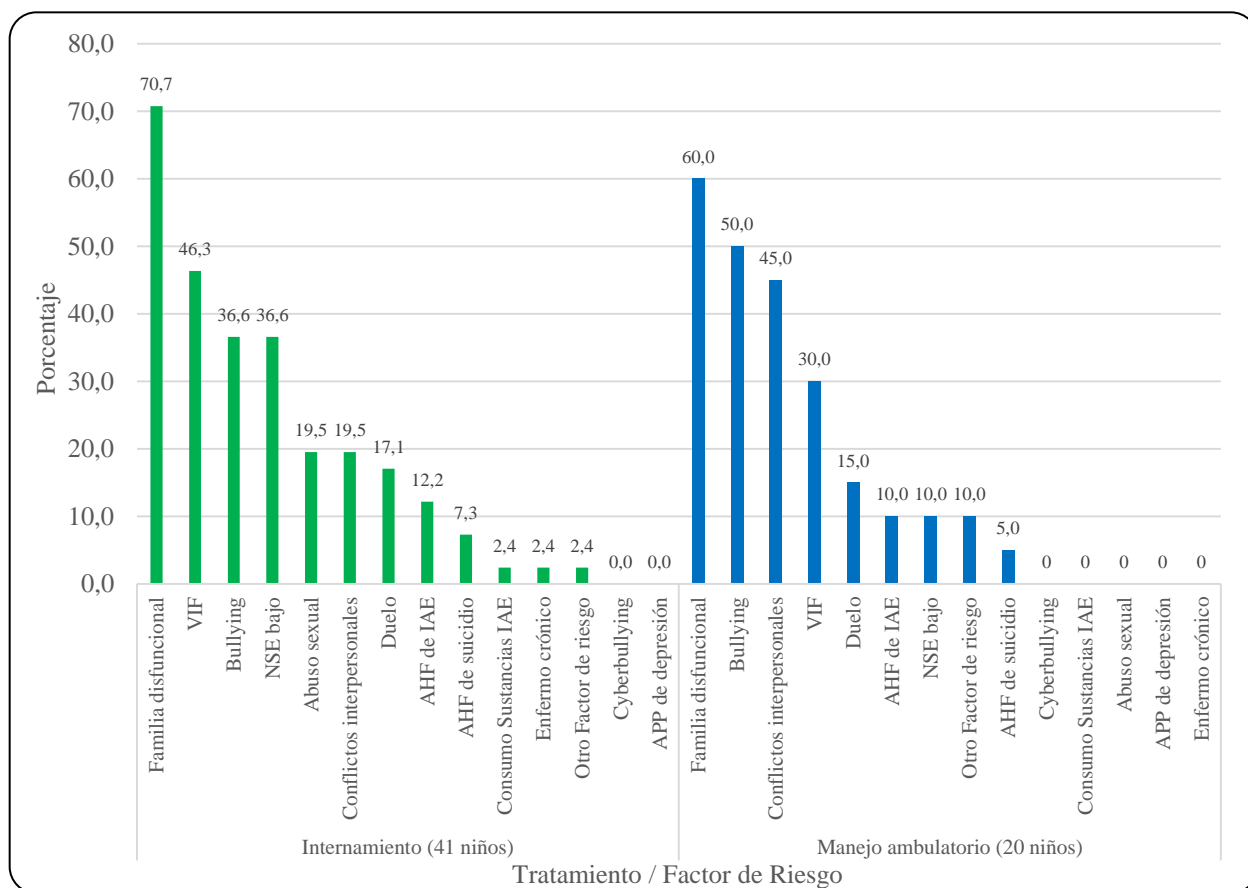
Fuente: Expedientes.

5.4 Tratamiento vs factores de riesgo

Los principales factores de riesgo que presentaron los niños que requirieron internamiento fueron: familia disfuncional y el VIF; en los niños, cuyo manejo fue ambulatorio, los principales factores de riesgo que presentaron fueron: familia disfuncional y el bullying. (Gráfico 57)

Gráfico 57: Costa Rica: Relación entre el tratamiento brindado con el factor de riesgo presente en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años.

01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.



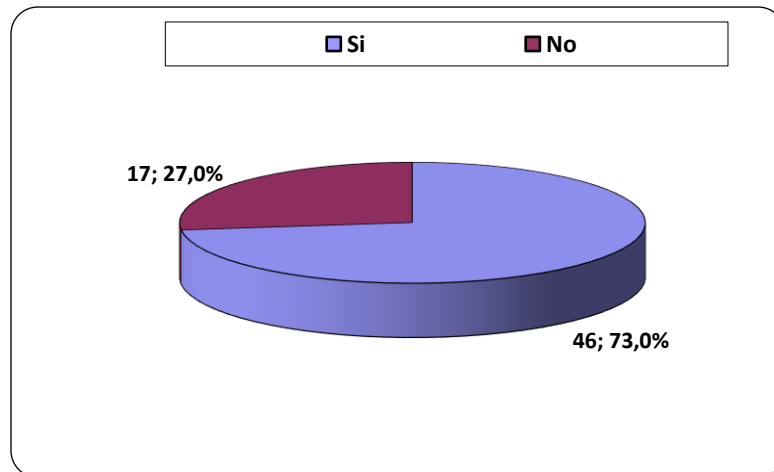
Fuente: Expedientes.

6. Internamiento

6.1 Internamiento en el HNN

El 73,0% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación fueron internados en el HNN por al menos un día. (Gráfico 58)

Gráfico 58: Costa Rica. Distribución absoluta y relativa de los niños que fueron internados en el HNN. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 63 niños)



Fuente: Expedientes

6.1.1 Pruebas de normalidad para los días de internamiento por grupos de estudio

Para comprobar el supuesto de normalidad de la variable días de internamiento, se utilizó la prueba de Shapiro-Francia, en la que se prueban las siguientes hipótesis, utilizando un nivel de significancia del 5%:

H₀: La variable días de internamiento se distribuyen normalmente

H_a: La variable días de internamiento no se distribuye normalmente

Se concluye que la variable días de internamiento en el total y por sexo no puede considerarse que se distribuyan normalmente. (Cuadro 7)

Cuadro 7: Pruebas de normalidad para la variable días de internamiento según sexo, por medio de la prueba Shapiro-Francia.

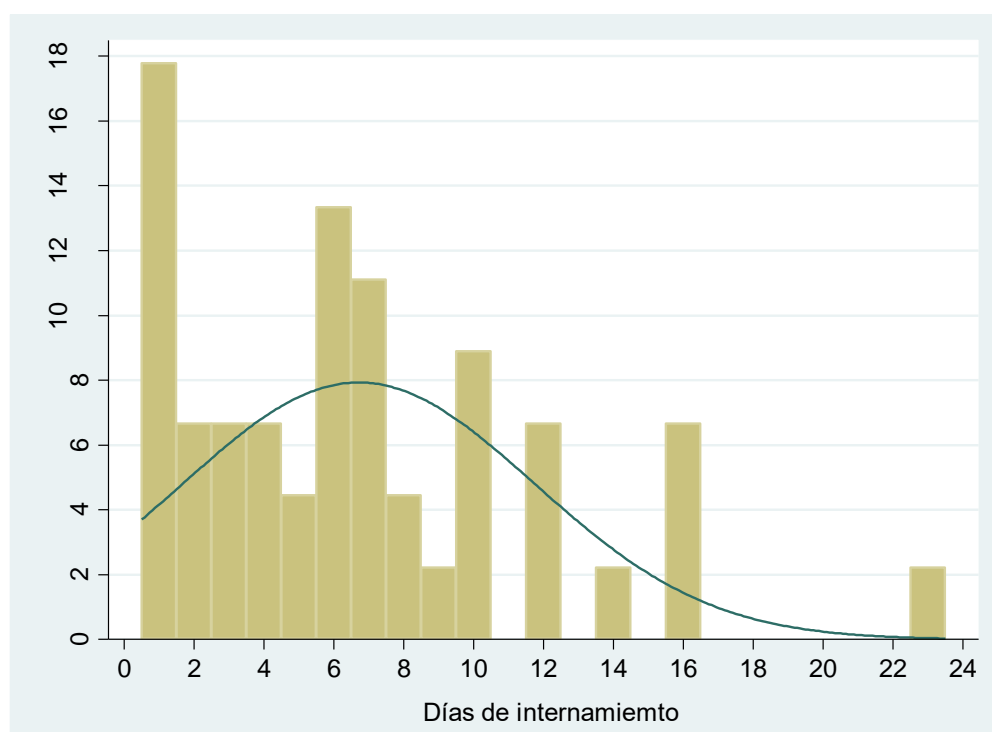
Sexo	Niños	W'	V'	Valor z	Valores de p
Total	45	0,94839	2,466	1,698	0,04476*
Femenino	29	0,97270	0,934	-0,126	0,55002
Masculino	16	0,91673	1,869	1,096	0,13643

* La variable edad no se distribuyen normalmente con un nivel de significancia del 5%.

6.1.2 Días de internamiento en el HNN

El coeficiente de asimetría = 1,06, indica que la distribución de los días de internamiento de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación presenta asimétrica positiva, es decir, los días de internamiento se presentan mayormente entre uno y siete días. (Gráfico 59)

Gráfico 59: Costa Rica. Histograma de frecuencias de los días de internamiento en el HNN de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 45 niños)



Fuente: Expedientes

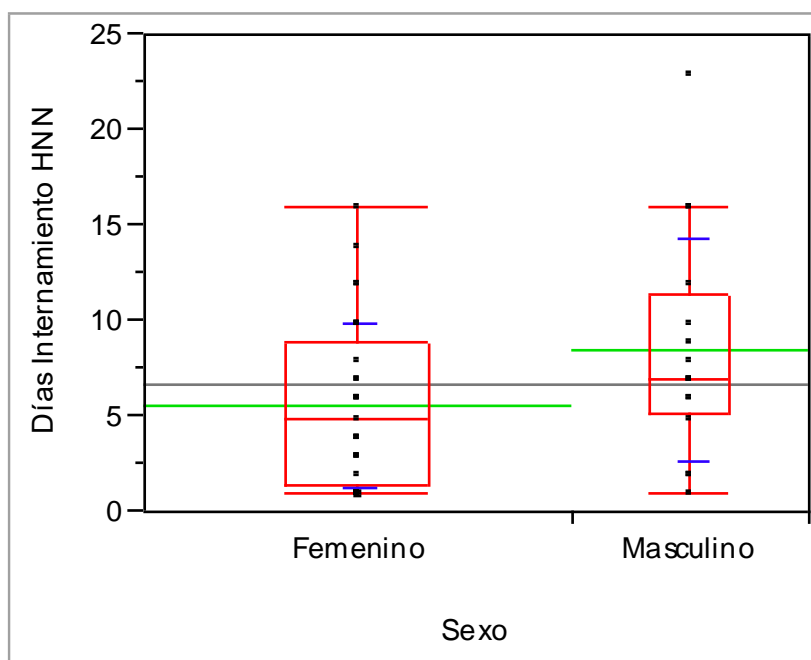
El promedio de días de internamiento en el HNN de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación es $6,7 \pm 5,0$ días, con un rango de entre 1,0 día a 23,0 días.

El 75% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación se internaron durante 10,0 días o menos; el promedio de días de internamiento en el HNN, de las niñas con

ideación suicida e intentos de autoeliminación es $5,7 \pm 4,3$ días, con un rango de entre 1,0 día a 16,0 días, el 75% de las niñas con ideación suicida e intentos de autoeliminación se internaron durante 9,0 días o menos; el promedio de días de internamiento en el HNN, de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación es $8,6 \pm 5,8$ días, con un rango de entre 1,0 día a 23,0 días, el 75% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación se internaron durante 11,5 días o menos.

No existen diferencias estadísticamente significativas al 5% entre estas dos medianas, es decir, la mediana de los días de internamiento en el HNN de las niñas con ideación suicida e intentos de autoeliminación es igual estadísticamente que la mediana de los días de internamiento en el HNN de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación. ($p = 0,0776$). (Gráfico 60) (Cuadro 8)

Gráfico 60: Costa Rica. Estadísticas descriptivas de los días de internamiento por sexo de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 45 niños)



Fuente: Expedientes.

Cuadro 8: Costa Rica. Estadísticas descriptivas de los días de internamiento por sexo de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 45 niños)

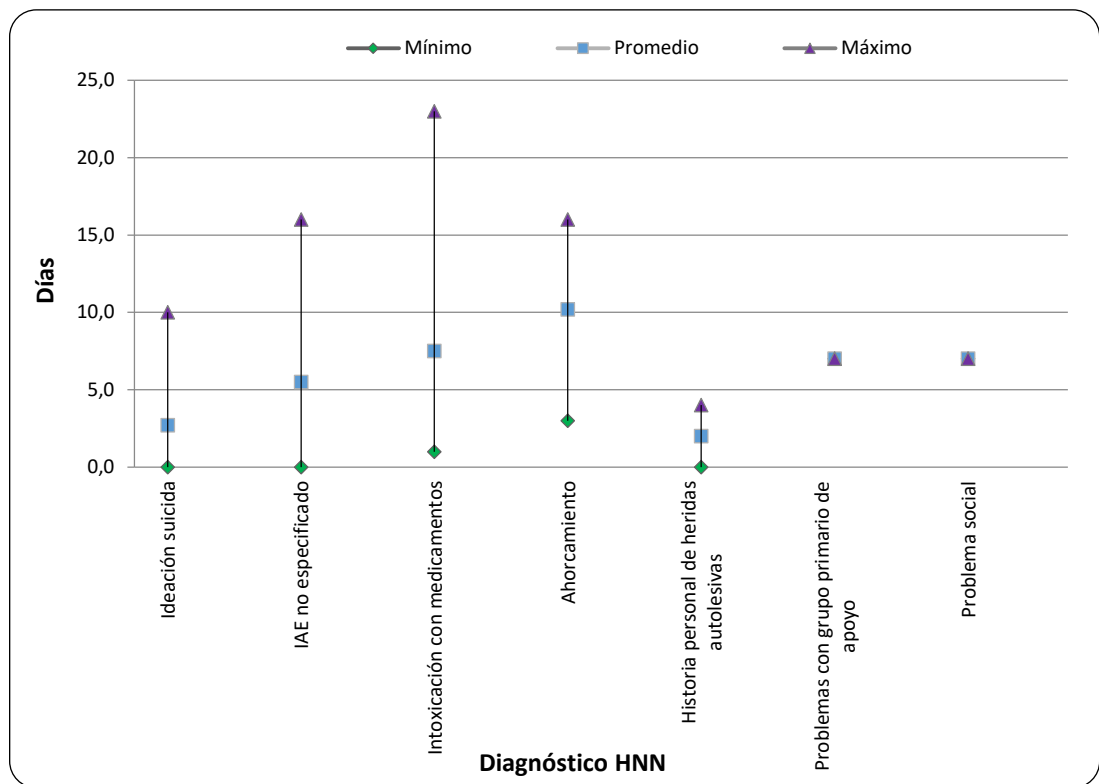
Sexo	Niños	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Q1	Q2	Q3	Suma de rangos	Prueba Chi-cuadrado	Valor de p
Total	45	6,7	5,0	1,0	23,0	2,5	6,0	10,0	-		
Femenino	29	5,7	4,3	1,0	16,0	1,5	5,0	9,0	593,0	3,079	0,0776
Masculino	16	8,6	5,8	1,0	23,0	5,3	7,0	11,5	442,0		

Fuente: Expedientes.

6.1.2.1 Días de internamiento en el HNN en relación con el diagnóstico del HNN

Los diagnósticos de ahorcamiento y IAE no especificado con los que fueron referidos al HNN fueron los que en promedio tuvieron más días de internamiento. (Gráfico 61) (Cuadro 9)

Gráfico 61: Costa Rica. Estadísticas descriptivas de los días de internamiento según diagnóstico con el que fue referido al HNN. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.



Fuente: Expedientes

Cuadro 9: Costa Rica. Estadísticas descriptivas de los días de internamiento según diagnóstico con el que fue referido al HNN. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.

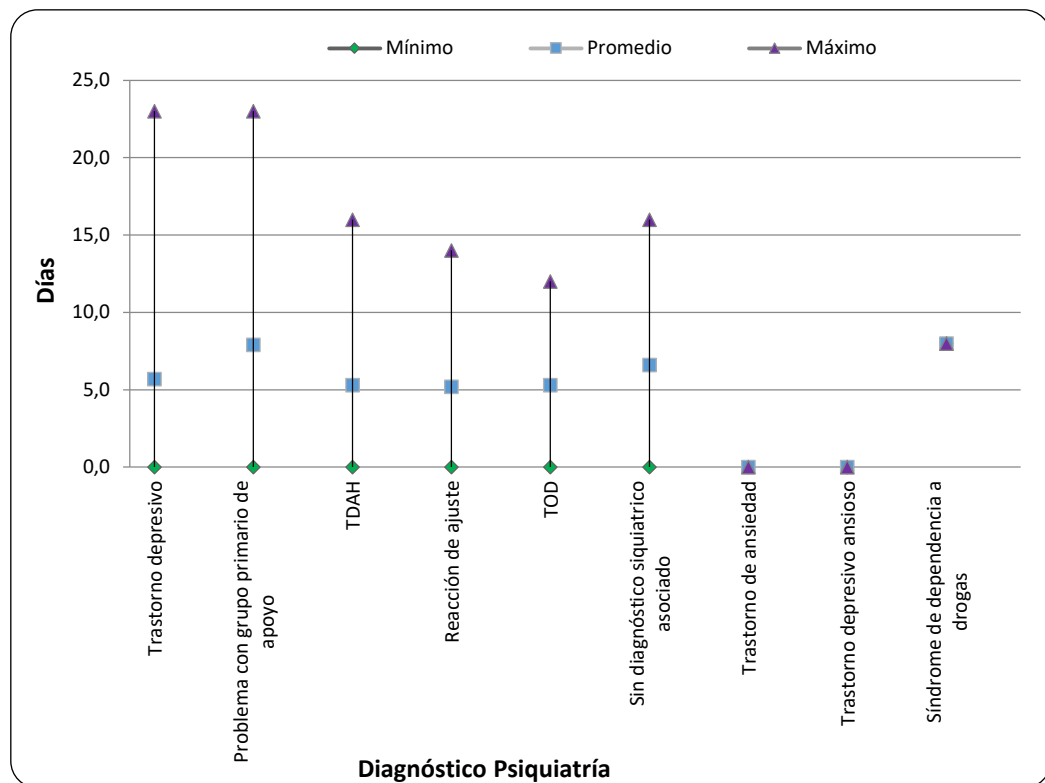
Diagnóstico referido al HNN	Niños	Mínimo	Promedio	Desviación estándar	Máximo
Ideación suicida	28	0,0	2,7	3,3	10,0
IAE no especificado	21	0,0	5,5	4,4	16,0
Intoxicación con medicamentos	13	1,0	7,5	6,6	23,0
Ahorcamiento	4	3,0	10,2	5,4	16,0
Historia personal de heridas autolesivas	2	0,0	2,0	2,8	4,0
Problemas con grupo primario de apoyo	1	7,0	7,0	0,0	7,0
Problema social	1	7,0	7,0	0,0	7,0
Intoxicación con alcohol	0	-	-	-	-
Intoxicación con drogas	0	-	-	-	-
Intoxicación con plaguicidas	0	-	-	-	-
Herida con arma blanca	0	-	-	-	-
Herida con arma de fuego	0	-	-	-	-
Precipitación	0	-	-	-	-
Trastorno depresivo	0	-	-	-	-

Fuente: Expedientes

6.1.2.2 Días de internamiento en el HNN en relación con el diagnóstico de Psiquiatría

Los diagnósticos problemas con grupo primario de apoyo, sin diagnóstico psiquiátrico asociado y trastorno depresivo dados por psiquiatría fueron los que en promedio tuvieron más días de internamiento. (Gráfico 62) (Cuadro 10)

Gráfico 62: Costa Rica. Estadísticas descriptivas de los días de internamiento según diagnóstico de psiquiatría. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.



Fuente: Expedientes

Cuadro 10: Costa Rica. Estadísticas descriptivas de los días de internamiento según diagnóstico de psiquiatría. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.

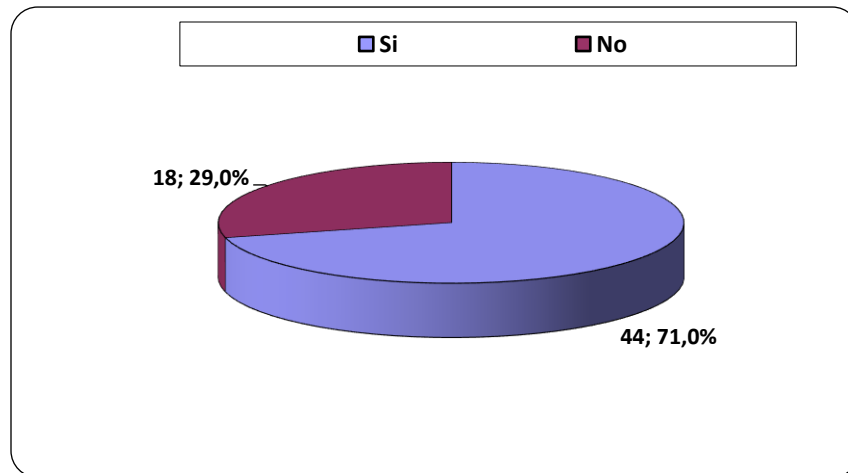
Diagnóstico psiquiátrico	Niños	Mínimo	Promedio	Desviación estándar	Máximo
Trastorno depresivo	28	0,0	5,7	5,7	23,0
Problemas con grupo primario de apoyo	28	0,0	7,9	5,5	23,0
TDAH	15	0,0	5,3	5,3	16,0
Reacción de ajuste	9	0,0	5,2	5,1	14,0
TOD	7	0,0	5,3	3,9	12,0
Sin diagnóstico psiquiátrico asociado	7	0,0	6,6	6,3	16,0
Trastorno de ansiedad	3	0,0	0,0	0,0	0,0
Trastorno depresivo ansioso	1	0,0	0,0	0,0	0,0
Síndrome de dependencia a drogas	1	8,0	8,0	0,0	8,0
Trastorno de aprendizaje	0	-	-	-	-
Trastorno del lenguaje	0	-	-	-	-
TEA	0	-	-	-	-
TOC	0	-	-	-	-

Fuente: Expedientes

7. Citas de seguimiento en psiquiatría

El 71,0% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación fueron remitidos a psiquiatría. (Gráfico 63)

Gráfico 63: Costa Rica. Distribución absoluta y relativa de referencia a psiquiatría. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 62 niños)



Fuente: Expedientes

7.1 Pruebas de normalidad para las citas con psiquiatría por grupos de estudio

Para comprobar el supuesto de normalidad de la variable citas con psiquiatría, se utilizó la prueba de Shapiro-Francia, en la que se prueban las siguientes hipótesis, utilizando un nivel de significancia del 5%:

Ho: La variable citas con psiquiatría se distribuyen normalmente

Ha: La variable citas con psiquiatría no se distribuyen normalmente

Se concluye que la variable citas con psiquiatría en total y por sexo no puede considerarse que se distribuyan normalmente. (Cuadro 11)

Cuadro 11: Pruebas de normalidad para la variable citas con psiquiatría según sexo, por medio de la prueba Shapiro-Francia.

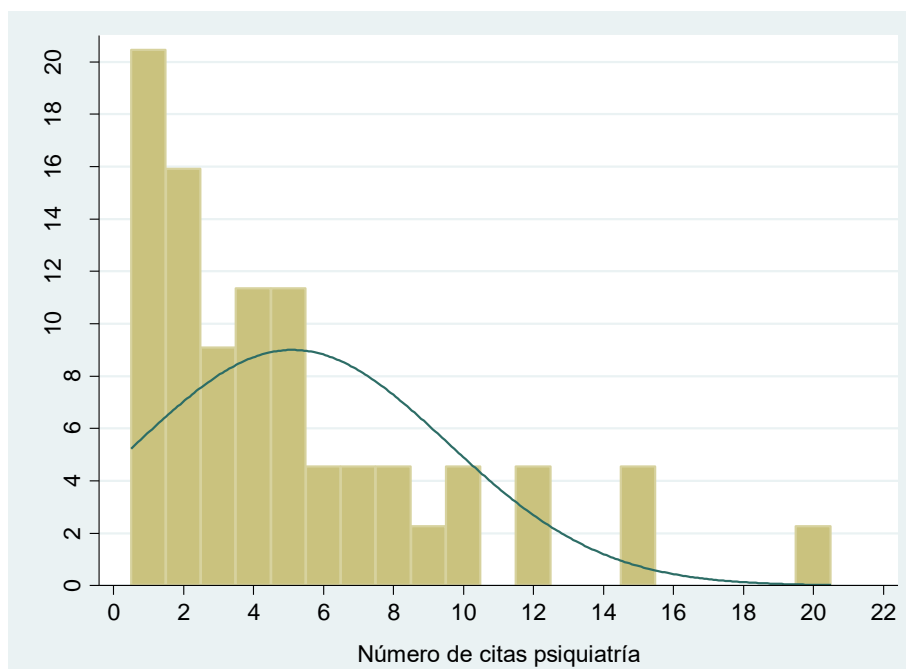
Sexo	Niños	W'	V'	Valor z	Valores de p
Total	44	0,88819	5,250	3,056	0,00112*
Femenino	26	0,87074	4,083	2,537	0,00559*
Masculino	18	0,91119	2,160	1,364	0,08627

* La variable edad no se distribuyen normalmente con un nivel de significancia del 5%.

7.2. Número de citas de seguimiento en Psiquiatría

El coeficiente de asimetría = 1,68, indica que la distribución del número de citas de seguimiento con Psiquiatría en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación presenta asimétrica positiva, es decir, el número de citas con psiquiatría se presentan mayormente entre una y cinco citas. (Gráfico 64)

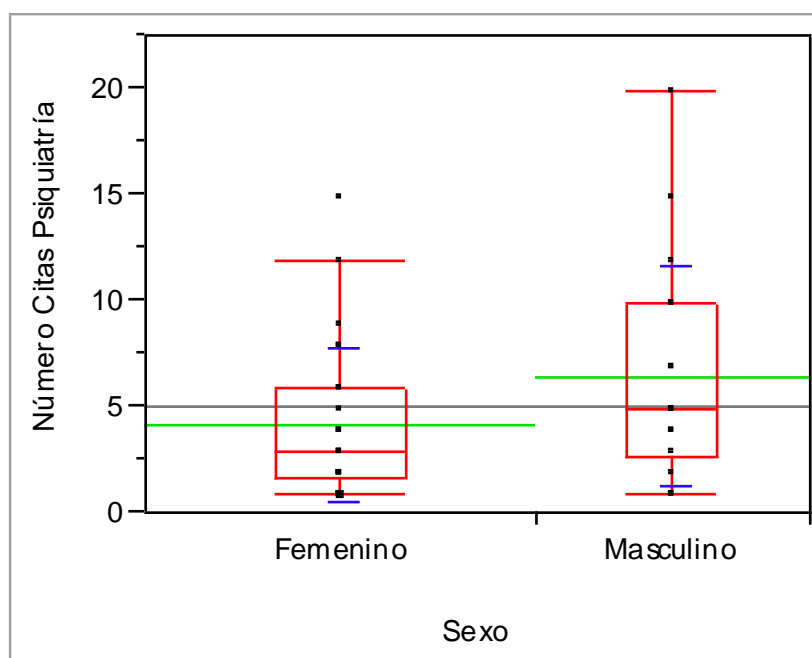
Gráfico 64: Costa Rica. Histograma de frecuencias del número de citas en Psiquiatría de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 44 niños)



Fuente: Expedientes

El promedio de citas de seguimiento con psiquiatría en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación es $5,1 \pm 4,4$ citas, con un rango de entre 1,0 cita a 20,0 citas, el 75% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación tienen 7,0 citas o menos. El promedio de citas de seguimiento con Psiquiatría en las niñas con ideación suicida e intentos de autoeliminación es $4,2 \pm 3,6$ citas, con un rango de entre 1,0 cita a 15,0 citas; el promedio de citas de seguimiento con Psiquiatría en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación es $6,5 \pm 6,5$ citas, con un rango de entre 1,0 cita a 20,0 citas, el 75% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación tienen 10,0 citas o menos. No existen diferencias estadísticamente significativas al 5% entre estas dos medianas, es decir, la mediana de citas a Psiquiatría de las niñas con ideación suicida e intentos de autoeliminación es igual estadísticamente que la mediana de citas a psiquiatría de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación. ($p = 0,0924$). (Gráfico 65) (Cuadro 12)

Gráfico 65: Costa Rica. Estadísticas descriptivas del número de citas de seguimiento en psiquiatría por sexo de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN ($n = 44$ niños)



Fuente: Expedientes.

Cuadro 12: Costa Rica. Estadísticas descriptivas del número de citas de seguimiento en psiquiatría por sexo de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 44 niños)

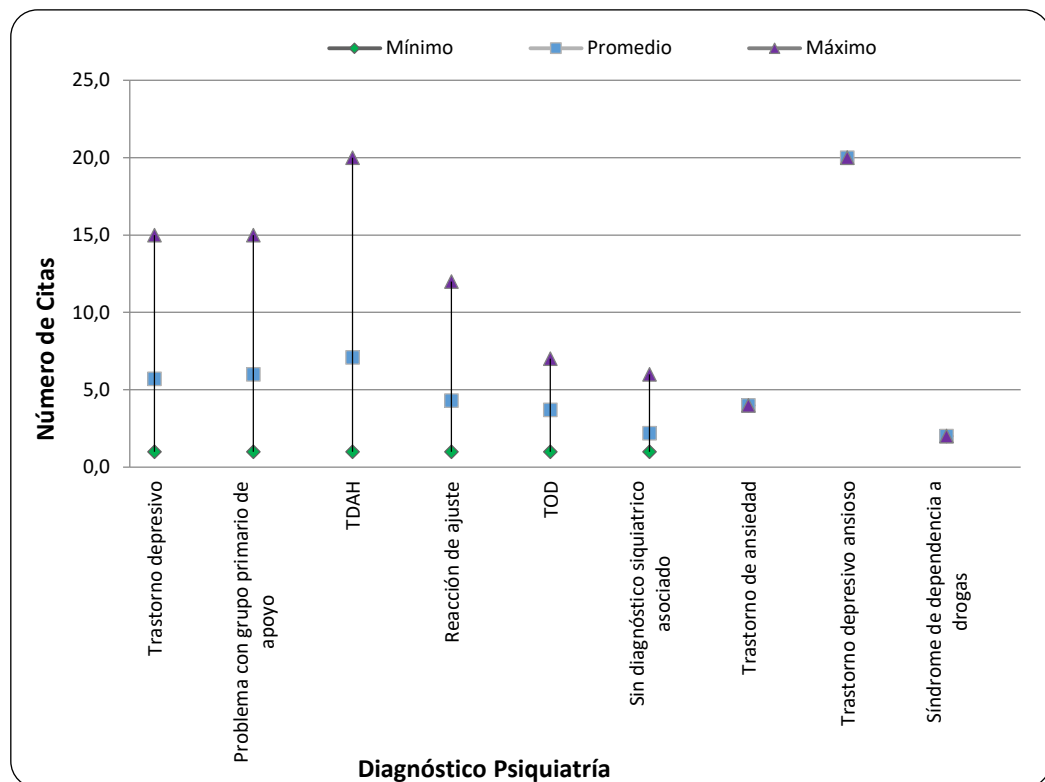
Sexo	Niños	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Q1	Q2	Q3	Suma de rangos	Prueba Chi-cuadrado	Valor de p
Total	44	5,1	4,4	1,0	20,0	2,0	4,0	7,0	-		
Femenino	26	4,2	3,6	1,0	15,0	1,8	3,0	6,0	514,0	2,832	0,0924
Masculino	18	6,5	5,2	1,0	20,0	2,8	5,0	10,0	475,0		

Fuente: Expedientes.

7.2.1 Citas de seguimiento en Psiquiatría en relación con el diagnóstico de Psiquiatría

Los diagnósticos TDAH, problemas con grupo primero de apoyo y trastorno depresivo dados por Psiquiatría fueron los que en promedio tuvieron más citas de seguimiento en Psiquiatría. Cabe destacar que un paciente tuvo dos citas por trastorno depresivo ansioso. (Gráfico 66) (Cuadro 13)

Gráfico 66: Costa Rica. Estadísticas descriptivas del número de citas de seguimiento en Psiquiatría según diagnóstico de Psiquiatría. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.



Fuente: Expedientes.

Cuadro 13: Costa Rica. Estadísticas descriptivas del número de citas de seguimiento en Psiquiatría según diagnóstico de Psiquiatría. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.

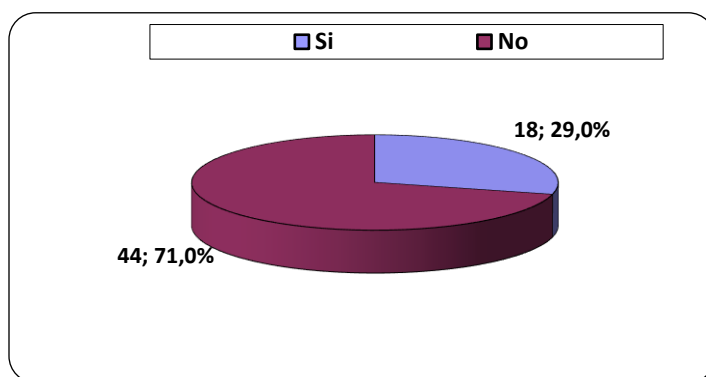
Diagnóstico psiquiátrico	Niños	Mínimo	Promedio	Desviación estándar	Máximo
Trastorno depresivo	23	1,0	5,7	3,7	15,0
Problemas con grupo primario de apoyo	22	1,0	6,0	4,5	15,0
TDAH	12	1,0	7,1	6,1	20,0
Reacción de ajuste	6	1,0	4,3	3,9	12,0
TOD	6	1,0	3,7	2,4	7,0
Sin diagnóstico psiquiátrico asociado	4	1,0	2,2	2,5	6,0
Trastorno de ansiedad	1	4,0	4,0	0,0	4,0
Trastorno depresivo ansioso	1	20,0	20,0	0,0	20,0
Síndrome de dependencia a drogas	1	2,0	2,0	0,0	2,0
Trastorno de aprendizaje	0	-	-	-	-
Trastorno del lenguaje	0	-	-	-	-
TEA	0	-	-	-	-
TOC	0	-	-	-	-

Fuente: Expedientes.

7.3 Citas de seguimiento en psicología

El 29,0% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación fueron remitidos a Psicología. (Gráfico 67)

Gráfico 67: Costa Rica. Distribución absoluta y relativa de referencia a Psicología. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN. (n = 62 niños)



Fuente: Expedientes

7.3.1 Pruebas de normalidad para las citas con Psicología por grupos de estudio

Para comprobar el supuesto de normalidad de la variable citas con Psicología, se utilizó la prueba de Shapiro-Francia, en la que se prueban las siguientes hipótesis, utilizando un nivel de significancia del 5%:

Ho: La variable citas con Psicología se distribuyen normalmente

Ha: La variable citas con Psicología no se distribuye normalmente

Se concluye que la variable citas con Psicología en el total y por sexo no puede considerarse que se distribuyan normalmente. (Cuadro 14)

Cuadro 14: Pruebas de normalidad para la variable citas con Psicología según sexo, por medio de la prueba Shapiro-Francia.

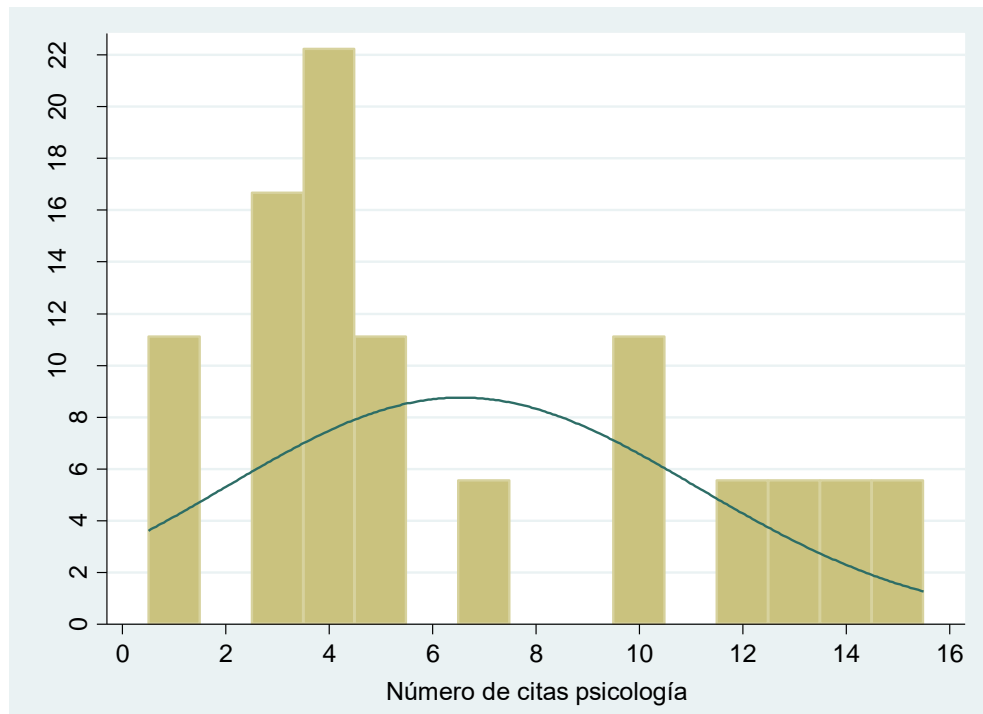
Sexo	Niños	W'	V'	Valor z	Valores de p
Total	18	0,91473	2,074	1,291	0,09829
Femenino	8	0,82104	2,654	1,658	0,04869*
Masculino	10	0,95738	0,712	-0,536	0,70388

* La variable edad no se distribuyen normalmente con un nivel de significancia del 5%.

7.3.2 Número de citas de seguimiento en Psicología

El coeficiente de asimetría = 0,68, indica que la distribución del número de citas de seguimiento con Psicología en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación presenta asimétrica positiva, es decir, el número de citas con Psicología se presentan mayormente entre tres y cuatro citas. (Gráfico 68)

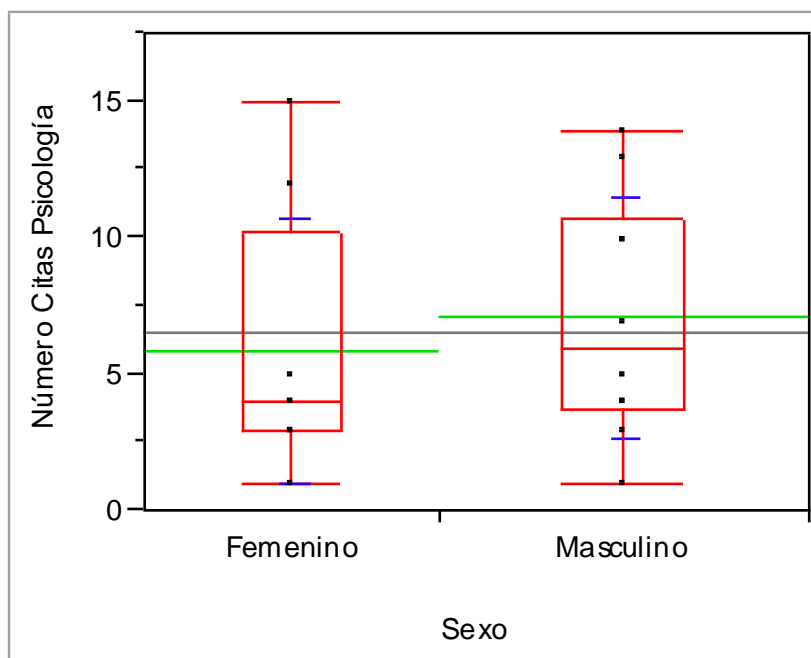
Gráfico 68: Costa Rica. Histograma de frecuencias del número de citas en Psicología de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 18 niños)



Fuente: Expedientes

El promedio de citas de seguimiento con Psicología en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación es $6,6 \pm 4,6$ citas, con un rango de entre 1,0 cita a 15,0 citas, el 75% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación tienen 10,5 citas o menos. El promedio de citas de seguimiento con Psicología en las niñas con ideación suicida e intentos de autoeliminación es $5,9 \pm 4,9$ citas, con un rango de entre 1,0 cita a 15,0 citas; el promedio de citas de seguimiento con Psicología en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación es $7,1 \pm 4,4$ citas, con un rango de entre 1,0 cita a 14,0 citas, el 75% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación tienen 10,7 citas o menos. No existen diferencias estadísticamente significativas al 5% entre estas dos medianas, es decir, la mediana de citas a Psicología de las niñas con ideación suicida e intentos de autoeliminación es igual estadísticamente que la mediana de citas a Psicología de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación. ($p = 0,4772$). (Gráfico 69) (Cuadro 15)

Gráfico 69: Costa Rica. Estadísticas descriptivas del número de citas de seguimiento en Psicología por sexo de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 18 niños)



Fuente: Expedientes

Cuadro 15: Costa Rica. Estadísticas descriptivas del número de citas de seguimiento en Psicología por sexo de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN (n = 18 niños)

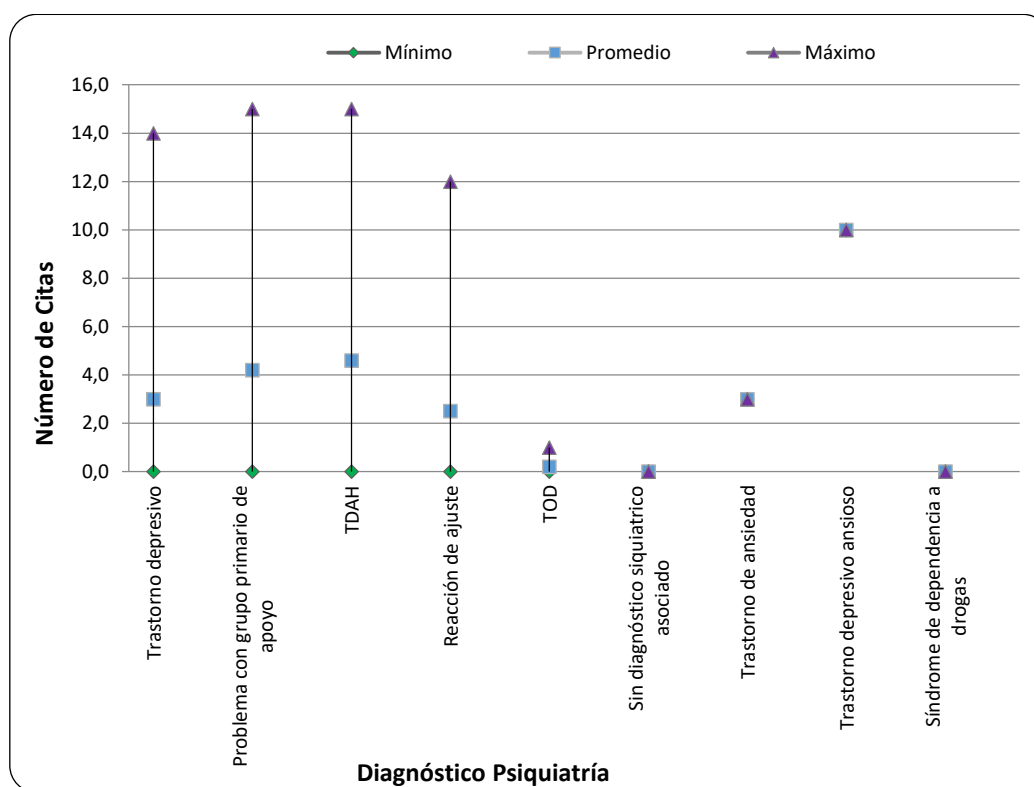
Sexo	Niños	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Q1	Q2	Q3	Suma de rangos	Prueba Chi-cuadrado	Valor de p
Total	18	6,6	4,6	1,0	15,0	3,0	4,5	10,5	-		
Femenino	8	5,9	4,9	1,0	15,0	3,0	4,0	10,2	68,0	0,505	0,4772
Masculino	10	7,1	4,4	1,0	14,0	3,7	6,0	10,7	103,0		

Fuente: Expedientes.

7.3.2.1 Citas de seguimiento en Psicología en relación con el diagnóstico de Psiquiatría

Los diagnósticos TDAH y problemas con grupo primero de apoyo dados por Psiquiatría fueron los que en promedio tuvieron más citas de seguimiento en Psicología. Cabe destacar que un paciente tuvo diez citas por trastorno depresivo ansioso. (Gráfico 70) (Cuadro 16)

Gráfico 70: Costa Rica. Estadísticas descriptivas del número de citas de seguimiento en Psicología según diagnóstico de Psiquiatría. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.



Fuente: Expedientes.

Cuadro 16: Costa Rica. Estadísticas descriptivas del número de citas de seguimiento en Psicología según diagnóstico de Psiquiatría. Niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años. 01 de junio de 2008 al 01 de junio de 2018. HNN.

Diagnóstico psiquiátrico	Niños	Mínimo	Promedio	Desviación estándar	Máximo
Trastorno depresivo	23	0,0	3,0	4,3	14,0
Problema con grupo primario de apoyo	22	0,0	4,2	5,2	15,0
TDAH	12	0,0	4,6	5,3	15,0
Reacción de ajuste	6	0,0	2,5	4,8	12,0
TOD	6	0,0	0,2	0,5	1,0
Sin diagnóstico psiquiátrico asociado	4	0,0	0,0	0,0	0,0
Trastorno de ansiedad	1	3,0	3,0	0,0	3,0
Trastorno depresivo ansioso	1	10,0	10,0	0,0	10,0
Síndrome de dependencia a drogas	1	0,0	0,0	0,0	0,0
Trastorno de aprendizaje	0	-	-	-	-
Trastorno del lenguaje	0	-	-	-	-
TEA	0	-	-	-	-
TOC	0	-	-	-	-

Fuente: Expedientes.

C. DISCUSIÓN

Se hizo una revisión preliminar de los datos facilitados por el Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del HNN, basada en el total de los casos que fueron referidos al HNN por ideación suicida e intentos de autoeliminación, entre junio del año 2012 a junio de 2018. Del total de la población (158 casos), se escogió una muestra de manera sistemática y aleatoria, con un estimado de confianza máxima ($p = 0,5$), para un nivel de confianza al 90%. Del total de la muestra (63 casos), 2 niños al ser valorados por Psiquiatría no presentaban ideación suicida ni IAE; 25 niños presentaron ideación suicida, mientras que el grupo restante (36 casos), además de presentar ideación suicida, también llegaron a realizar algún tipo de conducta suicida.

Los principales resultados estadísticamente significativos obtenidos del estudio nos permitieron identificar una asociación entre las variables ideación suicida y los factores de riesgo: antecedente de abuso sexual y antecedente de intentos de suicidio previos. También se identificó una asociación entre las variables ideación suicida y la comorbilidad con trastornos conductuales.

Con respecto a los otros resultados, cuyos valores de las “ p ” obtenidas en el análisis estadístico inferencial fueron superiores al valor establecido como baremo de 0,05 por la comunidad científica (Manterola, C., C., Pineda, V. y GRUPO MINCIR. 2008). Esto significa que dichos resultados poseen poca significancia estadística, lo que hace que sea muy probable que las asociaciones encontradas entre dichas variables sean resultado del azar, más que el resultado de una asociación directa entre las mismas (Fernández, P. y Díaz, P. 2001). Si bien es cierto, permiten observar una tendencia entre las variables, no fue posible establecer una asociación con significancia estadística entre las mismas.

Por otro lado, la literatura ha descrito que las investigaciones cuantitativas, como la que se desarrolló en el presente estudio, no son las investigaciones ideales para explorar

condiciones sociales complejas y sensibles, como lo es el tema del suicidio, dado que los resultados tienden a mostrar lo que está ocurriendo en la población, pero no ayuda a comprender la razón por la cual sucede. Basados en esto, los resultados obtenidos no permiten establecer asociaciones entre las variables del estudio. Por esta razón se concluye, que el diseño del estudio no fue el ideal para estudiar el complejo fenómeno de la conducta suicida (Monje, CA., 2011).

Características de los pacientes

Género

Los resultados obtenidos en el presente estudio con respecto a la distribución por género muestran una mayor prevalencia en el sexo femenino (63,5% vs 36,5% en hombres). Esta distribución es similar a la encontrada por (Bella, M., et al.2010) en su estudio prospectivo llevado a cabo en N = 41 pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital de Niños de Córdoba. Encontraron que 56,1% de los niños y adolescentes con intento de suicidio pertenecían al sexo femenino y 43,9% al masculino. También coincide con la encontrada por (Margarit, A., Martinez, L., Martinez, A., et al. 2016).

Edad

La edad promedio de los niños de sexo masculino con ideación suicida e intentos de autoeliminación es $10,6 \pm 1,4$ años, con un rango de entre 6,9 años y 12,5 años, siendo que el 75% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación tienen 10,0 años o más. Mientras que el promedio de edad de las niñas con ideación suicida e intentos de autoeliminación es $11,4 \pm 1,8$ años, con un rango de entre 4,5 años y 13,0 años, el 75% de las niñas con ideación suicida e intentos de autoeliminación tienen 11,4 años o más. Esto no coincide con la edad promedio de 15,6 años encontrada en la bibliografía por (Margarit, A., et al. 2016). Sin embargo, esto puede deberse a que en la mayoría de estudios

a nivel internacional se incluye una población de 12 a 18 años, mientras que la población de nuestro estudio incluyó niños entre los 4 y los 13 años.

Provincia y cantón

El 74,6% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación residen en la provincia de San José y de estos, 34,0% viven en el cantón central de San José.

No podemos generalizar los resultados encontrados en la presente investigación a las otras provincias, dado que la representación de las siete provincias del país no fue lo suficientemente grande como para inferir que la población infanto juvenil con ideación suicida e intentos suicidas se comporta de la misma manera.

Nivel educativo del menor

El 92,1% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación eran estudiantes de primaria, 6,3% eran estudiantes de secundaria y un 1,6% eran estudiantes de preescolar. González y colaboradores, en su estudio (Cañón, S. 2007), encontraron que la mayoría de los intentos suicidas ocurrieron en los últimos años de primaria y/o secundaria, entre los 10 y los 15 años. Por otro lado, (Agerbo, E., Nordentoft, M., y Mortensen, PB. 2002) encontraron que la educación es un factor protector individual, cumple una asociación inversa con el riesgo de suicidio.

Características de los padres

Nivel educativo y ocupación de los padres

Con respecto al nivel educativo de los padres de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación, encontramos que el 36.5% de las madres y el 52,4% de los padres no poseen ningún nivel de escolaridad.

Aproximadamente, la mitad de los padres (madre y padre) de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación poseen un empleo estable. No se consignó en el expediente para el 25,4% de los padres y para el 12,7% de las madres.

(Agerbo, E., et al. 2002) encontraron que el alto riesgo relacionado con el bajo nivel socioeconómico de los padres puede ser un elemento de confusión sobreestimado, secundario a la falta de ajuste de los resultados para enfermedad mental. Contrario a esto, (Andrews, J., 1992) y (Dubow, E., Kausch, D., Blum, M., et al. 1989) encontraron que el nivel educativo del padre sí tenía relevancia en el fenómeno de la conducta suicida en los adolescentes, relacionado con la preocupación por la situación económica de la familia.

Características de la familia

Composición familiar

El 42,9% de las familias de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación eran familias monoparentales, 23,8% familias reconstituidas, 17,5% familias nucleares y 12,7% familias extendidas

Esto coincide con lo encontrado por Bella y colaboradores (Bella, M., et al. 2010) en su estudio, en donde encontraron que la estructura familiar más prevalente en el grupo con intento de suicidio fue la monoparental materna en el 54,29% de los casos.

Dinámica del sistema familiar

El 87,3% de las familias de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación fueron catalogadas como disfuncionales. Al hacer la asociación entre la ideación suicida e intentos de autoeliminación y el factor de riesgo "Familia disfuncional", se encontró que 42,9% de los niños presentaban este factor de riesgo, sin que en el estudio se lograra establecer una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables; lo que quiere decir que estas dos variables son independientes entre sí. (Chi-cuadrado = 0,5305, p = 0,466).

Esto coincide con los resultados encontrados en la bibliografía internacional, tal y como lo expone (Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., et al. 2009), quienes en los resultados de su estudio encontraron que la ideación suicida en el adolescente se correlaciona con un sistema familiar desestructurado en su sistema de jerarquías, roles y reglas, caracterizada por comunicación conflictiva y bajos niveles de cercanía afectiva, produciendo efectos negativos para el adolescente.

Características clínicas del menor

El 60,3% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación fueron valorados previamente por Psiquiatría o Psicología. Sin embargo, solo el 50,8% de los niños recibió tratamiento psiquiátrico/psicológico para su comorbilidad.

Esto coincide con lo encontrado en la bibliografía (M. E. Bella et al. 2013), con respecto a la baja proporción de tratamientos psiquiátricos o psicológicos recibidos por los niños y adolescentes previo a la conducta suicida.

Comorbilidades del menor

Las comorbilidades más prevalentes en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación son los trastornos del ánimo, el trastorno de déficit atencional e hiperactividad y el trastorno de conducta.

Esta distribución difiere a la encontrada por (Bella, M., et al. 2010), en donde el 100% del grupo con intento de suicidio tenía antecedentes psicopatológicos, siendo el más prevalente el trastorno de conducta. A diferencia de nuestro caso, que del grupo de 35 niños que realizó un intento de suicidio, solo un 38,1% (24 casos) tenían antecedente psicopatológico previo, siendo el más prevalente los trastornos del ánimo.

Antecedente de IS e IAE previos

El 68,3% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación tenían antecedente de IS previa. Mientras que, solo el 25,4% de los niños de la muestra, tenían antecedentes de IAE previos. El 34,9% de los niños con antecedente de IS previa, también tenían antecedente de IAE previa. Esta asociación entre los antecedentes de IS e IAE fue estadísticamente significativa, es decir, en el estudio realizado se encontró que estas variables son dependientes entre sí (chi-cuadrado = 6,4341, $p = 0,011$).

Múltiples estudios han encontrado que el factor de riesgo más importante para predecir la repetición de un nuevo intento de suicidio es el antecedente de un intento previo (Bella, M., et al. 2010),(Shaffer, D., et al. 2001),(Bella, M., et al. 2013) e incluso, otros han mencionado que la correlación más importante para suicidio en jóvenes es el antecedente de un intento de suicidio previo (Cañon, S. 2011).

Relación entre las comorbilidades y la ideación suicida en el evento actual

El 40,0% de los niños que solo presentaron ideación suicida, tenían como comorbilidad trastorno de ánimo y 47,1% presentaba TDAH; sin que en el estudio se lograra demostrar una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Mientras que el 14,3% de los niños presentaba como comorbilidad trastorno de conducta; se encontró que sí existe asociación estadísticamente significativa entre tener trastorno de conducta y la ideación suicida, es decir, estas dos variables son dependientes, (chi-cuadrado = 4,8505, $p = 0,028$).

Estos hallazgos coinciden con los encontrados por (Bella, M., et al., 2010) y (Zalsman, G., et al., 2016), quienes encontraron que la mayoría de los adolescentes con algunas conductas suicidas poseen trastornos mentales preexistentes.

Síntomas clínicos asociados a la IS o IAE

Los síntomas clínicos asociados a la IS o IAE que se presentaron con mayor frecuencia en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación son: la irritabilidad, el ánimo depresivo y los pensamientos de muerte. Mientras que el equivalente depresivo que más se presentó fue el bajo rendimiento escolar en un 71,4% de los casos, seguido del trastorno conductual en un 68,2%. Un 17,5% de los casos no presentaban equivalentes depresivos. Esto coincide con lo reportado por (Orri, M., et al. 2019), quienes encontraron que en aquellos niños con irritabilidad persistente, el riesgo aumentado de suicidio estaba relacionado con la sintomatología depresiva en la adolescencia temprana. Concluyeron que el camino entre la irritabilidad y la suicidabilidad son los síntomas depresivos en la adolescencia temprana.

Diagnóstico por Psiquiatría

Los diagnósticos emitidos por Psiquiatría posterior a la valoración de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación que más se presentaron fueron: el trastorno depresivo en un 46,0% de los casos, los problemas con el grupo primario de apoyo en un 44,4% y el TDAH en un 25,4%.

Esto coincide con lo encontrado por (Nock, M., et al. 2013) y (Levine, LJ., Schwarz, DF., Argon, J., et al. 2005), quienes en sus investigaciones hallaron que la mayoría de adolescentes con conductas suicidas cumplían con criterios para al menos un trastorno mental del DSM-IV. También concuerda con los resultados obtenidos por Bella y colaboradores (Bella, M., et al. 2010), quienes afirman que los diagnósticos mentales diagnosticados a los niños o adolescentes asociados al intento de suicidio fueron los trastornos del humor, los trastornos de conducta disocial y los trastornos relacionados con la crianza del niño.

Factores de riesgo presentes en el menor

Los factores de riesgo que se encontraron con mayor frecuencia en la muestra de niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación son: familia disfuncional en un 66,7% de los casos, bullying en un 41,3% (26 casos) y la violencia intrafamiliar (VIF) en un 39,7%.

Bullying

El 46,2% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación presentaron como factor de riesgo "Bullying"; sin que se lograra encontrar asociación significativa entre estas variables, es decir, estas dos variables son independientes. (Chi-cuadrado = 0,7746, $p = 0,379$).

De los 26 casos que reportaron bullying, 14 ocurrieron en mujeres y 12 en hombres, siendo ligeramente mayor la incidencia en el grupo de mujeres. Del grupo de 14 mujeres que reportaron bullying, 12 reportaron ánimo depresivo y 10 realizaron un intento de suicidio; mientras que del grupo de hombres que reportó bullying, 10 reportaron ánimo depresivo y solo 4 realizaron intento de suicidio.

En nuestros resultados se observa una incidencia mayor de bullying que la encontrada por Barzilay, S. y otros (2017) en su estudio, en donde utilizaron una muestra mayor que la nuestra ($N = 5,372$). Ellos encontraron que 29.3% de los estudiantes habían sufrido algún tipo de bullying, mientras que 48.4% no lo habían sufrido. En el presente estudio no se tipificó el tipo de bullying reportado, por lo que no es posible establecer la asociación entre el tipo de victimización y la conducta suicida manifestada. Un hallazgo que sí coincide con los resultados de los investigadores mencionados es que las mujeres presentaban más suicidabilidad y depresión asociado al bullying relacional, que el grupo de hombres.

Abuso Sexual

El 0,0% de los niños con ideación suicida presentaron como factor de riesgo “Abuso sexual”. Se logró observar una asociación estadísticamente significativa entre las variables: abuso sexual e ideación suicida, es decir, estas dos variables son dependientes.

Muchos estudios han reportado altas tasas de ideación suicida e intentos suicidas en individuos con historia de abuso en la niñez (Fergusson, D., et al. 1996). (Martin, MS., Dykxhoorn, J., Afifi, TO., et al. 2016), en su estudio, hallaron que la prevalencia de intentos suicidas era 2.56 veces más frecuente en aquellos que reportaron abuso en la infancia (18,7%) que quienes no lo reportaron (7,3%) y que la asociación era más fuerte con el subtipo abuso sexual que con el abuso físico o con la exposición a violencia.

AHF de Conducta Suicida

El 57,1% de los niños con ideación suicida presentaron como factor de riesgo “AHF de IAE” sin lograr encontrar una asociación estadísticamente significativa entre las variables IS y los AHF de IAE, mostrándose como independientes entre sí.

Mientras que el 25% de los niños con ideación suicida presentaron como factor de riesgo “AHF de suicidio”; tampoco se logró encontrar asociación con significancia estadística entre las variables: AHF de suicidio y la ideación suicida, mostrándose como independientes entre sí.

Esto difiere con lo observado por Agerbo, E. y otros (2002), quienes en su estudio confirmaron el riesgo aumentado de cometer suicidio en los descendientes de padres que cometieron suicidio, aunque se desconoce si este riesgo está mediado por la agregación de alguna enfermedad mental o si es debido a causas genéticas.

Internamiento

El 73% de los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación fueron internados en el HNN, por al menos un día. El promedio de días de internamiento fue de 6,7 +/- 5 días, con un rango de entre 1 a 23 días. El 75% de los niños se internaron durante 10 días o menos. Mientras que el promedio de días de internamiento de las niñas fue de 5,7 +/- 4,3 días, con un rango de 1 a 23 días. El 75% de las niñas se internaron durante 9 días o menos. Esto coincide con lo encontrado por Levine y colaboradores (Levine, LJ., et al. 2005), quienes encontraron que la estadía media en un hospital de los adolescentes que realizaban intentos suicidas era de 2 días, en un rango de 1 a 6 días.

D. CONCLUSIONES

La población del presente estudio corresponde a los pacientes de 4 a 13 años atendidos en el Hospital Nacional de Niños del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2018 por ideación suicida e intentos de autoeliminación. Del total de la población (158 casos), se seleccionó una muestra de manera sistemática y aleatoria, con un estimador de confianza máxima ($p = 0,5$), para un nivel de confianza al 90%.

∞

La presentación sociodemográfica de la muestra estudiada de niños con ideación suicida y los intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años que fue atendida en el HNN del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2018, estadísticamente fue más frecuente en las mujeres (63,5%) que en los hombres, con una distribución de edad para el sexo masculino que se presentó mayormente entre los 10 y los 13 años, mientras que la distribución para las mujeres se presentó mayormente entre los 12 y los 13 años.

De los casos valorados, 74,6% residían en la provincia de San José, 34% de estos procedentes del cantón central de San José. La presencia de las otras provincias fue del 6,3% en Alajuela y Puntarenas, 4,8% en Cartago, 3,2% en Heredia y Limón y 1,6% en Guanacaste.

Se encontró que el nivel educativo de los niños era, en su mayoría, estudiantes de primaria (92,1%), un 6,3% correspondió a estudiantes de secundaria y solo un caso era estudiante de preescolar (1,6%).

Sobre el nivel educativo de los padres, un alto porcentaje eran analfabetos (36,5% de las madres y 52,4% de los padres), 15,9% de las madres y 14,3% de los padres tenían primaria completa; 7,9% de las madres y un 4,8% de los padres lograron completar la secundaria y

en grados técnicos se encontraron un 4,8% en madres y padres y en grados universitarios se encontró un 4,8% de las madres y un 7,9% de los padres.

Con respecto a la ocupación de los padres, aproximadamente la mitad de los progenitores contaban con trabajo estable, mientras que un 3,2% de los padres y 9,5% de las madres trabajaban ocasionalmente. Un 6,3% de los padres estaban desempleados y no se documentó la información en el 25,4% de los padres y el 12,7% de las madres.

En la clasificación de las familias, un 42,9% eran familias monoparentales, 23,8% familias reconstituidas, un 17,5% familias nucleares y un 12,7% familias extendidas. Mientras que la dinámica de los sistemas familiares fue catalogada en un 87,3% como familias disfuncionales y un 12,7% como familias funcionales. No se reportó en un 23,8% de los casos.

∞

Los factores de riesgo familiares y contextuales más frecuentes en los niños con ideación suicida e intentos de autoeliminación incluidos en la muestra son: familia disfuncional en 66,7% de los casos, bullying en un 41,3%, violencia intrafamiliar en un 39,7%, conflictos interpersonales y nivel socioeconómico bajo ambos en un 27%, duelo en un 15,9%, AHF de IAE en un 11,1% y AHF de suicidio en un 6,3%.

Sobre los factores de riesgo individuales referentes al antecedente de ideación suicida previa, un 68,3% de los casos presentaban IS previa, mientras que el antecedente de intentos de autoeliminación estuvo presente en el 25,4 % de los casos. Un 34,9% de los niños presentaban ambos antecedentes al momento de la valoración. En este grupo de factores también se encontró el antecedente de abuso sexual en un 12,7% de los casos, con asociación estadísticamente significativa para ideación suicida.

Los síntomas clínicos con más prevalencia en la muestra estudiada fueron la irritabilidad en un 79,4% de los casos, el ánimo depresivo en un 76,2%, los pensamientos de muerte en un 57,1%, la dificultad para concentrarse en un 49,2% y el aislamiento social en un 31,7%.

Sobre los equivalentes depresivos con más prevalencia en la muestra están el bajo rendimiento escolar en un 71,4% de los casos, seguido del trastorno conductual en un 68,2%. Mientras que un 17,5% de los casos no reportó ningún equivalente depresivo.

Con respecto al evento agudo que llevó a los niños al servicio de emergencias del HNN, un 39,7% presentaba ideación suicida al momento de la valoración por Psiquiatría. De este grupo, un 40% presentaba comorbilidad con trastorno del ánimo; un 47,1% con TDAH y un 14,3% con trastorno de conducta.

Un 57% de los niños en la muestra realizaron algún tipo de intento de autoeliminación, evento que los llevó al servicio de emergencias. De estos casos, un 44,7% presentaba un plan suicida al momento de la valoración. Con respecto a la intención letal, un 97,4 % expresó intención letal al momento de realizar el IAE; sin embargo, 65% realizó un IAE de baja letalidad, mientras que un 18,9 % realizó un IAE de moderada letalidad y un 18,9% realizaron un IAE grave. Por otro lado, un 55,6% de los niños reportó conducta impulsiva y un 38,1% ánimo depresivo al momento de la conducta suicida y con respecto al lugar donde ocurrió el IAE, un 86,5% de los casos ocurrieron en el hogar y un 13,5% en la escuela.

Los diagnósticos más frecuentes emitidos por Psiquiatría fueron trastorno depresivo en un 46% de los casos, seguido por los problemas con el grupo primario de apoyo en un 44,4% de los casos y en tercer lugar, el TDAH en un 25,4%.

En el presente estudio no se pudo determinar la incidencia de la ideación suicida y los intentos de autoeliminación en los niños entre 4 a 13 años, dado que los estudios de incidencia son estudios descriptivos, longitudinales y prospectivos y esta investigación fue descriptiva y retrospectiva. Lo que sí se pudo observar fue la prevalencia del 96,8% en el total de la muestra y la prevalencia según género, edad, provincias y escolaridad mencionadas anteriormente.

E. RECOMENDACIONES

- Es necesario promover en un futuro, investigaciones cualitativas, que permita explorar las condiciones que median en la conducta suicida y que nos lleve a comprender la conducta suicida con mayor claridad para facilitar la planificación y promoción de programas de intervención más adecuados para la población infanto juvenil.
- En futuras investigaciones se debería tipificar el tipo de acoso escolar que experimenta la población infanto juvenil, dado que los estudios científicos han encontrado diferencias entre el tipo de victimización sufrida por el bullying y la incidencia de ideación suicida e intentos de autoeliminación que los acompañan, siendo más frecuente la IS en el bullying físico y los intentos de suicidio en el bullying relacional.
- Se recomienda crear estrategias para asegurar la recolección de la mayor información posible de la historia clínica del menor valorado por conductas suicidas, tanto en el servicio de emergencias, en un primer contacto con la persona menor de edad, como en las otras unidades que brinden soporte al caso.
- Promover la formación de profesionales en Trabajo Social, Psiquiatría General y Psiquiatría Infantil, capaces de detectar y abordar los trastornos mentales y sus diferentes manifestaciones en la población infanto juvenil, así se facilita el diagnóstico temprano y oportuno, incidiendo directamente en la calidad de vida de nuestros niños y adolescentes
- Es necesario abordar el problema del suicidio infanto juvenil desde diferentes niveles como la familia, la escuela, la comunidad y los diferentes niveles de atención, se debe hacer énfasis en los factores de riesgo modificables.

- Dado que un alto porcentaje de los niños valorados requirieron intervención por trabajo social, debido a problemas relacionados con la dinámica familiar, considero necesario que los diferentes servicios de Psiquiatría Infanto Juvenil del país cuenten con la opción terapéutica de terapia de familia para brindarles un abordaje integral y sistémico a los menores y a sus familiares y así permitirles sanar, corregir, enmendar errores y crear juntos un futuro mejor.
- Sería conveniente, que aquellos niños, que así lo requieran, sean abordados por personal de Psicología, capacitados en el fenómeno de la conducta suicida y su trasfondo, brindando la atención integral que los menores necesitan.

PARTE FINAL

BIBLIOGRAFÍA

- Agerbo, E., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2002). *Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study*. *BMJ (Online)*, 325, 1–5. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7355.74>
- Alcántar, M. (2002). Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familia (Universidad Nacional Autónoma de México). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273819434005.pdf>
- Alighieri, D. (1922). *La Divina Comedia*. Buenos Aires, Argentina: Centro Cultural Latium.
- Álvarez, J. P. (2012). Jean-Étienne Dominique Esquirol, Aliéniste. *Rev. Med. Clin. CONDES*, 23(5), 644–645. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70362-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70362-0)
- Alvira, F. y Blanco, F. (1998). *Estrategia y técnicas investigadoras en el suicidio, de Emile Durkheim*. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 81(98), 63–72. Disponible en: dialnet.com ISSN 0210-5233
- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a Framework for Global Surveillance of the Public Health Implications of Adverse Childhood Experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 93–98. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015>
- Andrews, J. A., & Lewinsohn, P. M. (1992). *Suicidal Attempts among Older Adolescents: Prevalence and Co-occurrence with Psychiatric Disorders*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(4), 655–662. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00004583-199207000-00012>
- Anía, B. J., Chinchilla, E., Suárez-Almenara, J. L., & Irurita, J. (2003). *Intentos de suicidio y suicidios consumados por los ancianos de una residencia*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38(3), 170–174. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/s0211-139x\(03\)74877-x](https://doi.org/10.1016/s0211-139x(03)74877-x)

- Apter, A., Plutchik, R., & van Praag, H. M. (1993). *Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(1), 1–5. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03321.x>
- Arango, R., & Martínez, J. J. (2013). *Comprensión del suicidio desde la perspectiva del psicoanálisis de corte Lacaniano*. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 60–82. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/402969533/Emile-Durkheim-El-Suicidio>
- Arango, V., Underwood, M. D., & Mann, J. J. (1996). *Fewer pigmented locus coeruleus neurons in suicide victims: Preliminary results*. *Biological Psychiatry*, 39(2), 112–120. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(95\)00107-7](https://doi.org/10.1016/0006-3223(95)00107-7)
- Arciniegas, D. B., & Anderson, C. A. (2002). *Suicide in neurologic illness*. *Current Treatment Options in Neurology*, 4(6), 457–468. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s11940-002-0013-5>
- Artieda Urrutia, P. (2017). *Características sociodemográficas, clínicas y psicométricas de una población de individuos que intentan el suicidio*. Tesis Doctoral en Neurociencias. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680469/artieda_urrutia_paula.pdf?sequence=1
- Asarnow, J. R., Berk, M., Hughes, J. L., & Anderson, N. L. (2015). *The SAFETY Program: A Treatment-Development Trial of a Cognitive-Behavioral Family Treatment for Adolescent Suicide Attempters*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(1), 194–203. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.940624>
- Åsberg, M. (1997). *Neurotransmitters and suicidal behavior. The evidence from cerebrospinal fluid studies*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836(5454), 158–181. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb52359.x>
- American Association of Psychiatry. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Arlington, EEUU: American Psychiatric Publishing.
- Axelson, D., Birmaher, B., Strober, M., Goldstein, T., Yen, S., Hower, H., Keller, M. (2011). *Course of Subthreshold Bipolar Disorder in Youth: Diagnostic Progression From*

- Bipolar Disorder Not Otherwise Specified. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(10), 1001–1016. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaac>
- Bachmann, S. (2018). *Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1–23. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Bailey, R. K., Patel, T. C., Avenido, J., Patel, M., Jaleel, M., Barker, N. C., ... Jabeen, S. (2011). *Suicide: Current trends. Journal of the National Medical Association*, 103(7), 614–617. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0027-9684\(15\)30388-6](https://doi.org/10.1016/S0027-9684(15)30388-6)
- Barber, C. W., & Miller, M. J. (2014). *Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: A research agenda. American Journal of Preventive Medicine*, 47(3 SUPPL. 2), S264–S272. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.05.028>
- Barton, M. B., Petitti, D. B., DeWitt, T. G., Dietrich, A., Gordis, L., Gregory, K. D., US Preventive Task Force. (2009). *Screening and Treatment for Major Depressive Disorder in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Pediatrics*, 123(4), 1223–1228. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2381>
- Barzilay, S., Brunstein Klomek, A., Apter, A., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., Wasserman, D. (2017). *Bullying Victimization and Suicide Ideation and Behavior Among Adolescents in Europe: A 10-Country Study. Journal of Adolescent Health*, 61(2), 179–186. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.02.002>
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>
- Beautrais, A. L. (2004). *Further Suicidal Behavior Among Medically Serious Suicide Attempters. Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 1–11. Disponible en: <https://doi.org/10.1521/suli.34.1.1.27772>
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1999). *Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(1), 37–47. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1999.tb00761.x>

- Bechara, A. (2000). *Emotion, Decision Making and the Orbitofrontal Cortex*. *Cerebral Cortex*, 10(3), 295–307. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/cercor/10.3.295>
- Bella, M. (2012). *Risk factors and behaviors among children and adolescents hospitalized for a suicidal attempt*. *Revista Medica de Chile*, 140(11), 1417–1424. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012001100006>
- Bella, M. E., Acosta, L., Villacé, B., De Neira, M. L., Enders, J., & Fernández, R. (2013). *Análisis de la mortalidad por suicidio en niños, adolescentes y jóvenes*. Argentina, 2005-2007. *Archivos argentinos de Pediatría*, 111(1), 16–21. Disponible en: <https://doi.org/10.5546/aap.2013.16>
- Bella, M. E., Fernández, R. A., & Willington, J. M. (2010). *Intento de suicidio en niños y adolescentes: Depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes*. *Archivos argentinos de Pediatría*, 108(2), 124–129. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0325-00752010000200006>
- Bella, M., Fernández, R., & Willington, J. (2010). *Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes*. *Rev Argentina Salud Pública*, 1(3), 24–29. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/2004v3/art-3.pdf>
- Birmaher, B. (2013). *Bipolar disorder in children and adolescents*. *Child Adolesc Ment Health*, 18(3), 1–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>
- Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B., Strober, M., Gill, M. K., Hunt, J., ... Keller, M. (2009). *Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: The course and outcome of bipolar youth (COBY) study*. *American Journal of Psychiatry*, 166(7), 795–804. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08101569>
- Birmaher, B., & Brent, D. (2008). *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503–1526. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318145ae1c>
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2007). *Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: Findings from a longitudinal study*.

- Psychological Medicine*, 37(3), 431–440. Disponible en:
<https://doi.org/10.1017/S0033291706009147>
- Bonanno, R. A., & Hymel, S. (2010). *Beyond hurt feelings investigating why some victims of bullying are at greater risk for suicidal ideation*. *Merrill-Palmer Quarterly*, 56(3), 420–440. Disponible en: <https://doi.org/10.1353/mpq.0.0051>
- Borowsky, I. W., Resnick, M. D., Ireland, M., & Blum, R. W. (1999). *Suicide attempts among American Indian and Alaska native youth: Risk and protective factors*. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153(6), 573–580. Disponible en:
[https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(97\)83226-0](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(97)83226-0)
- Borowsky, I. W., Taliaferro, L. A., & McMorris, B. J. (2013). *Suicidal thinking and behavior among youth involved in verbal and social bullying: Risk and protective factors*. *Journal of Adolescent Health*, 53(1 SUPPL), S4–S12. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.10.280>
- Brent, D. A. (2019a). Master Clinician Review: Saving Holden Caulfield: Suicide Prevention in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(1), 25–35. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.05.030>
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiappetta, L. (1999). *Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1497–1505. Disponible en:
<https://doi.org/10.1097/00004583-199912000-00010>
- Brent, D. A., & Mann, J. J. (2005). *Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior*. *American Journal of Medical Genetics - Seminars in Medical Genetics*, 133 C(1), 13–24. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.30042>
- Brent, D. A., Melhem, N. M., Oquendo, M., Burke, A., Birmaher, B., Stanley, B., Mann, J. J. (2002). *Familial Pathways to Early-Onset Suicide Attempt*. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 801–807. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2141>
- Brent, D. A., Melhem, N. M., Oquendo, M., Burke, A., Birmaher, B., Stanley, B., Mann, J. J. (2015). *Familial pathways to early-onset suicide attempt: A 5.6-year prospective*

- study. *JAMA Psychiatry*, 72(2), 160–168. Disponible en:
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2141>
- Brent, D. A., Moritz, G., Bridge, J., Perper, J. y Canobbio, R. (1996). *Long-Term Impact of Exposure to Suicide: A Three-Year Controlled Follow-up*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 646–653. Disponible en:
<https://doi.org/10.1097/00004583-199605000-00020>
- Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Mann, J. J. (2003). *Peripubertal suicide attempts in offspring of suicide attempters with siblings concordant for suicidal behavior*. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1486–1493. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1486>
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Schweers, , A., Roth, C., Baugher, M, Ballach, L. Cannobio, R., Liotus, L. (1993). *Psychiatric Risk Factors for Adolescent Suicide: A Case-Control Study*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(3), 521–529. Disponible en:
<https://doi.org/10.1097/00004583-199305000-00006>
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Schweers, J., Roth, C., Ballach, L., Cannobio, R., Liotus, L. (1993). *Psychiatric Sequelae to the Loss of an Adolescent Peer to Suicide*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(3), 509–517. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00004583-199305000-00004>
- Brent, D. A., Perper, J., Moritz, G., Baugher, M. y Allman, C. (1993). *Suicide in Adolescents with No Apparent Psychopathology*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(3), 494–500. Disponible en:
<https://doi.org/10.1097/00004583-199305000-00002>
- Brent, D., Oquendo, M., & Reynolds, C. (2019). *Caring for suicidal patients*. *JAMA Psychiatry*, 76(8), 862–863. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2010.595>
- Brotman, M. A., Kircanski, K., Stringaris, A., Pine, D. S., & Leibenluft, E. (2017). *Irritability in Youths: A translational model*. *American Journal of Psychiatry*, 174(6), 520–532. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16070839>
- Brown, G., Ebert, M., Goyer, P., Jimerson, D., Klein, W., Bunney, W., & Goodwin, F. (1982).

- Aggression, Suicide and Serotonin: Relationships to CSF Amine Metabolites. Am J Psychiatry, 139(6), 741–746.* Disponible en: [10.1176/ajp.139.6.741](https://doi.org/10.1176/ajp.139.6.741)
- Browne, T. (1642). *Religio, medici.* (1ra edición). Cambridge: Cambridge University Press. ISBN-13: 978-1406792140
- Brunstein Klomek, A., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. S., & Gould, M. S. (2007). *Bullying, depression, and suicidality in adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46(1), 40–49.* Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000242237.84925.18>
- Burton, R. (1947). *Anatomía de la melancolía* (1a Edición). Buenos Aires - Argentina: Editora Espasa.
- Bushe, C. J., Taylor, M., & Haukka, J. (2010). *Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint. Journal of Psychopharmacology (Oxford, England), 24(4 Suppl), 17–25.* Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1359786810382468>
- Campos, M. (2009). *Construcción de un instrumento para la detección de factores de riesgo suicida en adolescentes costarricenses.* Tesis para optar por el grado de Especialista en Psiquiatría. Universidad de Costa Rica. San José. Disponible en: repositorio.sibdi.ucr.ac.cr
- Cañon, S. (2011). *Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. Archivos de Medicina, 11(1), 62–68.* Disponible en: http://umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/Arch_Med_11-1/8_factores.pdf
- Carballo, J., Akamnonu, C., & Oquendo, M. (2008). *Neurobiology of Suicidal Behavior. An Integration of Biological and Clinical Findings. Arch Suicide Res, 12(2), 93–110.* Disponible en: <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>
- Casarotti, H. (2008). *Importancia actual de la obra psiquiátrica de Henri Ey. Médico Congreso Argentino de Psiquiatría 2008.* Buenos Aires. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/306383403/Importancia-Clinica-y-Psicopatologica-de-La-Obra-de-Henri-Ey-en-La-Psiquiatria-Contemporanea>
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). *Psychological autopsy*

- studies of suicide: a systematic review. Psychological Medicine, 33(3), 395–405.*
Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>
- Chávez, A. M., & Leenaars, A. A. (2010). *Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. Salud Mental, 33(4), 355–360.* Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008
- Cheng, A. (1995). *Mental illness and suicide. Arch Gen Psychiatry, (52), 594–603.*
Disponible en: <https://doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs067>
- Choquet, M., Darves-Bornoz, J. M., Ledoux, S., Manfredi, R., & Hassler, C. (1997). *Self-Reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: Results of a cross-sectional survey. Child Abuse and Neglect, 21(9), 823–832.*
Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00044-6](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00044-6)
- Cipriani, A., Geddes, J. R., Furukawa, T. A., & Barbui, C. (2007). *Metareview on short-term effectiveness and safety of antidepressants for depression: An evidence-based approach to inform clinical practice. Canadian Journal of Psychiatry, 52(9), 553–562.*
Disponible en: <https://doi.org/10.1177/070674370705200903>
- Cipriani, A., Pretty, H., Hawton, K., & Geddes, J. R. (2005). *Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: A systematic review of randomized trials. American Journal of Psychiatry, 162(10), 1805–1819.* Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1805>
- Cohen, R., Berman, A. L., y King, R. A. (1982). *A Follow-up Study of Hospitalized Suicidal Children. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21(4), 398–403.*
Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60945-6](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60945-6)
- Conner, K. R., Duberstein, P. R., Conwell, Y., & Caine, E. D. (2003). *Reactive aggression and suicide: Theory and evidence. Aggression and Violent Behavior, 8(4), 413–432.*
Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(02\)00067-8](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(02)00067-8)
- Conwell, Y. (1997). *Management of suicidal behavior in the elderly. Psychiatric Clinics of North America, 20(3), 667–683.* Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70336-1](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70336-1)

- Coryell, W., & Schlessler, M. (2001). *The dexamethasone suppression test and suicide prediction. American Journal of Psychiatry, 158*(5), 748–753. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.5.748>
- Coté, T., Biggar, R., & Dannenberg, A. (1992). *Risk of Suicide Among Persons With AIDS. A National Assessment. JAMA, 268*(15), 2066–2068. Disponible en: [doi:10.1001/jama.1992.03490150118035](https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490150118035)
- Cruz, F., & Roa, V. (2005). *Intento suicida en niños y adolescentes: Criterios para un modelo de intervención en crisis desde el enfoque constructivista evolutivo*. Tesis de licenciatura en Psicología. Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/cruz_f/sources/cruz_f.pdf
- Daray, F., Grendas, L., & Rebok, F. (2016). *Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. Revista de La Facultad de Ciencias Médicas, 73*(3), 205–211. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/320974591>
- Davidson, R. J., Putnam, K. M., & Larson, C. L. (2013). *Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation-a possible prelude to violence. Science, 289*(5479), 591-4.–314. Disponible en:
- De Wilde, E., Kienhorst, I., Diekstra, R., & Wolters, W. (1993). *The Specificity of Psychological Characteristics of Adolescent Suicide Attempters. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*(1), 51–59. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00004583-199301000-00008>
- de Zavallos, F. F. (1774). *La falsa filosofía, o el deísmo, materialismo y demás nuevas sectas*. Disponible en <http://www.scribd.com>
- Demirçin, S., Akkoyun, M., Yilmaz, R., & Gökdoğan, M. R. (2011). *Suicide of elderly persons: Towards a framework for prevention. Geriatrics and Gerontology International, 11*(1), 107–113. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2010.00660.x>
- Dinwiddie, S. H., Heath, A. C., Dunne, M. P., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., Slutske, W. S., Martin, N. G. (2000). *Early sexual abuse and lifetime psychopathology: A co-twin-control study. Psychological Medicine, 30*(1), 41–52. Disponible en:

<https://doi.org/10.1017/S0033291799001373>

- Duarte, C., Bordin, I., de Paula, C., & Hoven, C. (2002). *Conductas suicidas en adolescentes brasileños : análisis exploratorio de prevalencia y factores de riesgo. Psiquiatría y Salud Integral*, 2(4), 32–37. Disponible en: <https://medworksmedia.com/product-tag/brasilenos/>
- Dubow, E., Kausch, D., Blum, M., Reed, J., & Bush, E. (1989). *Corralates of suicidal ideation and attempts in a community sample of junior high and high school students. Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 158–166. Disponible en: <https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1802>
- Dwivedi, Y., & Pandey, G. N. (2008). *Adenylyl cyclase-cyclicAMP signaling in mood disorders: Role of the crucial phosphorylating enzyme protein kinase A. Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(1 A), 161–176. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/ndt.s2380>
- Egeland, J. A., & Sussex, J. N. (2010). *Suicide and family loading for affective disorders. JAMA*, 254(7):915-918. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/400075>
- Espelage, D. L., & Holt, M. K. (2013). *Suicidal ideation and school bullying experiences after controlling for depression and delinquency. Journal of Adolescent Health*, 53(1 SUPPL), S27–S31. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.017>
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). *Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. Clinical Psychology Review*, 24(8), 957–979. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.04.005>
- Ewing, E. S. K., Diamond, G., & Levy, S. (2015). *Attachment-based family therapy for depressed and suicidal adolescents: theory, clinical model and empirical support. Attachment and Human Development*, 17(2), 136–156. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1006384>
- Faroh, de A. C. (2007). *Cognición en el adolescente según Piaget y Vygotski. ¿ Dos caras de la misma moneda? Boletim Academia Paulista de Psicologia*, XXVII(2), 148–166. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/317466078>

- Fawcett, J., Busch, K. A., Jacobs, D., Kravitz, H. M., & Fogg, L. (1997). *Suicide: A four-pathway clinical-biochemical model. Annals of the New York Academy of Sciences*, 836(312), 288–301. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb52366.x>
- Fennig, S., Geva, K., Zalzman, G., Weitzman, A., Fennig, S., & Apter, A. (2005). *Effect of gender on suicide attempters versus nonattempters in an adolescent inpatient unit. Comprehensive Psychiatry*, 46(2), 90–97. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.037>
- Fergusson, D. M., Beautrais, A. L., y Horwood, L. J. (2003). *Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. Psychological Medicine*, 33(1), 61–73. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0033291702006748>
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., y Horwood, L. J. (1996). *Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1355–1364. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00004583-199610000-00023>
- Fernández, R. (2012). *Desarrollo del trastorno de conducta en hijos de madres depresivas*. Tesis para optar por el grado de Especialista en Psiquiatría. Universidad de Costa Rica. San José. Disponible en: repositorio.sibdi.ucr.ac.cr.
- Fernández, P., y Díaz, P. (2001). *Significancia estadística y relevancia clínica. Atención Primaria En La Red*, 1–7. Disponible en: www.fisterra.com
- Firestone, R., y Firestone, L. (2017). *Separation Theory and Voice Therapy Methodology. In The Enemy Within* (p. 25). Disponible en: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Belfer, M., & Beautrais, A. (2005). *Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: A critical examination of the evidence. American Journal of Orthopsychiatry*, 75(4), 676–683. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.4.676>
- Fleming, L. C., & Jacobsen, K. H. (2010). *Bullying among middle-school students in low and*

- middle income countries. Health Promotion International, 25(1), 73–84. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapro/dap046>*
- Forster, P. L., & Wu, L. H. (2002). *Assessment and treatment of suicidal patients in an emergency setting. Emergency Psychiatry, (PG-75-114), 75–114. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc4&AN=2002-01189-003>*
- Franko, D. L., & Keel, P. K. (2006). *Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications. Clinical Psychology Review, 26(6), 769–782. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.001>*
- Freud, S. (1991). Sigmund Freud Obras Completas Volumen XVI (1901). Buenos Aires/ Argentina: Amorrortu (Ed.), *segunda reimpresión*. Disponible en: <https://parletre.org/2016/05/17/obras-completas-sigmund-freud-pdf-amorrortu/>
- Freud, S. (1992). Sigmund Freud Obras Completas Volumen XIV (1914-1916). Buenos Aires/ Argentina: Amorrortu (Ed.), *cuarta reimpresión*. Disponible en: <https://parletre.org/2016/05/17/obras-completas-sigmund-freud-pdf-amorrortu/>
- Freud, S. (1992). Sigmund Freud Obras Completas Volumen XVIII (1920-1922). Buenos Aires/ Argentina: Amorrortu (Ed.), *cuarta reimpresión*. Disponible en: <https://parletre.org/2016/05/17/obras-completas-sigmund-freud-pdf-amorrortu/>
- Frumin, M., Chisholm, T., Dickey, C. C., & Daffner, K. R. (1998). *Psychiatric and behavioral problems. Neurologic Clinics, 16(2), 521–544. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0733-8619\(05\)70075-X](https://doi.org/10.1016/S0733-8619(05)70075-X)*
- Fu, Q., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., Glowinski, A. L., Goldberg, J., Eisen, S. A. (2002). *A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. Physiological Medicine, 32, 11–24. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0031-9384\(93\)90076-R](https://doi.org/10.1016/0031-9384(93)90076-R)*
- García de Jalón, E., y Peralta, V. (2002). *Suicidio y riesgo de suicidio. Anales Del Sistema Sanitario de Navarra, 25(3), 87–96. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.comppsyh.2004.07.037>*
- Gibbons, R. D., Hur, K., Bhaumik, D. K., & Mann, J. J. (2006). *The relationship between*

- antidepressant prescription rates and rate of early adolescent suicide. American Journal of Psychiatry, 163(11), 1898–1904.* Disponible en:
<https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.1898>
- Gibson, P. (1989). *Gay male and lesbian youth suicide. Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide, 3, 110-142.* Disponible en:
http://www.qrd.org/qrd/www/orgs/avproject/youth_suicide.htm
- Giner, L. (2010). *Diferencias en la conducta suicida. Estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado.* Tesis Doctoral En Psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en <https://repositorio.uam.es/handle/10486/5657>
- Golding, S., Nadorff, M., Winer, S., & Claire, K. (2015). *Unpacking Sleep and Suicide in Older Adults in a Combined Online Sample. Journal of Clinical Sleep Medicine, 11(12), 1385–1392.* Disponible en: <https://doi.org/10.5664/jcsm.5270>
- Goldney, R. D. (2005). *The Farberow Award: The man. Crisis, 26(3), 149–151.* Disponible en: <https://doi.org/10.1027/0227-5910.26.3.149>
- González, F. (2016). *Aspectos fundamentales del comportamiento suicida y su prevención.* Tesis de grado en Salud Mental y Psiquiatría. Universidad de Cantabria. Santander. Disponible en: <https://repositorio.unican.es>
- González, K. (2015). *Prevalencia y elementos sociodemográficos asociados a los trastornos mentales más frecuentemente diagnosticados a los adolescentes internados por primera vez en el pabellón de adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico durante el primer semestre del 2015.* Tesis para optar por el grado de Especialista en Psicología Clínica. Universidad de Costa Rica. Disponible en: <repositorio.sibdi.ucr.ac.cr>
- Gonzalo, A. R. (2015). *Suicidio: Consideraciones históricas. Revista Médica La Paz, 21(2), 91–98.* Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012
- Goodwin, R., & Roy-Byrne, P. (2006). *Panic and suicidal ideation and suicide attempts: results from the National Comorbidity Survey. Depression and Anxiety, 23, 124–132.* Disponible en: <https://doi.org/10.1002/da>

- Gothelf, D., Apter, A., Brand-Gothelf, A., Offer, N., Ofek, H., Tyano, S., & Pfeffer, C. R. (1998). *Death concepts in suicidal adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*(12), 1279–1286. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00004583-199812000-00011>
- Gould, M., Jamieson, P., & Romer, D. (2003). *Media Contagion and Suicide Among the Young. American Behavioral Scientist, 46*(9), 1269–1284. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0002764202250670>
- Gould, M. S., Fisher, P., Flory, M., & Shaffer, D. (1996). *Psychosocial Risk Factors of Child and Adolescent Completed Suicide. Arch Gen Psychiatry, 53*, 1155–1162. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8956682>
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). *Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(4), 386–405. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF>
- Green, J. M., Wood, A. J., Kerfoot, M. J., Trainor, G., Roberts, C., Rothwell, J., Harrington, R. (2011). *Group therapy for adolescents with repeated self harm: randomised controlled trial with economic evaluation. BMJ (Clinical Research Ed.), 342*(April). Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.d682>
- Gupta, R., & Jain, N. (2017). *Prevention of suicide. Indian Journal of Social Psychiatry, 33*(2), 139–141. Disponible en: <https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp>
- Gutierrez, P., King, C. A., & Ghaziuddin, N. (1996). *Adolescent attitudes about death in relation to suicidality. Suicide and Life-Threatening Behavior, 26*(1), 8–18. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00252.x>
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., Clayton, P. J. (2011). *Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. Journal of Homosexuality, 58*(1), 10–51. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>
- Hantouche, E. G., Angst, J., Demonfaucon, C., Perugi, G., Lancrenon, S., & Akiskal, H. S. (2003). *Cyclothymic OCD: A distinct form? Journal of Affective Disorders, 75*(1), 1–10.

- Disponibile en: [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00461-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00461-5)
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). *Suicide as an outcome for mental disorders*. *British Journal of Psychiatry*, 170(3), 205–228. Disponible en:
<https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>
- Hatzenbuehler, M. L. (2011). *The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth*. *Pediatrics*, 127(5), 896–903. Disponible en:
<https://doi.org/10.1542/peds.2010-3020>
- Hawton, K., Saunders, K., & Connor, R. (2012). *Self-harm and suicide in adolescents*. *The Lancet*, 379, 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. J. (2005). *Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors*. *British Journal of Psychiatry*, 187(JULY), 9–20.
Disponibile en: <https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.9>
- Hazell, P., Lewin, F., & Lewin, T. (1993). *Friends of Adolescent Suicide Attempters and Completers*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(1), 76–81. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00004583-199301000-00011>
- Hernán, F. (2009). *Ideación suicida en jóvenes: Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de Educación Secundaria y Superior*. Tesis Doctoral en Psicología. Universidad de Granada. Disponible en:
<https://biblioteca.ugr.es/pages/investigacion/tesis-doctorales>
- Hinojal, R., Bobes, J., y López, M. (1993). *El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos*. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, (3), 309–412.
Disponibile en: <https://es.scribd.com/document/307010689/>
- Hipona, S A. (1977). *La ciudad de Dios. Obras completas de San Agustín. Volumen 41*. (Vol. 41; Gredos, Ed.). Madrid. Disponible en:
<https://es.scribd.com/document/15611235/La-Ciudad-de-Dios-en-Santo-Tomas-de-Aquino-Estudio-de-ecclesiologia-tomista-Alejandro-Ramos>
- Hochard, K. D., Heym, N., y Townsend, E. (2017). *Investigating the Interaction Between Sleep Symptoms of Arousal and Acquired Capability in Predicting Suicidality*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(3), 370–381. Disponible en:

- <https://doi.org/10.1111/sltb.12285>
- Hor, K., y Taylor, M. (2010). *Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. Journal of Psychopharmacology, 24*(4 Suppl), 81–90. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1359786810385490>
- Houle, J., Mishara, B. L., & Chagnon, F. (2008). *An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. Journal of Affective Disorders, 107*(1–3), 37–43. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.07.016>
- Hurd, Y. L., Herman, M. M., Hyde, T. M., Bigelow, L. B., Weinberger, D. R., & Kleinman, J. E. (1997). *Prodynorphin mRNA expression is increased in the patch vs matrix compartment of the caudate nucleus in suicide subjects. Molecular Psychiatry, 2*(6), 495–500. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4000319>
- IASP. (1995). Awards : The Ringel Service Award.
- Ingvar, D. H. (1994). *The will of the brain: Cerebral correlates of willful acts. Journal of Theoretical Biology, Vol. 171*, pp. 7–12. Disponible en: <https://doi.org/10.1006/jtbi.1994.1206>
- Isometsä, E. T., Henriksson, M. M., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1994). *Suicide in bipolar disorder in Finland. American Journal of Psychiatry, 151*(7), 1020–1024. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/ajp.151.7.1020>
- Jacobson, NS., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). *A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. J Consult Clin Psychol, 64*(2):295-304. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.2.295>
- James, A. (2012). *Completed suicide, ideation and attempts in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, 125*(2), 91–92. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01775.x>
- James, A., Lai, F. H., & Dahl, C. (2004). *Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: A review of possible associations. Acta Psychiatrica Scandinavica, 110*(6), 408–415. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00384.x>

- Jantzer, V., Haffner, J., Parzer, P., Resch, F., & Kaess, M. (2015). *Does parental monitoring moderate the relationship between bullying and adolescent nonsuicidal self-injury and suicidal behavior? A community-based self-report study of adolescents in Germany*. *BMC Public Health*, *15*(1), 1–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1940-x>
- Jill, J., Caumartin, S., Tal, M., Kirscht, J., Kessler, R., Ostrow, D., & Wortman, C. (1990). *Psychological Functioning in a Cohort of Gay Men at Risk for AIDS*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *178*(10), 607–615. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00005053-199010000-00001>
- Jiménez, J. A., Ruiz, J. A., L., Pérez, M., & Llor, B. (2016). *Effectiveness of anti-bullying school programs: A meta-analysis*. *Children and Youth Services Review*, *61*, 165–175. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.12.015>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2002). *Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood*. *Archives of General Psychiatry*, *59*(8), 741–749. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.8.741>
- Karam, E. G., Itani, L., Fayyad, J., Hantouche, E., Karam, A., Mneimneh, Z., ... Rihmer, Z. (2015). *Temperament and suicide: A national study*. *Journal of Affective Disorders*, *184*, 123–128. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.047>
- Karssen, A. M., Meijer, O. C., & Kloet, E. R. (2005). *Chapter 3.4 Corticosteroids and the blood-brain barrier*. In *Handbook of Stress and the Brain*. 1ra edición: Elsevier Science. 2005.
- Kellner, C., Fink, M., Knapp, R., & Al., E. (2005). *Relief of Expressed Suicidal Intent by ECT: A Consortium for Research in ECT Study*. *Am J Psychiatry*, *162*(5), 977–982. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>
- Kerfoot, M., Dyer, E., Harrington, V., Woodham, A., & Harrington, R. (1996). *Correlates and short-term course of self-poisoning in adolescents*. *British Journal of Psychiatry*, *168*(JAN.), 38–42. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/bjp.168.1.38>
- King, C. A., Arango, A., & Foster, E. C. (2018). *Emerging trends in adolescent suicide*

- prevention research. Current Opinion in Psychology, 22*, 89–94. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.037>
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). *A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry, 8*(70), 1–17. Disponible en:
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>
- Kotila, L., & Lönnqvist, J. (1989). *Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. Acta Psychiatrica Scandinavica, 79*(5), 453–459. Disponible en:
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb10287.x>
- Kovacs, M., Goldston, D., y Gatsonis, C. (1993). *Suicidal Behaviors and Childhood-Onset Depressive Disorders: A Longitudinal Investigation. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*(1), 8–20. Disponible en:
<https://doi.org/10.1097/00004583-199301000-00003>
- Kreitman, N., Schreiber, M. (1979). *Parasuicide in young Edinburg women. Psychological medicine, 9*, 769–779. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/482470>
- La Vecchia, C., Lucchini, F., & Levi, F. (1994). *Worldwide trends in suicide mortality, 1955–1989. Acta Psychiatrica Scandinavica, 90*(1), 53–64. Disponible en:
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01556.x>
- Leenaars, A. A. (1987). *An Empirical Investigation of Shneidman's Formulations Regarding Suicide: Age and Sex. Suicide and Life-Threatening Behavior, 17*(3), 233–250. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1987.tb00270.x>
- Legido, T. (2012). *Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos*. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá. Madrid. Disponible en: escuela-doctorado.uah.es/tesis/tesis_UAH.asp
- León, É. (2015). *Kelly y su teoría de los constructos personales*. Facultad de Psicología. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo Cajamarca. Disponible en:
<https://es.scribd.com>
- Lessard, J. C., & Moretti, M. M. (1998). *Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: Attachment patterns and clinical implications. Journal of Adolescence, 21*(4), 383–

395. Disponible en: <https://doi.org/10.1006/jado.1998.0169>
- Levine, L. J., Schwarz, D. F., Argon, J., Mandell, D. S., & Feudtner, C. (2005). *Discharge disposition of adolescents admitted to medical hospitals after attempting suicide. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 159*(9), 860–866. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpedi.159.9.860>
- Lewitzka, U., Severus, E., Bauer, R., Ritter, P., Müller-Oerlinghausen, B., & Bauer, M. (2015). *The suicide prevention effect of lithium: More than 20 years of evidence—a narrative review. International Journal of Bipolar Disorders, 3*(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40345-015-0032-2>
- Lock, J., Walker, L. R., Rickert, V. I., & Katzman, D. K. (2005). *Suicidality in adolescents being treated with antidepressant medications and the black box label: Position paper of the Society for Adolescent Medicine. Journal of Adolescent Health, 36*(1), 92–93. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.11.125>
- Ludwig, J., & Marcotte, D. E. (2005). *Anti-depressants, suicide, and drug regulation. Journal of Policy Analysis and Management, 24*(2), 249–272. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/pam.20089>
- Mann, J. J. (2003). *Neurobiology of suicidal behaviour. Nature Reviews Neuroscience, 4*(10), 819–828. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/nrn1220>
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hendin, H. (2005). *Suicide prevention strategies: A systematic review. Journal of the American Medical Association, 294*(16), 2064–2074. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- Mann, J. J., Bortinger, J., Oquendo, M. A., Currier, D., Li, S., & Brent, D. A. (2005). *Family history of suicidal behavior and mood disorders in probands with mood disorders. American Journal of Psychiatry, 162*(9), 1672–1679. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1672>
- Mann, J. J., Huang, Y. Y., Underwood, M. D., Kassir, S. A., Oppenheim, S., Kelly, T. M., ... Arango, V. (2000). *A serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) and prefrontal cortical binding in major depression and suicide. Archives of General*

- Psychiatry*, 57(8), 729–738. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.8.729>
- Mann, J. J., Stanley, M., McBride, P. A., & McEwen, B. S. (1986). *Increased Serotonin₂ and β -Adrenergic Receptor Binding in the Frontal Cortices of Suicide Victims*. *Archives of General Psychiatry*, 43(10), 954–959. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800100048007>
- Manterola, C., Pineda, V., & MINCIR, G. (2008). *El valor de “p” y la “significación estadística”*. *Aspectos generales y su valor en la práctica clínica: Interpretation of medical statistics*. *Revista Chilena de Cirugía*, 60(1), 86–89. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0718-40262008000100018>
- Margarit Soler, A., Martínez Sanchez, L., Martínez Monseny, A., Trenchs Sainz de la Maza, V., Picouto González, M. D., Villar Cabeza, F., & Luaces Cubells, C. (2016). *Epidemiological characteristics in suicidal adolescents seen in the emergency department*. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 85(1), 13–17. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2015.04.013>
- Martin, M. S., Dykxhoorn, J., Afifi, T. O., & Colman, I. (2016). *Child abuse and the prevalence of suicide attempts among those reporting suicide ideation*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(11), 1477–1484. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1250-3>
- Marttunen, M., Aro, H., Henriksson, M., & Lonnqvist, J. (1991). *Mental Disorders in Adolescent Suicide. DSM-III-R Axes I and II Diagnoses in Suicide Among 13- to 19-Years-Olds in Finland*. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 834–839. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-94-011-7939-3_17
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... Grøholt, B. (2014). *Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
- Miles, C. (1977). *Conditions predisposing to suicide*. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 164(4), 231–246. Disponible en:

https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1977/04000/Conditions_Predisposing_To_Suicide__A_Review.2.aspx

- Milner, A., Kölves, K. E., & Leo, D. De. (2011). *Suicide research : selected readings*. 6, 211. Disponible en: <https://www.griffith.edu.au/.../research/selected-readings>
- Minois, G. (2000). *History of suicide : voluntary death in Western culture*. Translated by Lydia G. Cochrane. *The American Historical Review*, 105(4), 1268-1269. Disponible en: <https://doi.org/doi:10.1086/ahr/105.4.1268>
- Monje, C. A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa*. Guía didáctica. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad SurColombiana. Disponible en: <http://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+-+Guía+didáctica+Metodología+de+la+investigación.pdf>
- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). *Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders*. *Psychological Bulletin*, 110(3), 406–425. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.3.406>
- Mortensen, P. B., & Juel, K. (1993). *Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients*. *British Journal of Psychiatry*, 163(AUG.), 183–189. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/bjp.163.2.183>
- Mosquera, L. (2016). *Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica*. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 3, 9–18. Disponible en: http://www.revistapcna.com/sites/default/files/mosquera_2016_revision_critica_conducta_suicida.pdf
- Mulder, R. T., Joyce, P. R., Frampton, C. M. A., & Luty, S. E. (2008). *Antidepressant treatment is associated with a reduction in suicidal ideation and suicide attempts*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(2), 116–122. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01179.x>
- Nadorff, M. R., Anestis, M. D., Nazem, S., Claire Harris, H., & Samuel Winer, E. (2014). *Sleep disorders and the interpersonal-psychological theory of suicide: Independent pathways to suicidality?* *Journal of Affective Disorders*, 152–154(1), 505–512. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.011>

- Navarro, N. (2017). *El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. Clínica y Salud, 28*, 25–31. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130527416300573>
- Neugebauer, R. (1979). *Medieval and Early Modern Theories of Mental Illness. Arch Gen Psychiatry, 36*, 477–483. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/371576>
- Niederkrotenthaler, T., Till, B., Kapusta, N. D., Voracek, M., Dervic, K., & Sonneck, G. (2009). *Copycat effects after media reports on suicide: A population-based ecologic study. Social Science and Medicine, 69*(7), 1085–1090. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.041>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). *Suicide and suicidal behavior. Epidemiologic Reviews, 30*(1), 133–154. Disponible en:
<https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). *Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. JAMA Psychiatry, 70*(3), 300–310. Disponible en:
<https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
- O'Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B., & Silverman, M. (1996). *Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. Suicide & Life-Threatening Behavior, 26*(3), 237–252. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x>
- Ordway, G. A., Widdowson, P. S., Smith, K. S., & Halaris, A. (2002). *Agonist Binding to α 2-Adrenoceptors Is Elevated in the Locus Coeruleus from Victims of Suicide. Journal of Neurochemistry, 63*(2), 617–624. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1471-4159.1994.63020617.x>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio, un imperativo global. Resumen ejecutivo*. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/

- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud - Resumen*. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2002/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. www.who.int (Ediciones). Ginebra, Suiza. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud (OMS). (1999). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10*. Washington, DC: Servicio Editorial, Programa de Publicaciones de la OPS. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561:2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&Itemid=2560&lang=es
- Orri, M., Galera, C., Turecki, G., Boivin, M., Tremblay, R. E., Geoffroy, M. C., & Côté, S. M. (2019). *Pathways of Association Between Childhood Irritability and Adolescent Suicidality*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(1), 99-107.e3. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.034>
- Orri, M., Galera, C., Turecki, G., Forte, A., Renaud, J., Boivin, M., Geoffroy, M. C. (2018). *Association of childhood irritability and depressive/anxious mood profiles with adolescent suicidal ideation and attempts*. *JAMA Psychiatry*, 75(5), 465–473. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0174>
- Oto, M., Gutierrez, M. D., Pérez, B., Goñi, A., Satrústegui, C., Vega, A., ... Villanueva, P. (2014). *Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante Conductas suicidas*. Disponible en: <https://www.educacion.navarra.es/documents/27590/548485/Suicidio.pdf/b5374981-511a-40ed-82c5-7c74bc23b049>
- Overholser, J. C., HemstreetEMSTREET, A. H., Spirito, A., y Vyse, S. (1989). *Suicide Awareness Programs in the Schools: Effects of Gender and Personal Experience*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(6), 925–930. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00004583-198911000-00018>
- Pacheco, L. (2015). *A modo de fichas sobre clásicos de la Psiquiatría: Emil Kraepelin*.

Lmentala.Net, 32, 1–5. Disponible en: www.Lmentala.net

Pacheco Yáñez, L., Padró Moreno, D., Dávila Wood, W., Álvarez de Ulate Unibaso, S., & Gómez de Maintenant de Cabo, P. (2015). *Apuntes históricos sobre las clasificaciones actuales de las patologías mentales*. *Norte de Salud Mental*, 13(53), 83–92.

Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/286357578_Apuntes_historicos_sobre_las_clasificaciones_actuales_de_las_patologias_mentales

Pandey, G. N., Dwivedi, Y., Pandey, S. C., Conley, R. R., Roberts, R. C., & Tamminga, C. A. (1997). *Protein kinase C in the postmortem brain of teenage suicide victims*.

Neuroscience Letters, 228(2), 111–114. Disponible en:

[https://doi.org/10.1016/S0304-3940\(97\)00378-9](https://doi.org/10.1016/S0304-3940(97)00378-9)

Papolla, R. (1976). *El suicidio en adolescentes*. Disponible en:

www.sap.org.ar/docs/SUICIDIO

Patchan, K. M., Richardson, C., Vyas, G., & Kelly, D. L. (2015). *The risk of suicide after clozapine discontinuation: Cause for concern*. *Annals of Clinical Psychiatry: Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 27(4), 253–256. Disponible en:

europepmc.org/abstract/med/26554366

Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Nicholas, B., ... Viner, R. M. (2016). *Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing*. *Lancet*,

11(387), 2423–2478. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)

1.Our

Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera-Villarreal, P. (2009). *Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo*.

Revista Médica de Chile, 137, 226–233. Disponible en:

<https://doi.org/10.4067/s0034-98872009000200006>

Peng, H., Long, Y., Li, J., Guo, Y., Wu, H., Yang, Y. L., Ning, Y. (2014). *Hypothalamic-pituitary-adrenal axis functioning and dysfunctional attitude in depressed patients with and without childhood neglect*. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1–7. Disponible en:

<https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-45>

- Pfeffer, C. R., Klerman, G. L., Hurt, S. W., Kakuma, T., Peskin, J. R., & Siefker, C. A. (1993). *Suicidal Children Grow Up: Rates and Psychosocial Risk Factors for Suicide Attempts during Follow-up*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(1), 106–113. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00004583-199301000-00016>
- Phillips, I., Temesvary, B., Wasserman, D., & Fricke, S. (2000). Attempted suicide in Europe : rates , trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992 . *Results of the WHO / EURO Multicentre Study on Parasuicide*. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.1996.tb10656.x>
- Piaget, J. (1991). *Seis Estudios de Psicología* (Primera). Barcelona, España: LABOR, S.A.
- Picazo-Zappino, J. (2014). El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(3), 125–132. Disponible en: <https://medes.com/publication/89949>
- Pirkola, S. P., Suominen, K., & Isometsä, E. T. (2004). *Suicide in alcohol-dependent individuals: Epidemiology and management*. *CNS Drugs*, 18(7), 423–436. Disponible en: <https://doi.org/10.2165/00023210-200418070-00002>
- Plutchik, R., van Praag, H. M., Conte, H. R., & Picard, S. (1989). *Correlates of suicide and violence risk 1: The suicide risk measure*. *Comprehensive Psychiatry*, 30(4), 296–302. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(89\)90053-9](https://doi.org/10.1016/0010-440X(89)90053-9)
- Pompili, M., Baldessarini, R. J., Forte, A., Erbutto, D., Serafini, G., Fiorillo, A., Girardi, P. (2016). *Do atypical antipsychotics have antisuicidal effects? A hypothesis-generating overview*. *International Journal of Molecular Sciences*, 17(10). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijms17101700>
- Poole, M. K., Seal, D. W., & Taylor, C. A. (2014). *A systematic review of universal campaigns targeting child physical abuse prevention*. *Health Education Research*, 29(3), 388–432. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/her/cyu012>
- Porrás Marín, M. (2018). *Estudio observacional descriptivo de las intoxicaciones con drogas en menores de 13 años atendidas en el servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños 'Dr. Carlos Sáenz Herrera' en el período 2006-2016*. Tesis para optar

- por el grado de Especialista en Psiquiatría Infantil. Universidad de Costa Rica. San José. Disponible en:
<http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/6170/1/43117>
- Ports, K. A., Merrick, M. T., Stone, D. M., Wilkins, N. J., Reed, J., Ebin, J., & Ford, D. C. (2017). *Adverse Childhood Experiences and Suicide Risk: Toward Comprehensive Prevention. American Journal of Preventive Medicine, 53*(3), 400–403. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.03.015>
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). *Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. American Journal of Psychiatry, 160*(4), 765–772. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.4.765>
- Real Academia de la Lengua Española (2014). *Diccionario de la lengua española* (Vigesimo tercera edición). Madrid: España.
- Rheingold, A. A., Zajac, K., Chapman, J. E., Patton, M., de Arellano, M., Saunders, B., & Kilpatrick, D. (2015). *Child Sexual Abuse Prevention Training for Childcare Professionals: An Independent Multi-Site Randomized Controlled Trial of Stewards of Children. Prevention Science, 16*(3), 374–385. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11121-014-0499-6>
- Rhodes, P. J. (2016). *La antigua Grecia. Una historia esencial* (Primera ed; Crítica, Ed.). Disponible en: www.elboomeran.com
- Rihmer, A., Rozsa, S., Rihmer, Z., Gonda, X., Akiskal, K. K., & Akiskal, H. S. (2009). *Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters. Journal of Affective Disorders, 116*(1–2), 18–22. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.024>
- Rihmer, Z. (2007). *Suicide risk in mood disorders. Current Opinion in Psychiatry, 20*(1), 17–22. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3280106868>
- Ringel, E. (1976). *The Presuicidal Syndrome. Suicide and Life-Threatening Behavior, 6*(3), 131–149. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1976.tb00328.x>
- Robinson, J., Bailey, E., Witt, K., Stefanac, N., Milner, A., Currier, D., ... Hetrick, S. (2018).

- What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. EClinicalMedicine, 4–5, 52–91. Disponible en:*
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.10.004>
- Robinson, J., Cox, G., Bailey, E., Hetrick, S., Rodrigues, M., Fisher, S., & Herrman, H. (2016). *Social media and suicide prevention: A systematic review. Early Intervention in Psychiatry, 10(2), 103–121. Disponible en:* <https://doi.org/10.1111/eip.12229>
- Rodríguez, F., Glez de Rivera, J L, Gracia, R., & Montes De Oca, D. (1990). *El suicidio y sus interpretaciones teóricas. Psiquis, 11, 374–380. Disponible en:*
http://www.psicoter.es/_arts/90_A077_12.pdf
- Rodríguez, A. (2013). *Teoría y práctica de la intervención socio-familiar con familias multiproblemáticas. Tesis Doctoral en Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid.*
- Rotterdam, E. (2001). *Elogio de la locura. México: Océano.*
- Roy-Byrne, P. P., Post, R. M., Hambrick, D. D., Leverich, G. S., & Rosoff, A. S. (1988). *Suicide and course of illness in major affective disorder. Journal of Affective Disorders, 15(1), 1–8. Disponible en:* [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(88\)90002-X](https://doi.org/10.1016/0165-0327(88)90002-X)
- Roy, A. (2005). *Childhood trauma and impulsivity. Possible relevance to suicidal behavior. Archives of Suicide Research, 9(2), 147–151. Disponible en:*
<https://doi.org/10.1080/13811110590903990>
- Roy, A., & Segal, N. L. (2001). *Suicidal behavior in twins: A replication. Journal of Affective Disorders, 66(1), 71–74. Disponible en:* [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00275-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00275-5)
- Rubenstein, J., Halton, A., Kasten, L., Rubin, C., & Stechler, G. (1998). *Suicidal Behavior In Adolescents: Stress and Protection in Different Family Contexts. American Journal of Orthopsychiatry, 68(2), 274–284. Disponible en:*
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1037/h0080336>
- Rubenstein, J. L., Heeren, T., Housman, D., Rubin, C., & Stechler, G. (1989). *Suicidal behavior in “normal” adolescents: Risk and Protective Factors. American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 59, pp. 59–71. Disponible en:* <https://doi.org/10.1111/j.1939->

0025.1989.tb01635.x

- Rubin, R., Phillips, J., Sadow, T., & McCracken, J. (1995). *Adrenal gland volume in major depression*. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 213–218. Disponible en:
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950150045009>
- Shaffer, D., Pfeffer, C. R., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J., Benson, R. S., Kroeger, K. (2001). *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7 SUPPL.), 24S-51S. Disponible en:
<https://doi.org/10.1097/00004583-200107001-00003>
- Shaffer, David, Gould, M., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., y Flory, M. (1996). *Psychiatric Diagnosis in Child and Adolescent Suicide*. *Arch Gen Psychiatry*, 53(1), 339–348. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00004583-199801000-00027>
- Shaffer, David, y Pfeffer, C. (2001). *Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Eating Disorders*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 24S-51S. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.01.018>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). *Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276–293. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). *Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264–277. Disponible en:
<https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
- Solís, F. (2009). *Aportes al análisis de la validez y de la confiabilidad del Inventario de depresión para niños de Kovacs, como herramienta de tamizaje para la evaluación de los niños costarricenses, escolarizados, de edades comprendidas entre los 7 y los 12 años, de población no clínica*. Tesis para optar por el grado de especialista en Psicología Clínica. Universidad de Costa Rica. San José Disponible en:

<https://docplayer.es/68629090-Universidad-de-costa-rica-facultad-de-ciencias-sociales-escuela-de-psicologia.html>

- Søndergård, L., Kvist, K., Andersen, P. K., & Kessing, L. V. (2006a). *Do antidepressants precipitate youth suicide? A nationwide pharmacoepidemiological study. European Child and Adolescent Psychiatry, 15*(4), 232–240. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0527-6>
- Søndergård, L., Kvist, K., Andersen, P. K., & Kessing, L. V. (2006b). *Do antidepressants prevent suicide? International Clinical Psychopharmacology, 21*(4), 211–218. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00004850-200607000-00003>
- Spirito, A., Plummer, B., Gispert, M., Levy, S., Kurkjian, J., Lewander, W., Devost, L. (1992). *Adolescent Suicide Attempts: Outcomes at Follow-Up. Amer. J. Orthopsychiat., 62*(3), 464–468. Disponible en: onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1037/h0079362
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., ... Green, K. L. (2018). *Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. JAMA Psychiatry, 75*(9), 894–900. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776>
- Steele, M. (2016). *Suicidal Behaviour in Children and Adolescents Part 1: Etiology and Risk Factors. The Canadian Journal of Psychiatry, 52*(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17824350>
- Stenager, E. N., Stenager, E., Koch-Henriksen, N., Bronnum-Hansen, H., Hyllested, K., Jensen, K., & Bille-Brahe, U. (1992). *Suicide and multiple sclerosis: An epidemiological investigation. Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry, 55*(7), 542–545. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/jnnp.55.7.542>
- Sumiyoshi, T., Stockmeier, C. A., Overholser, J. C., Thompson, P. A., & Meltzer, H. Y. (1995). *Dopamine D4 receptors and effects of guanine nucleotides on [3H]raclopride binding in postmortem caudate nucleus of subjects with schizophrenia or major depression. Brain Research, 681*(1–2), 109–116. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0006-8993\(95\)00301-6](https://doi.org/10.1016/0006-8993(95)00301-6)
- Swedish National Program for Suicide. (1997). *Support in suicidal crises: the Swedish*

- National Program to Develop Suicide Prevention*. The Swedish National Council for Suicide Prevention. *Crisis*, 18(2), 65–72. Disponible en:
<https://doi.org/10.1037/h0086110>
- Tajima-Pozo, K., Montes-Montero, A., Güemes, I., González-Vives, S., Díaz-Marsá, M., & Carrasco, J. L. (2013). *Aportaciones de los tests de supresión de cortisol al conocimiento de los trastornos psiquiátricos: Revisión narrativa de la literatura*. *Endocrinología y Nutrición*, 60(7), 396–403. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.endonu.2012.09.003>
- Taylor, L. M. W., Oldershaw, A., Richards, C., Davidson, K., Schmidt, U., & Simic, M. (2011). *Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(5), 619–625. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1352465811000075>
- Tidemalm, D., Haglund, A., Karanti, A., Landén, M., & Runeson, B. (2014). *Attempted suicide in bipolar disorder: Risk factors in a cohort of 6086 patients*. *PLoS ONE*, 9(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094097>
- Timmons-Mitchell, J., Levesque, D. A., Harris, L. A., Flannery, D. J., & Falcone, T. (2016). *Pilot Test of StandUp, an Online School-Based Bullying Prevention Program*. *Children and Schools*, 38(2), 71–79. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/cs/cdw010>
- Tondo, L., & Baldessarini, R. (2001). *Suicide: Historical, Descriptive, and Epidemiological Considerations*. *Medscape*. Disponible en:
http://www.medscape.com/viewarticle/413194_1
- Toro, R. (2013). *Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva*. *Psychologia*, 7(1), 93. Disponible en:
<https://doi.org/10.21500/19002386.1197>
- Träskman, L., Åsberg, M., Bertilsson, L., & Sjöstrand, L. (1981). *Monoamine Metabolites in CSF and Suicidal Behavior*. *Archives of General Psychiatry*, 38(6), 631–636. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1981.01780310031002>
- Tsuang, M. T., Simpson, J. C., & Fleming, J. A. (1992). *Epidemiology of suicide*. *International Review of Psychiatry*, 4(2), 117–129. Disponible en:

<https://doi.org/10.3109/09540269209066309>

- Turecki, G. (2005). *Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours*. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30(6), 398–408. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1277022>
- U.S. Food and Drug Administration. (2004). *Suicidality in children and adolescents being treated with antidepressant medications*. 2004, 2–3. Disponible en: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PublicHealthAdvisories/ucm161679.htm>
- Ugarte, J. (2006). *El derecho a la vida y la constitución*. *Revista Chilena de Derecho*, 33(3), 509–527. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2650412.pdf>
- Ureña, J. D. (2013). *Factores de riesgo neurobiológicos, familiares y sociales asociados a los trastornos depresivos en niños y adolescentes*. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis43.pdf>
- Van Geel, M., Vedder, P., & Tanilon, J. (2014). *Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents ameta-analysis*. *JAMA Pediatrics*, 168(5), 435–442. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4143>
- Värnik, P. (2012). *Suicide in the world*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 760–771. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph9030760>
- Vásquez, R., & Quijano, M. (2013). *Cuando el intento de suicidio es cosa de niños*. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 43(SUPPL. 1), 36–46. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.004>
- Vázquez, G. H., Gonda, X., Zaratiegui, R., Lorenzo, L. S., Akiskal, K., & Akiskal, H. S. (2010). *Hyperthymic temperament may protect against suicidal ideation*. *Journal of Affective Disorders*, 127(1–3), 38–42. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.015>
- Vidal-Ribas, P., Brotman, M. A., Valdivieso, I., Leibenluft, E., & Stringaris, A. (2016). *The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(7), 556–570. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.014>

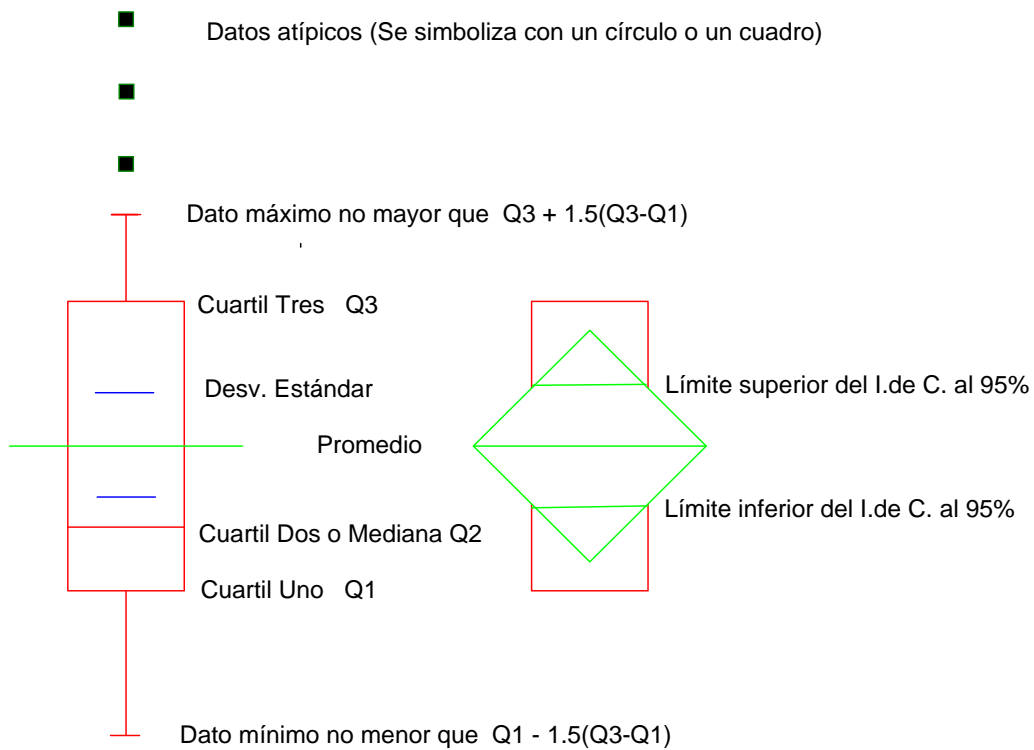
- Villalobos Parra, L. (2013). *“ Bullying ” Como posible factor de riesgo de conductas autolesivas o suicidas en víctimas infantiles y adolescentes*. Tesis para optar por el grado de Especialista en Psiquiatría. Universidad de Costa Rica. San José.
Disponibile en <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis47.pdf>
- Viñas, F., Canals, J., Eugenia Gras, M., Ros, C., & Domènech-Llaberia, E. (2002). *Psychological and family factors associated with suicidal ideation in pre-adolescents. Spanish Journal of Psychology*, 5(1), 20–28. Disponible en:
<https://doi.org/10.1017/S1138741600005795>
- Walsh, K., Zwi, K., Woolfenden, S., & Shlonsky, A. (2015). *School-based education programs for the prevention of child sexual abuse (Review)*. *Cochrane Library*, 4.
Disponibile en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004380.pub3>. Copyright
- Warshaw, M. G., Dolan, R. T., & Keller, M. B. (2000). *Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: Five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program. American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1876–1878.
Disponibile en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1876>
- Weis, D., Rothenberg, L., Moshe, L., Brent, D. A., & Hamdan, S. (2015). *The Effect of Sleep Problems on Suicidal Risk among Young Adults in the Presence of Depressive Symptoms and Cognitive Processes. Archives of Suicide Research*, 19(3), 321–334.
Disponibile en: <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.986697>
- Wender, P. H., Kety, S. S., Rosenthal, D., Schulsinger, F., Ortmann, J., & Lunde, I. (1986). *Psychiatric Disorders in the Biological and Adoptive Families of Adopted Individuals With Affective Disorders. Archives of General Psychiatry*, 43(10), 923–929. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800100013003>
- Winsper, C., Lereya, T., Zanarini, M., & Wolke, D. (2012). *Involvement in bullying and suicide-related behavior at 11 years: A prospective birth cohort study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(3), 271–282.e3. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.01.001>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014

Zalsman, G., Siman Tov, Y., Tzuriel, D., Shoval, G., Barzilay, R., Tiech Fire, N., ... John Mann, J. (2016). *Psychological autopsy of seventy high school suicides: Combined qualitative/quantitative approach*. *European Psychiatry*, 38, 8–14. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.05.005>

Zalsman, Gil, Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Zohar, J. (2016). *Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review*. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)

APÉNDICES Y ANEXOS

Anexo 1: Componentes del gráfico de caja (Box Plot)



Anexo 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Proyecto: “Caracterización clínica y sociodemográfica de los pacientes con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años, atendidos en el Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” (HNN) del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2018”

Equipo Investigador:

Investigador Principal: Dra. Andrea Rodríguez González

Sub-Investigador: Dra. Myleen Madrigal Solano

Criterios de inclusión de los participantes:

- Rango de edad: Niños mayores de 4 años y menores de 13 años
- Género: femenino y masculino
- Etnia: no existe ninguna restricción con base en la etnia de los participantes
- Inclusión de clases especiales o participantes vulnerables:
- La investigación se llevará a cabo en menores de edad, lo que constituye una población vulnerable
- Pruebas de laboratorio y gabinete: no se realizarán pruebas de laboratorio ni gabinete
- Otros: no aplica

Criterios de exclusión:

- Serán excluidos del estudio los expedientes de los niños menores de 4 años y los mayores de 13 años que hayan sido atendidos en el Hospital Nacional de Niños por ideación suicida e intento de autoeliminación en el período indicado También se excluirán aquellos expedientes incompletos en los que no se pueda completar más del 50% de las variables requeridas en el estudio.
 - Serán excluidos aquellos casos en los que se hayan extraviado los registros médicos.
-

Número de Consecutivo: _____

Fecha: ____/____/____/

Información recolectada por: _____

1. ¿Cuál es la edad cumplida del menor, según la fecha de nacimiento?:
Fecha de nacimiento:
Edad:
2. ¿Cuál es la identidad sexual del menor?
 1. Masculino

2. Femenino
3. ¿En qué provincia vive?
 1. San José
 2. Alajuela
 3. Heredia
 4. Cartago
 5. Guanacaste
 6. Puntarenas
 7. Limón
 8. No especificado
4. ¿En qué cantón vive? (82 cantones): _____
5. ¿Cuál religión practican como familia?
 1. Practicantes
 2. No practicantes
 3. No especificado
6. ¿Cuál es el nivel educativo del menor?
 1. No escolarizado
 2. Preescolar
 3. Primaria incompleta
 4. Primaria completa
 5. Secundaria incompleta
7. ¿Cuál es el nivel educativo de la madre?
 1. Analfabeto
 2. Primaria incompleta
 3. Primaria completa
 4. Secundaria incompleta
 5. Secundaria completa
 6. Técnico
 7. Universitario de grado incompleto
 8. Universitario de grado completo
 9. Postgrado
 10. Desconocido
8. ¿Cuál es el nivel educativo del padre?
 1. Analfabeto
 2. Primaria incompleta
 3. Primaria completa
 4. Secundaria incompleta
 5. Secundaria completa
 6. Técnico
 7. Universitario de grado incompleto
 8. Universitario de grado completo
 9. Postgrado

10. Desconocido

9. ¿Cuál es la ocupación de la madre?

1. Desempleada
2. Oficio no remunerado
3. Trabajo ocasional
4. Empleada
5. Subempleada
6. Cuenta propia
7. Pensionada
8. No especificado

10. ¿Cuál es la ocupación del padre?

1. Desempleado
2. Oficio no remunerado
3. Trabajo ocasional
4. Empleado
5. Subempleado
6. Cuenta propia
7. Pensionado
8. No especificado

11. ¿Cuál es la composición familiar?

1. Nuclear
2. Extendida
3. Ampliada
4. Monoparental
5. Reconstituida
6. Hogar de acogida
7. Institucionalizado (PANI/ONG)

12. ¿Cuál es la dinámica del sistema familiar del menor?

1. Funcional
2. Disfuncional
3. No especificado

13. ¿El menor fue valorado previamente por psiquiatría o psicología por comorbilidad psiquiátrica?

1. Sí
2. No

14. ¿Cuáles comorbilidades presenta el menor? (se pueden marcar varias)

1. TOC
2. TOD
3. TDAH
4. Trastorno de conducta
5. Trastorno del ánimo
6. Trastorno de ansiedad

7. Consumo de sustancias
8. Problemas legales
9. Otro: _____
10. Ninguno

15. ¿El menor recibió tratamiento psiquiátrico/psicológico para su comorbilidad?

1. Sí
2. No

16. ¿Antecedente de IS previa?

1. Sí
2. No

17. ¿Antecedente de IAE previos?

1. Sí
2. No

18. ¿En el evento actual, el menor solamente presenta ideación suicida?

1. Sí
2. No

19. ¿En el evento actual, el menor solamente realizó el intento de autoeliminación?

1. Sí
2. No

20. ¿En el evento actual, el menor presenta ideación suicida e intento de autoeliminación?

1. Sí
2. No

21. ¿Existía plan suicida al momento del IAE actual?

1. Sí
2. No

22. Contexto de la ideación suicida o del intento de autoeliminación actual:

1. Impulsivo
2. Depresivo
3. Enojo
4. Miedo
5. Manipulación
6. Premeditado

23. Intención letal del IAE actual:

1. Sí
2. No

24. Letalidad del método empleado:

1. Bajo

2. Moderado
3. Grave
4. No especificado
5. No aplica

25. Lugar donde ocurrió el IAE:

1. Casa
2. Escuela
3. Casa de un familiar
4. Casa de un amigo
5. Lugar público
6. Lugar solitario/alejado
7. Albergue/hogar de acogida

26. ¿Presencia de equivalentes depresivos al momento de la IS o IAE? (se pueden marcar varios)

1. Robo
2. Fuga escolar
3. Deserción escolar
4. Huir de casa
5. Hiperactividad motora
6. Mentir
7. Bajo rendimiento escolar
8. Consumo de sustancias
9. Conductas sexuales de riesgo
10. Conducta autodestructiva
11. Cutting
12. Ninguno

27. Síntomas clínicos asociados a la IS o IAE: (se pueden marcar varios)

1. Ánimo depresivo
2. Ansiedad
3. Astenia
4. Adinamia
5. Anhedonia
6. Anergia
7. Dificultad para concentrarse
8. Hipobulia
9. Pensamientos de muerte
10. Desesperanza
11. Insomnio
12. Pérdida del apetito
13. Aislamiento social
14. Irritabilidad
15. Somatización
16. Otro:
17. Ninguno

28. Diagnóstico con el que se refiere el paciente al HNN: (se pueden marcar varios)

1. Ideación suicida
2. IAE no especificado
3. Intoxicación con medicamentos
4. Intoxicación con alcohol
5. Intoxicación con drogas
6. Intoxicación con plaguicidas
7. Ahorcamiento
8. Heridas con arma blanca
9. Herida con arma de fuego
10. Precipitación
11. Problema con grupo primario de apoyo
12. Historia personal de heridas autolesivas
13. Problema social
14. Trastorno depresivo
15. Otro: _____

29. Diagnóstico por psiquiatría: (se pueden marcar varios)

1. Trastorno depresivo
2. Trastorno de ansiedad
3. Trastorno depresivo/ansioso
4. Trastorno de aprendizaje
5. Trastorno de lenguaje
6. TDAH
7. TEA
8. TOD
9. TOC
10. Reacción de ajuste
11. Síndrome de dependencia a drogas
12. Problema con grupo primario de apoyo
13. Sin diagnóstico psiquiátrico asociado
14. Problema con grupo primario de apoyo
15. Otro: _____
16. No fue valorado por psiquiatría
17. No se especifica

30. ¿Factores de riesgo presentes en el menor? (se pueden marcar varios)

1. VIF
2. Duelo
3. Bullying
4. Cyberbullying
5. Consumo de sustancias en el momento del IAE
6. Abuso sexual
7. IAE previos
7. AHF de IAE
8. AHF de suicidio
9. Nivel socioeconómico bajo
10. APP de Depresión mayor

11. Portador Enfermedad crónica
12. Familia disfuncional
13. Conflictos interpersonales
14. Otro:
15. Ninguno

31. Presencia de equivalentes depresivos:

1. Cutting
2. Consumo de sustancias psicoactivas
3. Bajo rendimiento académico
4. Conductas sexuales de riesgo
5. Trastorno conductual
6. Otro:
7. Ninguno

32. Tratamiento brindado:

1. Tratamiento farmacológico
2. Tratamiento psicoterapéutico
3. Intervención por trabajo social
4. Internamiento
5. Manejo ambulatorio
6. Contrareferido
7. Traslado al HNP
8. Alta
9. Opción 1 y 2
10. Opción 1, 2 y 3
11. Opción 1,2, 3 y 4

33. Días de internamiento en HNN: _____

34. Número de citas de seguimiento con Psiquiatría: _____

35. Número de citas de seguimiento con Psicología: _____