



**CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL INFANTIL DE CARTAGENA,
COLOMBIA (2012 - 2024)**

MICHELY JIMÉNEZ SARMIENTO

**UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADOS MEDICO QUIRÚRGICOS
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
2025**

**CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL INFANTIL DE CARTAGENA,
COLOMBIA (2012 - 2024)**

MICHELY JIMÉNEZ SARMIENTO
Pediatría

Tesis o trabajo de investigación para optar el título de
Especialista en Pediatría.

TUTORES

Francisco Barrios Ayola, MD. Esp. Psiquiatría
Enrique Ramos Clason, MD. Esp. Epidemiología

UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADOS MEDICO QUIRÚRGICOS
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
2025

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Cartagena, D. T y C., junio de 2025



UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Escuela de Medicina- Dirección de Investigaciones

Cartagena de Indias D. T. y C. 24 de junio de 2025

Doctor

RICARDO PÉREZ SÁENZ

Director de Investigaciones

UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELIAS BECHARA ZAINUM

SECCIONAL CARTAGENA

Ciudad

Respetado Doctor:

Por medio de la presente hago la entrega, a la Dirección de Investigaciones de la Universidad del Sinú, Seccional Cartagena, los documentos y discos compactos (CD) correspondientes al proyecto de investigación titulado “**CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL INFANTIL DE CARTAGENA, COLOMBIA (2012 - 2024)**”, realizado por el estudiante “**MICHELY JIMÉNEZ SARMIENTO**”, para optar el título de “**Especialista en PEDIATRÍA**”. A continuación se relaciona la documentación entregada:

- Dos (2) trabajos impresos empastados con pasta azul oscuro y letras Doradas del formato de informe final tipo manuscrito articulo original (Una copia para la universidad y la otra para el escenario de práctica donde se realizó el estudio).
- Dos (2) CD en el que se encuentran la versión digital del documento empastado.
- Dos (2) Cartas de Cesión de Derechos de Propiedad Intelectual firmadas y autenticadas por el estudiante autor del proyecto.

Atentamente,

MICHELY JIMÉNEZ SARMIENTO

CC: 1143377905

Programa de Pediatría

SECCIONAL CARTAGENA

Avenida El Bosque, Transversal 54 No. 30-729 Teléfono: 6810802; E-mail:
unisinu@unisinucartagena.edu.co





UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Escuela de Medicina- Dirección de Investigaciones

Cartagena de Indias D. T. y C. 24 de junio de 2025

Doctor

RICARDO PÉREZ SÁENZ

Director de Investigaciones

UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELIAS BECHARA ZAINUM

SECCIONAL CARTAGENA

Ciudad

Respetado Doctor:

A través de la presente cedemos los derechos de propiedad intelectual de la versión empastada del informe final artículo del proyecto de investigación titulado **“CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL INFANTIL DE CARTAGENA, COLOMBIA (2012 - 2024)”**, realizado por el estudiante **“MICHELY JIMÉNEZ SARMIENTO”**, para optar el título de **“Especialista en Pediatría”**, bajo la asesoría del Dr. **“FRANCISCO BARRIOS”**, y asesoría metodológica del Dr. **“ENRIQUE RAMOS CLASON”** a la Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm, Seccional Cartagena, para su consulta y préstamo a la biblioteca con fines únicamente académicos o investigativos, descartando cualquier fin comercial y permitiendo de esta manera su acceso al público. Esto exonera a la Universidad del Sinú por cualquier reclamo de terceros que invoque autoría de la obra.

Hago énfasis en que conservamos el derecho como autores de registrar nuestra investigación como obra inédita y la facultad de poder publicarlo en cualquier otro medio.

Atentamente,

MICHELY JIMÉNEZ SARMIENTO

CC: 1143377905

Programa de Pediatría

SECCIONAL CARTAGENA

Avenida El Bosque, Transversal 54 No. 30-729 Teléfono: 6810802; E-mail:
unisinu@unisinucartagena.edu.co



DEDICATORIA

A aquellas almas que sucumbieron ante la incomprensible carga de la soledad, la tristeza profunda y el dolor implacable, cuyo recuerdo permanece imborrable en la memoria colectiva. Que su historia sea un poderoso recordatorio de la vulnerabilidad humana y la urgente necesidad de actuar con sensibilidad, empatía y compromiso en la prevención del suicidio. Su sufrimiento y su silencio claman por conciencia, por compasión, y por un cambio que permita aliviar el peso de la soledad y abrir caminos de esperanza y apoyo.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a Dios, fuente de fortaleza y guía en cada paso de este camino. Su presencia y misericordia han sido mi sostén y mi inspiración para concluir este trabajo con amor y dedicación.

A mi madre, por su amor incondicional, su apoyo constante y su sacrificio, que han sido el ejemplo más grande de valentía y esperanza en mi vida. Gracias por haberme enseñado el valor de la perseverancia y por siempre confiar en mí.

A mi padre, cuya memoria llevo en mi corazón con gratitud, por su amor y sus enseñanzas que continúan guiando mis pasos. Aunque ya no esté físicamente presente, su espíritu vive en cada logro y en cada esfuerzo que realizo.

**CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL INFANTIL DE CARTAGENA,
COLOMBIA (2012 - 2024)**

**CHARACTERIZATION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN PEDIATRIC PATIENTS
ADMITTED TO A CHILDREN'S HOSPITAL IN CARTAGENA, COLOMBIA (2012 -
2024)**

Jiménez Sarmiento Michely (1)

Barrios Ayola Francisco (2)

Ramos Clason Enrique (3)

(1) Médico. Residente III año Pediatría. Escuela de Medicina. Universidad del Sinú EBZ, Seccional Cartagena.

(2) Médico. Especialista en Psiquiatría. Docente de Psiquiatría del Programa de Pediatría de la Universidad del Sinú EBZ, Seccional Cartagena.

(3) Médico. Especialista en Epidemiología, Coordinador de Investigaciones Posgrados MQ, Universidad del Sinú EBZ, Seccional Cartagena.

RESUMEN

Introducción:

El suicidio en niños y adolescentes ha aumentado en las últimas décadas, destacando la importancia de identificar factores de riesgo como trastornos mentales, abuso, bullying y problemas familiares. La detección temprana de signos como aislamiento y desesperanza es fundamental para la prevención, que requiere un enfoque multidisciplinario.

Objetivo:

Analizar el comportamiento clínico y epidemiológico de la conducta suicida en niños y adolescentes ingresados en un hospital infantil durante los últimos 12 años.

Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, analizando historias clínicas de pacientes menores de 18 años ingresados por conductas suicidas entre 2012 y 2024. Se incluyeron 305 historias, con 332 eventos. La investigación fue ética y anónima, siguiendo las normativas colombianas. Los datos se organizaron en Excel y analizaron con el software EpiInfo.

Resultados:

La edad promedio fue 14.7 años, con predominancia femenina y residentes urbanos. La mayoría presentaba depresión, problemas familiares y prácticas autolesivas. La ingesta de medicamentos fue la causa más común, y se observó un aumento en los casos durante los años recientes, alcanzando un pico en 2023.

Conclusiones:

Las conductas suicidas en adolescentes están influenciadas por factores psicológicos, sociales y temporales. Es esencial la prevención temprana, el apoyo emocional y entornos seguros para reducir estos eventos. Abordar estos factores de manera integral puede disminuir la incidencia y salvar vidas.

Palabras clave: Suicidio, Prevención del Suicidio, Intento de Suicidio, Pediatría, Psiquiatría Infantil.

SUMMARY

Introduction:

Suicide in children and adolescents has increased over the past decades, highlighting the importance of identifying risk factors such as mental disorders, abuse, bullying, and family problems. Early detection of signs like social withdrawal and hopelessness is crucial for prevention, which requires a multidisciplinary approach.

Objective:

To analyze the clinical and epidemiological behavior of suicidal conduct in children and adolescents admitted to a pediatric hospital over the last 12 years.

Methods:

A retrospective study was conducted at the Napoleón Franco Pareja Children's Hospital, analyzing medical records of patients under 18 years old admitted for suicidal behaviors between 2012 and 2024. A total of 305 records with 332 events were included. The study was conducted ethically and anonymously, following Colombian regulations. Data were organized in Excel and analyzed using EpiInfo software.

Results:

The mean age was 14.7 years, with a predominance of females and urban residents. Most patients presented depression, family problems, and self-injurious behaviors. Medication ingestion was the most common method, and an increase in cases was observed in recent years, peaking in 2023.

Conclusions:

Suicidal behaviors in adolescents are influenced by psychological, social, and temporal factors. Early prevention, emotional support, and safe environments are

essential to reduce these events. Addressing these factors comprehensively can decrease incidence and save lives.

Keywords: Suicide, Suicide Prevention, Suicide Attempt, Pediatrics, Child Psychiatry

INTRODUCCION

El suicidio en la población pediátrica es un tema de gran relevancia en la literatura médica y psicológica, debido a su impacto en una etapa vulnerable del desarrollo. En las últimas décadas se ha observado un aumento en los casos reportados, lo que ha generado mayor conciencia y preocupación en profesionales y en la sociedad en general (World Health Organization, 2014). Históricamente, la percepción social y clínica consideraba que los niños no tenían la capacidad para planificar y ejecutar conductas autodestructivas con intención suicida, lo que llevó a subestimar su presencia y riesgo. Sin embargo, estudios recientes muestran que los comportamientos suicidas y las ideaciones en niños menores de 18 años están en aumento, especialmente en el contexto de los adolescentes, y están vinculados a factores psicológicos, sociales y familiares, como trastornos psiquiátricos, abuso, negligencia, problemas familiares y exposición a violencia o bullying (Bridge et al., 2015). La identificación temprana de signos como cambios conductuales, aislamiento social, expresiones de desesperanza y pérdida de interés en actividades importantes es esencial para la prevención (Bridge et al., 2015).

Asimismo, se ha entendido que los factores psicológicos, sociales y familiares desempeñan un papel crucial en la conducta suicida infantil. Trastornos mentales no tratados, experiencias de maltrato o acoso escolar, y conflictos familiares son asociados con un aumento en las ideaciones y conductas autodestructivas en niños y adolescentes. La implementación de programas de prevención, atención temprana y terapias específicas ha contribuido a reducir las tasas de suicidio en algunos entornos. Sin embargo, sigue siendo fundamental continuar ampliando el

conocimiento y las estrategias para abordar estos comportamientos en una etapa tan vulnerable del desarrollo.

El abordaje clínico del riesgo suicida en niños requiere una evaluación multidisciplinaria, que incluya una historia clínica detallada de antecedentes familiares, intentos previos y acceso a medios letales. El tratamiento combina intervenciones psiquiátricas, psicoterapia y, en algunos casos, medidas farmacológicas. La terapia cognitivo-conductual y la terapia familiar han demostrado ser eficaces para reducir el riesgo y fortalecer la resiliencia emocional del niño (Shepard et al., 2016). Además, las estrategias preventivas incluyen la promoción de ambientes familiares saludables, el control del acceso a medios peligrosos y programas escolares de sensibilización sobre salud mental.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo basado en el análisis de historias clínicas de la base de datos del Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, correspondiente a los pacientes ingresados por conductas suicidad (ideas y/o intentos) durante un periodo comprendido entre enero de 2012 y diciembre de 2024. Luego de obtener permiso por parte de la junta de revisión y el comité de ética médica institucional. Se analizaron un total 305 historias clínicas de las cuales se obtuvieron 332 eventos de ingreso por intentos de suicidio e ideas suicidas.

Basado en lo anterior, esta investigación puede clasificarse como investigación sin riesgo según la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, puesto que no se modificaron variables biológicas, fisiológicas ni psicológicas de los pacientes que participaron en el estudio. A su vez se realizó el análisis de los datos utilizados en el estudio según la normativa Big Data en Colombia para el uso correcto de los mismos. Por otra parte, el diseño y ejecución

del estudio se sustentó en los 3 principios éticos del Informe Belmont: Respeto, beneficencia, y justicia. Adicionalmente se acogieron a las recomendaciones éticas internacionales para la investigación biomédica en Humanos establecidas por CIOMS/OMS. La protección de los datos de los pacientes se realizó siguiendo los principios establecidos en la ley estatutaria 1581 de 2012 en la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales, con lo cual se asignó un código único de identificación a cada paciente dentro del estudio, con lo que se garantizó que solo el investigador conoció la identidad del paciente.

Los datos recolectados de las historias clínicas se consignaron en una hoja de cálculo en Microsoft Excel para la creación de la matriz de datos estadísticos y se organizaron en las diferentes variables para su análisis para su revisión a través del programa estadístico Epiinfo Versión 7.2.4. El análisis se efectuó por medio de medidas de tendencia central: medianas con rangos intercuartílicos, valor absoluto.

Población

La población de estudio son los casos que ingresaron al Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, intento/ideas suicidas, de pacientes menores de 17 años, 11 meses, 29 días de edad, durante el periodo comprendido entre 2012 al 2024.

Criterios de inclusión

- Edad entre 0 y 17 años, 11 meses y 29 días de edad.
- Haber ingresado entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre del 2024.
- RIPS institucionales con diagnósticos CIE 10 relacionados con conductas suicidas, intentos de suicidio, lesiones autoinfligidas, trastornos mentales o conductas impulsivas y exposición a situaciones de riesgo: X600, X602, X604, X605, X607, X608, X610, X611, X612, X613, X615, X618, X619,

X620, X621, X630, X631, X633, X638, X639, X640, X642, X643, X644, X645, X646, X647, X648, X649, X650, X652, X666, X661, X662, X665, X668, X669, X680, X681, X684, X685, X686, X688, X690, X691, X692, X693, X694, X695, X697, X698, X699, X700, X702, X708, X710, X718, X722, X730, X734, X738, X780, X781, X782, X788, X798, X804, X808, X822, X830, X832, X835, X837, X838, y870.

Variables

Las variables utilizadas se agrupan en categorías demográficas y sociales, como documento, edad, género, año, mes, entorno de residencia (rural o urbana), procedencia, estatus migratorio y nivel socioeconómico; y en categorías clínicas y de salud, que incluyen presencia de enfermedades psiquiátricas, consumo de sustancias, número de intentos, mecanismo de la conducta, complicaciones y mortalidad. Esta organización permite analizar tanto aspectos sociodemográficos como clínicos relacionados con los pacientes ingresados por conductas suicidas o intentos de suicidio.

RESULTADOS

El estudio revela que la población analizada tiene una edad promedio de 14.7 años (DE \pm 1.7). Existe una clara predominancia del sexo femenino (n=274, 82.5%) sobre el masculino (n=58, 17.5%). La mayoría provienen de entornos urbanos (n=274, 82.5%). Una pequeña proporción de la muestra se identifica como migrante (n=25, 7.5%). En cuanto al régimen de seguridad social, la mayoría pertenecía al régimen subsidiado (n=283, 85.2%), y los casos corresponden principalmente a intentos de suicidio (n=323, 97.9%), la minoría ingresó por ideas suicidas (n=7, 2.1%) (Tabla 1).

Los datos muestran una alta prevalencia de problemas de salud mental, con depresión (n=165, 49.7%) y Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) (n=50, 15.1%) como diagnósticos frecuentes. Un porcentaje significativo de los participantes reporta prácticas de cutting (n=86, 25.9%) y consumo de sustancias psicoactivas (n=61, 18.4%). Además, un 15.1% (n=50) había sufrido abuso sexual y un 5.4% (n=18) bullying. El ambiente familiar fue mayormente disfuncional (n=270, 81.3%), y el tipo de familia predominante era la extensa (n=125, 37.7%) (Tabla 2).

La mediana de intentos de suicidio fue de 1 (RIC 1-1), siendo la ingesta de medicamentos el mecanismo más común (n=198, 59.6%). La mediana de estancia hospitalaria fue de 3 días (RIC 2-4), y un 13% (n=43) de los pacientes requirieron Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Las complicaciones más frecuentes incluyen falla ventilatoria (n=12, 3.6%). Tras el evento, un 50.3% (n=167) es remitido a salud mental, y un 40.36% (n=134) tiene egreso médico. Solo un paciente (0,3%) consumió el suicidio (Tabla 3).

La Figura 1 muestra una tendencia general al aumento en el porcentaje de eventos a lo largo de los años, específicamente luego de la pandemia, alcanzando un pico en 2023 (16.3%). Los meses donde se presentaron más casos fueron de mayo 11.4% (n=38), agosto 10.2% (n=34) y marzo 9.6% (n= 32 eventos).

El principal desencadenante identificado en este análisis es el "Llamado de atención" 30.1% (n=100). Otros desencadenantes relevantes incluyen "Multifactorial no especificado" 16.6% (n=55) y "Conflicto familiar" 12.3% (n=41). La presencia de "Duelo patológico" 6.0% (n=20) y "Violencia intrafamiliar" 5.4% (n= 18) (Figura 3.).

DISCUSIÓN

El presente estudio, al analizar las características y desencadenantes asociados con las conductas e intentos de suicidio en una población predominantemente joven y femenina, arroja luz sobre la complejidad de este fenómeno y subraya la necesidad de un enfoque multifactorial para su comprensión y abordaje. Los hallazgos obtenidos, que revelan una convergencia de factores demográficos, clínicos, sociales y temporales, se alinean con la literatura existente y ofrecen nuevas perspectivas sobre los desafíos que enfrentan los adolescentes en la actualidad.

Uno de los hallazgos más destacados es la alta prevalencia de problemas de salud mental, como la depresión y el Trastorno Opositor Desafiante (TOD), en la población estudiada. Esta observación concuerda con numerosos estudios que han documentado la estrecha relación entre los trastornos mentales y el riesgo de suicidio, especialmente en la adolescencia (e.g., Kessler et al., 2005; Bridge et al., 2006). La depresión, en particular, ha sido identificada como uno de los principales factores de riesgo para el suicidio en jóvenes, debido a su impacto en el estado de ánimo, la autoestima y la capacidad de afrontamiento (Fergusson et al., 2005).

Además de los trastornos mentales, el estudio destaca la importancia de los factores de riesgo sociales, como los ambientes familiares disfuncionales, los antecedentes de abuso sexual y el bullying. Estos hallazgos se alinean con la literatura que ha demostrado que los entornos familiares caracterizados por la falta de apoyo, la comunicación deficiente y la violencia aumentan el riesgo de suicidio en los adolescentes (e.g., Brent et al., 1999; Klomek et al., 2009). Asimismo, el abuso sexual y el bullying han sido identificados como experiencias traumáticas

que pueden generar sentimientos de desesperanza, aislamiento y baja autoestima, lo que aumenta el riesgo de conductas suicidas (e.g., Copeland et al., 2013; Hinduja & Patchin, 2010).

Otro aspecto relevante del estudio es la influencia del contexto temporal en la frecuencia de eventos, con un incremento notable a partir de 2020, coincidiendo con la pandemia de COVID-19. Esta observación se suma a la creciente evidencia de que la pandemia ha tenido un impacto negativo en la salud mental de los jóvenes, debido al aislamiento social, el estrés económico y el miedo a la enfermedad (e.g., Loades et al., 2020; Racine et al., 2021). Durante el 2024 se evidenció una disminución de casos, sin embargo, sin embargo debido a la naturaleza del tipo de estudio y respectivas limitaciones sería difícil de establecer el porqué, sin embargo el porcentaje sigue siendo superior comparado con antes de pandemia. Los meses donde más se presentaron casos correspondieron a mayo y agosto, lo cual puede estar relacionado con el calendario académico en Colombia, que corresponderían a los meses de mayor presión académica o transición, donde se encuentran los estudiantes finalizando semestre académico, en exámenes y evaluaciones o iniciando nuevamente clases respectivamente.

En cuanto a los desencadenantes de los eventos, el predominio del "Llamado de atención" como motivo principal subraya la necesidad de proporcionar apoyo emocional y atención a las necesidades de la población. Este hallazgo se relaciona con la literatura que destaca la importancia de la comunicación y el establecimiento de vínculos afectivos como factores protectores frente al suicidio (e.g., Shaffer et al., 1996; Wyman et al., 2010).

En conjunto, estos resultados refuerzan la necesidad de adoptar un enfoque multifactorial en la prevención y el tratamiento de las conductas suicidas en adolescentes, que considere tanto los factores de riesgo individuales como los factores contextuales y sociales. Este enfoque debe incluir la identificación temprana de los adolescentes en riesgo, la promoción de habilidades de

afrontamiento saludables, la intervención en crisis y el tratamiento a largo plazo de los problemas de salud mental. Asimismo, es fundamental crear entornos escolares y familiares seguros y de apoyo, que fomenten la comunicación abierta y la búsqueda de ayuda.

Finalmente, es importante destacar que el presente estudio presenta algunas limitaciones, como el diseño transversal y la posible falta de información en algunas variables, además de que incluir solo los pacientes que acudieron a un hospital, por lo que no se incluye a aquellos que no buscaron atención médica o que fueron atendidos en otros lugares, también hay que tener en cuenta que la muestra corresponde a una población específica de un hospital infantil en Cartagena, Colombia, por lo que podrían no ser generalizables a otras poblaciones o contextos. Esto podría llevar a una sobrerrepresentación de casos más graves o de ciertos grupos socioeconómicos con mayor acceso a servicios hospitalarios. Sin embargo, estos hallazgos ofrecen información valiosa para la comprensión de las conductas suicidas en adolescentes y sugieren áreas de investigación futura que podrían contribuir a mejorar las estrategias de prevención e intervención.

CONCLUSIONES

El presente estudio reafirma la naturaleza multifactorial de las conductas e intentos de suicidio en adolescentes, evidenciando que su comprensión requiere una aproximación que trasciende la mera identificación de factores de riesgo individuales. Los hallazgos invitan a profundizar en la interacción entre predisposiciones clínicas (como la depresión), influencias del entorno social (familias disfuncionales, bullying), y el impacto de coyunturas temporales (como la

pandemia), revelando cómo estas dinámicas complejas convergen para aumentar la vulnerabilidad de los jóvenes. Por tanto, instamos a los lectores a adoptar una perspectiva holística en sus investigaciones y prácticas, que considere la interconexión de estos elementos y promueva intervenciones integrales y personalizadas, capaces de abordar tanto las necesidades individuales como los desafíos del entorno social y cultural en el que se desenvuelven los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Piacentini J, et al. Suicide trends among youths aged 10 to 19 years, United States, 1980-2004. *JAMA*. 2006 Aug 23;296(7):889-91.
2. Brent DA, Johnson BA, Bridge J, Waroquier A, Holder D, Kolko D, et al. Familial transmission of suicidal behavior: Is there specificity of risk? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Sep;38(9):1237-45.
3. Copeland WE, Wolke D, Lereya ST, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*. 2013 Apr;70(4):419-26.
4. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Childhood adversity and life-time suicidality: A 30-year longitudinal study. *Psychol Med*. 2005 Aug;35(8):1161-71.
5. Hinduja S, Patchin JW. Bullying, cyberbullying, and suicide. *Arch Suicide Res*. 2010;14(3):206-21.
6. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Jul;56(7):617-26.
7. Klomek AB, Sourander A, Gould M. Childhood adversities as risk factors for suicide attempts during adolescence: a population-based birth cohort study. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Apr;66(4):404-12.
8. Loades ME, Aristotelous A, Moss P. Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Nov;59(11):1218-1239.e3.
9. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S, et al. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents

During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2021 Nov 1;175(11):1162-1169.

10. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 1996 Apr;53(4):339-48.

11. Wyman PA, Brown CH, LoMurray M, Schliefer D, Hagermoser Sanetti LM, Domino ME, et al. An effectiveness study of a universal school-based program for suicide prevention: The Sources of Strength project. *Am J Public Health.* 2010 Nov;100(11):2068-74.

TABLAS

Tabla 1. Variables sociodemográficas

	N	%
Edad $\bar{X} \pm DE$	14.7 \pm 1.7	
Sexo		
F	274	82.5
M	58	17.5
Estado civil		
Soltero	302	91.0
Unión libre	30	9.0
Procedencia		
Urbano	274	82.5
Rural	58	17.5
Migrante	25	7.5
RSSS		
Subsidiado	283	85.2
Contributivo	28	8.4
DADIS	18	5.4
Especial	3	0.9
Tipo caso		
Intento	323	97.9
Idea	7	2.1

Tabla 2. Aspectos Clínicos y de Salud Mental

	N	%
Enfermedad psiquiátrica		
Depresión	165	49.7
TOD	50	15.1
Trastorno mixto A/D	24	7.2
Trastorno bipolar	15	4.5

Esquizofrenia	4	1.2
Ansiedad	2	0.6
TLP	1	0.3
TEPT	1	0.3
Anorexia	1	0.3
Trastorno del Neurodesarrollo	17	5.1
Déficit cognitivo leve	9	2.7
TDAH	5	1.5
Déficit cognitivo moderado	2	0.6
Trastorno del aprendizaje	1	0.3
Orientación Sexual		
Bisexual	3	0.9
Heterosexual	103	31.0
Homosexual	6	1.8
No datos	220	66.3
Cutting	86	25.9
Consumo de sustancias psicoactivas	61	18.4
Antecedente de abuso sexual	50	15.1
Bullying	18	5.4
Ambiente familiar		
Disfuncional	270	81.3
Funcional	32	9.6
No Datos	30	9.0
Tipo de familia		
Extensa	125	37.7
Reconstituida	69	20.8
Nuclear	62	18.7
Monoparental	42	12.7
No datos	30	9.0
Otros	4	1.2

Tabla 3. Mecanismos y Complicaciones de los Intentos de Suicidio

	N	%
Numero de intentos Me (RIC)	1 (1 - 1)	
Mecanismo		

Ingesta de Medicamentos	198	59.6
Ingesta de otras sustancias	78	23.5
Cortes	33	9.9
Ahorcamiento	15	4.5
No aplica	7	2.1
Salto al vacío	5	1.5
No datos	2	0.6
Estancia hospitalaria Me (RIC)	3 (2 - 4)	
Necesidad de UCI	43	13.0
Días en UCI Me (RIC)	3 (2 - 4)	
Complicaciones		
Falla ventilatoria	12	3.6
Compromiso neurológico	7	2.1
Compromiso gastrointestinal	3	0.9
Compromiso cardiovascular	2	0.6
Infeccioso	2	0.6
Compromiso renal	1	0.3
Fractura/Trauma	1	0.3
Suicidio Consumado	1	0.3
Remisión a salud mental	167	50.3
Fuga	27	8.1
Egreso médico	134	40.36

FIGURAS

Figura 1. Tendencia por año

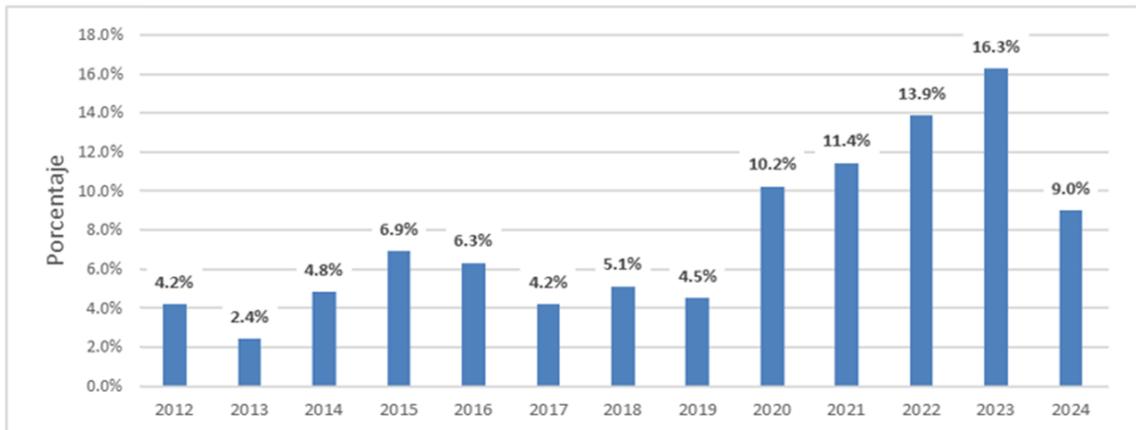


Figura 2. Tendencia por meses

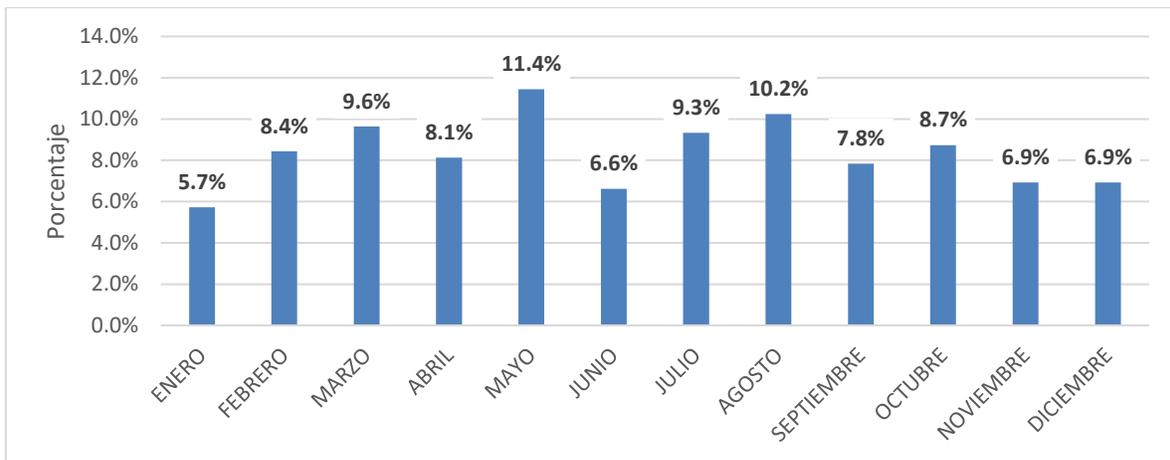


Figura 3. Desencadenantes

