

# Factores de riesgo y protección de conducta suicida en adolescentes. Encuesta en primer nivel público (diciembre 2016 – setiembre 2017)

Risk and protective factors of suicidal behavior in adolescents.

First Public Primary Care Survey (December 2016 - September 2017)

Fatores de risco e proteção para comportamento suicida em adolescentes.

Inquérito em Primeiro Nível Público de Saúde (dezembro 2016 – setembro 2017)

Marcos Delfino<sup>1</sup>, Lucía D'Acosta<sup>2</sup>, Juan Ramón Pérez<sup>3</sup>, Cristina Larrobla<sup>4</sup>, Karina Machado<sup>5</sup>, Catalina Pérez<sup>6</sup>

## Resumen

**Introducción:** el intento de autoeliminación (IAE) y el suicidio han aumentado en adolescentes, es un problema de alta prioridad.

**Objetivo:** establecer la epidemiología y su relación con factores de riesgo (FR) y protección (FP) de conducta suicida en usuarios de un Espacio Adolescente en el primer nivel de atención del subsector público (diciembre 2016–setiembre 2017).

**Material y método:** encuesta anónima a adolescentes de ambos sexos, entre 12 y 19 años. Se compararon FR y FP entre: franjas etarias (12 a 14 años y 15 a 19 años); sexo; IAE previo versus su ausencia e institucionalización o no. Se consideró p menor a 0,05 como estadísticamente significativa. Los datos se ingresaron en Excel y se analizaron con Epi Info 7.2.0.1.

**Resultados:** 107 entrevistados, 60 mujeres, edad: 13,3 (media); IAE previo más frecuente entre 15 y 19 años y sexo femenino (p <0,05); 21 jóvenes (19,6%) institucionalizados. Sin IAE previo 94 (87,9%) y 13 (12,1%) al menos uno. De los 13 con IAE previo, 7 (53,8%) institucionalizados (p <0,05, IC >95%). FP p <0,05, IC >95%: actividad recreativa, autoestima elevada, y buena resolución de problemas. FR p <0,05, IC >95%: maltrato, abuso sexual, muerte de ser querido, consumo de sustancias y enfermedad psiquiátrica. Comparando edades, FP: familia unida, proyectos y amigos (p <0,05 IC >95%); FR: consumo de sustancias, enfermedad psiquiátrica, maltrato, abuso sexual, familiar con enfermedad psiquiátrica, muerte de ser querido, trastorno del sueño, institucionalización, ideación y planificación suicidas (p <0,05, IC >95%). Al comparar sexos, no se encontraron FP p <0,05; familiar con enfermedad psiquiátrica p <0,05 IC >95% FR.

**Conclusiones:** se deben estimular actividades recreativas en adolescentes y ofrecer asistencia en salud mental a aquellos que presentan FR de conducta suicida.

**Palabras clave:** Suicidio

Depresión

Adolescente

Factores de riesgo

1. Prof. Adj. Clínica Pediátrica. Depto. Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR.

2. Pediatra. Facultad de Medicina. UDELAR.

3. Ex Postgrado Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR.

4. Dra. Salud Mental. Prof. Agda. Unidad Salud Mental en Comunidad. Clínica Psiquiátrica. Facultad de Medicina. UDELAR.

5. Prof. Agda. Clínica Pediátrica. Depto. Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR.

6. Prof. Clínica Pediátrica. Depto. Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR.

Trabajo inédito.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Este trabajo ha sido aprobado unánimemente por el Comité Editorial.

Fecha recibido: 21 abril 2021

Fecha aprobado: 16 marzo 2022

## Summary

**Introduction:** self-harm (SH) and suicide have increased in adolescents, and they have become a high health priority.

**Objective:** to establish the epidemiology and its relationship with risk factors (RF) and protection (PF) of suicidal behavior in users of a Primary Care Adolescent Center of the State Health Sector (December 2016 – September 2017).

**Materials and methods:** confidential survey of adolescents of both sexes, between 12 and 19 years of age. We carried out a descriptive analysis in order to compare RF and PF between ages (12 to 14 and 15 to 19); sex; previous SH self-harm versus its absence and institutionalization or not.  $p$  less than 0.05 was considered statistically significant. Data were entered into Excel and analyzed using Epi Info 7.2.0.1.

**Results:** 107 interviewees, 60 females, age: 13.3 (mean); Most frequent previous SH between 15 and 19 years and female sex ( $p < 0.05$ ); 21 were institutionalized (19.6%). Without prior SH 94 (87.9%) and 13 (12.1%) at least one. Of the 13 with prior SH, 7 (53.8%) institutionalized ( $p < 0.05$  CI > 95%). PF  $p < 0.05$  CI > 95%: recreational activity, high self-esteem, and good problem-solving skills. RF  $p < 0.05$  CI > 95%: child abuse, sexual abuse, death of a loved one, substance use and mental illness. Comparing ages, PF: close family, projects and friends ( $p < 0.05$  CI > 95%); RF: substance use, mental illness, child abuse, sexual abuse, family with mental illness, death of loved one, sleep disorder, institutionalization, suicidal ideation and suicidal planning ( $p < 0.05$  CI > 95%). When comparing sexes, PF were not found  $p < 0.05$ ; family member with mental disease  $p < 0.05$  CI > 95% as RF.

**Conclusions:** recreational activities should be encouraged in adolescents and Mental Health assistance should be provided to those who present RF of suicidal behavior.

**Key words:** Suicide  
Depression  
Adolescent  
Risk factors

## Resumo

**Introdução:** tentativa de suicídio e suicídio tem aumentado na adolescência, adquirindo alta prioridade.

**Objetivo:** estabelecer a epidemiologia e sua relação com fatores de risco (FR) e proteção (FP) de comportamento suicida em usuários do chamado “Espaço Adolescente” no Primeiro Nível de Atenção no Subsetor Público do Sistema de Saúde (dezembro 2016-setembro 2017).

**Materiais e métodos:** inquérito anônimo aos adolescentes de ambos os sexos, entre 12 e 19 anos de idade. Foram comparados FR e FP entre: grupos de idades (12 a 14 e 15 a 19); sexo; tentativa de suicídio anterior versus sua ausência e institucionalização ou não. Considerou-se  $p$  menor a 0,05 como estatisticamente significativa. Os dados foram processados no programa Excel e utilizando-se o programa Epi Info 7.2.0.1.

**Resultados:** 107 entrevistados, 60 do sexo feminino, idade: 13,3 (média); antecedentes de tentativa de suicídio mais frequentes entre 15 e 19 anos e sexo feminino ( $p < 0,05$ ); 21 jovens (19,6%) institucionalizados. Sem tentativa prévia 94 (87,9%) e 13 (12,1%) pelo menos um. Dos 13 com tentativa anterior, 7 (53,8%) institucionalizados ( $p < 0,05$  IC > 95%). FP  $p < 0,05$  IC > 95%: atividade recreativa, autoestima elevada, e boas habilidades de resolução de problemas. FR  $p < 0,05$  IC > 95%: maltrato, abuso sexual, perda de pessoa querida, consumo de substâncias e doença psiquiátrica. Comparadas as idades, FP: família unida, projetos e amigos ( $p < 0,05$  IC > 95%); FR: consumo de substâncias, doença psiquiátrica, maltrato, abuso sexual, familiar com doença psiquiátrica, perda de pessoa querida, transtorno do sono, institucionalização, ideação suicida e planejamento suicida ( $p < 0,05$  IC > 95%). Comparados ambos os sexos, não se encontraram FP  $p < 0,05$ ; familiar com doença psiquiátrica  $p < 0,05$  IC > 95% FR.

**Conclusões:** atividades recreativas devem ser estimuladas nos casos de adolescentes e assistência à Saúde Mental deve ser fornecida aos portadores de FR suicida.

**Palavras-chave:** Suicídio  
Depressão  
Adolescente  
Fatores de risco

*“Lo que yo sé, cualquiera lo puede saber; pero mi corazón lo tengo yo solamente.” (“Las desventuras del joven Werther”, 1774, Johann Wolfgang von Goethe).*

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida, comprendiendo la acción y el efecto de hacerlo voluntariamente<sup>(1)</sup>. El intento de autoeliminación (IAE) y su consumación en el suicidio es una situación preocupante para el pediatra por el aumento en su prevalencia en los últimos años en edades cada vez más tempranas; siendo un problema complejo, grave y declarado de interés por el Ministerio de Salud Pública (MSP). La prevención del suicidio entre los niños y adolescentes es por lo tanto de alta prioridad para el equipo de salud<sup>(2,3)</sup>.

Se estima que anualmente se suicidan 800.000 personas; por cada suicidio se calcula que ocurren entre 10 y 20 IAE, que pueden provocar múltiples lesiones y graves efectos emocionales, tanto como para quien lo intenta como para su familia y allegados. Los cálculos en base a estos datos arrojarían una muerte cada 40 segundos en el mundo por suicidio y un intento cada 1–2 segundos<sup>(3)</sup>. Es importante considerar que los fallecimientos por esta causa representan el 57% de las muertes por causas externas. En el caso de Uruguay, en 2018, la tasa de suicidios era de 20,2 por cada 100.000 habitantes, reportándose ese año 710 suicidios en total<sup>(4)</sup>.

Mundialmente, los problemas de salud mental se han vuelto especialmente importantes en la segunda década de la vida. El suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad durante la adolescencia, y la depresión es la primera causa de morbilidad y discapacidad. Hasta un 50% de trastornos de salud mental pueden aparecer alrededor de los 14 años; sus consecuencias pueden ser graves y de por vida, más aún si no se reconocen y se tratan como tales, como sucede la mayoría de las veces. En muchos países encabeza como primera o segunda causa de muerte, tanto en los varones como en las mujeres de este grupo etario<sup>(2-5)</sup>.

La situación descrita anteriormente hace prioritaria la prevención del suicidio y la detección de factores de riesgo (FR) socioculturales (anexo 1), familiares (anexo 2) e individuales (anexo 3) y tomar medidas de intervención adecuada pero, sobre todo, promoviendo conductas y hábitos saludables, apuntando a trabajar en el fortalecimiento de los factores protectores (FP, anexo 4) individuales y sociales.

Este trabajo tiene como finalidad contribuir al conocimiento sobre factores de riesgo de suicidio, en un grupo de adolescentes que concurren a un Espacio

Adolescente del Primer Nivel de Atención, del subsector público de salud, apuntando a contribuir a estrategias de prevención.

## Objetivo

Establecer la epidemiología de factores de riesgo y de protección y su relación con la conducta suicida en adolescentes entre 12 y 19 años que se atienden a nivel de un Espacio Adolescente en el primer nivel de atención del subsector público de salud, entre el 1° de diciembre del 2016 hasta el 30 de setiembre de 2017.

## Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal y exploratorio en el que el equipo investigador recogió datos mediante una encuesta a un grupo de adolescentes.

## Herramienta de recolección

Se confeccionó una encuesta preformada y cerrada (anexo 5) que, en un primer bloque, recogió datos sociodemográficos (5 preguntas sobre edad, sexo, inclusión educativa, nivel de instrucción e integración del núcleo de convivencia), seguida de una segunda parte con 35 opciones de carácter dicotómico (Sí / No), que indagaron factores de riesgo y protección para la conducta suicida. En la encuesta se valoró la existencia de riesgo de suicidio o conductas de riesgo al momento de su aplicación, clasificándose en: leve, moderado, grave y extremo, de acuerdo a la Guía de prevención de Suicidio del MSP, entendiéndose como grave o extremo “la preparación concreta de hacerse un daño” inmediata o próximamente<sup>(6)</sup>.

Para riesgo bajo o medio se coordinó seguimiento con el Equipo Adolescente y Salud Mental que funciona en dicho centro de salud. La conducta planificada para riesgo alto o extremo fue la derivación en forma inmediata a un centro del tercer nivel, de acuerdo a las guías nacionales.

La encuesta que se utilizó fue realizada en base a datos de estudios publicados sobre FR demostrados de suicidio y de IAE y, aquellos factores que son protectores frente a esta conducta. Fue elaborada por el equipo investigador con el asesoramiento y evaluación de docentes de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina, de la Universidad de la República y personal técnico del propio Espacio Adolescente donde se llevó a cabo la encuesta.

## Población objetivo

Participaron adolescentes de ambos sexos, entre 12 y 19 años de edad, que se atendieron en el Espacio Adolescente en un Centro de Salud del Primer Nivel

de Atención del subsector público, durante el período de diciembre de 2016 y setiembre de 2017. Antes del trabajo de campo, se decidió conjuntamente entre el equipo de investigación y el equipo de trabajo del Espacio Adolescente del Centro, un n estimado de 100 encuestados. Se incluyeron todos aquellos jóvenes que aceptaron participar y, para ello, firmaron el consentimiento informado (anexo 6).

La encuesta fue aplicada en consultorios que garantizaron la privacidad y la comodidad del encuestado dentro del centro de salud. Se invitó a todos los adolescentes que concurrieron en el período en la sala de espera, mientras aguardaban ser atendidos por el equipo del Espacio Adolescente; aceptaron participar en una proporción estimada por el equipo investigador del 80%.

El entrevistador fue siempre, y en todos los casos, un miembro del equipo investigador.

### Aspectos éticos

Se confeccionó un consentimiento informado (anexo 6) según los requisitos de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y contó con la autorización del equipo de Gestión de la RAP Central de la ASSE. Si bien el consentimiento informado estuvo dirigido y fue firmado por el adolescente participante, se obtenía simultáneamente y de manera verbal y consensuada el consentimiento de su padre, madre o tutor legal acompañante, en caso de que lo hubiera. Además, su acompañante adulto estuvo presente en la entrevista salvo expreso deseo en contra del adolescente participante.

### Análisis de los datos

Se realizó con los factores de riesgo y factores protectores encontrados entre los encuestados diferenciando dos grupos etarios (12 a 14 años y 15 a 19 años) y su distribución por sexo. También entre los adolescentes que tuvieron IAE previos con los que no lo realizaron versus factores de riesgo y protectores encontrados.

Para el análisis estadístico, se calculó chi cuadrado ( $\chi^2$ ) como variable independiente (análisis bivariado), utilizando EpiInfo 7, considerándose una ( $p$ ) menor a 0,05 como estadísticamente significativa. Por tratarse de números pequeños, se eligió utilizar test de Fischer con dos colas.

En el anexo 7 se encuentran las definiciones operativas utilizadas.

### Resultados

En el período de estudio se entrevistaron 107 jóvenes, es de destacar que ninguno de ellos fue catalogado como en situación de alto riesgo para suicidio. Se-

senta (56%) fueron de sexo femenino. La media de edad al momento de la consulta fue 13,3 años para un rango de 12 a 19 años, 60 (56%) de los encuestados se encontraban en la adolescencia temprana.

Estaban institucionalizados 21 (19,6%) adolescentes.

Trece adolescentes (12,1%) tuvieron al menos un IAE anterior. De ellos, 7 (53,8%) estaban institucionalizados. Además, el IAE es mayor en el grupo etario de 15 a 19 años (9 de 13), y más frecuente en el sexo femenino (también 9 de 13, 69%).

En la tabla 1 se analiza la presencia de factores de protección entre adolescentes con y sin IAE previo, mientras que la tabla 2 presenta el mismo análisis para los factores de riesgo.

En la tabla 3 se analiza la presencia de factores de protección en las dos franjas etarias definidas, en la tabla 4 se presenta el mismo análisis para los factores de riesgo.

En la tabla 5 se analiza la presencia de factores de protección según el sexo declarado por el entrevistado, la tabla 6 presenta el mismo análisis para los factores de riesgo.

En cuanto al análisis estadístico, la institucionalización resultó un factor de riesgo estadísticamente significativo para IAE ( $p < 0,05$ ) con un intervalo de confianza mayor a 95% (IC  $> 95\%$ ). La edad (15 a 19 años) y el sexo femenino resultaron también estadísticamente significativos ( $p < 0,05$  IC  $> 95\%$ ). En las tablas 1 a 6 figuran los resultados de test de Fischer.

### Discusión

La OMS en su informe “*Health for the world's adolescents*”, en 2014, hacía frente al aumento de la prevalencia del suicidio en este rango etario solicitando a los profesionales de la salud que prestaran mayor relevancia y atención a las necesidades de los adolescentes de entre 10 y 19 años para evitar la mayor cantidad posible de muertes por esta causa<sup>(2)</sup>.

Como causa de muerte en la adolescencia y juventud en Uruguay, los suicidios ocupan el segundo lugar y los siniestros de tránsito el primero; en el período 2005-2009 fallecieron 842 adolescentes y jóvenes por estas dos causas, lo que significó que, aproximadamente, cada 4 días un adolescente o joven moría por suicidio<sup>(7)</sup>.

Uno de los FR más importante para el suicidio, considerado, además, uno de los predictores a tener en cuenta, es el antecedente de IAE. En Uruguay, la relación entre IAE y suicidio es doce a uno. De acuerdo a la OMS (2014), la relación entre IAE y suicidio consumado es 20 a uno a nivel global, por lo que este dato indica que en Uruguay es posible que la incidencia de IAE esté subestimada. Por otra parte, una

**Tabla 1.** Antecedente de IAE previo versus presencia de factores protectores para IAE.

Factores protectores	IAE previo (n:13) Presente n (%)	No IAE previo (n:94) Presente n (%)	Valor p (test de Fisher)
Actividad recreativa	3 (23,1)	56 (59,6)	0,017
Familia unida	7 (53,8)	74 (78,7)	0,079
Buena comunicación con sus padres	6 (46,2)	67 (71,3)	0,108
Proyectos y planes a futuro	11 (84,6)	82 (87,2)	0,678
Apoyo familiar	10 (76,9)	79 (84)	0,455
Autoestima/valorado	9 (69)	76 (80,9)	0,461
Persona valiosa/aceptada	7 (53,8)	79 (84)	0,019
Buena capacidad para resolver problemas	7 (53,8)	82 (87)	0,008

IAE: intento de autoeliminación.

**Tabla 2.** Antecedente de IAE previo vs presencia de factores de riesgo para IAE.

Factores de riesgo	IAE previo (n: 13) Presente n (%)	No IAE previo (n: 94) Presente n (%)	Valor p (test de Fisher)
Drogas/alcohol	4 (30,8)	13 (13,8)	0,216
Antecedente personal enfermedad psiquiátrica	4 (30,8)	8 (8,5)	0,038
Suicidio familiar/conocido	3 (23,1)	21 (22,3)	1,00
Intenciones de suicidio	1 (7,7)	0	0,121
Maltrato físico/verbal	6 (46,2)	9 (9,6)	0,002
Abuso sexual	6 (46,2)	6 (6,4)	0,0006
Enojo desmedido	6 (46,2)	32 (34)	0,537
Antecedentes familiares enfermedad psiquiátrica	5 (38,5)	16 (17)	0,127
Muerte de ser querido importante	7 (53,8)	14 (14,9)	0,003
Trastorno del sueño	6 (46,2)	26 (27,7)	0,202
Trastorno de alimentación	2 (15,4)	22 (23,4)	0,728
Institucionalización	7 (53,8)	14 (14,5)	0,003

IAE: intento de autoeliminación; n: números absolutos.

**Tabla 3.** Franja etaria versus presencia de factores protectores para IAE.

Factores protectores	12 a 14 años (n: 60) Presente n (%)	15 a 19 años (n: 47) Presente n (%)	Valor p (test de Fisher)
Actividad física	29 (48,3)	30 (63,8)	0,121
Familia unida	52 (86,7)	29 (61,7)	0,003
Buena comunicación con sus padres	41 (68,3)	32 (68,1)	1
Proyectos y planes a futuro	58 (96,7)	35 (74,5)	0,0009
Apoyo familiar	52 (86,7)	37 (78,7)	0,306
Autoestima/valorado	49 (81,7)	36 (76,6)	0,631
Apoyo de amigos	56 (93,3)	36 (76,6)	0,022
Persona valiosa/aceptada	49 (81,7)	37 (78,7)	0,807
Buena capacidad para resolver problemas	53 (88,3)	36 (76,6)	0,124

IAE: intento de autoeliminación.

**Tabla 4.** Franja etaria vs presencia de factores de riesgo para IAE.

vez que ha habido un IAE, se estima que 25% de las personas que lo cometieron van a presentar otro en el próximo año y 10% se suicidará en los próximos 10 años<sup>(5,8)</sup>.

Por lo dicho anteriormente, la persona que presen-

ta un IAE debe ser considerada siempre como un paciente grave, con un riesgo alto<sup>(9)</sup>. Es fundamental que el equipo de salud, una vez que detecta esta situación, tome medidas en forma rápida, eficiente y según protocolos de actuación que se han ido elaborando du-



Factores de riesgo	12 a 14 años (n: 60) Presente n (%)	15 a 19 años (n: 47) Presente n (%)	Valor p (test de Fisher)
Drogas/alcohol	3 (5)	14 (29,8)	0,0008
Antecedentes personales enfermedad psiquiátrica	2 (3,3)	10 (21,3)	0,004
Suicidio familiar/conocido	11 (18,3)	13 (27,7)	0,305
Intenciones de suicidio	0	1 (2,1)	0,439
Maltrato físico/verbal	4 (6,7)	11 (23,4)	0,022
Abuso sexual	3 (5)	9 (19,1)	0,030
Enojo desmedido	24 (40)	14 (29,8)	0,228
Antecedentes familiares enfermedad psiquiátrica	5 (8,3)	16 (34)	0,001
Muerte de ser querido importante	7 (11,7)	14 (29,8)	0,026
Trastorno del sueño	12 (20)	20 (42,6)	0,018
Trastorno de alimentación	10 (16,7)	14 (29,8)	0,160
Institucionalización	6 (10)	15 (31,9)	0,006
Ideación suicida	3 (5)	10 (21,3)	0,015
Pensaste en quitarte la vida	9 (15)	17 (36,2)	0,013

IAE: intento de autoeliminación.

**Tabla 5.** Sexo vs presencia de factores protectores para IAE.

Factores protectores	Sexo femenino (n: 60) Presente n (%)	Sexo masculino (n: 47) Presente n (%)	Valor p (test de Fisher)
Actividad recreativa	34 (56,7)	25 (53,2)	0,844
Familia unida	44 (73,3)	37 (78,7)	0,650
Buena comunicación con padres	42 (70)	31 (66)	0,680
Planes y proyectos para futuro	52 (86,7)	41 (87,2)	1
Apoyo de familiares	47 (78,3)	42 (89,4)	0,192
Autoestima/querido/valorado	46 (76,7)	39 (83)	0,477
Apoyo de amigos/ayuda	49 (81,7)	43 (91,5)	0,171
Persona valiosa y aceptada	46 (76,7)	40 (85)	0,331
Buena capacidad para resolver problemas	50 (83,3)	39 (83)	1

IAE: intento de autoeliminación.

**Tabla 6.** Sexo vs presencia de factores de riesgo para IAE.

rante las últimas décadas y que todo profesional que asiste a adolescentes debe conocer<sup>(6,9)</sup>.

El término suicidalidad<sup>(10)</sup> refiere a la ideación suicida, las tentativas de suicidio y la muerte por suicidio. Los estudios empíricos publicados en los últimos 20 años dan cuenta de la relación entre los factores sociales y la suicidalidad adolescente, mostrando la importancia de las variables sociales (integración social, percepciones acerca del apoyo familiar y por parte de los pares, maltrato, abuso sexual y descuido infantil, y victimización por parte de pares) tanto en relación a la ideación como a las conductas.

Es preocupante el aumento del número de IAE a edades más tempranas<sup>(11)</sup>, así como el aumento de FR que puedan predisponer dichas conductas en niños y adolescentes<sup>(11,12)</sup>.

La bibliografía internacional destaca el interés en evaluar las conductas llamadas “equivalentes suicidas”: consumo de drogas, picadas callejeras, peleas entre bandas, etcétera<sup>(13)</sup>. Algunos autores identifican estas conductas “enmascaradas”, actos “parasuicidas” o “suicidios inconscientes” como actos que no se expresan en forma explícita o manifiesta la búsqueda de la muerte, pero tienen un valor fundamental para el equipo de salud a la hora de evaluar riesgos en esta población<sup>(14)</sup>.

El presente estudio permitió conocer por primera vez en nuestro país la presencia de factores de riesgo y protectores de suicidio y de IAE en una muestra evaluada en un Espacio Adolescente de un centro de salud en el primer nivel de atención del subsector público. Dicho Espacio Adolescente funciona un día a

Factores de riesgo	Sexo femenino (n: 60)	Sexo masculino (n: 47)	Valor p (test de Fisher)
	Presente n (%)	Presente n (%)	
Droga/alcohol	7 (11,7)	10 (21,3)	0,194
Antecedentes personales enfermedad psiquiátrica	10 (16,7)	2 (4,3)	0,062
Suicidio de algún familiar, amigo	15 (25)	9 (19,1)	0,495
Maltrato físico/verbal	10 (16,7)	5 (10,6)	0,415
Abuso sexual	9 (15)	3 (6,4)	0,221
Enojo desmedido	19 (31,7)	19 (40,4)	0,417
Antecedentes familiares enfermedad psiquiátrica	17 (28,3)	4 (8,4)	0,013
Muerte de ser querido/figura importante	15 (25)	6 (12,8)	0,143
Trastornos del sueño	18 (30)	14 (29,8)	1
Trastornos de alimentación	14 (23,3)	10 (21,3)	0,820
Institucionalización	15 (25)	6 (12,8)	0,144

IAE: intento de autoeliminación.

la semana por la mañana y ofrece a los jóvenes entre 12 y 19 años la atención en un equipo multidisciplinario conformado por pediatra, ginecólogo, odontólogo, psicólogo, técnicos socioeducativos, medicina familiar, nutricionista, asistente social y enfermería, en el que se inserta el equipo de docentes y postgrados de pediatría de la Facultad de Medicina de la UDELAR. De acuerdo al Artículo 31 (decreto 274/010, MS) de la Ley 18.335, los adolescentes tienen derecho a que se guarde confidencialidad respecto a sus familiares, incluyendo padres, tutores y otros responsables, de los datos relativos a su salud. Sin embargo, dicho derecho pierde su validez si, a juicio del profesional de salud, existe riesgo grave para la salud del paciente o de terceros, por lo tanto el principio de autonomía progresiva y de libertad personal tienen sus límites si hay riesgo de vida<sup>(15)</sup>.

Los resultados obtenidos coinciden con los señalados por la literatura especializada en los aspectos principales. Dichos resultados indican un mayor riesgo de IAE en mujeres, lo que está de acuerdo con datos internacionales que muestran que el IAE es más frecuente en el sexo femenino durante el período de la adolescencia, mientras que el suicidio consumado es más común en el sexo masculino<sup>(16)</sup>.

Según la bibliografía nacional e internacional, el riesgo de suicidio y de IAE aumenta con la edad. En el presente estudio, se evidencia una diferencia estadísticamente significativa entre la presencia de factores de riesgo en la adolescencia tardía comparado con el grupo de adolescentes tempranos, lo que concuerda con lo reportado en la mencionada bibliografía<sup>(5-9)</sup>.

En cuanto a la institucionalización, es para la población estudiada un factor de riesgo estadísticamente

significativo para IAE. Es probable que muchos de estos adolescentes hayan atravesado sucesos vitales estresantes antes de la institucionalización, como son: abandono, abuso, maltrato físico y patología psiquiátrica, que aumentan el riesgo de ideación suicida (definida como los distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde deseo de planificar quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción) en este grupo de pacientes<sup>(17-19)</sup>.

Del presente estudio se desprende que la violencia intrafamiliar (maltrato físico y/o verbal) es un factor de riesgo estadísticamente significativo para IAE, lo que concuerda con la literatura internacional y con los hallazgos de distintos estudios nacionales (2005, 2011)<sup>(20,21)</sup>. El abuso sexual, el maltrato físico y verbal estaba presente en 1 de cada 4 de los adolescentes encuestados y mostró ser en esta población un FR, como sucede en otras series<sup>(22-25)</sup>. La pérdida de un ser querido cercano en este grupo también se presentó como factor de riesgo para IAE estadísticamente significativo, descrito en la literatura<sup>(23,24)</sup>.

Se valoró la presencia de patologías psiquiátricas en la entrevista, ya que las conductas suicidas superan la media en los niños y adolescentes que presentan estos trastornos. Entre los niños valorados en la emergencia pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell, 30% asociaban un trastorno psiquiátrico, entre los que se destacan trastornos del humor, trastornos disruptivos y rasgos de personalidad. El dato alarmante es que un alto porcentaje no se encontraban en tratamiento con especialista<sup>(26)</sup>. En la muestra del presente trabajo, la enfermedad psiquiátrica es un factor de riesgo

estadísticamente significativo para IAE, con un IC mayor al 95%.

La combinación de síntomas depresivos y comportamiento antisocial ha sido descrita como el antecedente más común del suicidio en los adolescentes. Casi las tres cuartas partes de aquellos que eventualmente se quitan la vida, muestran uno o más síntomas de depresión y pueden sufrir de una enfermedad depresiva importante. También se asocian el trastorno de ansiedad, trastornos alimentarios, trastornos psicóticos e intentos previos de suicidio<sup>(21,23)</sup>.

Un estudio en el centro hospitalario Pereira Rossell, realizado en 2009 en la emergencia pediátrica, arrojó que 23% de las interconsultas con psiquiatra infantil fueron por IAE. En dicho estudio se menciona al IAE como el factor de riesgo más importante para un suicidio, además de que las situaciones socioeconómicas muy dificultosas (pobreza, desempleo), el consumo de sustancias, familias disfuncionales, ruptura de parejas, problemas jurídicos y o laborales están vinculados al comportamiento suicida<sup>(26)</sup>.

En cuanto a los FP, la realización de una actividad recreativa (deportiva o artística), y la autopercepción como una persona aceptada y valiosa se asociaron a menor riesgo de IAE, como sucede en otras muestras, así como también creer tener una buena capacidad para afrontar problemas. Al comparar las franjas etarias, surgen como FP con significancia estadística la percepción de una familia unida, planes y proyectos a futuro, y sentirse apoyado por amigos, lo que coincide con la bibliografía publicada<sup>(27)</sup>.

Son FR a destacar el involucramiento del joven en el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, así como conductas delictivas dentro del grupo de pares; en la muestra estudiada demostraron ser un FR estadísticamente significativo para IAE al comparar las franjas etarias.

Se destaca que el único FR con asociación estadísticamente significativa en cuanto al sexo es la presencia de antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica. La conducta suicida no es una conducta aleatoria y, ya desde las primeras descripciones científicas, se observó que al estar asociada a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos, podía predecirse hasta cierto punto.

Este estudio demuestra que investigar estas cuestiones permite identificar adolescentes con riesgo real de suicidio, por lo que es fundamental preguntar e indagar sobre FR, FP y también IAE previos o actuales, ya que está ampliamente demostrado que hablar sobre esto no aumenta los riesgos pero permite en muchos casos prevenir el suicidio de los pacientes<sup>(28)</sup>.

Es importante mencionar algunas limitaciones de este trabajo: no se realizó una estimación del tama-

ño muestral (como ya se mencionó, se fijó un n=100 por acuerdo del equipo participante) lo que constituye una limitación del estudio en términos de representatividad. También el espacio y ocasión de reclutamiento de los encuestados podrían implicar algún sesgo que debe ser tenido en cuenta.

No solo es fundamental realizar campañas de prevención, también es de vital importancia apuntar a una mayor y mejor formación de los recursos humanos en salud que asisten a los adolescentes<sup>(29)</sup> ya que el suicidio presenta un aumento sostenido más allá de las políticas preventivas, lo que obliga a repensar abordajes y estrategias que hasta el momento resultan insuficientes.

Para mencionar algunas estrategias exitosas, en EE.UU. se instauró un programa de prevención del suicidio con enfoques específicos para adolescentes: enseñanza de destrezas de superación y resolución de problemas, terapia familiar basada en el apego, el Programa de Jóvenes Conscientes de la Salud Mental (*Youth Aware of Mental Health Program*, YAM) y educación en el uso de prácticas de almacenamiento seguro de armas de fuego. Es importante notar que estas estrategias no son mutuamente excluyentes, sino que, además de que cada una tiene un área de concentración inmediata, pueden interactuar entre sí<sup>(30)</sup>. En Chile se lanzaron en 2019 las Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos del Programa Nacional de Prevención de Suicidio. Fueron concebidas con un enfoque integral de 6 componentes: clima escolar protector; prevención de problemas y trastornos de salud mental; educación y sensibilización sobre suicidio; detección de estudiantes en riesgo; pasos a seguir frente a un intento o suicidio y acciones de posvención; y coordinación y acceso a la red de salud<sup>(31)</sup>. En Valencia, España, el Plan de prevención del suicidio 2016–2020 estableció una serie de intervenciones específicas para niños y adolescentes a través de acciones concretas e indicadores objetivo: mejorar la detección de la depresión en población infantoadolescente; mejorar la detección del riesgo de suicidio en edad infantoadolescente de víctimas de violencia de género; potenciar la realización de talleres específicos para detectar y prevenir la depresión en centros educativos; y mejorar la atención de *bullying* y *ciberbullying*. En todos los programas instaurados se incluyen acciones concretas para implantar protocolos de atención para las personas con conducta suicida en las unidades de salud mental y unidades de salud mental infantoadolescente, además de desarrollar acciones formativas para profesionales de salud mental dirigidas a la detección y la atención de las personas con conductas suicidas<sup>(32-36)</sup>.



## Conclusiones

Los resultados de este trabajo confirman la información de estudios nacionales e internacionales. El IAE previo fue más frecuente entre los 15 y 19 años y en el sexo femenino, con FR estadísticamente significativos: institucionalización, maltrato en sus diferentes formas, muerte de un ser querido y consumo problemático de sustancias; comparando sexos, la significación estadística se presentó en: antecedentes personales y familiares de enfermedad psiquiátrica.

El conocimiento de los factores asociados y la identificación de sujetos en situación de riesgo, son las medidas preventivas más utilizadas. Se deben estimular actividades recreativas en adolescentes y ofrecer asistencia en salud mental a aquellos que presentan FR de conducta suicida, además de mejorar la formación de pre y postgrado de los profesionales que atienden niños y adolescentes. Este estudio presenta una guía preformada como un probable insumo para ser utilizado en la entrevista médica (anexo 5).

## Agradecimientos

A la Dra. Antonia Vero, quien participó en la génesis de este trabajo cuando era Grado II de Pediatría en el centro de salud.

A la Ex Prof. Dra. Laura Viola y la Prof. Agda. Dra. Adriana Martínez, de la Clínica de Psiquiatría Infantil, que colaboraron en la elaboración del formulario de la encuesta desde la visión de su especialidad.

A la Dra. Cristina Lindner que, en nombre del Equipo de Gestión de la Red de Atención Primaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE), aportó ideas que mejoraron la logística y la dinámica de la encuesta.

A la Lic. en Psicología Carolina Mattos y la Dra. Cecilia Bertoglio, del Espacio Adolescente del centro de salud donde se realizó la encuesta, que corrigieron y aportaron al protocolo de investigación en general y al formulario de la encuesta en particular, desde su experiencia profesional.

A todo el personal del Espacio Adolescente del centro de salud, que hicieron posible este trabajo, desde las enfermeras al personal técnico y la Dirección del Centro.

A los jóvenes que participaron de la encuesta con sinceridad y generosidad.

## Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud. Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra: OMS, 2012. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44498/9789243548067\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44498/9789243548067_spa.pdf). [Consulta: 15 julio 2019].
- Organización Mundial de la Salud. Salud para los adolescentes del mundo: una segunda oportunidad en la segunda década. Resumen. Ginebra: OMS, 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/141455>. [Consulta: 15 julio 2019].
- Bertolote J, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* 2002; 1(3):181-5.
- Hein P, Pandolfi J, González V. Presentación: suicidio y sociedad. *Rev Cienc Soc* 2020; 33(46):7-10.
- Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>. [Consulta: 15 julio 2019].
- Uruguay. Ministerio de salud Pública. Dirección general de Salud. Programa Nacional de Salud Mental. Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas. Montevideo: MSP, 2007. Disponible en: [www.asse.com.uy](http://www.asse.com.uy). [Consulta: 15 julio 2019].
- Larrobla C, Canetti A, Hein P, Novoa G, Durán M. Prevención de la conducta suicida en adolescentes: guía para los sectores Educación y Salud. Montevideo: MSP, ASSE, 2013. Disponible en: [http://suicidioprevention.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/Prevencion-conducta-suicida-en-adolescentes.-Guia-para-los-sectores-Educacion-y-Salud.Art\\_.2.2012.pdf](http://suicidioprevention.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/Prevencion-conducta-suicida-en-adolescentes.-Guia-para-los-sectores-Educacion-y-Salud.Art_.2.2012.pdf). [Consulta: 15 julio 2019].
- Vázquez M, García L, Giachetto G, Martínez A, Viola L. Intentos de autoeliminación en niños y adolescentes. *Opción Méd* 2012. Disponible en: <http://opcionmedica.parentesisweb.com/articulos/intentos-de-autoeliminacion-C3%B3n-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes>. [Consulta: 15 julio 2019].
- Gutiérrez A, Contreras C, Orozco R. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Ment* 2006, 29(5):66-74.
- Silverman M. The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 2006; 36(5):519-32.
- Silber T, Munist M, Maddaleno M, Suárez E. Manual de medicina de la adolescencia. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de salud, 20. Washington, DC: OPS, 1992. Disponible en: [www.iris.paho.org](http://www.iris.paho.org). [Consulta: 15 julio 2019].
- Larrobla C, Hein P, Novoa G, Canetti C, Heuguerot C, González V, et al. 70 años de suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros. Montevideo: UDELAR, CSIC, 2017. Disponible en: [www.asse.com.uy](http://www.asse.com.uy). [Consulta: 15 julio 2019].
- Baudry P. El cuerpo insoportable. En: Le Breton D, dir. *Adolescencia bajo riesgo: cuerpo a cuerpo con el mundo*. Montevideo: TRILCE, 2003:103-12.
- Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Rev Méd Chile* 2009; 137(2):226-33. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000200006](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000200006). [Consulta: 21 marzo 2021].
- Decreto N° 274/010. Reglamentación de la Ley 18.335 sobre derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los Servicios de Salud. Artículo 31. Montevideo: IMPO, 2010. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/274-2010>. [Consulta: 21 marzo 2021].
- Organización Panamericana de la Salud. Condiciones de

- salud del niño en las Américas. Publicación Científica N° 381. Washington, DC: OPS, 1979. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/141455>. [Consulta: 21 marzo 2021].
17. Casullo M. Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anu Investig Fac Psicol Univ B Aires* 2005; 12:173-82. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139941017.pdf> [Consulta: 21 marzo 2021].
  18. Canetto S. Gender and suicidal behavior: theories and evidence. En: Maris R, Silverman M, Canetto S. *Review of suicidology*. New York: The Guilford Press, 1997:138-67.
  19. Pelorosso A, Etchevers M, Arlandi N, Retamar M. Incidencia del estado de privación y riesgo en niños y adolescentes: estudio exploratorio de los procesos afectivos, madurativos y sociales. *Anu Investig* 2006; 13:33-40. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862006000100003&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862006000100003&script=sci_arttext&tlng=es). [Consulta: 21 marzo 2021].
  20. Pandolfo S, Vázquez M, Más M, Vomero A, Aguilar A, Bello O. Intentos de autoeliminación en menores de 15 años: experiencia en un servicio de urgencias. *Arch Argent Pediatr* 2011; 109(1):18-23. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2011/v109n1a06.pdf>. [Consulta: 21 marzo 2021].
  21. Rodríguez H, García I, Ciriacos C. Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. *Rev Méd Urug* 2005; 21(2):141-50. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902005000200006](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902005000200006). [Consulta: 21 marzo 2021].
  22. García de Jalón E, Peralta V. Suicidio y riesgo de suicidio. *An Sis San Navarra* 2002; 25(Supl 3):87-96.
  23. Leisering D. Rural youth suicide prevention: an evaluation of a community-based intervention project. *Diss Abstr Int Section-B* 2000; 60(7-B), 3570.
  24. Weissman M, Wolk S, Wickramaratne P, Goldstein R, Adams P, Greenwald S, et al. Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grown up. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(9):794-801.
  25. González C, Berenson S, Jiménez A. Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes. *Salud Ment* 1999; 22(Nro. especial):145-53.
  26. Martínez A, Goyeneche N, Kehyalaian V, Lungo G, Viola L. Intento de autoeliminación en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Rev APPIA* 2009; 18(2):92-8.
  27. Corona B, Hernández M, García R. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Rev Haban Cienc Méd* 2016; 15(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000100011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011&lng=es). [Consulta 21 marzo 2021].
  28. Grunbaum S. *Adolescencias: un mundo de preguntas. II Encuesta mundial de salud adolescente- GSHS 2012*. Montevideo: MSP, Junta Nacional de Drogas, MIDES, 2012.
  29. Uruguay. Administración de los Servicios de Salud del Estado. *Espacio Adolescente*. Página Oficial de ASSE. Disponible en: <https://www.asse.com.uy/contenido/Espacio-Adolescente-5376>. [Consulta: 21 marzo 2021].
  30. Stone D, Holland K, Bartholow B, Crosby A, Davis S, Wilkins N. *Preventing suicide: a technical package of policies, programs, and practices*. Atlanta, GA: CDC, 2017. Disponible en: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicidetechnicalpackage.pdf>. [Consulta: 21 marzo 2021].
  31. Chile. Ministerio de Salud. *Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales: desarrollo de estrategias preventivas para comunidades escolares*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 2019. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCIÓN-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf>. [Consulta: 21 marzo 2021].
  32. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. *Vivir es la salida: plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016. Disponible en: [http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio\\_WEB\\_CAS.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf). [Consulta: 21 marzo 2021].
  33. Uruguay. *Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud. Guía: los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de salud*. Montevideo: MSP, INAU, UdelaR, SUP, UNICEF, 2012.
  34. Ley N° 17.823 Código de la niñez y la Adolescencia CNA: artículos 6, 8 y 16. Montevideo 14/9/2004. Montevideo: IMPO, 2004. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>. [Consulta: 21 marzo 2021].
  35. Ley N° 17.823. Código de la niñez y de la Adolescencia: artículo 9. Montevideo 14/9/2004. Montevideo: IMPO, 2004. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>. [Consulta: 21 marzo 2021].
  36. Palumbo J. *La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América latina y el Caribe*. Panamá: UNICEF, 2012. Disponible en: <https://www.relaf.org/biblioteca/UNICEFLaSituaciondeNNAenInstitucionesenLAC.pdf>. [Consulta: 21 marzo 2021].

**Correspondencia:** Dr. Marcos Delfino.  
Correo electrónico: melidelfino@adinet.com.uy

Todos los autores declaran haber colaborado en forma significativa  
Marcos Delfino, ORCID 0000-0003-0910-1935.  
Lucía D'Acosta, ORCID 0000-0002-9350-3103.  
Juan Ramón Pérez, ORCID 0000-0002-7578-4917.  
Cristina Larrobla, ORCID 0000-0003-1507-9930  
Karina Machado, ORCID 0000-0003-0283-7851.  
Catalina Pirez, ORCID 0000-0002-6165-0678.

### **Anexo 1.** Factores de riesgo socioculturales.

---

Discriminación.  
*Bullying* (hostigamiento en los centros educativos).  
Pertenencia a una minoría étnica.  
Exilio, emigración, migración interna, desruralización.  
Institucionalización.  
Problemas con la ley.  
Abandono y mal rendimiento académico. Expulsión escolar.  
Trabajo infantil.  
Bajo estatus socioeconómico.  
Desempleo en la familia.

---

Fuente: [www.msp.gub.uy/prevencion-de-suicidio](http://www.msp.gub.uy/prevencion-de-suicidio)

### **Anexo 2.** Factores de riesgo familiares.

---

Maltrato.  
Negligencia.  
Sobreprotección.  
Ausencia de límites.  
Trastornos en la relación padre-hijo.  
Confusión de roles familiares.  
Patología psiquiátrica en el núcleo familiar.  
Paternidad adolescente.  
Antecedentes familiares de suicidio.  
Separación de los progenitores por muerte, abandono o divorcio.  
Mudanzas frecuentes.  
Situaciones de hacinamiento.  
Pérdida de autoridad de los progenitores.  
Violencia en el hogar.  
Falta de comunicación intrafamiliar.  
Llamados de atención humillantes.  
Muerte de Familiar significativo.  
Conflicto familiar reciente.  
Suicidio de un ser querido.  
Psicopatología de los padres.  
Abuso de alcohol y sustancias, o comportamiento antisocial en la familia.  
Antecedentes familiares de suicidios e intentos de suicidio.  
Familia violenta y abusiva.  
Escaso cuidado provisto por los padres o cuidadores  
Pelea frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión.  
Divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores.  
Mudanzas frecuentes a áreas residenciales diferentes.  
Expectativas demasiado altas o demasiado bajas por parte de los padres o cuidadores.  
Padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada.

---

Fuente: [www.msp.gub.uy/prevencion-de-suicidio](http://www.msp.gub.uy/prevencion-de-suicidio)

### Anexo 3. Factores de riesgo individuales.

---

Abuso sexual en la infancia y/o adolescencia.  
Imposibilidad de postergar la realización de deseos (baja tolerancia a la frustración).  
Trastornos de ansiedad.  
Trastornos de conducta.  
Trastornos de adaptación.  
Trastornos del humor (excitación, depresión).  
Abuso de sustancias.  
Deseo de reunión con ser querido fallecido.  
Mayor exposición a situaciones de riesgo de vida.  
Trastornos del sueño (insomnio, hipersomnía).  
Trastornos alimentarios.  
Aislamiento.  
Hipocondría, Enfermedades crónicas.  
Conflictos graves con amigos o pareja.  
Problemas relacionados con su sexualidad.  
Muerte de una figura importante o idealizada.  
Presenciar la muerte de un ser querido.  
Antecedentes personales de IAE.  
Baja autoestima.  
Culpa.  
Alta hospitalaria reciente.  
Bajo nivel educativo.  
Antecedentes traumáticos en la niñez  
No ser aceptado por familia y amigos.  
Humor inestable, enojo o agresividad.  
Comportamiento antisocial, alta impulsividad, irritabilidad.  
Rigidez de pensamiento y de cumplir con patrones.  
Escasa habilidad de solución de problemas frente a las dificultades.  
Incertidumbre con relación a la identidad de género u orientación sexual.  
Relaciones ambivalentes con los padres, otros adultos y amigos.

---

Fuente: [www.msp.gub.uy/prevencion-de-suicidio](http://www.msp.gub.uy/prevencion-de-suicidio)

### Anexo 4. Factores protectores.

---

Buena relación con los miembros de la familia.  
Apoyo de la familia.  
Buenas habilidades sociales.  
Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros.  
Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades.  
Búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes.  
Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas.  
Receptividad hacia conocimientos nuevos.  
Factores culturales y sociodemográficos.  
Integración social, por ejemplo, participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades.  
Buenas relaciones con sus compañeros.  
Buenas relaciones con sus profesores y otros adultos.  
Apoyo de personas relevantes.

---

Fuente: [www.msp.gub.uy/prevencion-de-suicidio](http://www.msp.gub.uy/prevencion-de-suicidio)

**Anexo 5. Encuesta.** Factores de riesgo y protección de conducta suicida en adolescentes

Son 40 preguntas en total.

Marcar con una X para contestar las preguntas por SÍ o NO.

Edad: .....

Sexo: .....

Concurrís al liceo o escuela: .....

Nivel escolar o liceal: .....

¿Con quién vivís?: .....

	Sí	No
Me han diagnosticado depresión o ansiedad o alguna enfermedad mental.		
Tengo dificultad para concentrarme cuando estoy estudiando.		
Estoy conforme con mi rendimiento en mis estudios.		
Tengo amigos.		
Cuento con mis amigos cuando tengo problemas o necesito ayuda.		
Me siento querido, apoyado y aceptado por mis amigos.		
Me siento querido, apoyado y aceptado por mi familia.		
Se ha suicidado algún miembro de mi familia, amigo o conocido.		
Se ha suicidado o lo ha intentado algún conocido en los últimos 6 meses.		
Me siento con falta de energía frecuentemente.		
Tengo pensamientos frecuentes sobre la muerte.		
Tengo falta de interés por las cosas que antes disfrutaba.		
Me siento irritable, triste o vacío.		
Consumo alguna droga (incluyendo alcohol) en forma frecuente.		
Me siento contenido y apoyado por mis docentes o tutores.		
He pensado alguna vez en quitarme la vida.		
He intentado quitarme la vida y aún tengo la idea de hacerlo.		
Hay problemas en mi familia como maltrato físico o verbal.		
He sufrido algún tipo de abuso físico o abuso sexual.		
Siento que tengo una familia unida o que es unido el hogar donde vivo.		
Siento que hay buena comunicación con mis padres o cuidadores.		
Me siento bien al pensar en mi futuro.		
Me siento mal, con miedo o incertidumbre al pensar en el futuro.		
Me siento feliz en casa o en el hogar donde vivo.		
Siento que mi familia o mis cuidadores van a ayudarme si tengo un problema.		
Me siento querido por mis padres o cuidadores.		
Mis padres o cuidadores me dan confianza.		
Mis padres o cuidadores me prestan atención cuando les hablo.		
He perdido un ser querido, y esta pérdida me genera una gran angustia.		
Me siento conforme con mi cuerpo.		
Tengo dificultades para dormir.		
Tengo dificultades para comer.		
Siento que tengo una buena capacidad para resolver problemas.		
¿Hacés alguna actividad recreativa aparte del liceo (física o artística)?		
Si tengo una dificultad puedo enojarme y desbordarme al punto de perder el control y eso me lleva a tener reacciones desmedidas como golpear o tirar cosas.		



**Anexo 6.** Consentimiento informado.

**Título de la investigación:** Encuesta sobre factores de riesgo y protección de conducta suicida en adolescentes en Centro de salud Ciudad Vieja.

**Investigadores responsables:** Dr. Marcos Delfino, Dra. Lucía D’Acosta, Dr. Juan Ramón Pérez.

**Instituciones que respaldan el proyecto de investigación:** Departamento de Pediatría; Departamento de Siquiatría Pediátrica, Facultad de Medicina.

Solicitamos tu autorización para que participes en este proyecto, sabiendo que no recibirás ningún beneficio económico ni de ningún otro tipo por realizar este cuestionario. No participar no afectará en forma negativa tu asistencia en este centro de salud. El servicio de Espacio Adolescente, así como los médicos que trabajamos en esta policlínica estamos capacitados para escucharte y siempre a disposición para ayudarte. No debes dudar en pedirnos ayuda si lo necesitas.

Si aceptas participar del proyecto, te realizaremos algunas preguntas en un formulario, las preguntas se responden sí o no. Los datos que nos brindes serán confidenciales, manejados únicamente por los médicos que participan de la investigación, en el marco del secreto profesional. El posterior análisis de los datos será anónimo. Se valorará en el momento, “si hay riesgo actual de suicidio” o factores de riesgo. Si hay riesgo actual, el médico investigador tomará una conducta en cuanto a esto y derivará en forma urgente a siquiatria de guardia.

.....  
Si aceptas participar del proyecto, se te pedirá que firmes el consentimiento informado. La decisión de participar es voluntaria y libre. Es posible que los datos recabados en este estudio sean publicados en trabajos científicos manteniendo dicha confidencialidad.

Basándome en esta información que recibí, acepto voluntaria y libremente la participación en este estudio, recibiendo en este momento una copia de este documento.

Nombre del adolescente.....

Firma.....

**Anexo 7.** Definiciones operativas.

**Adolescencia:** etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años<sup>(1)</sup>.

**Suicidio:** todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil<sup>(2-4)</sup>.

**Intento de suicidio (IAE):** toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal<sup>(2-4)</sup>.

**Factores de riesgo:** situaciones contextuales o personales que, al estar presentes, aumentan la probabilidad de desarrollar problemas emocionales conductuales o de salud<sup>(2-4, 14)</sup>. Fueron clasificados en socioculturales, familiares e individuales (anexos 1, 2 y 3).

**Factores protectores:** situaciones contextuales o personales que, al estar presentes, reducen la probabilidad de desarrollar problemas emocionales conductuales o de salud (anexo 4)<sup>(27)</sup>.

**Principio de autonomía progresiva:** significa que cada niño o adolescente tiene la capacidad de ejercer sus derechos y de asumir sus responsabilidades específicas acordes a su edad y nivel intelectual<sup>(15,33-35)</sup>.

**Adolescente institucionalizado:** es aquel que se encuentra acogido en residenciales u hogares en régimen de tiempo completo con la finalidad de protección y cuidados<sup>(16,36)</sup>.