

Características de los menores de 15 años hospitalizados por intentos de autoeliminación en un centro de referencia de Uruguay durante el primer trimestre de los años 2018 y 2024

Characteristics of children and adolescents under 15 years of age hospitalized for suicide attempts at a pediatric hospital reference center in Uruguay during the first quarter of 2018 and 2024

Características de menores de 15 anos hospitalizados por tentativas de suicídio em um centro de referência do Uruguai durante o primeiro trimestre dos anos de 2018 e 2024

Karina Machado¹, Martín Notejane¹, Florencia Farías², Keila Mautone², Eva Xoyón², Loreley García¹, Adriana Martínez³, Gabriela Garrido³

Resumen

Introducción: el intento de autoeliminación (IAE) y el suicidio son un grave problema de salud pública.

Objetivos: describir las características de niños, niñas y adolescentes (NNyA) hospitalizados por IAE en el Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell, durante el primer trimestre de los años 2018 y 2024.

Metodología: estudio descriptivo, retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas. Se incluyeron todos los menores de 15 años ingresados por IAE. Se registraron variables sociodemográficas y clínicas vinculadas al IAE (método, desencadenantes); factores de riesgo; seguimiento y reingreso en período 2024.

Resultados: se incluyeron 49 NNyA (17 hospitalizados en 2018 y 32 en 2024), la mediana de edad fue 14 años, de sexo femenino 77,5%. En ambos períodos los principales métodos utilizados fueron: ingesta de fármacos 79,6% y ahorcamiento 12,2%; los principales desencadenantes: discusiones familiares 44,8% y disfunción familiar 18,4%. Se registraron factores de riesgo para IAE en todos los casos, el más frecuente: psicopatología previa 85,7%. Presentaban antecedentes de IAE previos 47,0% (en 2018) y 56,3% (2024). No se identificaron fallecimientos. Los egresados en 2024 tuvieron seguimiento posalta con: psiquiatra infantil 81,2%, pediatra/médico de familia, psicólogo y trabajo social 43,7%. Reingresaron por IAE 15,6%.

1. Pediatra. Unidad Académica Pediatría B. Facultad de Medicina. UDELAR.

2. Médico. Facultad de Medicina. UDELAR.

3. Psiquiatra. Unidad Académica Psiquiatría Pediátrica. Facultad de Medicina. UDELAR.

Unidad Académica Pediatría B. Unidad Académica Psiquiatría Pediátrica. Facultad de Medicina. UDELAR.

Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Este trabajo ha sido aprobado unánimemente por el Comité Editorial.

Fecha recibido: 8 noviembre 2025.

Fecha aprobado: 27 marzo 2026.

Conclusiones: las hospitalizaciones por IAE en el primer trimestre de 2024 aumentaron 46% respecto al mismo período de 2018. Los métodos utilizados y desencadenantes fueron similares en ambas cohortes. Los factores de riesgo identificados permiten definir estrategias de prevención. La mayoría de los egresados en 2024 accedió a controles tras el alta, pese a esto, la reincidencia fue elevada.

Palabras clave: Intento de Suicidio
Suicidio
Factores de Riesgo
Niño
Adolescente

Summary

Introduction: attempted self-elimination (ASE) and suicide are a serious public health problem.

Objectives: to describe the characteristics of children and adolescents hospitalized for ASE at the Pediatric Hospital, Pereira Rossell Hospital Center during the first quarter of 2018 and 2024.

Methodology: a descriptive and retrospective study was conducted through a review of medical records. All children under 15 years of age admitted for ASE were included. Sociodemographic and clinical variables related to ASE (method, triggers); risk factors; follow-up and readmission in 2024 were recorded.

Results: a total of 49 children and adolescents were included (17 hospitalized in 2018 and 32 in 2024). The median age was 14 years, and 77.5% were female. In both periods, the main methods used were: drug ingestion (79.6%) and hanging (12.2%). The main triggers were family arguments (44.8%) and family dysfunction (18.4%). Risk factors for ASE were recorded in all cases, the most frequent being previous psychopathologies (85.7%). A history of ASE was present in 47.0% (in 2018) and 56.3% (in 2024). No deaths were recorded. Those discharged in 2024 had post-discharge follow-up with: a child psychiatrist (81.2%), a pediatrician/family doctor, a psychologist, and

a social worker (43.7%). 15.6% were readmitted due to ASE.

Conclusions: hospitalizations due to ASE in the first quarter of 2024 increased by 46% compared to the same period in 2018. The methods used and triggers were similar in both cohorts. The identified risk factors have enabled the definition of prevention strategies. Most of those discharged in 2024 had access to post-discharge follow-up; despite this, recurrence rates were high.

Key words: Suicide Attempt
Suicide
Risk Factors
Child
Adolescent

Resumo

Introdução: a tentativa de suicídio (TS) e o suicídio constituem um grave problema de saúde pública.

Objetivos: descrever as características de crianças e adolescentes hospitalizados por TS no Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar Pereira Rossell durante o primeiro trimestre dos anos de 2018 e 2024.

Metodologia: estudo descritivo, retrospectivo, mediante revisão de prontuários. Incluíram-se todos os menores de 15 anos internados por TS. Registraram-se variáveis sociodemográficas e clínicas vinculadas à TS (método, fatores desencadeantes), fatores de risco, acompanhamento e reinternação no período de 2024.

Resultados: incluíram-se 49 crianças e adolescentes (17 hospitalizados em 2018 e 32 em 2024), com mediana de idade de 14 anos, sendo 77,5% do sexo feminino. Em ambos os períodos, os principais métodos utilizados foram a ingestão de fármacos (79,6%) e o enforcamento (12,2%); os principais fatores desencadeantes foram discussões familiares (44,8%) e disfunção familiar (18,4%). Registraram-se fatores de risco para TS em todos os casos, sendo a psicopatologia prévia

o mais frequente (85,7%). Apresentavam histórico de TS prévias 47,0% (em 2018) e 56,3% (em 2024). Não foram identificados óbitos. Os pacientes que receberam alta em 2024 tiveram acompanhamento pós-alta com psiquiatra infantil (81,2%), e com pediatra/médico de família, psicólogo e serviço social (43,7%). A taxa de reinternação por TS foi de 15,6%.

Conclusões: as hospitalizações por TS no primeiro trimestre de 2024 aumentaram 46% em comparação ao mesmo período de 2018. Os métodos utilizados e os fatores desencadeantes foram semelhantes em ambas as coortes. Os fatores de risco identificados permitem definir estratégias de prevenção. A maioria dos pacientes que receberam alta em 2024 teve acesso a consultas de acompanhamento; apesar disso, a taxa de reincidência foi elevada.

Palavras chave: Tentativa de Suicídio

Suicídio

Fatores de Risco

Criança

Adolescente

Introducción

El intento de autoeliminación (IAE) y el suicidio son un grave problema de salud pública y una preocupación universal. Son eventos complejos y multicausales, con consecuencias a nivel individual, familiar y social, que requieren implementación de políticas de salud pública para su prevención y abordaje⁽¹⁾. Se entiende por IAE a todo acto cuyo cometido principal es procurar dar fin a la existencia de sí mismo, pudiendo ser una acción claramente manifestada por la persona o surgir como resultado del diagnóstico de un profesional de salud^(1,2). Los IAE están influenciados por factores biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos⁽¹⁻³⁾.

Mundialmente se estima que por cada muerte por suicidio se producen 10 a 20 IAE no letales. Sin embargo, debido a que en muchos países los registros no son totalmente confiables, estos datos podrían estar subestimados⁽⁴⁾. Según datos del Ministerio de Sa-

lud Pública (MSP) durante el año 2024 en Uruguay se registró una tasa de suicidio de 21,35 eventos cada 100.000 habitantes, con una tendencia general en ascenso desde el año 2000. La tasa de suicidio en niñas, niños y adolescentes (NNyA) reportada en 2024 varía según el rango etario, siendo 0 en menores de 10 años, 1,29/100.000 entre 10 y 14 años y 13,38/100.000 entre 15 y 19 años, ubicando el suicidio como la primera causa de muerte en esta última franja etaria⁽⁵⁾.

Respecto a los IAE la tasa global en 2024 fue de 161,74 cada 100.000 habitantes. En NNyA fue de 2,64/100.000 entre 5 y 9 años; 164,92/100.000 entre 10 y 14 años, y 440,31/100.000 entre 15 y 19 años en 2024. Se ha observado en los últimos años un incremento en el número de consultas y hospitalizaciones por IAE en NNyA, con disminución de la edad de los afectados a lo largo del tiempo⁽⁵⁾.

En el país diversas acciones han permitido mejoras en la sensibilización, identificación y abordaje de este importante problema de salud. A partir de 2008 se crearon las Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas, del MSP⁽⁶⁾. En 2012 se implementó el Decreto de registro y notificación obligatoria de IAE, para todos los prestadores públicos y privados. A partir del año 2016, la utilización del certificado electrónico de defunción ha permitido un registro más fidedigno⁽²⁾.

La literatura suele identificar la existencia de factores de riesgo y protectores para IAE en NNyA que involucran diferentes aspectos personales, familiares y socioculturales⁽⁶⁾. Son factores de riesgo personales: antecedentes de psicopatologías, patologías crónicas y consumo de sustancias. Se reconocen como factores de riesgo familiares: antecedentes de violencia, IAE y adicciones en familiares o convivientes. Los factores protectores reconocidos son: la capacidad adaptativa del individuo, la continencia familiar, contar con soporte social y acceso a cobertura sanitaria. El nivel educativo alcanzado puede ser un factor protector o de riesgo⁽¹⁻⁷⁾.

En ocasiones pueden identificarse factores desencadenantes de estos eventos, siendo los más frecuentes en adolescentes las dificultades o conflictos intrafamiliares y las rupturas afectivas. Muchas veces no se encuentra un desencadenante claro, sino una suma de factores⁽¹⁻⁷⁾.

Con respecto a la elección del método utilizado para el IAE, pueden influir creencias culturales, factores sociodemográficos y aspectos personales. Uno de los métodos más utilizados es la intoxicación con fármacos^(8,9). Es importante indagar el acceso a diferentes métodos disponibles. Los métodos violentos pueden indicar mayor posibilidad de concretar la intención letal⁽¹⁰⁾. En la mayoría de los casos existen gestos sui-

cidas impulsivos, sin elaboración de un plan. Un bajo porcentaje de adolescentes toma precauciones por el temperamento impulsivo que los caracteriza. La toma de medidas previas al acto, como dejar notas, testamentos, despedidas, etcétera, indica mayor riesgo^(6,11).

Un alto porcentaje de NNyA que llevó a cabo un IAE no lo rectifica en las primeras entrevistas posevento. Este comportamiento indica mayor riesgo de recidiva, sin relación con el método elegido. Se estima un riesgo de ocurrencia de un segundo IAE en 30%-50% de los casos, sobre todo durante el primer año luego del evento^(6,11).

La pandemia por SARS-CoV-2 provocó grandes repercusiones en la salud integral y calidad de vida de la población. Los adolescentes fueron uno de los grupos más afectados, sobre todo en aspectos vinculados a la salud mental, siendo las afecciones más frecuentemente registradas ansiedad y depresión, fatiga crónica y trastornos del sueño⁽¹²⁻¹⁴⁾.

En el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR), centro de referencia para la atención de menores de 15 años usuarios del mayor prestador público de salud del país, todos los casos que consultan por IAE son hospitalizados y abordados en conjunto por psiquiatras infantiles y pediatras^(9,15).

Conocer las características de NNyA que ingresaron por IAE e identificar la presencia de factores de riesgo o protección para estos eventos comparando las hospitalizaciones por este motivo, en un período pre y pospandemia, podrían aportar datos que contribuyan a la mejoras en su abordaje y calidad asistencial.

Objetivos

Conocer la tasa de hospitalización por IAE y describir las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de los NNyA hospitalizados en el HP-CHPR durante el primer trimestre de 2024, identificando factores de riesgo y protección; comparar la frecuencia y características de dichas hospitalizaciones con las correspondientes al mismo período de 2018.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron todos los NNyA menores de 15 años hospitalizados por IAE en el HP-CHPR durante el primer trimestre de los años 2018 y 2024. Se excluyeron aquellos cuyo familiar o cuidador principal se negó a participar.

Se seleccionaron por conveniencia para el análisis

dos períodos definidos como prepandémico (2018) y pospandémico (2024), considerando período pandémico al transcurrido entre los años 2020 y 2022. La selección del primer trimestre de 2018 y 2024 también se realizó por conveniencia.

Se calculó la tasa de egresos por IAE para cada período estudiado con su respectivo intervalo de confianza (IC)¹.

De cada paciente se registraron características epidemiológicas (sexo, edad, lugar de procedencia y composición del hogar) y clínicas vinculadas al IAE (método, motivo, planificación, precauciones, rectificación, recidivas).

Se consignaron factores de riesgo y protectores para IAE. Los factores de riesgo a nivel individual registrados fueron: nivel de escolarización, ser víctima de bullying, antecedentes de lesiones autoinflingidas (LAIS), psicopatologías diagnosticadas, enfermedades crónicas previas, consumo de sustancias y haber sido víctima de violencia; a nivel familiar: antecedentes de IAE o suicidio, patologías psiquiátricas, adicciones y violencia en familiares de primera línea; a nivel social: mudanzas e institucionalización. Los factores protectores indagados fueron: redes de apoyo (familia, sistema educativo, otros) y acceso a los servicios de salud.

Se registró la duración de la hospitalización, si requirieron ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI) y destino del paciente al alta.

Se indagó si hubo seguimiento con pediatra/médico de familia, psiquiatra, psicólogo y trabajador social en el primer mes del egreso hospitalario. En los casos que no contaron con ningún tipo de seguimiento, se exploraron los motivos. Se consultó por cumplimiento/adherencia al tratamiento con psicofármacos, y, en caso de abandono, los motivos. Se registraron los reingresos por IAE (anteriores o posteriores al mes del alta).

Los datos se obtuvieron de la historia clínica, para evaluar el seguimiento posalta de la cohorte 2024 se realizaron entrevistas telefónicas. Los datos identificatorios de los pacientes se utilizaron en forma estrictamente confidencial. Para la recolección de datos se utilizó una ficha diseñada para este estudio.

Las variables cualitativas se describieron en frecuencia absoluta y las cuantitativas en media, mediana y rango. Para la comparación de variables se utilizó test de chi cuadrado o exacto de Fisher, según correspondiera. Para la comparación de las tasas de hospitalización se utilizó la prueba exacta de Poisson.

¹ Tasa de egresos por IAE = N° de IAE/egresos totales x 10.000. Datos proporcionados por la Dirección del Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Aspectos éticos

Se solicitó consentimiento informado a todos los padres o cuidadores y asentimiento a los adolescentes. Se contó con la aprobación de la dirección y el aval del Comité de Ética en Investigación de la institución².

Resultados

Durante el primer trimestre del año 2024 se hospitalizaron 32 NNyA por IAE en el HP-CHPR, que representaron una tasa de 154,0/10.000 egresos (IC 95% 105,3 - 219,5). En el mismo período del año 2018 fueron hospitalizados 22 NNyA, con una tasa de 105,5/10.000 egresos (IC 95% 66,2 - 159,7).

De la cohorte de 2018, cinco fueron excluidos por no otorgar su consentimiento a participar. La tasa de hospitalizaciones por IAE en 2024 fue 46% superior que la de 2018, pero la diferencia entre ambas no fue estadísticamente significativa.

La comparación entre las características epidemiológicas y clínicas de ambas cohortes se presenta en la tabla 1.

El método más frecuentemente utilizado para IAE en 2024 fue la ingesta de fármacos en 25/32 (78,1%); los más utilizados fueron psicofármacos en 20/25

(80,0%). En 7/25 (28,0%) de los casos hubo ingesta simultánea de varios fármacos; en 3/25 (12,0%) no se pudo identificar. Ingirieron de 3 a 43 comprimidos (mediana=12). El segundo método en frecuencia fue ahorcamiento en 4/32 (12,5%). Los que utilizaron este método tenían edades comprendidas entre 9 a 14 años; tres de sexo masculino. En la tabla 2 se comparan los métodos empleados para los IAE en ambos períodos (2018 y 2024).

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la ingesta de fármacos, como método de IAE, y el sexo femenino (p=0,0169). No se encontró asociación entre el método utilizado para el IAE y la edad.

Los desencadenantes predominantes de IAE referidos entre los hospitalizados en 2024 fueron discusiones familiares en 14/32 (43,7%), seguido por problemas vinculados a disfunción familiar en 3/32 (9,4%). En 4/32 (12,5%) se identificó más de un evento desencadenante y en 2/32 (6,25%) no se identificó ninguno en forma clara. En la tabla 3 se comparan los desencadenantes con los correspondientes al año 2018.

Entre los hospitalizados en 2024, 18/32 (56,2%) presentaban antecedentes previos de IAE y 6/32 (18,7%) ya habían experimentado más de un episodio.

Tabla 1. Características epidemiológicas y clínicas de niños, niñas y adolescentes hospitalizados por IAE en el HP-CHPR durante el primer trimestre de los años 2018 y 2024 (N=49).

Variable	Año 2018 (n=17)	Año 2024 (n=32)
Edad en años (mediana; rango)	14 (9-15)	14 (9-15)
<10 años: n (%)	2 (11,7%)	1 (3,1%)
10-12 años: n (%)	6 (35,4%)	5 (15,6%)
>12 años: n (%)	9 (52,9%)	26 (81,3%)
Sexo: n (%)		
Femenino	14 (82,4)	24 (75,0)
Procedencia: n (%)		
Montevideo	7 (41,2)	9 (28,1)
Otro departamento	10 (58,8)	23 (71,9)
Convivientes: n (%)		
Familia	16 (94,1)	28 (87,5)
Institucionalizado	1 (5,9)	4 (12,5)

IAE: intento de autoeliminación; HP-CHPR: Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell; FA: frecuencia absoluta; FR: frecuencia relativa.

Tabla 2. Métodos de IAE utilizados por niños, niñas y adolescentes hospitalizados en el HP-CHPR durante el primer trimestre de los años 2018 y 2024 (N=49).

Método	Año 2018 (n=17)	Año 2024 (n=32)
Ingesta de fármacos: n (%)	14 (82,3)	25 (78,1)
Psicofármacos	12	20
Analgésicos/antipiréticos	2	2
Antibióticos	0	2
Antiepilépticos	2	0
Otros*	2	4
Ahorcamiento: n (%)	2 (11,8)	4 (12,5)
Precipitación: n (%)	1 (5,9)	1 (3,1)
Otros tóxicos/sustancias psicoactivas**: n (%)	1 (5,9)	3 (9,4)
Heridas con arma blanca: n (%)	0	1 (3,1)

IAE: intento de autoeliminación; HP-CHPR: Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell; FA: frecuencia absoluta; FR: frecuencia relativa.
*Diuréticos (n=1); hipoglucemiante (n=1); inhibidor de la bomba de protones (n=1); melatonina (n=1); antieméticos (n=1); antiespásticos (n=1); antirretrovirales (n=1).
**Alcohol (n=3); cannabis (n=1); cocaína y sus derivados (n=1); hipoclorito de sodio (n=1).

² Registro del proyecto de investigación en el Ministerio de Salud Pública N° 9023043. Aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la institución: 14 de junio de 2024.

Tabla 3. Desencadenantes de los IAE en niños, niñas y adolescentes hospitalizados en el HP- CHPR durante el primer trimestre de los años 2018 y 2024 (N=49).

Desencadenantes	Año 2018 (n=17)	Año 2024 (n=32)
Discusión con familiar: n (%)	8 (47,1)	14 (43,7)
Disfunción familiar: n (%)	6 (35,3)	3 (9,4)
Síntomas crónicos de humor en menos: n (%)	3 (17,6)	5 (15,6)
Discusión con pareja/amigos: n (%)	-	4 (12,5)
Ningún desencadenante claro: n (%)	-	2 (6,3)
Desalojo/mudanza/problemas habitacionales: n (%)	-	2 (6,3)
Abandono de medicación psiquiátrica: n (%)	-	1 (3,1)
Episodio de frustración: n (%)	-	1 (3,1)

IAE: intento de autoeliminación; HP-CHPR: Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell; FA: frecuencia absoluta; FR: frecuencia relativa. En algunos NNA se identificó más de un desencadenante.

En la tabla 4 se presentan los diversos factores protectores y de riesgo para IAE identificados en los dos periodos evaluados.

En 20/49 (40,8%) casos hubo premeditación, 14/32 (43,7%) en 2024 y 6/17 (35,3%) en 2018. En 12/49 (24,5%) se detectó precaución al momento de llevar a cabo el IAE, 5/32 (15,6%) en 2024 y 7/17 (41,2%) en 2018. Del total de los NNYA encuestados 38/49 (77,5%) tuvieron rectificación del episodio, 23/32 (71,8%) en 2024 y 15/17 (88,2%) en 2018.

La mediana de días de hospitalización en el primer trimestre de 2024 fue de 5 días (rango 1-19) y en 2018 de 6 días (rango 3-15). Ningún paciente requirió ingreso a UCI. No se identificaron fallecimientos.

Al egreso, se otorgó alta a domicilio a 31/32 (96,8%) de los pacientes de la cohorte 2024, un caso fue derivado a una clínica de agudos. Todos los pacientes de la cohorte 2018 egresaron a su domicilio.

De la cohorte de 2024, 20/32 (62,5%), recibieron prescripción de psicofármacos, más de uno en 11 casos, el resto monoterapia. En la tabla 5 se presenta la evolución y el registro de la prescripción de psicofármacos al egreso en los NNYA hospitalizados por IAE en ambos periodos.

Los NNYA que egresaron durante el primer trimestre de 2024 accedieron a control con psiquiatra infantil 26/32 (81,2%), pediatra o médico de familia 14/32 (43,7%), psicólogo y trabajador social 14/32 (43,7%), respectivamente. No fue posible acceder a la información de seguimiento posalta de la cohorte 2018.

Los motivos de no acceso a los controles posalta

Tabla 4. Factores protectores y de riesgo para IAE identificados en niños, niñas y adolescentes hospitalizados en el HP- CHPR durante el primer trimestre de los años 2018 y 2024 (N=49).

Factores de Riesgo/Protectores	Año 2018 (n=17)	Año 2024 (n=32)
Factores protectores individuales: n (%)		
Escolarización	16 (94,1)	25 (78,1)
Factores protectores sociales: n (%)		
Cercanía a centros de salud	14 (82,3)	30 (93,7)
Redes de apoyo	6 (35,3)	20 (62,5)
Factores de riesgo individuales: n (%)		
Psicopatología diagnosticada (a)	16 (94,1)	26 (81,2)
Lesiones autoinfligidas previas	10 (58,8)	16 (50,0)
IAE previo (b)	8 (47,0)	18 (56,2)
Consumo de sustancias psicoactivas (c)	6 (35,2)	13 (40,6)
Retraso educativo	8 (47,0)	11 (34,3)
Fracaso educativo	3 (17,6)	1 (3,1)
Antecedentes de bullying	3 (17,6)	12 (37,5)
Enfermedades crónicas previas (d)	3 (17,6)	8 (25,0)
Factores de riesgo familiares: n (%)		
Patología psiquiátrica	11 (64,7)	12 (37,5)
Violencia intrafamiliar	9 (52,9)	11 (34,3)
Consumo de sustancias psicoactivas	8 (47,0)	7 (21,8)
Antecedentes de IAE o suicidios (e)	5 (29,4)	2 (6,2)
Factores de riesgo sociales: n (%)		
Exposición a violencia (f)	9 (52,9)	16 (50,0)
Escasas redes de apoyo social	11 (64,7)	12 (37,5)
Mudanzas/desalojo/problemas habitacionales	4 (23,5)	7 (21,8)
Vivir en centros de acogida (institucionalizados)	1 (5,9)	4 (12,5)
Lejanía de centros de salud	3 (17,6)	2 (6,2)

IAE: intento de autoeliminación; HP-CHPR: Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell; FA: frecuencia absoluta; FR: frecuencia relativa.

a) Depresión (n=23); trastorno de conducta (n=14); trastorno oposicionista desafiante (n=3); trastorno de estrés postraumático (n=3); dificultad del aprendizaje (n=2); trastorno de déficit atencional con hiperactividad (n=1), trastorno de ansiedad (n=1), trastorno bipolar (n=1); dos o más trastornos o condiciones (n=14).

b) Más de un IAE previo 2018 (n= 1) 2024 (n=6).

c) Alcohol (n=8); cannabis (n=3); dos o más sustancias psicoactivas (n=9).

d) Asma (n=3); obesidad (n=2); epilepsia (n=2).

e) Madre (n=3); padre (n=2); abuelo (n=1).

f) Víctimas (n=15); testigos (n=10).

con los profesionales de la salud reportados por las familias/cuidadores fueron problemas para concurrir a la fecha de control otorgada (n=6), encontrarse aún en lista de espera para acceder a la consulta al mes del alta (n=1), desconocer o no comprender que debía realizar controles posalta (n=1). Un cuidador prefirió no dar razones para no concurrir al control posalta, y en

Tabla 5. Evolución y prescripción de psicofármacos al egreso en niños, niñas y adolescentes hospitalizados por IAE en el HP- CHPR durante el primer trimestre de los años 2018 y 2024 (N=49).

	Año 2018 (n=17)	Año 2024 (n=32)
Mediana de días de hospitalización	6	5
Egresos al domicilio: n (%)	17 (100)	31 (96,8)
Derivación a clínica de agudo: n (%)	0	1 (3,2)
Prescripción de psicofármacos al egreso: n (%)	8 (47,0)	20 (62,5)
Un solo psicofármaco: n (%)	6 (75,0)	9 (45,0)
Más de un psicofármaco: n (%)	2 (25,0)	11 (55,9)

IAE: intento de autoeliminación; HP-CHPR: Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell; FA: frecuencia absoluta; FR: frecuencia relativa.

otro caso no fue posible la comunicación telefónica.

De los 32 NNyA que se hospitalizaron por IAE en esta institución en el primer trimestre de 2024, 5/32 (15,6%) reingresaron por el mismo motivo, cuatro luego del mes del alta y uno antes del mes del egreso.

Discusión

En los últimos años se han incrementado las consultas de NNyA por problemas de salud mental^(16,17). En el año 2019 en el Departamento de Emergencia Pediátrica del HP-CHPR, entre los motivos de consultas vinculados a problemas psicosociales y de salud mental, predominaron las situaciones de maltrato infantil, los intentos/ideaciones autolíticas y en tercer lugar la agitación/excitación psicomotriz⁽¹⁸⁾. En este trabajo se observó un aumento del 46% en la tasa de hospitalización por IAE al comparar los dos períodos evaluados, si bien el aumento no fue estadísticamente significativo esto podría estar influenciado por el tamaño de la muestra y el corto período analizado, entre otras causas.

El perfil predominante en la población estudiada fueron adolescentes mayores de 12 años, al igual que lo reportado en estudios nacionales e internacionales previos^(3,7,10,13,14,15,19). Para comprender este comportamiento es importante visualizar a la adolescencia como un ciclo vital de múltiples cambios y oportunidades de transformación para avanzar hacia un desarrollo saludable. Esto requiere de apoyo y atención del entorno familiar, social, educativo y de salud. En este período los adolescentes también suelen experimentar conflictos, duelos y cambios en donde las

ideas suicidas son frecuentes sin que ello constituya un riesgo por sí solo, siempre y cuando no se acompañe de planificación o conductas de riesgo. Las ideas suicidas se vuelven patológicas cuando constituyen la única solución a los problemas y conflictos a los que se enfrentan⁽²⁰⁾. Dado que la adolescencia es una etapa caracterizada por la exacerbación de las emociones y la impulsividad de las acciones, constituye un período de especial vulnerabilidad para desarrollar trastornos de salud mental^(21,22).

A nivel nacional y en esta serie los IAE predominaron en el sexo femenino. Son múltiples las causas que explicarían este fenómeno, entre estas se describen la existencia de factores psicosociales y psiquiátricos (mayor prevalencia de trastornos como depresión y ansiedad en la población femenina), lo que se suele asociarse a mayor riesgo de conductas suicidas; la diferencia entre los métodos utilizados, predominando en las mujeres la intoxicación con fármacos, lo que resulta en mayores consultas e ingresos hospitalarios por IAE no fatales, y en tercer lugar una mayor tendencia a buscar ayuda, podrían influir en las tasas de registro de estos eventos en el sexo femenino⁽²³⁾.

En los últimos años se observa un incremento de estos eventos en niños menores de 10 años, en este trabajo no se evidenció esta característica⁽¹⁵⁾.

En la presente investigación los NNyA hospitalizados por IAE eran procedentes de diversos departamentos de Uruguay, observándose en ambos períodos un franco predominio de pacientes que no vivían en la capital. La institución en la que se realizó el estudio es un centro de referencia de atención de NNyA del subsector público de salud y recibe casos complejos de todo el país⁽²⁴⁾, siendo la población que asiste una de las de mayor vulnerabilidad psicosocial. La literatura refiere que las poblaciones de NNyA más vulnerables, provenientes de medios socioeconómicos y culturales deficitarios, se encuentran más expuestas a situaciones de violencia física, emocional, sexual y negligencia por parte de sus cuidadores y también de su entorno, lo que podría afectar en la incidencia y comportamiento de este problema de salud pública^(10,15,19,22). No fueron analizados los motivos del predominio de NNyA procedentes de otros departamentos de Uruguay. Este fenómeno puede tener diversas causas, como el incremento de la patología psiquiátrica a nivel país, así como también la distribución heterogénea y centralizada en Montevideo de los recursos humanos especializados para la asistencia de los problemas de salud mental, lo que determina una brecha para el acceso a la salud mental de calidad⁽²⁾.

La ingesta de fármacos y en especial la de psicofármacos fue el principal método de IAE registrado en

esta serie, en ambos períodos, al igual que lo comunicado en la literatura^(9,15,19,22). Como fue reportado por Pandolfo y colaboradores (2011), la ingesta de psicofármacos constituye el método de IAE predominante en adolescentes de sexo femenino⁽⁹⁾. Si bien analizar los motivos de esta mayor frecuencia escapa a los objetivos de este estudio, los mismos podrían deberse a múltiples causas, por ejemplo, la alta disponibilidad y exposición a psicofármacos producto de la medicalización de los problemas de salud mental de la sociedad en todas las edades, usos fuera de prospecto, entre otros⁽²³⁾.

El ahorcamiento fue el segundo método más utilizado, siendo reconocidos entre los métodos más agresivos junto a heridas con objetos cortantes. El ahorcamiento suele ser el método más utilizado en varones y en menores de 10 años, dada la predominancia de conductas impulsivas y drásticas. Estas asociaciones no fueron evidenciadas en este estudio, pudiendo deberse a diversos factores, entre ellos, la escasa muestra de este grupo etario^(10,16,25,26).

En esta población de NNyA el desencadenante para los IAE más frecuentemente identificado en ambos períodos fueron las discusiones y la disfunción familiar, igual a lo comunicado en estudios nacionales e internacionales^(10,15,19,26-31). Otros desencadenantes referidos en la literatura que no fueron analizados en este trabajo son la influencia de la estacionalidad y de fechas especiales (cumpleaños propio, de seres queridos, aniversarios de fallecimiento o fiestas de fin de año) que pueden tener implicancia significativa en la vida cotidiana⁽³²⁾.

El suicidio y las conductas suicidas no tienen una causa determinante única, sino que ocurre como respuesta a la interacción de varias influencias biológicas, psicológicas, interpersonales, ambientales y sociales a lo largo del tiempo⁽³³⁾. Los mismos factores pueden actuar como protectores o de riesgo/desencadenantes de acuerdo a cada individuo^(34,35).

Los factores de riesgo para IAE pueden, a su vez, clasificarse en factores individuales, familiares y sociales. Los factores de riesgo individuales más frecuentemente identificados en el presente estudio fueron la presencia de psicopatología y LAIS previas. La asociación entre suicidio y los trastornos mentales no siempre es evidente, pareciera responder a una acumulación de factores de riesgo⁽²¹⁾. En Uruguay, Bastos y colaboradores (2016) encontraron que la baja autoestima y soledad estuvieron presente como factores de riesgo de IAE en la mayoría de adolescentes entre 10-14.

Las LAIS fueron el segundo factor de riesgo individual más frecuentemente identificado. Son reconocidas como tales: cortes, mordeduras, quemaduras,

roces o rascado excesivo, golpes u otras formas de hacerse daño, sin intención de acabar con la vida^(3,36). En la adolescencia la autolesión cumple varias funciones: pacificación de estados de angustia, intento de liberación de la dependencia infantil, mensaje dirigido hacia otra persona, vía de satisfacción de la pulsión de miedos y modo de apropiación del cuerpo^(33,37,38). En el mundo, 25%-33% de los suicidios adolescentes fueron precedidos por LAIS, siendo un fenómeno más prevalente en varones que en mujeres⁽⁶⁾. En Uruguay, en 2023, el 89% de los adolescentes que presentaron suicidio consumado tenían antecedentes de LAIS⁽⁶⁾, datos similares a los comunicados en España (2023)⁽³⁴⁾.

La literatura refiere la existencia de otros factores de riesgo individuales para IAE, como consumo de sustancias psicoactivas y conductas de acoso escolar o bullying^(10,15,19,34,36,39,40), siendo estos encontrados con menor frecuencia en esta serie. Es conocido que los NNyA que están lidiando con la presión negativa de pares, mal rendimiento académico y soledad están en mayor riesgo de experimentar IAE⁽⁴⁰⁾. La asociación de IAE y consumo problemático de sustancias es de aproximadamente 75%⁽⁶⁾, dicha asociación incrementa el riesgo de reiteración de IAE, así como la impulsividad y la letalidad en el acto^(6,34,36,39,41).

En Uruguay, 83% de los adolescentes que consumaron un suicidio tenían historia familiar de patología mental en familiares de primera línea y la mitad de éstos tenía historia de IAE/suicidios consumados en familiares o en sus redes cercanas, incrementando el riesgo hasta cinco veces de presentar IAE respecto a los que no presentaban este antecedente⁽⁶⁾, datos similares fueron comunicados a nivel internacional^(10,15,19,34,41). En esta investigación la presencia de patología psiquiátrica a nivel familiar fue el principal factor de riesgo familiar identificado.

En cuanto a otros factores de riesgo sociales para IAE, la exposición continua a diversas formas de violencia (física, psicológica o sexual), ya sea como víctima o como testigo, fue el factor de riesgo para el IAE más identificado^(10,15,19,31). Según datos comunicados por el MSP en 2023, la mayoría de los adolescentes que tuvieron suicidios consumados vivían con sus familias y 80% de ellos presentaban familias disfuncionales, donde se vivían situaciones de violencia, abandono y fuerte conflicto familiar⁽⁶⁾, datos similares fueron comunicados en estudios internacionales^(31,37,39).

En cuanto a los factores protectores identificados, predominaron la escolarización, la cercanía a un centro de salud y el contar con redes de apoyo social. La literatura reconoce la presencia de vínculos cercanos en la familia y en el entorno social (amigos y compañeros de centros educativos) como uno de los princi-

pales factores protectores frente a estos eventos^(15,19).

Luego de la primera tentativa, un adolescente de cada tres repetirá el IAE, siendo más frecuente su reiteración en el primer año. Dado que la mayoría de los suicidios en adolescentes son prevenibles, es imperativo que los sistemas de salud estén alertas a la aparición de factores de riesgo que pueden actuar como causa subyacente para detectarlos de forma temprana y realizar intervenciones oportunas⁽¹⁶⁾. El estigma social y la vergüenza familiar que generan las conductas suicidas en los adolescentes representan barreras importantes al momento de la búsqueda de la asistencia sanitaria, lo que los vuelve aún más vulnerables. En Uruguay, según datos del MSP, 61% de adolescentes que consumaron el suicidio en el año 2023 presentaba al menos un IAE previo al evento⁽⁶⁾.

El seguimiento posalta en la mayoría de los pacientes hospitalizados durante el primer trimestre de 2024 fue posible, siendo realizado principalmente por el psiquiatra infantil y en menor medida por el pediatra o médico de referencia, psicólogo y trabajador social a nivel comunitario. Es necesario fortalecer el rol del pediatra, del médico de familia o especialista en adolescencia en el seguimiento y acompañamiento de los adolescentes y sus familias, participando activamente en medidas de prevención, detección, derivación oportuna y seguimiento de los diversos problemas de salud mental.

Conclusiones

Las hospitalizaciones por IAE en el primer trimestre de 2024 aumentaron 46% respecto al mismo período del año 2018.

El perfil predominante de la población estudiada fueron adolescentes de sexo femenino mayores de 12 años. El método más utilizado fue la ingesta de psicofármacos y el desencadenante más frecuente las discusiones familiares.

Se identificaron en la mayoría de los casos factores de riesgo individuales y familiares. El mayor número de hospitalizados en 2024 accedió al control posalta con psiquiatra y en menor proporción con pediatra, psicólogo y trabajo social. Es necesario fortalecer las estrategias de prevención y el abordaje oportuno de los trastornos de salud mental en las infancias y adolescencias en todos los escenarios de asistencia.

Referencias bibliográficas

1. García J. Educando en prevención: hablemos del suicidio. *Rev Cienc Soc* 2020;33(46):67-77. doi: 10.26489/rvs.v33i46.4.
2. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Área Programática para la Atención en Salud Mental. Protocolo de atención y seguimiento a las personas con intento de autoeliminación en el Sistema Integrado Nacional de Salud. Montevideo: MSP, 2016. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/protocolo-pautas-seguimiento-caso-intento-autoeliminacion-iae>. [Consulta: 7 julio 2021].
3. 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: Udelar – CSIC, 2012. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/9497>. [Consulta: 7 julio 2021].
4. Goñi A, Zandio M. El suicidio: un reto para la prevención. *An Sist Sanit Navar* 2017; 40(3):335-8. doi: 10.23938/ASSN.0122.
5. Ley N°18097. Día Nacional para la prevención del suicidio. Montevideo, 19 de enero de 2007. Montevideo: IMPO, 2007. Disponible en: <https://impo.com.uy/bases/leyes/18097-2007>. [Consulta: 17 julio 2021].
6. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud mental. Guía de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Conductas Suicidas. Montevideo: MSP, 2007.
7. Antón J, Sánchez E, Pérez L, Labajos M, de Diego Y, Benítez N, et al. Factores de riesgo y protectores en el suicidio: un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *An Psicol* 2016; 29(3):810-5. doi: 10.6018/analesps.29.3.175701.
8. Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Rev Med Chil* 2009; 137(2):226-33. doi: 10.4067/S0034-98872009000200006.
9. Larrobla C, Hein P, Novoa G, Canetti A, Heuguerot C, González V, et al. 70 años de suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros. Montevideo: Udelar, CSIC, 2017. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/9489>. [Consulta: 17 julio 2021].
10. 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.scielo.org.ar/pdf/aap/v109n1/v109n1a06.pdf>. [Consulta: 17 julio 2021].
11. Lorán M, Cardoner N. Protocolo de actuación clínica ante el intento de suicidio. *Medicine (Barc)* 2003; 8(105):5685-7. Doi: 10.1016/S0304-5412(03)71047-6.
12. Pérez M, Carballea M, Valdés L, Valdés I. Intento suicida en la adolescencia: un abordaje desde la atención primaria de salud. *Humanidad Med* 2020; 20(1):66-87.
13. Dragovic M, Pascu V, Hall T, Ingram J, Waters F. Emergency department mental health presentations before and during the COVID-19 outbreak in Western Australia. *Australas Psychiatry* 2020; 28(6):627-31. doi: 10.1177/1039856220960673.
14. Carison A, Babl F, O'Donnell S. Increased paediatric emergency mental health and suicidality presentations during COVID-19 stay at home restrictions. *Emerg Med Australas* 2022; 34(1):85-91. doi: 10.1111/1742-6723.13901.
15. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: WHO, 2021. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728>. [Consulta: 5 enero 2025].
16. Martínez A, Viola L. Intento de autoeliminación en la niñez y adolescencia: presentación de un modelo de prevención del

- intento de autoeliminación en niños y adolescentes tempranos en un hospital pediátrico en Montevideo. *Med Clín Soc* 2021; 5(3):145-51. doi: 10.52379/mcs.v5i3.226.
17. Fernández Á, Novo A, Quiroga C, Méndez R, Pereiro C. Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles: 7 años de seguimiento. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 2018; 35(1):17-30. doi: 10.31766/revpsij.v35n1a2.
18. Jenkins M, Barrett M, Frey T, Bouvay K, Barzman D, Kuroski E. Adherence with an acute agitation algorithm and subsequent restraint use. *Psychiatr Q* 2021; 92(3):851-62. doi: 10.1007/s11126-020-09860-0.
19. Garrido G. Abordaje en emergencia de patología psiquiátrica. En: Sociedad Uruguaya de Pediatría. Jornada de Actualización en Pediatría 22 de octubre de 2020. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=HxX06GnSNv0>. [Consulta: 20 enero 2025].
20. Delfino M, D'Acosta L, Pérez J, Larrobla C, Machado K, Pirez C. Factores de riesgo y protección de conducta suicida en adolescentes. Encuesta en primer nivel público (diciembre 2016 - setiembre 2017). *Arch Pediatr Urug* 2022; 93(2):e206. doi: 10.31134/AP.93.2.23.
21. Grunbaum S, Belamendia M, Bazzano M, Ramos V. Suicidio en adolescentes. En: Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud, Área Programática de Adolescencia y Juventud. Guía para la atención integral de la salud de adolescentes. Montevideo: MSP, 2017:63-5. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/GuiaSalusAd_web%20con%20tapa.pdf. [Consulta: 20 enero 2025].
22. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Áreas Programáticas de la Salud de Adolescencia y Juventud. Particularidades del riesgo suicida en la adolescencia. Montevideo: MSP, [s.f.].
23. Casullo M. Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anu Investig* 2005; 12:173-82. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100017. [Consulta: 20 enero 2025].
24. Larrobla C, Pouy A. Intento de autoeliminación y consumo de sustancias psicoactivas. *Rev Méd Urug* 2007; 23(4):339-50. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902007000400002. [Consulta: 20 marzo 2026].
25. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Sitio oficial del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Disponible en: <http://www.pereirarossell.gub.uy/>. [Consulta: 5 enero 2025].
26. Uruguay. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Protocolo de prevención y atención en la adolescencia: intento de autoeliminación. Montevideo: ASSE, 2018. Disponible en: <https://www.asse.com.uy/contenido/Protocolo-de-Prevencion-del-Intento-de-Autoeliminacion-en-Adolescentes-9678>. [Consulta: 20 marzo 2026].
27. Pérez T. ¿Por qué los hombres presentan un comportamiento más agresivo que las mujeres? Por una antropología evolutiva del comportamiento agresivo. *Nómadas* 2013;37(1). doi: 10.5209/revNOMA.2013.v37.n1.42561.
28. Montenegro T, Fernández J, Díaz J, Águila N, Díaz A. Caracterización del intento suicida en adolescentes del municipio Cumanayagua. *Finlay* 2018; 8(4):267-73. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2018/fi184d.pdf>. [Consulta: 20 marzo 2026].
29. Faggi C. Suicidio y conductas suicidas: descripción poblacional y análisis de las características vinculadas al intento de suicidio. Rosario: Universidad Nacional de Rosario, 2022. Disponible en: <https://rephip.unr.edu.ar/items/1563c8fd-8dcf-43a7-bdbb-401289a1531b>. [Consulta: 20 marzo 2026].
30. Soto A, Villaroel P, Véliz A. Factores que intervienen en riesgo suicida y parasuicida en jóvenes chilenos. *Propós Represent* 2020; 8(3):e672. doi:10.20511/pyr2020.v8n3.672.
31. Franco M, Calijau L. Características epidemiológicas y motivacionales del intento de suicidio en adolescentes y adultos. [Tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2016. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10248.pdf. [Consulta: 20 marzo 2026].
32. Quemba M, Herrera J, Mendoza A, Mendoza B. Comportamiento epidemiológico del intento de suicidio en niños y adolescentes, Colombia 2016-2020. *Pediatr (Asunción)* 2022; 55(1):3-10. doi: 10.14295/rp.v55i1.355.
33. Mollenedo L. Intento de suicidio en niños y adolescentes, sus características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos. Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, enero – febrero 2018. [Tesis]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana, 2018. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/7554>. [Consulta: 20 marzo 2026].
34. Santos V. Intentos de autoeliminación en adolescentes: aquello que se silencia en la infancia, suele manifestarse a gritos en la adolescencia. Montevideo: UDELAR, Facultad de Psicología, 2020. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/26481>. [Consulta: 20 marzo 2026].
35. Vázquez P, Armero P, Martínez L, García J, Bonet C, Notario F, et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes: lo que la pandemia nos ha develado. *An Pediatr (Barc)* 2023; 98(3):204-12. doi: 10.1016/j.anpedi.2022.11.006.
36. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud. Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud. Guía de abordaje frente al riesgo suicida en adolescentes para profesionales de la salud del primer nivel de atención. Montevideo: MSP, 2023. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-abordaje-frente-riesgo-suicida-adolescentes-para-profesionales>. [Consulta: 20 marzo 2026].
37. Bastos E, Michelena M, Pereyra A, Pereira N, Pereira L. Factores de riesgo en adolescentes de 10-14 años que realizaron intentos de autoeliminación Montevideo: UDELAR, Facultad de Enfermería, 2016. Disponible en: <https://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2016/FE-0693TG.pdf>. [Consulta: 20 marzo 2026].
38. Dávila C, Luna M. Intento de suicidio en adolescentes: factores asociados. *Rev Chil Pediatr* 2019; 90(6):606-16. doi: 10.32641/rchped.v90i6.1012.
39. Ángel C. Cortes a flor de piel: una aproximación psicoanalítica a la conducta de la autoincisión en la adolescencia. *Katharsis* 2014;(18):117-40. doi: 10.25057/25005731.480.
40. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El suicidio en la adolescencia: la situación en la Argentina. Buenos Aires: UNICEF, 2019. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/media/6326/file/Suicidio_adolescencia.pdf. [Consulta: 20 marzo 2026].
41. Moraga C. Ideación suicida en escolares de 10 a 13 años, de ambos sexos de colegios de la comuna de Viña del Mar: factores sociodemográficos, psicológicos y familiares asociados. [Tesis de maestría]. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Departamento de Psicología, 2015. Disponible en: https://www.bibliotecadigital.uchile.cl/permalink/56UDC_INST/1uuvhmk/alma991002956679703936. [Consulta: 20 marzo 2026].
42. Cañón S, Carmona J. Ideación y conductas suicidas en

adolescentes y jóvenes. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2018; 20(80):387-97. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014. [Consulta: 20 marzo 2026].

Correspondencia: Dr. Martín Notejane.

Correo electrónico: mnotejane@gmail.com

Disponibilidad de datos

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio NO se encuentra disponible en repositorios de acceso libre.

Contribución de los autores - CRediT

Karina Machado: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Martín Notejane: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Florencia Farías: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Keila Mautone: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Eva Xoyón: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Loreley García: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Adriana Martínez: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Gabriela Garrido: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Karina Machado, ORCID 0000-0003-0283-7851.

Martín Notejane, ORCID 0000-0003-3834-0724.

Florencia Farías, ORCID 0009-0001-3189-7653.

Keila Mautone, ORCID: 0009-0001-2899-6765.

Eva Xoyón, ORCID 0009-0001-0813-6602.

Loreley García, ORCID 0000-0003-2151-7554.

Adriana Martínez, ORCID: 0000-0001-5035-1368.

Gabriela Garrido, ORCID 0000-0002-7397-9067.