



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN
ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO DR. JOSÉ
RENÁN ESQUIVEL EN EL PERIODO 2012 – 2019**

POR:

DANIEL PINEDA
C.I.P. 8-789-259

**TESIS PRESENTADA PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRÍA EN
SALUD PÚBLICA**

ASESORA METODOLÓGICA:

DRA. ILENIA FORERO
PEDIATRA

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2021

AGRADECIMIENTO

A mi hijo Gael, mi madre Gisela y mi hermano Sammy por ser la base principal sobre la cual me levanto y que sin su gran apoyo este logro no fuera posible.

A las autoridades de la Universidad de Panamá y la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SENACYT) por la oportunidad y ayuda brindada.

Al personal docente de la Maestría por compartir su experiencia y conocimientos.

A las Autoridades del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel y al personal de la Sección de Registros y Estadísticas en Salud por permitirme realizar mi estudio y a su vez por la atención ofrecida.

A la Dra. Ilenia Forero por su disposición, conocimiento, paciencia y comprensión como asesora metodológica.

A Tamara por ser mi soporte en lo académico, profesional y personal en momentos de altas y bajas.

ÍNDICE

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	3
RESUMEN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
JUSTIFICACIÓN	9
USO DE LOS RESULTADOS	13
FUNDAMENTO TEÓRICO	14
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
METODOLOGÍA	30
TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO	30
DEFINICIONES OPERACIONALES	31
UNIVERSO DE ESTUDIO.	36
SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN.	36
SUICIDIO Y SE UTILIZARÁ COMO FUENTE SECUNDARIA LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS.	36
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	38
PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS	39
PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LAS INVESTIGACIONES CON SUJETOS HUMANOS	40
PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	41
MÉTODOS Y MODELOS DE ANÁLISIS DE LOS DATOS SEGÚN TIPO DE VARIABLES	41
PROGRAMAS A UTILIZAR PARA ANÁLISIS DE DATOS	41
RESULTADOS	42
DISCUSIÓN	63
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	
CRONOGRAMA	
PRESUPUESTO	
FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
CÓDIGOS DEL CIE-10	

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRAFICA 1. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES POR SEXO: AÑOS 2012-2019	44
GRÁFICA 2. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES POR EDAD: AÑOS 2012-2019	45
GRÁFICA 3. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN ABUSO SEXUAL: AÑOS 2012-2019	46
GRÁFICA 4. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN DEPRESIÓN: AÑOS 2012-2019	47
GRÁFICA 5. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN TRASTORNO ALIMENTARIO: AÑOS 2012-2019	48
GRÁFICA 6. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN CONFLICTOS FAMILIARES: AÑOS 2012-2019	49
GRÁFICA 7. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN BULLYING / ACOSO ESCOLAR: AÑOS 2012-2019	50
GRÁFICA 8. FRECUENCIA DE CASOS SEGÚN INTENCIONALIDAD: AÑOS 2012-2019	51
GRÁFICA 9. FRECUENCIA DE CASOS POR SEXO, SEGÚN INTENCIONALIDAD: AÑOS 2012-2019	52
GRÁFICO 10. FRECUENCIA DE CASOS POR MÉTODO UTILIZADO PARA EL INTENTO DE SUICIDIO: AÑOS 2012-2019	53
GRÁFICO 11. FRECUENCIAS DE CASOS POR INTENTO PREVIO DE SUICIDIO: AÑOS 2012-2019	54

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL: AÑOS 2012-2019.	43
TABLA N° 2. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS (AS) POR SEXO SEGÚN INTENTO DE SUICIDIO	55
TABLA N° 3. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS (AS) POR EDAD SEGÚN INTENTO DE SUICIDIO	56
TABLA N° 4. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS (AS) POR ABUSO SEXUAL SEGÚN INTENTO DE SUICIDIO	57
TABLA N° 5. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS (AS) POR DEPRESIÓN SEGÚN INTENTO DE SUICIDIO	58
TABLA N° 6. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS (AS) POR TRASTORNO ALIMENTARIO SEGÚN INTENTO DE SUICIDIO	59
TABLA N° 7. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS (AS) POR CONFLICTOS FAMILIARES SEGÚN INTENTO DE SUICIDIO	60
TABLA N° 8. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS (AS) POR BULLYING / ACOSO ESCOLAR SEGÚN INTENTO DE SUICIDIO	61
TABLA N° 9. RESUMEN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO	62

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Factores de Riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel en el periodo 2012 – 2019.

RESUMEN

El intento de suicidio es una problemática de salud pública que socava distintas dimensiones en el desarrollo de los y las adolescentes. De acuerdo a estudios realizados se plantea que la edad de comienzo se encuentra entre los 10 y 15 años.

Mediante la realización de esta investigación se busca responder a la pregunta sobre ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel en el periodo 2012 – 2019?, ya que la población adolescente se encuentra en un momento fundamental del desarrollo como persona lo que implicaría contar con un contexto favorable para el logro del mismo. A su vez el desconocimiento y la falta de atención necesaria sobre esta situación afectaría su accionar en las esferas social, económica, política, histórica y cultural como relevo generacional.

Como hipótesis se pretenderá conocer si existe o no asociación entre el sexo, la edad, el abuso sexual, la depresión, el trastorno alimentario, los conflictos familiares, el bullying o acoso escolar y el intento de suicidio. El objetivo general será analizar estos factores de riesgo asociados al intento de suicidio en dicha población mediante un estudio analítico de casos y controles. Se llevará a cabo una revisión de la información contenida en los expedientes clínicos de la población atendida en el periodo de estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el documento presentado en el año 2018 en la Región de las Américas el periodo de 2010 al 2014 el suicidio se encontraba entre las principales causas de muerte en adolescentes (10-19 años), sumando para dicho periodo un total de 28,657 muertes colocándose así en la tercera posición.

Además de las muertes por suicidio, los comportamientos suicidas (ideas de suicidio, planificación e intento real de suicidio) son indicadores importantes del estado de salud mental de la población joven. Un análisis de los datos más actuales obtenidos mediante la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) realizada en 28 países de América Latina y el Caribe entre el 2007 y el 2013 arroja alguna luz sobre los comportamientos suicidas en distintas subregiones de la Región de las Américas. El porcentaje de estudiantes de 13 a 15 años que consideraron seriamente el suicidio (ideación) osciló entre 14,8% en América Central y 20,7% en el Caribe de habla inglesa, el porcentaje de estudiantes que tuvo intento real de suicidio osciló entre 13,2% en América Central y 18,0% en el Caribe. (Ibíd., 2018)

El documento elaborado por el Ministerio de Salud denominado “Situación de Salud Panamá 2015” en el caso del suicidio, las tasas han mostrado un ligero incremento, presentando una tasa de 2 suicidios por cada 100 000 habitantes en el año 1980 y luego de 32 años la tasa ha incrementado a 3.6 por 100 000 habitantes, logrando un incremento del 80 %. Es importante destacar que el rango de tasas ha oscilado entre 1.1 en 1982, alcanzando 9.4 en 1997.

A su vez el riesgo de morir a causa de un suicidio, en el año 2012, es de 8 veces más en los hombres que en mujeres. No se dieron casos de suicidios en menores de 9 años y ocurrió una muerte por esta causa en un joven en el grupo de 10 a 14

años. El riesgo de cometer suicidio es 2.6 veces más en hombres que en mujeres para el grupo de edad de 15-19 años, en el grupo de 20 a 59 años el riesgo aumenta a 6.2 veces más en hombres. El 70% de los suicidios se reportó en población entre los 20 a 59 años, 11% en población de 15 a 19 años, 18.5% en población de 60 años y más. (MINSA, 2015)

El ser humano desde su nacimiento hasta su muerte se encuentra en un proceso de socialización permanente, es decir, internalizando y externalizando una serie de elementos (creencias, sistema de valores, etc.) determinados por el entorno particular en que vive para así cumplir con ciertos roles que le permitirán interactuar con las demás personas.

El autor Sánchez en el 2004 rescata un punto importante en el devenir de la persona adolescente al abordar la coyuntura social que le rodea en un tiempo y espacio determinado, pues “No se trata por consiguiente de la simple inserción de una comunidad, sino del sistema de participaciones en las diversas estructuras de la sociedad (profesional, laboral, matrimonial, familiar, política, asociativa, sindical...), de identificaciones y reconocimientos en sus distintas instituciones; lo que a su vez implica la interiorización de normas y valores correspondientes a nivel general y particular. Ahora bien, si una sociedad en transición o en condiciones de inestabilidad no se presta, ni es propicia, a procesos de integración, el escenario se complejiza aún más, cuando un determinado grupo se halla él mismo en transición y cambio.”

Cabe resaltar que los procesos de construcción en la niñez, la adolescencia, la juventud y la adultez (utilizando conceptos que implican explicaciones más amplias de acuerdo a la ciencia que las aborde) se revisten de una complejidad que se asocia a las expectativas esperadas o predeterminadas de una etapa a otra que responden a una dinámica social propia.

La adolescencia es una etapa en la vida que se caracteriza por múltiples y acelerados cambios. El crecimiento físico resulta evidente, mientras que los cambios psicológicos y sociales solemos notarlos a partir del conflicto con la autoridad, la búsqueda de autonomía, los cambios repentinos en el estado de ánimo o la mayor influencia de los amigos en sus conductas y creencias. Es precisamente en esta etapa de crecimiento y afirmación de su identidad personal, cuando los adolescentes presentan mayor vulnerabilidad y deben enfrentar numerosos riesgos que ponen en peligro su bienestar físico, mental y social. (Chávez, 2016)

Los riesgos a los que se enfrentan esta población son variados y cambiantes, es decir, responden a circunstancias específicas que otras generaciones no afrontaron y de haberlo hecho fue con particularidades e intensidades distintas como por ejemplo el avance y acceso a tecnología de información y comunicación, episodios bélicos nacionales y mundiales, entre otros que impactan de forma distinta en los mecanismos de afrontamiento de dicha población.

Villarreal y otros, 2013, plantean que las estimaciones de prevalencia en poblaciones clínicas encuentran que el 21% de los adultos y el 30 a 40% de los adolescentes que requieren hospitalización psiquiátrica es porque se han provocado alguna conducta autolesiva. En estudios comunitarios aplicados en población general, se describe que el 13 a 29% de los adolescentes y el 4 a 6% de los adultos ha presentado esta conducta al menos una vez en la vida. El significativo incremento de la prevalencia de autolesiones no suicidas en los últimos años, y el hecho de que las autolesiones recurrentes pueden conllevar múltiples consecuencias negativas como, por ejemplo, una lesión física, una infección, hospitalizaciones o la muerte accidental han contribuido a que, sin duda, estemos ante un problema de salud pública.

Freeman y Reinecke, 1995, citados en Cortina et al en el 2011 plantean que el aparente aumento de suicidios de jóvenes es una manifestación de las presiones sociales que deben soportar. Los jóvenes están expuestos a gran cantidad de factores estresantes que se originan en la competitividad escolar, los conflictos en casa, los cambios en el organismo, la imagen y la apariencia, la disponibilidad de las drogas y los conflictos relacionados con las relaciones amistosas y el sexo.

La conducta no es vislumbrada como una forma de terminar con la vida, ni de “realizar una pausa y desaparecer”, sino como una forma de mantener controladas las emociones negativas, detener el displacer y afrontar contingencias. Teóricamente, las conductas autolesivas pueden diferenciarse de los intentos suicidas en tres aspectos básicos: intención, repetición y letalidad (Villarroel et al, 2013).

Estudios clínicos y poblacionales ubican la edad de comienzo entre los 10 y 15 años, encontrándose que el inicio de estas conductas después de los 30 años es muy infrecuente (Ibídem, 2013).

Se debe tomar en cuenta la relación que existe entre el antecedente de autolesión no suicida (ANS) y el que posteriormente se dé un acto de suicidio. Esto es planteado por los autores Nock entre otros en el 2006 “algunos estudios sugieren que hasta un 50% o 75% de aquellas personas con una historia de ANS realizan un intento de suicidio en algún momento.”

A pesar que algunos adolescentes que se autolesionan, por consecuencia de algún trastorno diagnosticado o no, ello no es la única razón por lo cual lo hacen, siendo importante realizar este estudio y conocer qué otros factores estarían presentes. Así es señalado por Pantoja y Rodríguez, 2017, que una persona deprimida podría no presentar conductas autolesivas, así como puede haber

personas que cometen conductas autolesivas y no necesariamente sufren un trastorno depresivo.

Cada año, por cada suicidio cometido hay muchos más intentos de suicidio. Significativamente, un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general. (OPS, 2014)

En Panamá en el año 1976 se lleva a cabo el estudio “El intento de suicidio: factores demográficos y de personalidad” por el Dr. De León, la Lcda. De Ponce y las estudiantes de psicología Rodríguez y de Cedeño, cuyo objetivo fue analizar los aspectos psicosociales que determinaban esa conducta en una muestra de 77 pacientes de los cuales el 40.3% pertenecían al grupo etario de 15 a 20 años revelando con ello, desde esta década, la importancia de atender esta problemática.

Considerando lo antes mencionado, la pregunta que surge ante esta realidad para este grupo etario es ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel en el periodo 2012 – 2019?

JUSTIFICACIÓN

La muerte de una persona como causa de una decisión voluntaria producto de la conjunción de varios elementos implica consecuencias en diferentes ámbitos que deben ser profundizadas como bien plantea el Ministerio de Salud en el años 2015 que a través de un análisis desagregado de esta causa, nos permite señalar al suicidio como un problema de salud pública, dado su magnitud, gravedad, trascendencia social, pérdida de años de vida productiva y su impacto en el orden psicosocial de los afectados y sus familiares.

Como la mayoría de los problemas de salud, y al igual que otros mecanismos que pueden causar lesiones, las conductas suicidas no son sucesos aleatorios, sino que están sujetos a determinantes que se conocen parcialmente. (Suelves y Robert, 2012)

Tal como resalta la Organización Panamericana de Salud, 2014, los intentos de suicidio constituyen una gran carga social y económica para las comunidades debido a la utilización de los servicios de salud para tratar las lesiones, al impacto psicológico y social del comportamiento en el individuo y sus asociados y, ocasionalmente, a una discapacidad a largo plazo debida a la lesión. De igual forma es corroborado por Medina et al, 2018, señalando que los costos médicos directos en salud tras un intento de suicidio son significativos y aumentan conforme se presentan nuevos intentos.

A nivel mundial la prevalencia de autolesiones no suicidas en adolescentes varía. En Francia, 38.7 por ciento de los adolescentes han presentado alguna conducta de autolesión no suicida (Bruner et al., 2014), mientras que en Estados Unidos se reportó un 7.3 por ciento (Taliaferro et al., 2012). La gran mayoría de individuos que se producen autolesiones no suicidas no buscan asistencia clínica, y la

prevalencia en muestras no clínicas es del 13 - 28% (Mollá et al., 2015), lo cual lo sitúa como un problema importante que muchas veces puede pasar desapercibido.

Es importante señalar que además del dolor físico y emocional, la autolesión no suicida genera en los adolescentes tres veces mayor riesgo de ideación o intento suicida, lo cual significa que la gravedad de las lesiones físicas no es necesariamente el indicador más preciso del daño que acarrea este trastorno. Más aún, la conducta de autolesión se suele mantener en secreto y las heridas son escondidas bajo la ropa, por lo tanto puede pasar mucho tiempo antes de que los familiares, amigos o personal escolar se percaten de la conducta autolesiva en el adolescente. Por lo tanto, es fundamental que en el contexto familiar se generen vínculos donde los integrantes puedan expresar sus necesidades con la seguridad de ser escuchados y respetados y que el contexto escolar sea un espacio en el cual se promueva no solamente la salud física, sino también la salud mental y el bienestar emocional. (Ibid, 2016)

En adolescentes mexicanos, se ha reportado una frecuencia de autolesiones de 17.1%, con una relación mujer-hombre de 2:1; este problema es tan grave que las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas internacionales han propuesto incluir las conductas autolesivas no suicidas como una categoría independiente. (Mayer et al, 2016)

El suicidio a pesar de ser un grave problema de salud pública; es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos verídicos y en la mayoría de casos de bajo costo. (Agüero, 2018)

La OMS señaló en el 2018 que propiciar el desarrollo de aptitudes para la vida en los niños y adolescentes y ofrecerles apoyo psicosocial en la escuela y otros entornos de la comunidad son medidas que pueden ayudar a promover su salud mental. También desempeñan una función importante los programas que brindan

apoyo para fortalecer los lazos entre los adolescentes y sus familiares. Si surgen problemas, deben ser detectados y manejados por trabajadores sanitarios competentes y con empatía.

El problema es que la detección de autolesiones es muy difícil, su práctica permanece oculta en el ambiente familiar, prueba de ello es el pobre acuerdo entre informantes (padre-hijos) reportado para la conducta autolesiva. (Díaz, 2014)

La autora Cobo en Picazo-Zapinno, 2014, insistía que todo acto suicidario, por banal o chantajista que pueda parecer, debe ser tomado muy en serio. El hecho de que un chico recurra a la autolesión (de distinto género que en la rabieta) para terminar con una situación que le es insoportable significa una gran vulnerabilidad de su persona y debe ser minuciosamente ayudado.

En Panamá a nivel institucional es un problema que está siendo abordado por algunas instituciones, ya que en el año 2017 fue aprobado el *Protocolo para la detección, atención, referencia y seguimiento de casos de menores en situaciones de riesgo dentro del sistema educativo*, que será ejecutado por el Ministerio de Educación para poder identificar e intervenir en distintas situaciones que se presentan, dentro de ellas, las autolesiones. De la misma manera en el Hospital del Niño Dr. José Renal Esquivel se ha adoptado el Protocolo para el Manejo de niños y adolescentes con Conducta Suicida en el cuarto de urgencia, representando un paso importante al momento de brindar una atención integral y adecuada valorando la complejidad de la misma.

En esta investigación se utilizará la definición de intento de suicidio que incluye una doble intencionalidad de la persona adolescente, en la primera si existe la intención de quitarse la vida, mientras que en la segunda no existe dicha intención. Ambas acciones son el resultado acumulado de una o varias situaciones que perjudican e impactan de manera diferente a cada adolescente y es de allí donde

se desprende la pretensión de abarcar y visibilizar con esta definición la problemática que rebasa las capacidades de respuesta de esta población.

USO DE LOS RESULTADOS

El tener mayor conocimiento de los motivos o las causas que inciden en que los adolescentes inicien la conducta de autolesiones es determinante para poder intervenir de manera oportuna y adecuada, ya que los motivos pueden ser complejos requiriendo así un trabajo interinstitucional y multidisciplinario para resolverlos. Además, servirá de referencia de futuras investigaciones que puedan ser abordadas de manera interdisciplinaria e ir ampliando la comprensión sobre este problema.

A su vez existe un beneficio paralelo, ya que trabajar con y sobre la población adolescente es imprescindible para aportar al logro del objetivo tres (3) de los Objetivos de Desarrollo Sostenible sobre salud y bienestar para todos y en todas las edades.

Los resultados de esta investigación serán divulgados a todas las instancias, sobre todo a las que guarden mayor relación con la población adolescentes como las instalaciones de salud en general, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio de Salud y Organizaciones No Gubernamentales para que complementen y fortalezcan las atenciones e intervenciones que realizan.

FUNDAMENTO TEÓRICO

Generalidades

La sociedad no es estática, por lo contrario, se encuentra siempre en un permanente cambio del que resultan escenarios distintos que ejercen una gran influencia sobre el cuerpo, visto este como una estructura simbólica, estableciendo así Le Breton, 2002, que "... las acciones que tejen la trama de la vida cotidiana, desde las más triviales y de las que menos nos damos cuenta hasta las que se producen en la escena pública, implican la intervención de la corporeidad".

En los procesos de acción e interacción social (Ritzer, 2002), cada uno con sus características propias constituyen medios de expresión o comunicación con uno mismo y con los demás, respectivamente.

El cuerpo, moldeado por el contexto social y cultural en el que se sumerge el actor, es ese vector semántico por medio del cual se construye la evidencia de la relación con el mundo: actividades perceptivas, pero también la expresión de los sentimientos, las convenciones de los ritos de interacción, gestuales y expresivos, la puesta en escena de la apariencia, los juegos sutiles de seducción, las técnicas corporales, el entrenamiento físico, la relación con el sufrimiento y el dolor, etc. (Le Breton, 2002)

Aries citado en Oviedo, 2015, sostiene que el intento de suicidio es un llamado, un signo de alguien que aún espera respuesta, hasta un umbral que, una vez superado, se convierte en suicidio efectivo.

Hoertel en Jans et al en el 2018 señala que haber intentado suicidio previamente es uno de los predictores más importantes de futuros intentos y del suicidio completado:

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

En un estudio realizado por Pérez-Olmos et al en el año 2007 presenta que el método usado para realizar el intento suicida, el 89,9 % (n=131) tuvo intoxicación exógena, seguido de lesiones con arma corto punzante en 9,6 % (n=15) y ahorcamiento en 1,9 % (n=3); 2 pacientes usaron lanzamiento de altura y lanzamiento hacia vehículo automotor; 5 pacientes realizaron el intento suicida usando 2 mecanismos simultáneamente. El 94,2 % (n=147) de los intentos suicidas fue llevado a cabo en el domicilio del paciente. El 49,4 % (n=77) refirió estar bajo los efectos del alcohol durante el intento suicida.

Autolesione no Suicidas (ANS)

Una acotación que se debe resaltar se encuentra relacionada con la diversas maneras de conceptualizar las autolesiones referidas a este estudio, a mencionar “auto-agresión, auto-autoagresión deliberada, auto-lesión, conducta auto-lesiva (equivalentes a los términos en inglés self harm, deliberate self harm, self injury y self-injurious behavior, respectivamente), comportamientos parasuicidarios, conductas autodestructivas, violencia autodirigida, comportamiento autolesivo, lesiones autoinfligidas, autoagresión deliberada y el más recientemente acuñado en la quinta versión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V, American Psychiatric Association, 2013), como nueva categoría diagnóstica: autolesiones no suicidas, o su término correspondiente en inglés, Non-suicidal self-injury (NSSI)”.(González et al, 2016)

En base al párrafo anterior no se tiene el propósito de restar importancia a la homogeneidad del concepto; sin embargo, detenernos en este estudio a resolver este aspecto nos distanciaría del objetivo establecido.

Según la Organización Panamericana de la Salud, 2014, es importante reconocer las implicaciones y las complejidades de incluir la lesión autoinfligida en la definición de “intento de suicidio”. Significa que este término abarca la lesión autoinfligida no mortal sin intención suicida, lo cual es problemático debido a las variaciones posibles en las intervenciones relacionadas. Sin embargo, la intención suicida puede ser difícil de evaluar porque puede estar rodeada de ambivalencia o incluso encubrimiento.

Relación entre autolesiones no suicidas y suicidio

Villarroel et al en el 2013 señalan que el antecedente de conductas autolesivas es uno de los más potentes predictores de suicidio consumado. Estudios de seguimiento señalan que, alrededor de 9 años después de haber cometido un acto de autoinjuria, el 5% de los autoagresores habrá consumado suicidio.

Las cifras de suicidio suponen un grave problema de salud pública en los adolescentes. Y sin embargo, no es el único aspecto preocupante, otros fenómenos como los intentos de suicidio, la ideación suicida y las conductas autolesivas sin intención suicida son frecuentes entre los adolescentes y pueden acarrear un alto grado de sufrimiento y disfunción en diversas áreas vitales (Carballo et al citados en Díaz, 2014).

Una de las principales preocupaciones en torno a las ANS es la frecuencia con que coexisten con los intentos de suicidio (IS). Alrededor del 70 % de los adolescentes con ANS repetitivas han hecho al menos un intento de suicidio y el 55 %, varios (Hargus, Hawton y Rodham) citados en Tarragona et al (2018).

La idea es distinguir los intentos de suicidio de las autolesiones sin intención de suicidio, porque con frecuencia se confunden, la delimitación entre estas dos condiciones promoverá la investigación y el abordaje terapéutico apropiado. Además, una definición precisa permitirá la comparación entre los estudios reduciendo la enorme variabilidad en las cifras de prevalencia. (Albores-Gallo et al, 2014)

Un estudio realizado en un Hospital Psiquiátrico Infantil en México revisó los expedientes clínicos de adolescentes de 12 a 17 años que habían asistido en los años 2005 al 2011 resultando que el “42.1% de los casos se asociaba a baja tolerancia a la frustración y manipulación; en los expedientes se mencionaba que las lesiones eran posteriores a discutir con los padres o las parejas sentimentales, de forma impulsiva, con el objeto de disminuir la frustración y/o para provocar culpa en la persona con la que discutían. En el 30.6% de los casos esta conducta se asoció a síntomas afectivos como tristeza o irritabilidad o para “lograr sentir algo y sentirse vivos”. En el 19.1% estuvo asociada a síntomas de ansiedad; en el 4.5%, a síntomas psicóticos, generalmente alucinaciones auditivas imperativas; en el 1.6% de los casos las autolesiones fueron conductas imitativas y en el 1.4% se realizaron para pertenecer a un grupo.” (Ulloa et al, 2013)

Según Nock y Prinstein, las autolesiones podrían estar cumpliendo 4 funciones principales (citado en Narváez, 2013):

1. *Reforzamiento automático negativo*: la autolesión permite aliviar un sentimiento desagradable, como por ejemplo la ira, la tristeza o los sentimientos de vacío.
2. *Reforzamiento automático positivo*: la autolesión provoca una sensación o sentimiento agradable, o por lo menos le permite sentir algo, aunque sea dolor.

3. *Reforzamiento social negativo*: la autolesión permite evitar una situación o contacto social desagradable.
4. *Reforzamiento social positivo*: la autolesión permite obtener una determinada reacción o comportamiento por parte de otra persona.

Complementando las motivaciones que llevan a las personas adolescentes a realizar esta conducta se anota que “en terminología biomédica la autolesión es un signo, esto es “una manifestación objetiva de un estado patológico” (DSM IV-TR). En términos culturales la autolesión es polisémica. Los síntomas – percepciones subjetivas- y significados que encontramos referidos detrás de la acción autolesiva son de lo más variado: desde culpa y expiación, control y poder, como una forma de resistencia o de alivio, como un rasgo identitario, también vinculado a la somatización de la angustia, el dolor y el embotamiento emocional. (Casadó, 2011)

El estudio realizado por Albores y otros autores en el año 2014, llevado a cabo en escuelas secundarias del municipio de Tlalpan (México) arrojó que las autolesiones son una respuesta para la reducción de estados afectivos y/o cogniciones negativas, como resultado de autolesionarse las más comunes en la muestra total de adolescentes fue: la liberación de sentimientos negativos (N=77; 14.4%), liberación de dificultades personales (N=61; 11.4%), y disminución de la tensión durante la autolesión y después de la autolesión (ambos con N=47; 8.8%). Por sexo, el impulso para autolesionarse más común en las niñas fue: la liberación de sentimientos negativos (N=54; 19.3%), liberación de dificultades personales (N=44; 15.7%), y liberación de ideas (N=37; 13.2%); mientras que en los varones fue: la liberación de sentimientos negativos (N=23; 9.1%), disminución de tensión después de la autolesión (N=19; 7.5%), y liberación de dificultades personales (N=17; 16.7%). La liberación de sentimientos negativos fue el impulso más común para lesionarse más reportado en ambos sexos.

Diagnóstico de Intento de Suicidio

A nivel del diagnóstico se pueden utilizar dos fuentes, estableciendo que cada una responde a sus propias características y criterios definidos:

- ❖ *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5 edición (DSM-5)*
- ❖ *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*

En nuestro caso se utiliza dos capítulos del CIE-10 a saber:

- Capítulo XX denominado *Causas externas de morbilidad y de mortalidad*, subcategoría de lesiones autoinflingidas intencionalmente (X. 60 - X. 84)
- Capítulo XXI denominado *Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud*, subcategoría de historia personal de lesión autoinflingida intencionalmente (Z. 91.5)

Es importante resaltar que a nivel de diagnóstico clínico también ha logrado relevancia, Whitlock, Eckenrode & Silverman en el año 2006, señalaron que en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), en su cuarta versión, consideraba las conductas autolesivas exclusivamente como un síntoma del trastorno límite de la personalidad, no obstante, en su quinta versión se le ha considerado como una condición independiente con su propia sintomatología. Sin embargo, no se descarta que ésta puede presentarse en comorbilidad con otros trastornos como los del estado de ánimo, los de ansiedad, los alimenticios y el trastorno límite de la personalidad. (Garza-Laguera y Castro, 2016)

FACTORES DE RIESGO

Un estudio multicéntrico de Madge y colaboradores del año 2011, en el cual participaron seis países europeos y Australia, con una muestra de 30.477 adolescentes entre los 14 y los 17 años, se evaluó la relación entre las conductas autolesivas, la psicopatología y los acontecimientos vitales estresantes. Los autores emplearon el término genérico *deliberate self-harm*, sin poder discriminar entre las autolesiones con intención suicida y sin ella. (Díaz, 2014). De igual manera se incluyó en este estudio un abanico de posibles acontecimientos vitales estresantes que fueron categorizados en diez grupos: dificultades con amigos, problemas con o entre los padres, enfermedad grave de algún familiar o amigo, abuso físico o sexual, suicidio o autolesiones en familiares o amigos, muerte de alguna persona muy cercana, preocupaciones sobre la orientación sexual, problemas con la policía, acoso escolar y problemas escolares.

En relación a los acontecimientos vitales estresantes encontraron que en el grupo de aquellos con un único episodio de autolesiones las OR oscilaron entre 1.11 (no siendo significativa la enfermedad grave de algún ser cercano) y 3.69 (suicidio o autolesiones de seres cercanos). Otros factores de riesgo hallados fueron: dificultades con iguales (OR=1.54) (IC=1.26-1.88), problemas con o entre los padres (OR=1.95) (IC=1.58-2.41), abuso físico o sexual (OR=2.30)(IC=1.90-2.78), problemas académicos (OR=1.54)(IC=1.29-1.85), preocupaciones sobre la orientación sexual (OR=1.86)(IC=1.47-2.36), acoso escolar (OR=1.25)(IC=1.05-1.48) y problemas con la policía (OR=1.39)(IC=1.15-1.70). (Ibíd, 2014)

Entre algunos de los factores de riesgo que inciden en la conducta del intento de suicidio están los siguientes:

Edad y Sexo

Nagy en Picazo-Zapinno, 2014, acota que sólo después de los nueve años de vida será cuando el niño entienda la muerte como un proceso inevitable y universal, cuyo resultado es el cese definitivo de la vida corporal.

Existe un relativo consenso entre muestras clínicas y comunitarias a la hora de considerar que las conductas autolesivas son más frecuentes en mujeres que hombres. (González y otras, 2016)

Un estudio realizado en la ciudad de México por Dávila-Cervantes y Luna – Contreras en el año 2019 determinaron que los factores que aumentaron la posibilidad de intento de suicidio fueron: ser mujer (OR 3,1), tener menos de 16 años (OR 1,6).

Los resultados de la investigación ratifican lo expuesto por Frías et al, 2012, en cuanto que, las conductas autolesivas son más frecuentes en mujeres que en hombres, no obstante, los autores afirman que “algunas investigaciones comunitarias no han encontrado diferencias entre sexos”. (González, 2017)

Siguiendo con el autor González en el año 2017, reafirma que el sexo y las conductas autolesivas son variables que se correlacionan, pero no es un fenómeno exclusivo de mujeres, ya que también los hombres tienen pensamientos y conductas autolesivas.

Otros autores como Bazán et al en el 2016 señalan que al ajustar modelos de regresión logística la única variable sociodemográfica asociada al deseo de morir alguna vez en la vida fue el género femenino (OR: 2,66, IC: 1,32-5,39).

En el estudio sobre Factores de Riesgo Asociados al Intento de Suicidio en Adolescentes en El Hospital III Goyeneche en el Año 2015-2018, el autor Diego Medina establece a través de la prueba de chi cuadrado ($X^2=8.48$) que el sexo y los intentos previos de suicidio presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Abuso Sexual

Con relación al abuso sexual infantil se han reportado como efectos a largo plazo problemas tales como, trastorno por estrés postraumático, la depresión, la ideación y el intento suicida, la insensibilidad emocional, cefaleas, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales, adicción al alcohol y sustancias psicoactivas, victimización sexual posterior y maltrato por parte de la pareja. (Buitrago, 2011)

Pérez et al, 2017, indican en su estudio que de los 70 estudiantes que han sido víctimas de abuso sexual por tocamientos, el 68.5% (48) han intentado suicidarse. Los valores obtenidos en la prueba chi-cuadrado fue de 159.068 y una significancia de 0.00. A su vez entre abuso sexual por penetración y el intento suicida, se observa que todos los estudiantes que han sido víctimas de este tipo de abuso sexual (25) han intentado suicidarse. El valor del chi-cuadrado fue 138.065 y la significancia de 0.00.

En un estudio realizado por García, 2006, a estudiantes de enseñanza media y media superior en las escuelas públicas y privadas en México determinó que el abuso sexual se dio como motivo del intento de suicidio 1.9% en hombres y un 3.1% ($X^2 .950$, $P= .330$).

De igual manera Rivera et al en el año 2020 determinaron en un estudio realizado sobre prevalencia y factores psicológicos asociados a la conducta suicida que el abuso sexual como antecedente genera 6.86 veces más probabilidad de realizar un intento de suicidio (RM= 6.86; IC: 4.65-10.13).

Depresión

El Ministerio de Salud en el 2015 señaló que el número de niños y adolescentes, desde 12 a 25 años, que padecen depresión es tan alto como en los adultos, el problema es que no se detecta porque no hay conciencia de su real incidencia. Es importante mencionar que la prevalencia de la depresión en los adolescentes, justifica el desarrollo de metodologías de intervención específicas en esta problemática.

En el informe Depresión y otros Trastornos Mentales Comunes: Estimaciones sanitarias mundiales, elaborado por OPS en el año 2017 establece que “la depresión también ocurre en niños y adolescentes menores de 15 años, pero en un grado menor que en los grupos de mayor edad”. La Prevalencia mundial de los trastornos depresivos (porcentaje de la población), por edad y sexo, muestra que aproximadamente un 8% son adolescentes entre 15 y 19 años.

Con respecto a la asociación entre la depresión y el intento de suicidio, Agüero en el 2018 encontró que de los 47 pacientes con depresión; 35 presentaron intento de suicidio; en comparación con 62 pacientes que no tuvieron depresión ni intento de suicidio. El valor p: 0.00, resultando estadísticamente significativo, lo que indica que la depresión tiene asociación significativa para intento de suicidio. Esta relación tuvo un OR de 4.6.

Trastorno Alimentario

Un artículo sobre el suicidio en adolescentes realizado por Martín del Campo, González y Bustamante, 2013, plantean que las mujeres adolescentes, son las que sufren este trastorno en mayor proporción que los hombres (7 a 1), obsesionadas con tener el cuerpo perfecto, pueden caer víctimas de desórdenes alimenticios como la anorexia nervosa, bulimia nervosa o el trastorno por atracón.

En un estudio realizado por Rodríguez y Guerrero en el año 2005 determinaron que de las 362 mujeres, 82 (22,6%) realizan o han realizado en el último año actos recurrentes de autodaño. El acto repetitivo de cortarse superficialmente la piel de antebrazos, piernas, abdomen o planta de los pies fue el comportamiento más frecuente (27 = 33%), seguido por automutilarse los dedos o la piel del rostro hasta sangrar (17 = 20,7%), golpearse contra superficies u objetos en la cabeza el abdomen o los brazos (15 = 18,3%) y causarse quemaduras con cera caliente en las piernas (1 = 1,2%). Además, 22 mujeres (26,8%) realizaban varios tipos de comportamientos de autodaño de manera consecutiva o alternante.

Los comportamientos de naturaleza bulímica son los más prevalentes en mujeres que se autolesionan (Citados en Ibíd, 2012).

En pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA), el daño autoinfligido ha sido explorado por múltiples autores, quienes reportan tasas que van desde 18% hasta 46,5% con predominio del comportamiento en las bulímicas. (Rodríguez y Guerrero, 2005)

Conflictos Familiares

La autora Rivera señala en el 2014 que la naturaleza de los conflictos familiares está en relación con el entorno socio económico y cultural inmediato, con la historia

de la familia a través de varias generaciones, su patrón de reproducción y vínculos, los significados entrecruzados de los acontecimientos de la vida familiar que conducen a la acción y su repercusión futura.

Se plantea que aquellos adolescentes que se autolesionan tienden a tener vínculos de apego inseguros con los padres y sus cuidadores, en contraste con aquellos que no se autolesionan (Hallab y Covic citados en Leiva y Concha, 2018). Esto concuerda con que el apego inseguro está asociado a la dificultad de regular las emociones y a la participación en conductas de riesgo como las autolesiones.

La autora Santisteban, 2015, determinó en su estudio sobre la frecuencia y las características clínico epidemiológicas del intento de suicidio que el efecto precipitante más frecuente fue el de los conflictos familiares (64.1%), seguido por los problemas escolares (23.4%) y el maltrato físico (17.2%).

Alfaro et al en el año 2011 determinaron en su estudio que según los factores englobados en el grupo referido al funcionamiento o dinámica familiar y aspectos personales del adolescente, se identifica asociación altamente significativa con el intento de suicidio para todos, y se expresa como factores protectores a relación con los padres (OR= 0,1819) y tener con quien contar en situaciones difíciles (OR= 0,4396), el resto clasifican como factores de riesgo, y dentro de ellos, el no confiar en los padres (OR= 3,9402), el antecedente de suicidio en la familia (OR= 3,7236) y la existencia de problemas afectivos en general (OR= 3,4674).

Bullying o Acoso Escolar

Es uno de los problemas que más preocupación genera en la sociedad, dadas las consecuencias negativas que conlleva su padecimiento. Unas consecuencias que pueden ser incluso más graves que las que aparecen ante el sufrimiento de otros tipos de abuso, como el maltrato infantil por parte de la familia (Lereya, Copeland,

Costello, y Wolke, 2015) y de entre las cuales no se excluye la ideación suicida e incluso el suicidio mismo (Díaz-Atienza, Prados-Cuesta, y Ruiz-Veguilla, 2004).

Según plantean Pedreira y Basile, 2010 no se trata de un episodio esporádico, sino persistente, que puede durar semanas, meses e incluso años. La mayoría de los agresores o *bullies* actúan movidos por un abuso de poder y un deseo de intimidar y dominar. Un rasgo específico de estas relaciones es que el alumno o grupo de ellos, que se las da de bravucón, trata de forma tiránica a un compañero al que hostiga, oprime y atemoriza repetidamente, y le atormenta hasta el punto de convertirle en su víctima habitual.

El acoso escolar es un tipo de violencia que se da entre iguales en el entorno escolar. Este tipo de violencia no es novedoso, sin embargo, el progresivo incremento del número de casos y la gravedad de los mismos en España han convertido este tipo de violencia en un problema social, que genera un enorme interés mediático. (Fundaciones Mutua Madrid y ANAR, 2016)

El miedo intenso y paralizante y el rechazo al contexto escolar va a desencadenar problemas de rendimiento muy característico, ansiedad, baja autoestima y en último extremo conductas autolesivas, pensamientos de suicidio e incluso, intentar terminar con su vida como forma de huir y de acabar con la situación de acoso escolar. (Fundaciones Mutua Madrid y ANAR, 2017)

El bullying se ha extendido con las nuevas tecnologías, mediante el correo electrónico, las redes sociales y la comunicación online conformando nuevas formas de intimidación como el cyberbullying. (Carballo y Gómez, 2017)

El hallazgo principal que se obtiene al comparar la totalidad de los estudios, es que existe un acuerdo universal en afirmar la relación entre el bullying y la aparición posterior de ideas de suicidio, intentos autolíticos o de pensamientos o conductas autolesivas no suicidas. (Ibíd, 2017)

En algunas investigaciones se han reportado diferencias sociodemográficas respecto de la violencia al interior de la escuela. El estudio realizado por Elgar y otros (2015) a partir de las encuestas Global School-based Health Survey (GSHS) entre 2003-2011 y Health Behaviour in School-aged children (HBSC) de 2010, analiza los datos de peleas físicas y bullying entre niños y niñas de 13 años y señala que el porcentaje de víctimas de bullying es más alto entre los hombres (32,4%) que entre las mujeres (27,2%). De igual forma, la frecuencia de peleas físicas es de 10,7% para niños y 2,7% para niñas, expresando una situación más dañina para los hombres. Al analizar los datos referentes a América Latina y el Caribe de la encuesta GSHS, Soto y Trucco (2015) corroboran la mayor tendencia que tienen los jóvenes hombres de sufrir agresiones físicas, pero, al mismo tiempo, revelan que las mujeres de dicho grupo poblacional sufren burlas por su aspecto físico con más frecuencia. (Truco e Inostroza, 2017)

Tang et al en el año 2020 realizaron la investigación Global risks of suicidal behaviours and being bullied and their association in adolescents: School-based health survey in 83 countries en la cual examinaron los datos de Encuesta Global de Salud Escolar, demostrando que la asociación entre acoso e intento de suicidio en los niños (OR=2.28, IC= 2.14–2.42) fue significativamente mayor que entre las niñas (OR=2.04, IC= 1.93–2.15), la razón de los dos odds ratios fue de 1.12 (P = 0.008).

HIPÓTESIS

1. Ho: No existe asociación entre el sexo, la edad, el abuso sexual, la depresión, el trastorno alimentario, los conflictos familiares, el bullying o acoso escolar y el intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño en el periodo 2012 – 2019.

Ha: Existe asociación entre el sexo, la edad, el abuso sexual, la depresión, el trastorno alimentario, los conflictos familiares, el bullying o acoso escolar y el intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño en el periodo 2012 – 2019.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Analizar los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel en el periodo 2012 – 2019.

Objetivos Específicos

1. Describir la población atendida con diagnóstico de intento de suicidio en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel en el periodo del estudio.
2. Determinar si el sexo está asociado al intento de suicidio.
3. Establecer si existe relación entre la edad y el intento de suicidio.
4. Evaluar si hay asociación entre el abuso sexual y el intento de suicidio.
5. Comprobar si la depresión está asociada al intento de suicidio.
6. Determinar si el trastorno alimentario está asociado al intento de suicidio.
7. Examinar si los conflictos familiares están asociada al intento de suicidio.
8. Contrastar si hay asociación entre el bullying o acoso escolar y el intento de suicidio.

METODOLOGÍA

Tipo y diseño general del estudio

Se llevará a cabo un estudio analítico retrospectivo de casos y controles no pareado mediante la revisión del expediente clínico de adolescentes con intento de suicidio que fueron hospitalizados en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel en el periodo 2012 – 2019. La población adolescente seleccionada para el estudio será de ambos sexos entre los 10 y 15 años.

Definiciones operacionales

VARIABLE	VARIABLE CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
INDEPENDIENTES					
Sexo	Según UNICEF apunta a las características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres.	Dato recopilado del expediente clínico de la población adolescente atendida al momento de la hospitalización	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masculino ▪ Femenino
Edad	Denota el tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el momento actual de vida.	Paciente que tenga consignado en el expediente clínico su edad al momento de la hospitalización.	Cuantitativa	Razón	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 a 12 años ▪ 13 a 15 años

Abuso sexual	De acuerdo a la Fundación Save the Children es cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas.	Cualquier tipo de contacto sexual producido sin su consentimiento consignado en el expediente	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No
Depresión	Según la OMS es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del	Signos y síntomas físicos y psicológicos presentes en la persona adolescente según lo consignado en el expediente	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No

	sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.				
Trastorno Alimentario	<p>Son cambios significativos en los patrones de alimentación de una persona, bien sea por la ingesta excesiva de alimentos o por las dietas restrictivas con finalidades estéticas. Estos cambios están siempre asociados a estados de ansiedad o a una alteración de la propia imagen corporal. Los trastornos más conocidos son: la anorexia y la bulimia nerviosas. (Trastornos de la alimentación o trastornos de la conducta</p>	Aparición o manifestación de un cambio en el patrón alimenticio según lo consignado en el expediente	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No

	Alimentaria) Oviedo, 2015				
Conflictos familiares	Aquellas interacciones donde se presentan fricciones de interés entre miembros de la célula básica por un bien o un servicio que es demandado simultáneamente, o bien por afectar las expectativas de quien ejerce el poder o la autoridad en el hogar. (Santa, 1999)	Descripción de alteraciones en las interacciones del núcleo familiar según lo consignado en el expediente	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No
Bullying / Acoso Escolar	Toda forma de maltrato físico, verbal o psicológico que se produce entre escolares de forma reiterada y a lo largo del tiempo. (Wikipedia)	Se definirá de acuerdo al tipo de agresión recibida según lo consignado en el expediente	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No

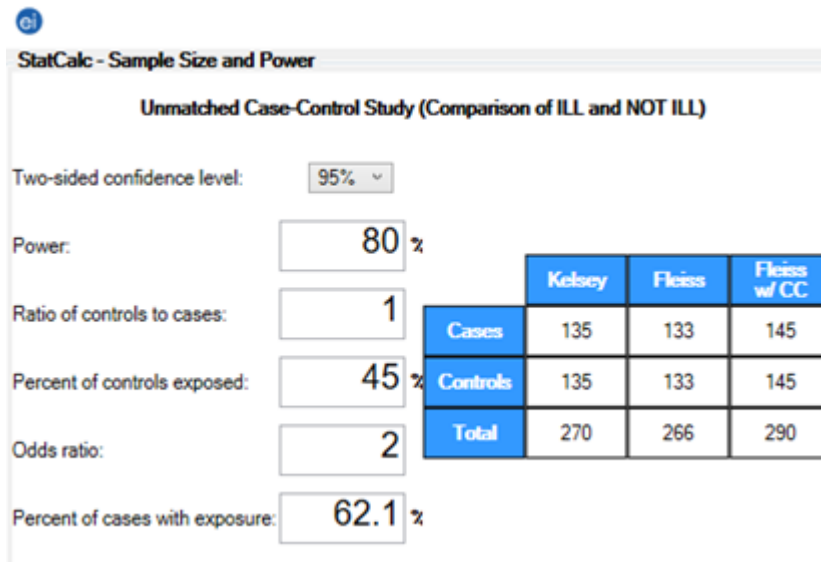
DEPENDIENTE					
Intento de Suicidio	Todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal.	Tipo y frecuencia de lesión causada sobre su propio cuerpo según lo consignado en el expediente	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No

Universo de estudio.

El universo es el total de los pacientes con los diagnósticos clínicos del X60 al X84 y Z91.5 correspondientes a lesiones autoinflingidas intencionalmente e historia personal de lesión autoinflingida, respectivamente, (ver tabla en anexo) que estuvieron hospitalizados en el Hospital del Niño en el periodo 2012 - 2019, según se reporta por la Sección de Registros y Estadísticas en salud del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel.

Selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación.

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula de estudios de casos y controles no pareados de STATCALC – EPIINFO, donde el tamaño de la muestra seleccionada tiene un poder estadístico de 80 %, la razón de controles 1:1, con un nivel de confianza: 95 % y un odds ratio esperado de 2 la cual nos dio como resultado un total de 266 adolescentes, es decir, 133 casos y 133 controles.



	Kelsey	Fleiss	Fleiss w/ CC
Cases	135	133	145
Controls	135	133	145
Total	270	266	290

A través de un muestreo probabilístico aleatorio simple se seleccionarán los expedientes, para cada caso se buscará en el mismo período, es decir el mes, un control hospitalizado con otro diagnóstico siguiendo los criterios de inclusión establecidos.

La selección de los controles se hará de manera aleatoria utilizando un programa o aplicación para generar números aleatorios del listado entregado por la unidad de Registros y Estadísticas en Salud. De salir un expediente incompleto se descartará y se seguirá la secuencia hasta obtener los 133 controles, resultando un total de 266 pacientes en una relación 1:1 que será utilizada como la muestra del estudio. La unidad de análisis será la población adolescente entre 10 y 15 años con intento de suicidio y se utilizará como fuente secundaria los expedientes clínicos.

Criterios de inclusión y exclusión

Casos: Adolescentes de ambos sexos en edades de 10 a 15 años con diagnóstico de intento de suicidio hospitalizados en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel en el periodo 2012-2019.

Criterios de Inclusión de Casos:

Hospitalizado con diagnóstico de intento de suicidio.

Datos clínicos completos en expediente clínico.

Criterios de Exclusión de Casos:

Expediente clínico con datos incompletos.

Controles: Adolescentes de ambos sexos en edades de 10 a 15 años sin diagnóstico de intento de suicidio hospitalizados en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel en el periodo 2012-2019.

Criterios de Inclusión de Controles:

Sin diagnóstico de intento de suicidio.

Datos clínicos completos en expediente clínico.

Criterios de Exclusión de Controles:

Expediente clínico con datos incompletos.

Nota: *Se considerará expediente incompleto cuando no se encuentre en el expediente una historia de admisión realizada por médicos interno y/o residente.*

Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos

Para el proceso de recolección de la información se revisarán los expedientes clínicos correspondiente a la población adolescente hospitalizada con y sin intento de suicidio (casos y controles) mediante un formulario (encuesta) para captar la información requerida sobre los factores de riesgo, dichos expedientes serán solicitados a la subsección de Archivos de REGES (Registros y Estadísticas en Salud) del hospital. Estos expedientes serán revisados de forma secuencial y a medida que se incluya un caso se solicitará un control del mismo período. Debido al periodo de estudio, a la disponibilidad de recursos y para no causar daño a la población del estudio se decidió no aplicar directamente el instrumento de recolección de la información al grupo adolescente.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos

Este protocolo fue presentado y registrado tanto en la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado de la Universidad de Panamá como en la oficina de Regulación de Investigación para Salud de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud.

Se solicitó, mediante nota, el permiso correspondiente al director médico del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel para realizar el estudio. Se presentará el Protocolo de Investigación al Departamento de Investigación y al Comité de Bioética en Investigación del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel para cumplir con el proceso interno.

En este estudio no se tratará directamente con el paciente por lo tanto no requerirá del consentimiento informado del mismo y la revisión de la información contenida en los expedientes se hará siguiendo los parámetros de confidencialidad establecidos por el Departamento de Docencia donde se firma un acuerdo de confidencialidad.

Por último, es importante declarar que para este protocolo se cumplen con todos los requerimientos éticos nacionales e internacionales como la Declaración de Helsinki, el Informe de Belmont, las guías CIOMS y las buenas prácticas clínicas.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables

Como metodología no experimental se llevará a cabo un análisis bivariado para medir la significancia estadística el Chi 2 primero y luego se calculará la razón de momios u odds ratio con sus respectivos límites de confianza de 95%, utilizando además las tablas de 2 x 2.

Además, para la estadística descriptiva se utilizarán tablas de distribución de frecuencias con sus respectivos porcentajes.

Programas a utilizar para análisis de datos

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizará el programa estadístico Epi Info 7.0 y se utilizará el propio programa o Excel para generar los cuadros y gráficos estadísticos.

RESULTADOS

La muestra para este estudio fue calculada en 266 pacientes, dividida en 133 casos y 133 controles; sin embargo, para el periodo de 2012 y 2019 solo se reportaron 112 hospitalizaciones con los diagnósticos correspondientes a X60 al X84 y Z91.5. Dado lo anterior se restó la cantidad de cuarenta y dos (42) expedientes que no se podrían revisar y se ajustó al número entregado por la Sección de Registros y Estadísticas de Salud del hospital, es decir, 224 pacientes (112 casos y 112 controles). Al momento de llevar a cabo el proceso de recolección de la información se presentó lo siguiente:

- ❖ 23 expedientes de casos excluidos por estar incompletos
- ❖ 3 expedientes de casos repetidos
- ❖ 18 expedientes de casos que no se encontraron (*10 del año 2012, 3 del año 2013, 1 del año 2014, 3 del año 2015, 1 del año 2016*), ya que al estar inactivos fueron guardados en un depósito el cual fue posteriormente afectado por la lluvia dañándose algunos expedientes.

Luego de lo anterior la muestra quedó establecida finalmente en 136 expedientes, es decir, 68 casos y 68 controles.

No se logró concordar la selección de los controles por mes en relación al mismo mes de hospitalización de los casos ya que la mayoría de los controles que fueron seleccionados de manera aleatoria no coincidían con la fecha de hospitalización del caso, además otros controles que coincidían estaban incompletos por lo cual eran reemplazados.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

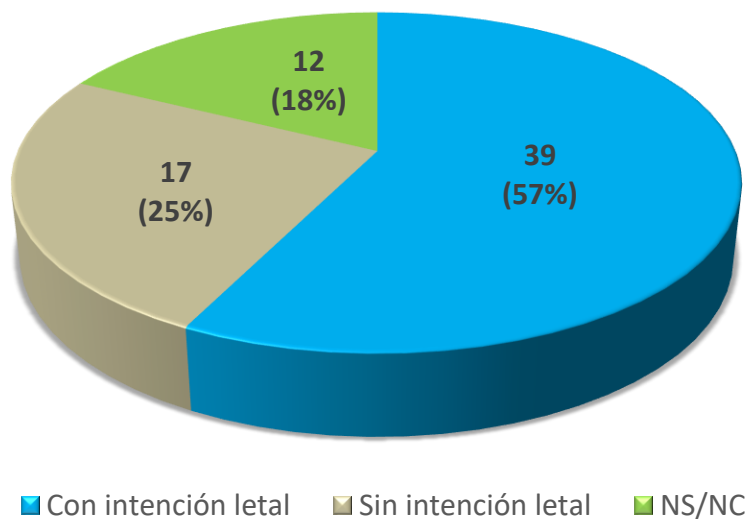
TABLA 1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DE ADOLESCENTES HOSTITALIZADOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL: AÑOS 2012-2019.

VARIABLES	CASOS	%	CONTROLES	%
n	68		68	
SEXO				
Hombre	18	26	33	49
Mujer	50	74	35	51
EDAD				
10 a 12 años	21	31	35	51
13 a 15 años	47	69	33	49
ABUSO SEXUAL				
Sí	14	21	1	1
No	54	79	67	99
DEPRESIÓN				
Sí	30	44	1	1
No	38	56	67	99
TRASTORNO ALIMENTARIO				
Sí	1	1	1	1
No	67	99	67	99
CONFLICTOS FAMILIARES				
Sí	44	65	3	4
No	24	35	65	96
BULLYING / ACOSO ESCOLAR				
Sí	5	7	1	1
No	63	93	67	99

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados de los expedientes clínicos de registros médicos del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel.

Los resultados sobre la intencionalidad del acto se refieren si al momento de realizar el intento de suicidio él o la adolescente tenía la intención o no de quitarse la vida, un 57% de los casos determinó si tener intención de quitarse la vida, un 25% (17) no tenía esa intención y el restante 18% (12) no sabía o no contestó.

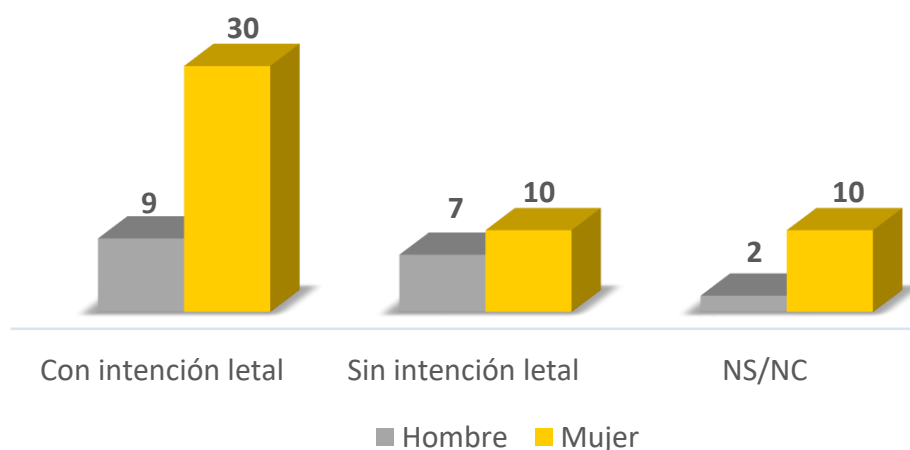
GRÁFICA 1. FRECUENCIA DE CASOS SEGÚN INTENCIONALIDAD: AÑOS 2012-2019



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados de los expedientes clínicos de registros médicos del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel.

Continuando con la intencionalidad ahora se cruza con la variable sexo arrojando que del total de adolescentes con intención de quitarse la vida el 44% (30) fueron mujeres y el 13% (9) hombres, en cuanto al total que respondieron no tener intención de quitarse la vida el 15% (10) fueron mujeres y el 10% (7) hombres y finalmente un 3% (2) de hombres y un 15% (10) de mujeres no contesto o no respondió a la pregunta.

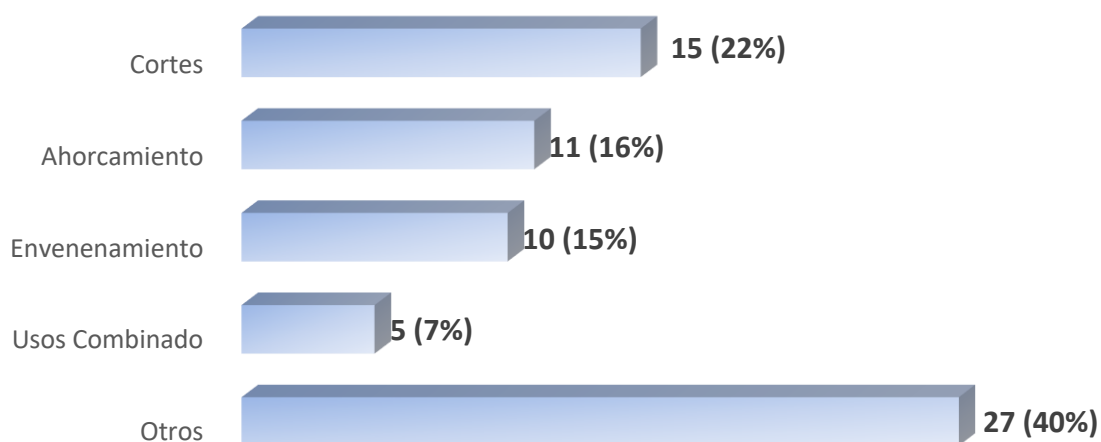
GRÁFICA 2. FRECUENCIA DE CASOS POR SEXO, SEGÚN INTENCIONALIDAD: AÑOS 2012-2019



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados de los expedientes clínicos de registros médicos del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel.

En relación con el método utilizado para realizar el intento de suicidio el de mayor frecuencia fueron los cortes con el 22% (15), ahorcamiento con 16% (11), envenenamiento con 15% (10), uso combinado de métodos con 7% (5) y la categoría abierta de otros con el 40% (27) donde es importante resaltar que la ingesta de medicamentos fue la de mayor frecuencia, es decir, 23 de 27.

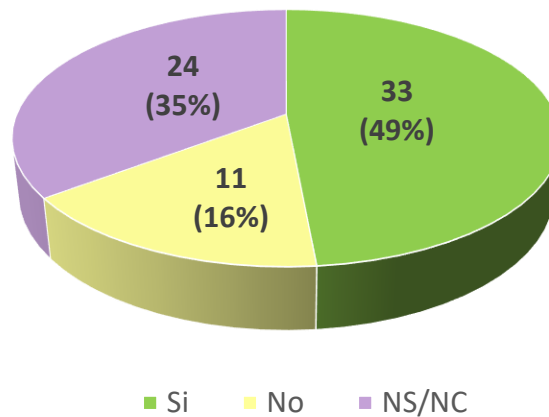
GRÁFICO 3. FRECUENCIA DE CASOS POR MÉTODO UTILIZADO PARA EL INTENTO DE SUICIDIO: AÑOS 2012-2019



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados de los expedientes clínicos de registros médicos del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel.

En el intento previo de suicidio el 49% (33) de adolescentes arrojó como positivo haberlo hecho antes, mientras que el 16% (11) arrojó como negativo antecedentes de intentos y el 35% (24) no sabía o no contestó.

GRÁFICO 4. FRECUENCIAS DE CASOS POR INTENTO PREVIO DE SUICIDIO: AÑOS 2012-2019

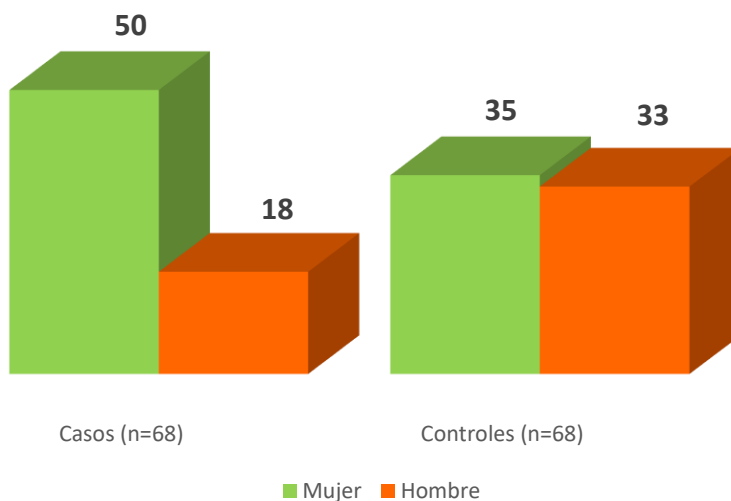


Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados de los expedientes clínicos de registros médicos del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel.

Del 49% (33) de adolescentes que llevaron a cabo algún intento previo de suicidio se desprende que el 45% (15) lo había intentado dos o más veces, en tanto que un 27% (9) lo había realizado una vez.

El total de la muestra de adolescentes hospitalizados fue de 136 para el periodo de estudio del 2012 al 2019 la cual correspondió al 62.5% (85) de mujeres y el 37.5% (51) de hombres. Del número de casos registrados que llevaron a cabo el intento de suicidio, hubo mayor predominio en las mujeres con un 74% (50) mientras que en los hombres fue del 26% (18).

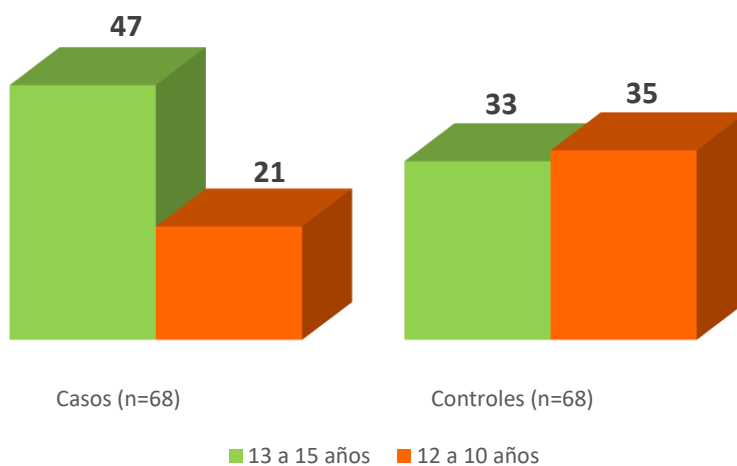
GRAFICA 5. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES POR SEXO: AÑOS 2012-2019



Fuente: Elaboración propia en base a expedientes clínicos de registros médicos del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel.

En cuanto a la edad tanto para casos como para controles el rango de 13 a 15 años fue más elevado con el 59% (80) y para el rango de 10 a 12 años fue del 41% (56). Para los casos el rango de 13 a 15 años presentó el 69% (47) de los intentos de suicidio en comparación con el rango de 10 a 12 años que marcó el 31% (21).

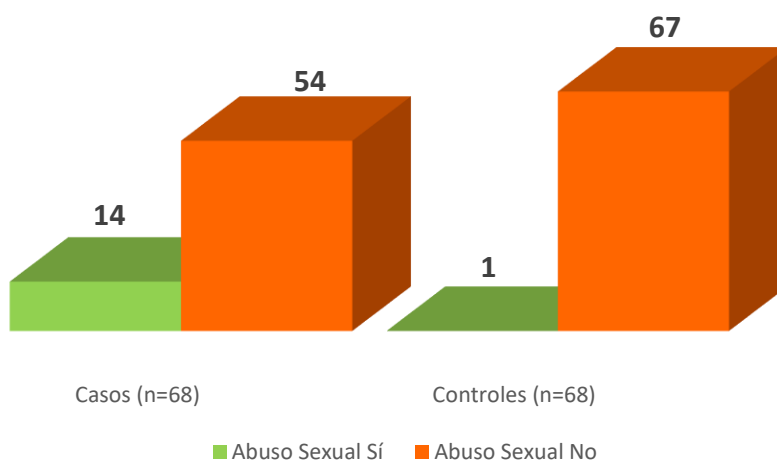
GRÁFICA 6. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES POR EDAD: AÑOS 2012-2019



Fuente: Elaboración propia en base a expedientes clínicos de registros médicos del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel.

De acuerdo a los datos obtenidos para abuso sexual el 21% (14) de los casos respondieron de manera afirmativa mientras que un 79% (54) lo hicieron de manera negativa. Para los controles el 1% (1) respondió haber recibido abuso sexual y el 99% (67) respondió no haber recibido abuso sexual.

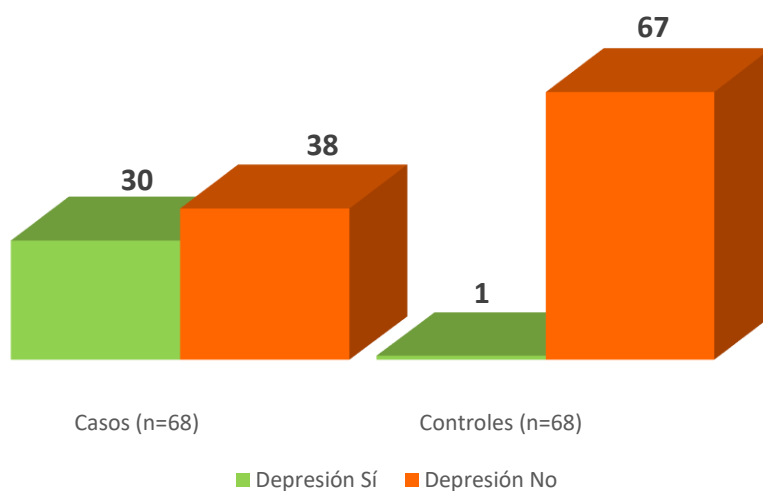
GRÁFICA 7. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN ABUSO SEXUAL: AÑOS 2012-2019



Fuente: Elaboración propia en base a expedientes clínicos de registros médicos del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel.

Según los resultados obtenidos para la variable depresión el 44% (30) de los casos respondió sí, en tanto que un 56% (38) de los mismos no se le consignó depresión en el expediente. En cuanto a los controles el 1% (1) si se le consignó depresión mientras que el 99% (67) respondió de manera negativa.

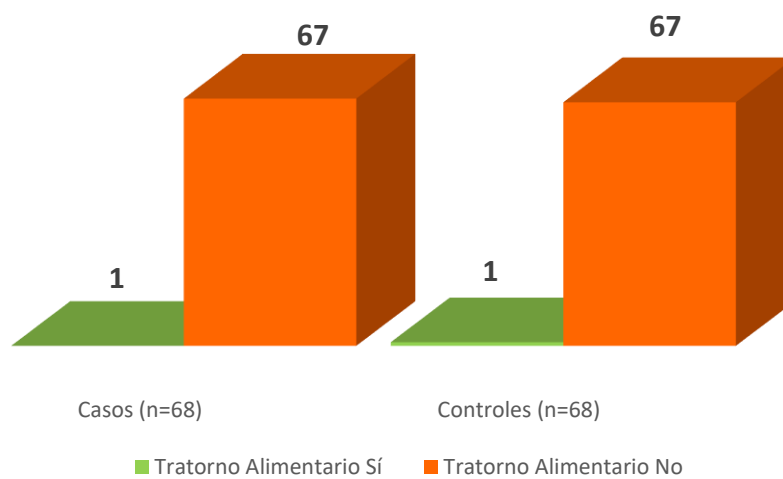
GRÁFICA 8. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN DEPRESIÓN: AÑOS 2012-2019



Fuente: Elaboración propia en base a expedientes clínicos de registros médicos del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel.

Para la variable trastorno alimentario del total de casos el 1% (1) y un 99% (67) no presentó dicho trastorno, mientras que en los controles un 1% (1) si consignó la presencia del trastorno y el 99% (67) no lo presentó.

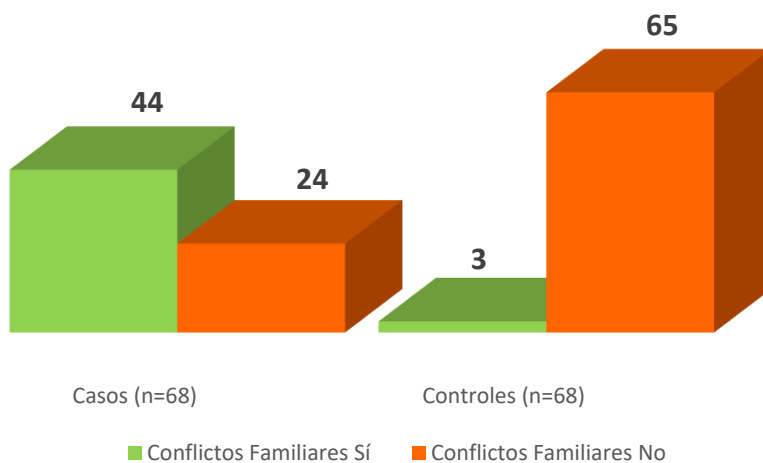
GRÁFICA 9. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN TRASTORNO ALIMENTARIO: AÑOS 2012-2019



Fuente: Elaboración propia en base a expedientes clínicos de registros médicos del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel.

En cuanto a la variable conflictos familiares del total de casos estudiados al 65% (44) se le consignó dicho factor en el expediente en tanto que el 35% (24) no lo presentó. Para los controles el 4% (3) si presentó conflictos familiares mientras que un 96% (65) no lo presentaron.

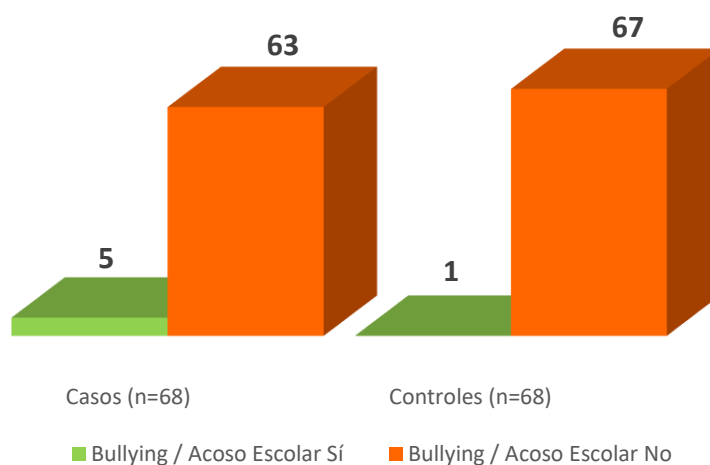
GRÁFICA 10. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN CONFLICTOS FAMILIARES: AÑOS 2012-2019



Fuente: Elaboración propia en base a expedientes clínicos de registros médicos del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel.

Los resultados obtenidos para la variable bullying o acoso escolar el 7% (5) de los casos si le fue consignado dicho factor mientras 93% (63) restante no se le consignó en el expediente. En cuanto a los controles el 1% (1) si presentó el factor en tanto que el 99% (67) no presentó dicho factor.

GRÁFICA 11. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN BULLYING / ACOSO ESCOLAR: AÑOS 2012-2019



Fuente: Elaboración propia en base a expedientes clínicos de registros médicos del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel.

SEXO

Ho: No existe asociación entre el sexo y el intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño en el periodo 2012 – 2019.

Ha: Existe asociación entre el sexo y el intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño en el periodo 2012 – 2019.

TABLA N° 2. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS (AS) POR SEXO SEGÚN INTENTO DE SUICIDIO

SEXO	Intento de Suicidio	Sin Intento de Suicidio	Total
Mujer	50	35	85
Hombre	18	33	51
Total	68	68	136

<i>Chi- cuadrado</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>	<i>Valor p</i>
7.05	2.619	1.2766 – 5.3733	0.0079

Los resultados obtenidos para chi-cuadrado de 7.5 y para el valor $p=0.0079$ demuestran que existe significancia estadística entre las variables. El valor del odds ratio ($OR=2.619$) demuestra asociación entre el sexo y el intento de suicidio, es decir, se asocia como factor de riesgo.

Con los resultados alcanzados se **rechaza la hipótesis nula (Ho)**.

EDAD

Ho: No existe asociación entre la edad y el intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño en el periodo 2012 – 2019.

Ha: Existe asociación entre la edad y el intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño en el periodo 2012 – 2019.

TABLA N° 3. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS (AS) POR EDAD SEGÚN INTENTO DE SUICIDIO

EDAD	Intento de Suicidio	Sin Intento de Suicidio	Total
13 a 15 años	47	33	80
10 a 12 años	21	35	56
Total	68	68	136

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
5.95	2.37	1.1781 – 4.783	0.01471

Los resultados obtenidos para chi-cuadrado y para el valor p demuestran que existe significancia estadística entre las variables. Además, con un OR=2.37 establece que la edad es un factor de riesgo para realizar un intento de suicidio.

Al no deberse al azar, se **rechaza la hipótesis nula (Ho)**.

ABUSO SEXUAL

Ho: No existe asociación entre el abuso sexual y el intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño en el periodo 2012 – 2019.

Ha: Existe asociación entre el abuso sexual y el intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño en el periodo 2012 – 2019.

TABLA N° 4. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS (AS) POR ABUSO SEXUAL SEGÚN INTENTO DE SUICIDIO

ABUSO SEXUAL	Intento de Suicidio	Sin Intento de Suicidio	Total
Sí	14	1	15
No	54	67	121
Total	68	68	136

<i>Chi- cuadrado</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>	<i>Valor p</i>
12.66	17.37	2.2135 – 136.3164	0.00037

Los resultados obtenidos para chi-cuadrado ($X^2=12.66$) y para el valor $p=0.00037$ demuestran que existe significancia estadística entre las variables, es decir, que no se deben al azar. El $OR=17.37$ indica que existe asociación como factor de riesgo.

Con estos datos alcanzados, **se rechaza la hipótesis nula (Ho).**

DEPRESIÓN

Ho: No existe asociación entre la depresión y el intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño en el periodo 2012 – 2019.

Ha: Existe asociación entre la depresión y el intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño en el periodo 2012 – 2019.

TABLA N° 5. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS (AS) POR DEPRESIÓN SEGÚN INTENTO DE SUICIDIO

DEPRESIÓN	Intento de Suicidio	Sin Intento de Suicidio	Total
Sí	30	1	31
No	38	67	105
Total	68	68	136

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
35.139	52.8947	6.9347 - 403.4582	0.0000001

Los resultados obtenidos para chi-cuadrado y para el valor p demuestran que existe significancia estadística entre las variables. Además, el Odds Ratio indica asociación entre las variables, interpretándose que la depresión es un factor de riesgo que aumenta 52.8 veces el riesgo de realizar un intento de suicidio.

Los resultados al no deberse al azar, **se rechaza la hipótesis nula (Ho).**

TRASTORNO ALIMENTARIO

Ho: No existe asociación entre el trastorno alimentario y el intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño en el periodo 2012 – 2019.

Ha: Existe asociación entre el trastorno alimentario y el intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño en el periodo 2012 – 2019.

TABLA N° 6. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS (AS) POR TRASTORNO ALIMENTARIO SEGÚN INTENTO DE SUICIDIO

TRASTORNO ALIMENTARIO	Intento de Suicidio	Sin Intento de Suicidio	Total
Sí	1	1	2
No	67	67	134
Total	68	68	136

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
0.0	1	0.0613 – 16.3212	1.00

El resultado obtenido para el $X^2=0.0$ y el valor de $p=1.00$ demuestran que no existe significancia estadística ni asociación entre las variables, por lo tanto, los resultados se deben al azar.

Dado los resultados **se acepta la hipótesis nula (Ho)**.

CONFLICTOS FAMILIARES

Ho: No existe asociación entre los conflictos familiares y el intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño en el periodo 2012 – 2019.

Ha: Existe asociación entre los conflictos familiares y el intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño en el periodo 2012 – 2019.

TABLA N° 7. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS (AS) POR CONFLICTOS FAMILIARES SEGÚN INTENTO DE SUICIDIO

CONFLICTOS FAMILIARES	Intento de Suicidio	Sin Intento de Suicidio	Total
Sí	44	3	47
No	24	65	89
Total	68	68	136

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
54.654	39.7222	11.2700 – 140.0048	0.0000001

Los resultados obtenidos para chi-cuadrado y para el valor p demuestran que existe significancia estadística entre las variables. Además, el Odds Ratio indica asociación entre las variables, interpretándose que los conflictos familiares es un factor de riesgo que aumenta 39.7 veces el riesgo de realizar un intento de suicidio.

De acuerdo a los resultados que indican que no se deben al azar, **se rechaza la hipótesis nula (Ho).**

BULLYING O ACOSO ESCOLAR

Ho: No existe asociación entre el bullying o acoso escolar y el intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño en el periodo 2012 – 2019.

Ha: Existe asociación entre el bullying o acoso escolar y el intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el Hospital del Niño en el periodo 2012 – 2019.

TABLA N° 8. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS (AS) POR BULLYING / ACOSO ESCOLAR SEGÚN INTENTO DE SUICIDIO

BULLYING / ACOSO ESCOLAR	Intento de Suicidio	Sin Intento de Suicidio	Total
Sí	5	1	6
No	63	67	130
Total	68	68	136

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
2.78	5.31	0.6044 – 46.7796	0.0948

El resultado obtenido para el $X^2=2.78$ y el valor de $p=0.0948$ demuestran que no existe significancia estadística ni asociación entre las variables, por lo cual, los resultados se deben al azar.

Dado los resultados **se acepta la hipótesis nula (Ho)**.

TABLA N° 9. RESUMEN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

Variable	Chi-cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
Sexo	7.05	2.619	1.2766 – 5.3733	0.0079
Edad	5.95	2.37	1.1781 – 4.783	0.01471
Abuso Sexual	12.66	17.37	2.2135 – 136.3164	0.00037
Depresión	35.139	52.8947	6.934 - 403.458	0.0000001
Trastorno Alimentario	0.00	1	0.0613 – 16.3212	1.00
Conflictos Familiares	54.654	39.7222	11.270 – 140.004	0.0000001
Bullying / Acoso Escolar	2.78	5.31	0.6044 – 46.7796	0.0948

DISCUSIÓN

Esta investigación está basada en los Factores de Riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en el del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel en el periodo 2012 – 2019.

Se midieron las variables independientes: sexo, la edad, el abuso sexual, la depresión, el trastorno alimentario, los conflictos familiares, el bullying o acoso escolar. De acuerdo a los resultados del estudio, se encontró asociación significativa entre cinco (5) de las variables estudiadas y el intento de suicidio.

Sexo

El resultado obtenido en este estudio para el $X^2=7.05$ y el valor $p=0.0079$ establece significancia estadística entre las variables sexo e intento de suicidio, coincidiendo así con los resultados del estudio llevado a cabo por Diego Medina sobre Factores de Riesgo Asociados al Intento de Suicidio en Adolescentes en El Hospital III Goyeneche en el Año 2015-2018 donde el $X^2=8.48$ y el valor $p<0.05$ estableciendo que no se deben al azar. El estudio realizado por Dávila-Cervantes y Luna – Contreras en el año 2019 determinó que un factor que aumenta la posibilidad de intento de suicidio fue ser mujer (OR 3,1). En nuestro estudio para este parámetro obtuvo un OR=7.05 ubicándolo como un factor riesgo.

Es importante señalar que se deben utilizar otros tipos de pruebas estadísticas que permitan realizar análisis más específicos que amplíen y complementen la información obtenida, ya que las adolescentes realizaron más intentos de suicidios que los adolescentes y es una información determinante para la elaboración de acciones de promoción y prevención.

Edad

En el estudio realizado en la ciudad de México por Dávila-Cervantes y Luna-Contreras en el año 2019 determinaron que uno de los factores que aumentaban la posibilidad de intento de suicidio era: tener menos de 16 años (OR 1,6). Los resultados conseguidos en nuestro estudio concuerdan en cuanto a la significancia estadística con un $X^2=5.95$ y un valor $p=0.0147$, de igual manera coinciden como un factor de riesgo (OR=5.95). Adicional es importante profundizar en los datos con otras pruebas estadísticas que arrojen mayor información, ya que entre los dos rangos de edad de 10 a 12 y 13 a 15, este último, acumuló más cantidad de intentos de suicidio indicando de alguna manera que a medida que se van desarrollando tienden a ser más vulnerables frente a nuevos factores de riesgos.

Abuso Sexual

A través de los resultados obtenidos se logró para este estudio significancia estadística ($X^2=12.66$; $p=0.00037$) entre las variables abuso sexual e intento de suicidio, a su vez Pérez et al indican en su estudio que de los 70 estudiantes que han sido víctimas de abuso sexual por tocamientos, el 68.5% han intentaron suicidarse ($X^2=159.068$; $p=0.00$), también entre abuso sexual por penetración y el intento suicida, observaron que todos los estudiantes que han sido víctimas de este tipo de abuso sexual habían intentado suicidarse ($X^2=138.065$; $p=0.00$). Además, se logró en nuestro estudio un OR=17.37 indicando que es un factor de riesgo, es decir, aumenta 17 veces las probabilidades de cometer un intento de suicidio.

Depresión

Los resultados obtenidos en nuestro estudio demuestran que existe significancia estadística entre la depresión y el intento de suicidio ($X^2=35.139$; $p=0.0000$), además de un OR=52.8947 que la asocia como factor de riesgo aumentando el riesgo 52.8 veces la probabilidad en adolescentes de atentar contra su vida. Igual similitud fue lograda por Agüero en 2018 donde alcanzó un $X^2=16.5$, un valor $p=0.00$ y un OR de 4.6 por lo cual existe asociación como un factor de riesgo.

Trastorno Alimentario

En nuestro estudio el $X^2=0.0$ no fue estadísticamente significativo, además el valor $p=1.00$ demuestran que los resultados se deben al azar lo que concuerda con el estudio realizado por Rodríguez y Guerrero (2005) donde esta variable no está asociada de manera significativa al intento de suicidio ($X^2= 1,5$; $p=0,47$).

Conflictos Familiares

El estudio realizado por Cortés Alfaro et al (2001) "*Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes*" identificaron que los factores estudiados en relación con el funcionamiento o dinámica familiar tenían asociación altamente significativa con el intento de suicidio. A esta variable en su estudio la dividieron en nueve (9) categorías de las cuales siete (7) estaban asociadas como factores de riesgo. De igual manera para nuestro estudio los resultados indican significancia estadística con un $X^2=54.654$ y un valor $p= 0,0000$. En nuestro caso no se dividió esta variable en categorías; sin embargo, se mostró la asociación como un factor de riesgo con un $OR=39.7222$.

Bullying / Acoso Escolar

La investigación realizada por Tang, Yu y Wilcox (2020) se basó examinar los datos de la Encuesta Global de Salud Escolar y demostraron significancia estadística con un valor de $p=0.008$ y a su vez asociación entre acoso e intento de suicidio como factor de riesgo con un valor $OR=1.12$. Por el contrario, en nuestro estudio no se encontró significancia estadística ($X^2=2.78$, $p=0.0948$) indicando que los resultados se deben al azar.

CONCLUSIONES

- 1) El 57% de adolescentes que realizaron intento de suicidio si tenía intención de quitarse la vida frente al resto que lo realizó por otra motivación.
- 2) Los métodos utilizados para realizar el intento de suicidio fueron los cortes con el 22% (15), ahorcamiento con 16% (11), envenenamiento con 15% (10), uso combinado de métodos con 7% (5) y la categoría abierta de otros con el 40% (27) donde resalta que la ingesta de medicamentos fue la de mayor frecuencia, es decir, 23 de 27.
- 3) Se encontró significancia estadística entre las variables sexo, edad, abuso sexual, depresión, conflictos familiares y el intento de suicidio.
- 4) Los resultados para sexo, edad, abuso sexual, depresión y conflictos familiares demostraron asociación como factores de riesgo para llevar a cabo un intento de suicidio.
- 5) Realizar otros análisis por grupo etario (13 a 15 años) y sexo (mujer) podría ampliar la información necesaria para mayor toma de decisiones sobre el intento de suicidio.
- 6) No se encontró significancia estadística entre las variables trastorno alimentario y bullying / acoso escolar y el intento de suicidio por lo cual los resultados se debieron al azar.
- 7) En el grupo de adolescentes que realizó el intento de suicidio un 49% (33) ya lo había cometido previamente y de este grupo el 45% (15) lo efectuó más de dos veces.
- 8) No se pudo analizar la frecuencia con que se realizaba las autolesiones, ya que no obtuvieron los datos.

RECOMENDACIONES

- 1) Realizar campañas de sensibilización, sostenidas en el tiempo, a través de distintos medios y así abarcar a la mayor cantidad de personas posibles (incluyendo la población adolescente) dirigidas al sector gubernamental, organizaciones no gubernamentales y el sector privado sobre el intento de suicidio enfocándose en los factores de riesgo abordados en este estudio y otros que puedan de igual manera tener repercusión directa sobre el grupo adolescente.
- 2) Ampliar o fortalecer el directorio telefónico, aplicaciones tecnológicas u otro medio digital que facilite la comunicación entre la población adolescente y el equipo de profesionales para recibir mayor orientación y/o atención de manera expedita y confidencial.
- 3) Garantizar el cumplimiento, seguimiento y evaluación permanente del marco jurídico nacional e internacional referente a la atención de salud de la población adolescente, entendiéndose tales como la Constitución Política, Convenciones, Declaraciones, leyes vigentes para así proporcionar las condiciones óptimas para su atención mediante la confidencialidad, respeto, protección y consentimiento. Dicha atención debe ser integral permitiendo primero un acercamiento individual con la persona adolescente y luego con su madre, padre o persona responsable. Entre algunos documentos jurídicos a mencionar están:
 - ✓ Ley N° 174 de 2 de noviembre de 2020: *“Que establece el marco jurídico del abordaje integral de las conductas de riesgos suicidas”*
 - ✓ Ley N° 177 de 13 de noviembre de 2020: *“Que establece la gratuidad integral en los servicios de salud para niños y adolescentes, respecto al control, prevención y diagnóstico, en el sistema público de salud”*

- ✓ Protocolo para la detección, atención, referencia y seguimiento de casos de menores en situaciones de riesgo dentro del sistema educativo
 - ✓ Protocolo para el Manejo de niños y adolescentes con Conducta Suicida en el cuarto de urgencia del Hospital del Niño Dr. José Renal Esquivel
- 4) Establecer acciones de capacitación dirigidas a todo el personal multidisciplinario de las distintas instituciones tales como el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio Público (Fiscalías de Adolescentes, Unidad de Protección y Atención a Víctimas y Testigos), Policía Nacional, Caja del Seguro Social y Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia sobre las causas y consecuencias del intento de suicidio para así lograr una mayor comprensión y atención sobre la población adolescente.
- 5) Revisar y evaluar los formularios de recopilación de datos en todas las instituciones que atienden a esta población con el objetivo de generar mayor información para la ejecución de acciones y toma de decisiones correspondientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agüero, R. (2018). **Factores de riesgo asociado a intento de suicidio en pacientes hospitalizados en el servicio de salud mental del hospital militar central en el periodo 2012- 2016.** Recuperado en <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1302>

Albores-Gallo, L. et al (2014). **Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México.** Recuperado en <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/16/90/ESP/16-90-ESP-159-168-346514.pdf>

Alfaro, A.; et al. (2011). **Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes.** Recuperado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004

Amarís, M.; Paternina, A.; Vargas, K. (2004). **Relaciones familiares en familias desplazadas por la violencia ubicadas en "la cangrejera" (corregimiento de Barranquilla, Colombia).** Recuperado en <http://www.redalyc.org/pdf/213/21301405.pdf>

Bazán, J. et al. (2016). **Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural.** Recuperado en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100002

Carballo, J.; Gómez, J. (2017). **Relación entre el bullying, autolesiones, ideación suicida e intentos autolíticos en niños y adolescentes.** Recuperado en http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/42/publicaciones/documentos_12._relacion_entre_el_bullying_autolesiones_ideacion_suicida_e_intentos_autoliticos_en_ninos.pdf

Casadó, L. (2011). **Tesis Doctoral: Los Discursos del Cuerpo y la Experiencia del padecimiento. Acciones autolesivas corporales en jóvenes.** Recuperado en https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/37364/tdx_tesis%20Lina%20Casad%C3%B3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cortina E.; Peña O.; Gómez M. (2011). **Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre 16-25 años del Valle de Aburrá.** Recuperado a partir de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/10027>

Chávez, V. (2016). **La autolesión no suicida en adolescentes.** Recuperado en <http://portales.colson.edu.mx/num628/la-autolesion-no-suicida-en-adolescentes/>

Dávila-Cervantes, C.; Luna-Contreras, M. (2019). **Intento de suicidio en adolescentes: factores asociados.** Revista Chilena de Pediatría, 90 (6), 606-6016. Recuperado en <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/1012/1358>

De León, O.; Rodríguez, V.; de Cedeño, T.; de Ponce, E. (1978). **El intento de suicidio: factores demográficos y de personalidad.** Revista Médica de Panamá, 3, 168-179. Recuperado en <http://access.revistasmedicas.org/pdf/?opensource=rev&openpdf=y&coleccion=aHR0cDovL2FjY2Vzcy5yZXZpc3Rhc21lZGljYXNub3JnL2NvbGVjY2lvbl9ybWRwXzE5NzZfMTk5Mi9kYXRhLzQ4NmFhZWl1ZTg3NDJiY2YyZjlxMWFjYWVlNWMyMWNlLnBkZg==>

Díaz, M. (2014). **Características psicopatológicas, acontecimientos vitales estresantes y conductas autolesivas suicidas y no suicidas en adolescentes evaluados en salud mental.** Recuperado en https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/661735/diaz_de_neira_monica.pdf

Frías, A.; Vázquez, M.; Del Real, A.; Sánchez, C. y Giné, E. (2012). **Conducta Autolesiva en Adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento.** Recuperado en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6527198.pdf>

Fundación Mutua Madrileña / Fundación ANAR. (2016). **I Estudio sobre Ciberbullying: según los Afectados.** Recuperado en https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4998_d_I-Estudio-Cyberbullying.pdf

Fundación Mutua Madrileña / Fundación ANAR. (2017). **II Estudio sobre Acoso Escolar y Ciberbullying: según los afectados.** Recuperado en <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2017/04/INFORME-II-ESTUDIO-CIBERBULLYING.pdf>

Garza-Laguera, A. y Castro, C. (2016, 09 de julio). **Terapia Breve en un caso de Autolesión no suicida**. *Revista Psicología Científica.com*, 9 (11). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/terapia-breve-caso-autolesion-no-suicida>

González, L.; Vasco, I.; Nieto, L. (2016). **Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes**. Recuperado en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5855292>

González, P. (2017). **La autolesión no suicida, ¿Un trastorno en sí o síntoma de otros trastornos?** Recuperado en <https://www.camjol.info/index.php/CCS/article/view/6670>

Jans, T. et al. (2018). **Suicidio y conducta autolesiva**. Recuperado en <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qughOYrMDnIJ:https://iacapap.org/content/uploads/E.4-Suicidio-Spanish-2018.pdf+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=pa&client=firefox-b-d>

Le Breton, D. (2002). **La Sociología del Cuerpo**. Recuperado en <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2015/08/LE-BRETON-sociologiadelcuerpo.pdf>

Leiva, J.; Concha, A. (2018). **Autolesiones No Suicidas Y Su Relación Con El Patrón De Apego En Adolescentes. Una Revisión Breve**. Recuperado en https://www.researchgate.net/publication/331023704_AUTOLESIONES_NO_SUICIDAS_Y_SU_RELACION_CON_EL_PATRON_DE_APEGO_EN_ADOLESCENTES_UNA_REVISION_BREVE

Martín del Campo, A.; González, C.; Bustamante, J. (2013). **El Suicidio en Adolescentes**. Revista Médica del Hospital General de México, 76, 200-209. Recuperado en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-el-suicidio-adolescentes-X0185106313687322>

Mayer, P.; Nadia Morales, N.; Figueroa, G.; Ulloa, R. (2016). **Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial**. Recuperado en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000300335

Mc Graw Hill. (2000). **Dorland Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina** (29ª edición). Madrid.

Medina, D. (2019). **Factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes en el Hospital III Goyeneche en el año 2015-2018**. Recuperado en <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8236/MDmezadaa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Medina, M.: et al. (2018). **Costos médicos directos por intento de suicidio en pacientes del hospital mental de Antioquia, Colombia**. Recuperado en <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e129/>

Ministerio de Salud. (2015). **Situación de Salud Panamá 2015**. Recuperado en <http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/analisis-de-situacion-de-salud-asis-regiones-ano-2015-y-anteriores>

Mollá, L.; Batlle, S.; Treen, D.; López, J.; Sanz, N.; Martín, L.; Pérez, V.; Bulbena, A. (2015). **Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos.** Recuperado en http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2015-20-1-5020/Autolesiones_no_suicidas.pdf

Narváez, V. (2013). **Autolesiones no suicidas.** Recuperado en <http://www.resiliencia.org/Articulos/A2D55CE4-7405-4B13-8193-476131330A68.html>.

Organización Panamericana de la Salud (2014). **Prevención del suicidio: un imperativo global.** Recuperado de https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2018). **La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018).** Recuperado en <https://www3.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/>

Oviedo, L. (2015). **La escuela: un asidero existencial.** Recuperado en https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/handle/10906/78170

Pantoja, R. y Rodríguez, G. (2017). **Protocolo para la detección, atención, referencia y seguimiento de casos de menores en situaciones de riesgo dentro del sistema educativo.**

Pedreira, Basile. (2010). **Salud Mental Infanto Juvenil: Prioridad de la Humanidad.** Recuperado en <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Salud%20Mental%20Infanto-juvenil%20Prioridad%20de%20la%20Humanidad.pdf>

Pérez, M. et al. (2017). **Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá – Colombia.** Recuperado en <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n1/1794-9998-dpp-13-01-00091.pdf>.

Pérez-Olmos, I. et al. (2007). **Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006.** Recuperado en <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n3/v10n3a02.pdf>

Picazo-Zappino, J. (2014). **El suicidio infanto-juvenil: una revisión.** Recuperado en <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/16/89/ESP/16-89-ESP-125-132-661031.pdf>

Ritzer, G. (2002). **Teoría Sociológica Moderna.** Mc Graw Hill, 5ª edición. Madrid.

Rivera, L. (2014). **Los conflictos familiares como factor de riesgo frente al consumo de drogas en los y las adolescentes del colegio fiscal provincia del Carchi de la ciudad de Guayaquil, 2013.** Recuperado en <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/13221/2/TESIS%20DE%20GRADO%20Lissette%20Amada%20Rivera%20Ortiz.pdf>

Rivera, L. et al. (2020). **Prevalencia y factores psicológicos asociados con conducta suicida en adolescentes. Ensanut 2018-19.** Recuperado en <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiqy4i2rrrvAhUjQzABHcynB3A4FBAWMAB6BAgBEAM&url=https%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2Fsalpubmex%2Fsal-2020%2Fsal206h.pdf&usg=AOvVaw1446VgGgi5t4WkX8PLYgqn>

Rodríguez, M.; Guerrero, S. (2005). **Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario.** Recuperado en <http://psiquiatria.org.co/web/publicaciones/revista-colombiana-de-psiquiatria/volumen-34-n-3-ano-2005/articulos-riginales/frecuencia-y-fenomenologia-de-lesiones-autoinfligidas-en-mujeres-colombianas-con-trastornos-del-comportamiento-alimentario/>

Sánchez, J. (2004). **Orfandades Infantiles y Adolescentes: Introducción a una Sociología de la Infancia.** Recuperado en https://digitalrepository.unm.edu/abya_yala/256/

Santisteban, P. (2015). **Frecuencia y características clínico epidemiológicas del intento de suicidio en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche, Arequipa 2009 – 2013.** Recuperado en FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GOYENECH, AREQUIPA 2009 - 2013 (ucsm.edu.pe)

Suelves, J.; Robert, A. (2012). **La conducta suicida: una mirada desde la salud pública.** Recuperado en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-la-conducta-suicida-una-mirada-S0377473212000879>

Tang, J. et al. (2020). **Global risks of suicidal behaviours and being bullied and their association in adolescents: School-based health survey in 83 countries.** Recuperado en <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2589537019302627?token=C12BCA445560769C085A20C19C14918AC7AC196EE1D3B849802BD382FFC8CD439B585E28C6E81E84ADA6D544F11F305C>

Tarragona, B.; Pérez, C.; Ribas, N. (2018). **Autolesiones sin finalidad autolítica: una revisión sistemática en adolescentes de la comunidad.** Recuperado en <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/12/Tarragona-B-31.pdf>

Trucco, D.; Inostroza, P. (2017). **Las Violencias en el Espacio Escolar.** Recuperado en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41068/1/S1700122_es.pdf.

Ulloa, R.; Contreras, C.; Paniagua, K.; Figueroa, G. (2013). **Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil.** Recuperado en <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n5/v36n5a10.pdf>

Villarroel, J.; Jerez, S.; Montenegro, A.; Montes, C.; Igor, M.; Silva, H. (2013). **Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico.** Recuperado en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000100006

ANEXOS

PRESUPUESTO

Detalle	Cantidad	Costo por unidad (B/.)	Total (B/.)
Materiales y equipos			
<i>Impresión y encuadernación de protocolo</i>	2	4.00	8.00
<i>Reproducción de encuestas</i>	178	0.03	5.34
<i>Impresión y encuadernación de informe final</i>	2	10.00	20.00
Otros			
<i>Movilización</i>		1.50	200.00
<i>Alimentación</i>		3.00	360.00
<i>Horas trabajadas</i>	144	4.28	1,848.96
TOTAL			2,442.30

5. Intento de suicidio previo / anterior: Si: _____ No: _____

Uno: _____

Dos o más: _____

6. Frecuencia de las autolesiones no suicidas: Diariamente _____

De 1 a 3 veces
semanalmente _____

De 4 a 5 veces
semanalmente _____

De 4 o más veces
por mes _____

Ninguna _____

7. Abuso Sexual: Si: _____ No: _____

8. Depresión: Si: _____ No: _____

9. Trastorno Alimentario: Si: _____

No: _____

10. Conflictos Familiares: Si _____

No _____

11. Bullying / Acoso Escolar: Si: _____

No: _____

CÓDIGOS DEL CIE-10

Lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60–X84)	
X60	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos
X61	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte
X62	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte
X63	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo
X64	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados
X65	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al alcohol
X66	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores
X67	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros gases y vapores
X68	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas
X69	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados
X70	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación
X71	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión
X72	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta
X73	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga
X74	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas
X75	Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo
X76	Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas
X77	Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes
X78	Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante
X79	Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo
X80	Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado
X81	Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento
X82	Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor

X83	Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados
X84	Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados
Historia personal de factores de riesgo, no clasificados en otra parte (Z91)	
Z91.5	Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente