

Intento de suicidio en paciente escolar y factores relacionados: reporte de caso

Suicidal attempt in a school-aged patient and related factors: a case report

Rocío Hinojosa-Vega^{1a}, Karmina Elena Rojas-Carrasco^{1b}, Sonia González-Muñiz^{2c}, Leonel Jaramillo-Villanueva^{1d}, Abigail Jiménez-Márquez^{1e}

Resumen

Introducción: el suicidio es un problema de salud pública que se ha incrementado en los últimos años, convirtiéndose en una grave causa de mortalidad principalmente en países de ingresos bajos y medios. Las conductas suicidas son poco frecuentes antes de la adolescencia, por lo que se han descrito diversos factores relacionados. El propósito de este trabajo es describir el caso de un paciente en edad escolar que intentó suicidarse y las causas identificadas que pudieron influir.

Caso clínico: paciente masculino de nueve años puso su vida en riesgo al intentar suicidarse por ahorcamiento en el cuarto de baño. Recibió atención de urgencia y estuvo en la terapia intensiva. Durante su hospitalización fue abordado por el servicio de salud mental. Entre los factores que han sido previamente asociados al intento suicida en la edad escolar que pudieron identificarse en el paciente se encuentran: desintegración familiar, síntomas de episodio depresivo grave, dificultad en el aprendizaje para la lectura y un trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El paciente recibió tratamiento y seguimiento, hasta el día de hoy no ha vuelto a presentar comportamientos suicidas. Actualmente tiene trece años.

Conclusiones: se debe reconocer que los niños en edad escolar pueden presentar comportamientos suicidas, y es importante conocer los factores asociados a este tipo de conductas. Esto, con la finalidad de poder reducir el riesgo, así como otorgar atención y manejo de forma oportuna.

Abstract

Background: Suicide is a public health problem, which has increased in recent years, becoming a serious cause of mortality, mostly in low- and middle-income countries. Suicidal behavior is infrequent before adolescent years, various related factors have been described. The purpose of this work is to describe the case of a patient in school age who attempted suicide and the identified factors that might have contributed.

Clinic case: Nine-year-old male attempted suicide by hanging in the bathroom, endangering his life. He received emergency attention and hospitalized in intensive care. During his hospitalization, the mental health service approached him. Amongst the factors previously associated with suicidal intent during school age and identifiable in the patient are family disintegration, symptoms of major depression episodes, reading-related learning difficulties and attention deficit hyperactivity disorder. The patient received treatment and follow up consultation, without showing any suicidal behavior up to this date. The patient is currently 13 years old.

Conclusions: It must be recognized that children of school age can present suicidal behavior. It is important to acknowledge the factors associated with this kind of behavior, to reduce risks and provide an opportune attention and handling.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund", Servicio de Salud Mental. Ciudad de México, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund", Servicio de Escolares y Adolescentes. Ciudad de México, México

ORCID: 0009-0002-0864-5578^a, 0009-0007-9439-0124^b, 0009-0007-7590-2892^c, 0000-0002-6513-2026^d, 0000-0001-6209-4442^e

Palabras clave
Intento de suicidio
Factores de Riesgo
Niño

Keywords
Suicide, Attempted
Risk Factors
Child

Fecha de recibido: 20/04/2023

Fecha de aceptado: 15/05/2023

Comunicación con:

Rocío Hinojosa Vega

 dra.rociohv@gmail.com

 : 55 5627 6900, extensión 22303

Cómo citar este artículo: Hinojosa-Vega R, Rojas-Carrasco KE, González-Muñiz S *et al.* Intento de suicidio en paciente escolar y factores relacionados: reporte de caso. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(6):875-81. doi: 10.5281/zenodo.10064736

Introducción

El suicidio, definido por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana para la Salud, es el acto de quitarse la vida deliberadamente, iniciado y realizado por la persona en pleno conocimiento o con la expectativa de un resultado fatal;¹ es considerado un problema de salud pública al ser la segunda causa de muerte a nivel mundial en personas de 15 a 29 años de edad.² Más de 60,000 niños y adolescentes en edad de 10 a 19 años en todo el mundo se quitaron la vida en 2016.³ El 78% se llevó a cabo en países de ingresos bajos y medios.² En México, el grupo de mayor riesgo es el de los hombres de 15 a 29 años de edad, con una tasa de 16.2 por cada 100,000 habitantes, ocupando la cuarta causa de muerte en esta población.⁴

Los comportamientos suicidas implican ideación suicida, planificación del suicidio e intentos de suicidio.⁵ Los niños en edad escolar expresan menor deseo de morir en comparación con los adolescentes.^{6,7}

Diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales pueden contribuir al suicidio en la población escolar;³ por ejemplo: antecedentes personales y familiares de psicopatología, conflictos con compañeros o familiares, maltrato infantil, acoso por sus semejantes, influencia de los compañeros y medios de comunicación.^{8,9}

En este reporte se describe el caso de un paciente en edad escolar con intento de suicidio por ahorcamiento, cuya finalidad es dar a conocer las características que presentó, así como los factores que pudieron haber contribuido. El reconocimiento oportuno puede ayudar a un tratamiento adecuado, cuyo propósito es el de disminuir el riesgo.

Caso clínico

Paciente escolar masculino de nueve años con intento de suicidio. Producto de la segunda gesta, no planeado, no deseado, sí aceptado. Se reportó la presencia de preeclampsia a los ocho meses de gestación con manejo farmacológico no especificado, obtenido a término vía abdominal, peso de 3,500 gramos.

Antecedente de traumatismo craneoencefálico a los dos años de edad debido a la caída de una altura aproximada de 50 centímetros, sin pérdida del estado de alerta, ni atención médica. El padre, de 31 años, cursó con síntomas de ansiedad no especificada a los 26 años sin recibir atención; el hermano, de 14 años, reportó dificultad en el rendimiento académico e irritabilidad. Resto interrogado y negado.

La familia fue desintegrada por la separación de los

padres cuando el paciente contaba con tres años, por lo que vivía desde hacía un año en un extenso núcleo familiar con el padre, y conviviendo con la madre en periodo de vacaciones escolares. De bajo nivel socioeconómico.

Aproximadamente una hora previa a su ingreso hospitalario, y posterior a un desacuerdo que tuvo con su hermano, de forma impulsiva el menor se encerró en el cuarto de baño, en donde se enredó la cortina de baño alrededor de su cuello. Al ser encontrado por un familiar, sin tener claro el tiempo transcurrido, se le observó con pérdida del estado de alerta, por lo que fue llevado a una unidad hospitalaria cercana a su domicilio para su atención. A su ingreso se reportó con temperatura de 35 °C, presión arterial de 80/44 mmHg, frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 30 respiraciones por minuto, pulso central débil, pupilas midriáticas, hipertónico, con cianosis generalizada, equimosis en cuello de lado izquierdo y campos pulmonares con rudeza respiratoria, por lo que se procedió a realizar manejo avanzado de vía aérea y apoyo aminérgico con norepinefrina a dosis de 0.2 mcg/kg/min.

Se envió a una unidad de tercer nivel para continuar su atención, en donde se le realizó una tomografía de cráneo en la que se observaron datos de edema leve con disminución del espacio subaracnoideo y pérdida de las circunvoluciones. Se mantuvo con sedoanalgesia y neuroprotección en terapia intensiva pediátrica, siendo extubado cinco días después sin eventualidades. Se inició vía oral tolerando la dieta.

Fue abordado por el servicio de salud mental para la atención e identificación de los factores de riesgo potencialmente relacionados. Durante la estancia en el área hospitalaria se realizó interrogatorio directo al menor, detectándose sintomatología de inicio insidioso, curso crónico, con factor asociado a la separación de los padres y poca convivencia con su madre; presentó cuadro caracterizado por tristeza la mayor parte del tiempo, hiporexia, sueños recurrentes en donde se mira en soledad, con sentimientos de culpa, disminución en la capacidad de pensar y concentrarse (principalmente en el ámbito escolar), pensamientos de muerte, lo que generó disfunción en las áreas familiar, escolar e intento de suicidio realizado días antes. Con base en lo anterior se integró el diagnóstico de episodio depresivo grave, por lo que se inició manejo farmacológico con fluoxetina a 20 mg/día.

En cuanto a la estructura y organización de la familia se encontró que no existía una jerarquía compartida entre ambos padres, con confusión en las líneas de responsabilidad y las reglas de convivencia, sin límites claros, junto con prácticas de crianza ambivalentes que iban desde un estilo autoritario a uno indiferente y una supervisión inadecuada. En cuanto a la comunicación, se observaron pro-

blemas manifestados por incomodidad para la expresión de ideas y sentimientos, que consecuentemente generaron la transmisión de mensajes confusos. El hermano mayor tenía un rol parental ante el paciente. Por consiguiente, la familia mostró disfuncionalidad y se otorgó intervención psicoterapéutica tanto al paciente como a sus familiares.

El paciente egresó quince días posteriores a su admisión en el hospital, al presentar mejoría y estabilidad. Continuó con seguimiento en la consulta externa en donde se detectó la presencia de un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad, el cual, según la madre, era notorio desde la edad de dos años. Esto pudo obstaculizar su desarrollo y funcionamiento, como en el caso de la adquisición de la lectura, ya que presentó dificultades para el aprendizaje (lo consiguió hasta el tercer grado de primaria con ayuda de la Unidad de Apoyo a la Educación Regular, USAER).

En el resultado de las pruebas psicológicas (test de Bender y figura humana) se reportaron indicadores de inmadurez neurológica, lo que apoyó la integración del diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Se inició manejo con metilfenidato 20 mg/día.

Respecto a su evolución se observó mejoría de la sintomatología, por lo que tras un año de seguimiento se egresó a su Hospital General de Zona para continuar vigilancia (figura 1). Actualmente, el menor se ha mantenido con remisión de síntomas afectivos, estabilidad en síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad y sin presentar comportamientos suicidas.

Discusión

Aunque existen varios estudios en la literatura que documentan el suicidio es limitada al abordar el fenómeno en los menores de diez años. En el cuadro I se presentan algunos de los casos reportados de intento de suicidio en escolares. Hasta donde sabemos, este es el primer caso clínico reportado en México de un paciente menor de 10 años con intento de suicidio. No obstante, es muy probable que existan casos similares que no han sido reportados formalmente.

Existe la creencia de que los niños no entienden completamente las implicaciones de sus acciones y, en consecuencia, son incapaces de suicidarse. El estudio de Mishara¹³ documentó que los escolares de entre ocho a nueve años, generalmente comprenden bastante bien el suicidio, además de que son capaces de nombrar al menos un medio para realizarlo. De igual forma, sugirió que desarrollan un conocimiento de este a partir de tres fuentes: discutiendo el tema con otros chicos de su propia edad o mayores, al

haberlo visto en la televisión y a través de una experiencia directa de la muerte suicida de un familiar o amigo. Por su parte, Jiménez *et al.*⁹ dan importancia a considerar que los niños pueden intentar suicidarse, presentando una intencionalidad consciente ante el hecho. No obstante, también puede ser un acto involuntario en respuesta al desinterés paternal, la inconformidad, la sensación de abandono, las dificultades escolares, la alteración del estado de ánimo, entre otros factores.

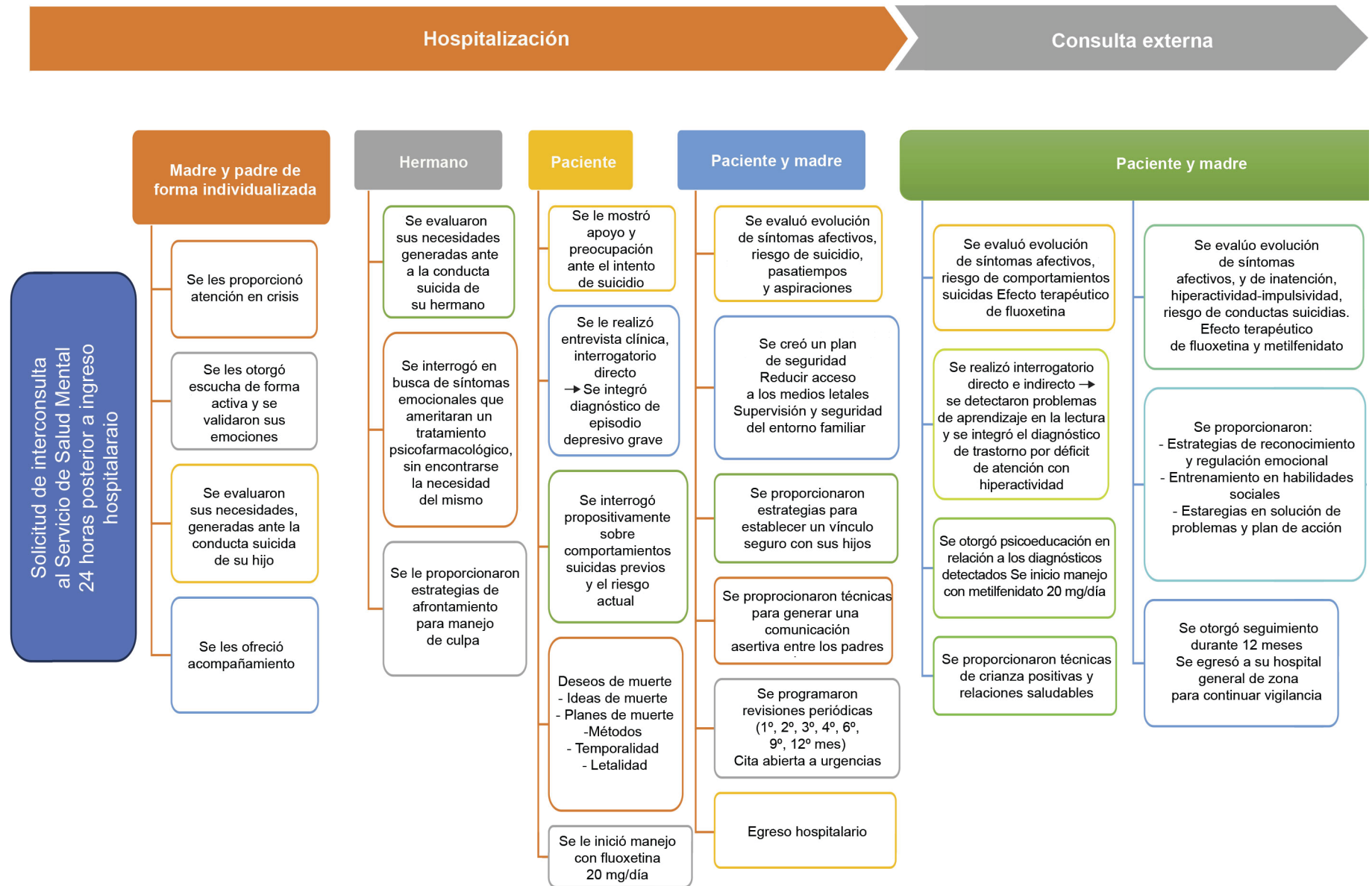
No debe subestimarse el desarrollo cognitivo de los niños, ya que los menores han mostrado dificultades para juzgar y manejar circunstancias estresantes debido a la inmadurez de la corteza frontal. La impulsividad, derivada en parte de la inmadurez cerebral, es una característica de este ciclo de vida y está estrechamente relacionada con el riesgo de intentos de suicidio.⁶

El número de intentos de suicidio es de 10 a 30 veces mayor en comparación con los suicidios.² Los jóvenes que hacen la transición de la ideación al intento de suicidio lo realizan durante el primer y segundo año posteriores al inicio de la ideación.⁷ La ideación y el intento de suicidio son más comunes en las mujeres, quienes presentan casi el doble de riesgo de intento de suicidio que en los varones.^{3,14} El antecedente de comportamiento suicida es un predictor significativo de un siguiente intento suicida. Específicamente, se ha reportado un riesgo de 4.8 veces de un nuevo intento suicida en los siguientes dieciocho meses al evento.¹⁵ Otra investigación realizada en jóvenes hospitalizados por comportamiento suicida encontró que aquellos que presentaban ideas suicidas de forma persistente en los doce meses posteriores al alta tenían dos veces más probabilidades de nuevos intentos de suicidio al compararse con los jóvenes cuya ideación suicida disminuyó.^{15,16} En nuestro caso, el seguimiento fue de doce meses, con indicación de continuar su atención en el hospital general de zona, sin presentar nuevos eventos relacionados con comportamientos suicidas.

En lo que respecta a los métodos utilizados, el uso de objetos afilados es más habitual entre los adolescentes en comparación con los adultos, mientras que el ahorcamiento/asfixia es más común entre los niños que en los adolescentes,⁷ como es el caso del paciente presentado en este trabajo. Este mecanismo está asociado con una gravedad suficiente como para justificar la admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, ya que está relacionado con una mayor letalidad.¹⁷

El comportamiento suicida, en general, nunca es el resultado de un solo factor, dado que no existen factores que desempeñen un papel causal, sino correlatos y factores de riesgo asociados a estas conductas. No obstante,

Figura 1 Abordaje de atención en el caso clínico por parte del servicio de salud mental



Fuente: elaboración propia a partir de la estrategia de atención y tratamiento otorgado al paciente con conducta suicida y a sus familiares

Cuadro I Casos de intentos de suicidio en escolares

País	Año	Sexo	Edad	Breve descripción del caso
Turquía ¹⁰	2009	Femenino	8 años	Paciente con diagnóstico de TDAH, quien tenía problemas con sus padres, hermanos y compañeros. Realizó intento de suicidio al ingerir tabletas de metilfenidato (210 mg)
Turquía ¹¹	2011	Femenino	9 años	Paciente con antecedente de crisis tónico generalizada. Luego de discutir con su novio realizó intento de suicidio al ingerir tabletas de valproato de magnesio (9800 mg)
Estados Unidos ¹²	2012	Masculino	8 años	Paciente con antecedente de linfoma linfoblástico de células B. Posterior a un conflicto con sus padres, realizó intento de suicidio al ingerir 15 tabletas de ondansetrón (60 mg)

la ausencia evidente de factores de riesgo no puede interpretarse como inexistentes. En el caso reportado se encontraron diversos factores de riesgo que podrían conllevar al intento de suicidio.

Uno de los factores que se pudieron detectar fue el divorcio y separación de los padres, el cual es un evento con alto nivel de estrés para toda la familia. Se ha descrito que las personas afectadas por la separación de los padres tienen un mayor riesgo de desarrollar una variedad de alteraciones en su salud mental, como depresión y sentimientos de soledad y de tristeza, que pueden conllevar a la ideación e intento de suicidio.^{18,19}

Es importante mencionar que en circunstancias en las que los jóvenes perciben un impacto negativo en la separación de sus padres, pueden experimentar una mayor sensibilidad para generar comportamiento agresivo e inadaptado.²⁰

Como comentamos anteriormente, en la presentación del caso se pudo observar que el paciente tenía bajos niveles de logro educativo, que se manifestaron en la dificultad para la consolidación de la lectura, siendo un signo de alerta a considerar en la atención o valoración especializada. De acuerdo con Sousa *et al.*⁶ presentar niveles bajos de logro educativo es un factor que suele estar asociado con niveles más elevados de riesgo suicida en los jóvenes.

Varios estudios han demostrado que presentar un trastorno mental aumenta de 3 a 12 veces más la probabilidad de intento de suicidio;^{3,8,21} mientras que tener dos o más diagnósticos psiquiátricos incrementa significativamente las probabilidades.²¹ En nuestro paciente se identificaron dos trastornos mentales: un episodio depresivo grave y un TDAH. Los trastornos afectivos son los más comunes, se ha descrito que la mitad de los suicidios están relacionados con trastornos depresivos,² padecimiento que se observó en el caso descrito. El trastorno psiquiátrico es particularmente relevante en los adolescentes varones, en quienes la conducta suicida se relaciona con la psicopatología desde los ocho años.¹⁹

En cuanto a la conducta suicida en pacientes con TDAH, Restrepo Bernal *et al.*²² refirieron que el 50% de los adolescentes suicidas sufrían de algún trastorno mental al momento de la muerte, con una evolución mínima de dos años, y que, independientemente de la presentación, predicen el inicio de la depresión y/o comportamiento suicida entre cinco y trece años antes. Asimismo, se han informado de una probabilidad cuatro veces mayor de tener TDAH para las personas que habían intentado suicidarse he infligido autolesión.³ Estudios observacionales han indicado un mayor riesgo de suicidio entre los pacientes jóvenes con TDAH en comparación con la población general, con el género masculino y con la presencia de comorbilidades psiquiátricas, principalmente trastornos de conducta y depresión, siendo los principales factores de riesgo de suicidio; componentes que se pudieron detectar en el caso comentado.²³ Por consiguiente, es importante evaluar en los menores que cursan con TDAH la presencia de comorbilidades, especialmente en lo que respecta a los síntomas depresivos, debido a la correlación significativa que tiene con la ideación e intento suicida.³

En todos los niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos deben buscarse activamente los comportamientos suicidas en cada cita médica. Existen herramientas, como el *Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)*, validada para su uso en jóvenes, que ayudan en la detección del riesgo de suicidio.²⁴ De manera que, si se observa más de un factor de riesgo para un paciente en particular, se debería aumentar el nivel de preocupación y atención por parte del equipo de salud. La presencia de comportamiento suicida es un marcador de trastornos psiquiátricos, y la psicopatología asociada debe tratarse para prevenir el suicidio.

El comportamiento suicida en este grupo de edad es complejo y responde a la interacción de diversos factores, como los observados en el caso del paciente, desde una perspectiva de manejo y prevención, los factores de riesgo más importantes a considerar son aquellos que son modificables, por ejemplo, los problemas de relación familiar, los trastornos mentales, el estado de ánimo, y las circunstancias escolares.²⁵

Conclusiones

La literatura destaca que la conducta suicida en la edad escolar es poco frecuente. Sin embargo, es importante reconocer su existencia. De esta manera, todos los profesionales de la salud debemos estar capacitados para reconocer los signos de riesgo de comportamientos suicidas en los niños, con el objetivo de brindar apoyo de manera oportuna, compasiva y libre de estigmas.

Agradecimientos

Agradecemos al personal del Hospital de Pediatría “Dr. Silvestre Frenk Freud” del Centro Médico Nacional SXXI por

la atención, además de los cuidados otorgados al paciente y a sus familiares.

Agradecemos al Dr. Juan Carlos Núñez Enríquez, a la Dra. Yazmín del Carmen Fuentes Pacheco, a la Lic. Lissette Gómez Rivera por las aportaciones y facilidades otorgadas para la realización del proyecto.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

- Rangel-Villafaña JN, Jurado-Cárdenas S. Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicol y Salud*. 2021;32(1):39-48. doi: 10.25009/pys.v32i1.2709
- Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1-23. doi: 10.3390/ijerph15071425.
- Wasserman D, Carli V, Iosue M, et al. Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia Pac Psychiatry*. 2021;13(3):1-17. doi: 10.1111/appy.12452
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Comunicado de prensa 503/22. Ciudad de México: INEGI; 2022. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf
- Lim KS, Wong CH, McIntyre RS, et al. Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22):1-26. doi: 10.3390/ijerph16224581
- SousaGSde, SantosMSPdos, SilvaATPda, et al. Suicide in childhood: a literatura review. *Cien Saude Colet*. 2017;22(9):3099-110. doi: 10.1590/1413-81232017229.14582017
- Cha CB, Franz PJ M, Guzmán E, et al. Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59(4):460-82. doi: 10.1111/jcpp.12831
- Zhu S, Li X, Wong PWC. Risk and protective factors in suicidal behaviour among young people in Hong Kong: A comparison study between children and adolescents. *Psychiatry Res*. 2023;321:1-11. doi: 10.1016/j.psychres.2023.115059
- Jiménez M, Hidalgo J, Camargo C, et al. El intento de suicidio en la población pediátrica, una alarmante realidad. *Rev Cienc Salud*. 2014;12(1):59-92. doi: dx.doi.org/10.12804/revsalud12.1.2014.05
- Fettahoglu EC, Satilmis A, Gokcen C, et al. Oral megadose methylphenidate ingestion for suicide attempt. *Pediatr Int*. 2009; 51(6):844-5. doi: 10.1111/j.1442-200X.2009.02929.x
- Colak A, Memis D, Guzel A, et al. Valproic acid intoxication with suicide attempt in a pediatric patient. *Pediatr Int*. 2011;53(5):781-83. doi: 10.1111/j.1442-200X.2011.03359.x
- Ghafouri N, Darracq MA, Cantrell FL. Ondansetron-associated hypotension following pediatric self-poisoning. *Pediatr Emerg Care*. 2012;28(6):596-7. doi: 10.1097/PEC.0b013e318258c13b
- Mishara BL. Conceptions of death and suicide in children ages 6-12 and their implications for suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav*. 1999;29(2):105-18. doi: 10.1111/j.1943-278X.1999.tb01049.x
- Breslin K, Balaban J, Shubkin CD. Adolescent suicide: what can pediatricians do? *Curr Opin Pediatr*. 2020;32(4):595-600. doi: 10.1097/MOP.0000000000000916
- Ruch DA, Bridge JA. Epidemiology of Suicide and Suicidal Behavior in Youth. In: Ackerman JP, Horowitz LM, eds. *Youth Suicide Prevention and Intervention*. North Carolina, USA: Springer; 2022. p. 3-12. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-06127-1_1#citeas
- Czyz EK, King CA. Longitudinal Trajectories of Suicidal Ideation and Subsequent Suicide Attempts Among Adolescent Inpatients. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2015;44(1):181-93. doi: 10.1080/15374416.2013.836454
- McCluskey CK, Klein MJ, Steward SC, et al. Suicide and Self-Harm in Children and Adolescents Admitted to PICUs in the United States. *Pediatr Crit Care Med*. 2022;23(1):e66-70. doi: 10.1097/PCC.0000000000002836
- Çaksen H. The effects of parental divorce on children. *Psychiatriki*. 2022;33(1):81-2. doi: 10.22365/jpsych.2021.040
- Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834):2373-82. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5
- Knipe D, Padmanathan P, Newton-Howes G, et al. Suicide and self-harm. *Lancet*. 2022;399(10338):1903-16. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00173-8
- Becker M, Correll CU. Suicidality in Childhood and Adolescence. *Dtsch Arztebl Int*. 2020; 117(15):261-7. doi: 10.3238/arztebl.2020.0261
- Restrepo-Bernal D, Bonfante-Olivares L, Torres de Galvis Y, et al. Comportamiento suicida de adolescentes

- con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Medellín (Colombia), 2011-2012. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2014;43(4):186-93. doi: 10.1016/j.rcp.2014.08.001
23. Giupponi G, Giordano G, Maniscalco I, et al. Suicide risk in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Danub.* 2018;30(1):2-10. doi: 10.24869/psyd.2018.2
24. Brahmhatt K, Kurtz BP, Afzal KI, et al. Suicide Risk Screening in Pediatric Hospitals: Clinical Pathways to Address a Global Health Crisis. *Psychosomatics.* 2019;60(1):1-9. doi: 10.1016/j.psych.2018.09.003
25. Hawton K, Lascelles K, Pitman A, et al. Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *Lancet Psychiatry.* 2022;9(11):922-8. doi: 10.1016/S2215-0366(22)00232-2