



REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL Y ADOLESCENTE

ISSN 1578-1062

Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1-20

Este artículo está bajo una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

Artículos originales

Profil épidémiologique des tentatives de suicide chez les adolescents : étude rétrospective au CHU Mohammed VI de Marrakech (2021-2025)

Epidemiological profile of suicide attempts among adolescents: a retrospective study at the Mohammed VI University Hospital in Marrakesh (2021–2025)

Perfil epidemiológico de las tentativas de suicidio en adolescentes : estudio retrospectivo en el Hospital Universitario Mohammed VI en Marrakesh (2021-2025)

Majda Hafissi⁽¹⁾, **Bouchra Aabbassi**^(1,2), **Fatiha Manoudi**⁽³⁾

(1) Équipe universitaire de pédopsychiatrie, CHU Mohamed VI de Marrakech, Maroc.

(2) Centre de recherche " Santé, enfance et développement" Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Maroc, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

(3) Équipe de recherche pour la santé mentale, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Marrakech, Universidad Cadi Ayyad, Marrakech, Marruecos

RÉSUMÉ

Objectif. Établir le profil épidémiologique, clinique et évolutif des tentatives de suicide chez les adolescents pris en charge au service de pédopsychiatrie du CHU Mohammed VI de Marrakech. **Matériel et méthodes.** Étude

rétrospective monocentrique portant sur 131 adolescents âgés de 10 à 17 ans, hospitalisés ou suivis pour tentative de suicide entre janvier 2021 et décembre 2025. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et analysées par le logiciel SPSS version 27. **Résultats.** L'âge moyen était de $14,71 \pm 1,38$

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ISSN 1578-1062

Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1-19

Este artículo está bajo una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

ans avec une nette prédominance féminine (82,4 %). Les méthodes les plus utilisées étaient l'intoxication médicamenteuse (40,5 %) et les méthodes violentes (53,4 %). Un conflit familial était le facteur déclenchant principal (63,4 %). Une dépression chronique était retrouvée dans environ 40 % des cas. La prise en charge était ambulatoire intensive dans 61,8 % des cas avec une évolution favorable dans la majorité des patients. **Conclusion.** Les tentatives de suicide chez les adolescents à Marrakech s'inscrivent dans un contexte de vulnérabilité multifactorielle dominée par les troubles dépressifs et la dysfonction familiale. Un renforcement de la prévention et de la coordination des soins est nécessaire.

Mots-clés : Tentative de suicide, Adolescent, Épidémiologie, Pédopsychiatrie, Marrakech

ABSTRACT

Objective. To establish the epidemiological, clinical and outcome profile of suicide attempts among adolescents managed in the child and adolescent psychiatry department of

RESUMEN

Objetivo. Determinar el perfil epidemiológico, clínico y evolutivo de los intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría infantil del Hospital Universitario Mohammed VI de Marrakech. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo monocéntrico realizado con 131 adolescentes de entre 10 y 17 años, hospitalizados o en seguimiento por intento de suicidio entre enero de 2021 y diciembre de 2025. Los datos se recopilaron a partir de los historiales médicos y se analizaron con el programa SPSS, versión 27. **Resultados.** La edad media fue de $14,71 \pm 1,38$ años, con un claro predominio femenino (82,4 %). Los métodos más utilizados fueron la intoxicación medicamentosa (40,5 %) y los

Mohammed VI University Hospital in Marrakech. **Methods.** Retrospective single-centre study of 131 adolescents aged 10 to 17 years, hospitalised or followed for a suicide attempt between January 2021 and December 2025. Data were collected from medical records and analysed with SPSS version 27. **Results.** Mean age was 14.71 ± 1.38 years with a marked female predominance (82.4 %). The most frequent methods were medication overdose (40.5 %) and violent methods (53.4 %). Family conflict was the main precipitating factor (63.4 %). Chronic depression was found in approximately 40 % of cases. Intensive outpatient care was provided in 61.8 % of cases, with a favourable outcome in the majority of patients. **Conclusion.** Suicide attempts among adolescents in Marrakech occur in a multifactorial context of vulnerability dominated by depressive disorders and family dysfunction. Strengthening primary and secondary prevention, as well as improving care coordination, is required.

Keywords: Suicide attempt, Adolescent, Epidemiology, Child and adolescent psychiatry, Marrakech

métodos violentos (53,4 %). El principal factor desencadenante fue un conflicto familiar (63,4 %). Se observó depresión crónica en aproximadamente el 40 % de los casos. El tratamiento fue ambulatorio intensivo en el 61,8 % de los casos, con una evolución favorable en la mayoría de los pacientes. **Conclusión.** Los intentos de suicidio entre los adolescentes de Marrakech se inscriben en un contexto de vulnerabilidad multifactorial en el que predominan los trastornos depresivos y la disfunción familiar. Es necesario reforzar la prevención y la coordinación de la atención sanitaria.

Palabras clave: Intento de suicidio, Adolescente, Epidemiología, Psiquiatría infantil, Marrakech

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ISSN 1578-1062

Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1-19

Este artículo está bajo una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el periodo de la vida comprendido entre los 10 y los 19 años (OMS, 2024) y constituye una etapa crucial del desarrollo humano, marcada por importantes cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Aunque ofrece numerosas oportunidades de crecimiento y de construcción de la identidad, este periodo también representa un momento de mayor vulnerabilidad ante los trastornos de salud mental (Moreau, 2024).

En este contexto, las conductas suicidas constituyen un grave problema de salud pública. La crisis suicida se define como un proceso temporal y reversible de agotamiento psíquico del sujeto, cuyo riesgo evolutivo es la comisión del acto suicida (Federación Francesa de Psiquiatría [FFP], 2000).

A nivel mundial, el suicidio representa la tercera causa de mortalidad entre las personas de 15 a 29 años (OMS, 2026).

En Marruecos, los datos de la encuesta Global School-based Student Health Survey (GSHS) de 2016 revelan una elevada prevalencia de conductas suicidas entre los adolescentes: el 16,0 % declaró haber tenido pensamientos suicidas graves y el 14,6 % un plan suicida en los últimos 12 meses, con tasas de intentos de suicidio especialmente

preocupantes, sobre todo entre las chicas (Tom y Mahfoud, 2022).

Los datos nacionales sobre los suicidios consumados siguen siendo limitados; según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), la tasa de mortalidad por suicidio en Marruecos se estimaba en 3,0 por cada 100 000 habitantes en 2021, pero es probable que estas cifras estén subestimadas debido a la falta de notificación relacionada con factores culturales y religiosos. La región de Marrakech-Safi cuenta con más de 4,5 millones de habitantes, entre los que hay una proporción importante de adolescentes. El Hospital Universitario Mohammed VI de Marrakech es el principal centro de referencia en psiquiatría infantil en el sur de Marruecos. El servicio de psiquiatría infantil se encarga de las consultas, el seguimiento ambulatorio y la evaluación de las urgencias psiquiátricas infantiles. A día de hoy, no existe en Marrakech ninguna unidad de hospitalización dedicada a la psiquiatría infantil; por lo tanto, los adolescentes que requieren hospitalización son derivados a centros que dispongan de servicios de hospitalización psiquiátrica infantil.

En la unidad ambulatoria de psiquiatría infantil universitaria del CHU Mohammed VI de Marrakech, hemos observado un aumento en el número de casos atendidos por intento de suicidio entre adolescentes. Sin embargo, a pesar de esta realidad clínica, se han realizado pocos estudios a nivel local para describir con precisión el

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ISSN 1578-1062

Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1-19

Este artículo está bajo una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

perfil epidemiológico de estos intentos en la región. En el marco de este trabajo, hemos decidido estudiar los casos clínicos de adolescentes cuya crisis suicida ha desembocado en un intento de suicidio.

El objetivo del presente trabajo es establecer el perfil epidemiológico de los intentos de suicidio entre los adolescentes de Marrakech, describiendo sus características sociodemográficas, los métodos utilizados, los factores de riesgo asociados, las circunstancias en las que se produjeron, así como los aspectos clínicos y evolutivos. Este estudio pretende aportar datos locales útiles para mejorar la detección precoz, la atención y la prevención de las conductas suicidas en nuestro contexto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio y periodo

Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo monocéntrico que abarca un periodo de cinco años, desde el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2025.

Población del estudio

Se incluyeron todos los adolescentes de entre 10 y 17 años atendidos en la unidad ambulatoria de psiquiatría infantil universitaria del CHU Mohammed VI de Marrakech por intento de suicidio.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes mayores de 17 años y casos de conductas autolesivas sin una clara intención suicida.

La elección del límite de edad superior a los 17 años se debe a la organización de las vías asistenciales en el CHU de Marrakech: los pacientes de 17 años o más son derivados a los servicios de psiquiatría para adultos. Por lo tanto, los adolescentes de entre 17 y 19 años no se incluyeron en esta serie de psiquiatría infantil.

Recopilación de datos

Los datos se recopilaron a partir de los historiales médicos archivados. Se elaboró un formulario de recopilación estandarizado que incluía las siguientes variables:

- Datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico, situación familiar);
- Antecedentes personales y familiares;
- Características del entorno familiar y relacional (conflictos, maltrato, comunicación familiar);
- Características del intento de suicidio (factor desencadenante, planificación, método utilizado, letalidad percibida, comunicación previa);
- Diagnóstico psiquiátrico establecido, tratamiento y evolución.
- El nivel socioeconómico se evaluó de forma cualitativa a partir de la información disponible en el expediente (profesión de los padres, cobertura social, lugar de residencia, menciones explícitas de precariedad) y se clasificó como «bajo» o «medio».

- Se consideró que existía maltrato cuando estaba documentado en el expediente (declaración del adolescente, de los padres o de un tercero, o constatación clínica).

Análisis estadístico

Los datos se introdujeron y analizaron mediante el programa SPSS, versión 27.0. Las variables cualitativas se expresaron en e os efectivos y porcentajes. Las variables cuantitativas se describieron mediante su media $\pm$ desviación estándar.

Las variables cualitativas que podían incluir varias respuestas (en particular, los síntomas clínicos, los factores desencadenantes, los antecedentes y los tipos de maltrato) se trataron como variables de respuesta múltiple, lo que permitió que un mismo paciente se contabilizara en varias categorías para una misma variable.

No se realizó ningún análisis bivariado debido al carácter descriptivo del estudio.

Aspectos éticos

Se respetaron estrictamente el anonimato y la confidencialidad de los datos, con el consentimiento de los pacientes y sus familias para el uso de los datos clínicos con fines de investigación y publicación. El estudio se ajustó a los principios de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

1. Características generales de la población

Nuestro estudio se centra en 131 adolescentes de entre 10 y 17 años atendidos por intento de suicidio en la unidad ambulatoria de psiquiatría infantil universitaria del Hospital Universitario Mohammed VI de Marrakech entre enero de 2021 y diciembre de 2025. La edad media de los pacientes es de $14,71 \pm 1,38$ años, con dos picos de frecuencia a los 16 años (35,9 %) y a los 15 años (28,2 %). La población es mayoritariamente femenina (82,4 % frente al 17,6 % de chicos). **Tabla 1**

2. Plazo de atención y servicio de referencia

En el momento del ingreso, el tiempo medio transcurrido entre el intento de suicidio y la atención en psiquiatría infantil es de $5,63 \pm 11,89$ días. Casi la mitad de los adolescentes (46,6 %) son atendidos el mismo día del intento, mientras que el 61,1 % lo son en los dos primeros días.

Los servicios de derivación son principalmente los servicios de urgencias pediátricas del CHU (35,1 %), seguidos de los médicos de cabecera (20,6 %), los servicios de pediatría del CHU (14,5 %), el servicio de reanimación pediátrica (7,6 %), medicina forense (3,8 %) y adicciones (3,1 %), mientras que el 15,3 % de los pacientes proceden de otros servicios.

3. Perfil sociodemográfico

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ISSN 1578-1062

Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1-19

Este artículo está bajo una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

Desde el punto de vista sociodemográfico, el 6,9 % de los adolescentes cursa educación primaria, el 51,1 % cursa educación secundaria, el 22,9 % cursa

bachillerato y el 19,1 % ha abandonado los estudios. El nivel socioeconómico se considera bajo en el 58 % de los casos y medio en el 42 % de los casos.

Tabla 1. Características sociodemográficas

Variable	n	%
Edad (años)		
10 años	2	1,5
11 años	2	1,5
12 años	7	5,3
13 años	10	7,6
14 años	26	19,8
15 años	37	28,2
16 años	47	35,9
Media $\pm$ desviación estándar	14,71 $\pm$ 1,38	—
Sexo		
Femenino	108	82,4
Masculino	23	17,6
Nivel educativo actual		
Primaria	9	6,9
Secundaria	67	51,1
Instituto	30	22,9
Abandono escolar	25	19,1
Nivel socioeconómico (evaluación clínica)		
Bajo	76	58,0
Medio	55	42,0
Puesto en la familia		
Mayor	52	39,7
Medio	41	31,3
Cadete	26	19,8
Hijo único	12	9,2
Situación familiar de los padres		
Padres casados que viven juntos	74	56,5
Padres divorciados	37	28,2
Huérfano (uno o ambos padres)	12	9,2
Padres separados pero no divorciados	8	6,1

4. Antecedentes personales y familiares

Los antecedentes personales y familiares revelan una vulnerabilidad importante. Un tercio de los adolescentes (33,6 %) ya ha

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ISSN 1578-1062

Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1-19

Este artículo está bajo una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

presentado al menos un intento de suicidio previo, con un desglose de 1 intento (11,5 %), 2 intentos (12,2 %) y 3 intentos (9,2 %). El 29,8 % de los pacientes presenta autolesiones no suicidas. Se observan antecedentes psiquiátricos personales en el 41,2 % de los casos, entre los que predomina el trastorno depresivo mayor (31,3 %). El 17,6 % de los adolescentes tiene antecedentes de consumo de sustancias, principalmente cannabis y

tabaco. Se registran antecedentes médicos en el 8,4 % de los casos, en particular epilepsia, hipotiroidismo, diabetes insípida o de tipo 1, enfermedad de Behçet, e , asma crónica, obesidad y ciertas enfermedades autoinmunes. En el ámbito familiar, se observan antecedentes psiquiátricos en el 32,8 % de las familias, principalmente depresión materna; los antecedentes de suicidio o intento de suicidio en la familia son poco frecuentes (2,3 %). **Tabla 2.**

Tabla 2. Antecedentes personales y familiares

Variable	n	%
Intento de suicidio previo		
No	87	66,4
Sí	44	33,6
Número de intentos de suicidio anteriores (entre los 44)		
1	15	11,5*
2	16	12,2*
3	12	9,2*
5	1	0,8*
Autolesiones no suicidas		
No	92	70,2
Sí	39	29,8
Antecedentes psiquiátricos personales		
Ninguno (sin antecedentes)	77	58,8
Trastorno depresivo mayor	41	31,3
Trastorno ansioso-depresivo	4	3,1
Trastorno de conducta	4	3,1
Esquizofrenia	2	1,5
Trastorno por atracón (TPA)	1	0,8
Estructuración patológica límite	1	0,8
TOC	1	0,8
Antecedentes de intoxicación		
No	108	82,4
Sí	23	17,6
Antecedentes médicos		
No	120	91,6
Sí	11	8,4
Antecedentes psiquiátricos familiares		
No	88	67,2
Sí	43	32,8
Vínculo familiar (entre los 43)		
Pariente de primer grado	34	26,0*
Tío (paterno o materno)	3	2,3*
Otros (tías, primos, abuela, hermana...)	6	4,6*
Antecedentes de intentos de suicidio o suicidio consumado en la familia		
No	128	97,7
Sí	3	2,3

* Porcentajes calculados sobre el conjunto de la cohorte (N = 131).

5. Entorno familiar y relacional

En cuanto a la situación familiar, el 56,5 % vive con sus dos padres casados y que conviven, el 28,2 % tiene padres divorciados, el 9,2 % es huérfano de uno o ambos padres y el 6,1 % tiene padres separados sin divorcio. El entorno familiar y relacional está muy alterado. Se registran conflictos entre los padres o violencia doméstica en el 61,1 % de los casos, con una frecuencia diaria en el 14,5 % y frecuente en el 40,5 %. La comunicación familiar se considera mala o inexistente en el 55,7 % de

los casos, media en el 38,9 % y buena en solo el 5,3 %. El apoyo parental se percibe como insuficiente en el 88,5 % de los adolescentes. Las dificultades relacionales con los compañeros (acoso escolar o aislamiento) afectan al 40,5 % de los pacientes. Los antecedentes de maltrato, en todas sus formas, son muy frecuentes (90,1 %), con un predominio del maltrato psicológico (91,6 %), físico (56,5 %) y sexual (22,1 %).

Tabla 3

Tabla 3. Entorno familiar y relacional

Variable	n	%
Conflictos entre los padres / violencia doméstica		
No	51	38,9
Sí	80	61,1
Frecuencia de los conflictos (entre los 80)		
Frecuentemente	53	40,5*
Diario	19	14,5*
Ocasional	8	6,1*
Comunicación familiar		
Buena	7	5,3
Media	51	38,9
Mala / inexistente	73	55,7
Apoyo parental percibido		
Suficiente	15	11,5
Insuficiente	116	88,5
Dificultades en las relaciones con los compañeros		
No	78	59,5
Sí (acoso escolar, aislamiento...)	53	40,5
Antecedentes de maltrato (cualquier forma)		
No	13	9,9
Sí	118	90,1
Maltrato físico		
No	57	43,5
Sí	74	56,5
Maltrato psicológico		
No	11	8,4
Sí	120	91,6
Abuso sexual		
No	102	77,9
Sí	29	22,1

* Porcentajes calculados sobre el conjunto de la cohorte (N = 131).

6. Características del intento de suicidio y orientación inicial

En cuanto a las características del intento de suicidio en sí, el plan se establece y se planifica en el 62,6 % de los casos. El acceso al medio utilizado es fácil en el 96,2 % de las situaciones. El 63,4 % de los adolescentes es consciente de la letalidad del método, el 25,2 % tiene dudas al respecto y el 11,5 % desconoce este aspecto. Se identifica un factor desencadenante en el 77,1 % de los casos, principalmente un conflicto familiar (63,4 %), seguido del acoso (6,9 %) y los problemas sentimentales (6,1 %). Los pensamientos suicidas rara vez se comunican antes del acto (0,8 %). Los síntomas psiquiátricos en los días o semanas previos están dominados por la irritabilidad (35,9 %), el aislamiento (9,2 %) y la tristeza (5,3 %). En el 21,4 % de los intentos se observan consecuencias somáticas graves (coma, dificultades cardiorrespiratorias o secuelas

neurológicas). Más de la mitad de los pacientes (52,7 %) pasan por un servicio somático (urgencias, 30,5 %; pediatría o reanimación) antes de ser derivados a psiquiatría infantil.

El método más frecuente es la intoxicación por medicamentos (40,5 %), seguido de la ingestión de sustancias tóxicas o cáusticas (18,3 %), el ahorcamiento (11,5 %), las flebotomías o cortes profundos (11,5 %), el salto desde una altura considerable (9,9 %) y el uso de armas blancas (4,6 %). En el 53,4 % de los casos se utiliza un método clasificado como violento (cualquier método distinto de la intoxicación farmacológica pura). La intención declarada es el deseo de morir en el 55 % de los casos, una petición de ayuda o un mensaje a las personas cercanas en el 17,6 %, ejercer presión sobre la familia en el 14,5 %, mientras que otros motivos son menos frecuentes. **Tabla 4.**

Tabla 4. Características del intento de suicidio

Variable	n	%
Plazo entre el intento de suicidio y el ingreso en psiquiatría infantil (días)		
1 día	61	46,6
2 días	19	14,5
3 días	20	15,3
4-7 días	16	12,2
≥ 8 días	15	11,5
Media ± desviación estándar	5,63 ± 11,90	—

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ISSN 1578-1062

Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1-19

Este artículo está bajo una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

Tabla 4. Características del intento de suicidio (continuación de la tabla)

Servicio de referencia		
Urgencias pediátricas	46	35,1
Médico generalista	27	20,6
Pediatría del CHU	19	14,5
Reanimación pediátrica	10	7,6
Medicina forense	5	3,8
Adictología	4	3,1
Otros	20	15,3
Método utilizado		
Intoxicación por medicamentos	53	40,5
Ingestión de sustancias tóxicas o cáusticas	24	18,3
Ahorcamiento	15	11,5
Flebotomía / cortes profundos	15	11,5
Salto desde una altura considerable	13	9,9
Arma blanca	6	4,6
Intoxicación por medicamentos + salto	2	1,5
Otros (omisión de la insulina, rechazo a alimentarse, tirarse delante de un tren)	3	2,3
Método clasificado como violento (excluida la intoxicación medicamentosa pura)		
No	61	46,6
Sí	70	53,4
Escenario establecido y planificado		
No	49	37,4
Sí	82	62,6
Pensamientos suicidas comunicados antes del acto		
No	130	99,2
Sí	1	0,8
Fácil acceso por medios		
No	5	3,8
Sí	126	96,2
Conciencia de la letalidad del medio		
Sí	83	63,4
No estoy seguro	33	25,2
No	15	11,5
Se ha identificado el factor desencadenante		
No	30	22,9
Sí	101	77,1

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ISSN 1578-1062

Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1-19

Este artículo está bajo una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

Continuación de la tabla. 4		
Naturaleza del factor desencadenante (de entre los 101)		
Conflicto familiar	83	63,4*
Acoso	9	6,9*
Conflicto sentimental	8	6,1*
Fracaso escolar	1	0,8*
Consecuencias somáticas graves (coma, reanimación, secuelas)		
No	103	78,6
Sí	28	21,4
Intención declarada		
Deseo de morir	72	55,0
Petición de ayuda / mensaje a los allegados	24	18,3
Presionar a la familia	19	14,5
Huir de un sufrimiento insoportable	11	8,4
Contexto delirante / otros	5	3,8

8. Diagnóstico, tipo de crisis (Tabla 5)

El tipo de crisis se considera psicopatológica en el 57,3 % de los casos, psicosocial en el 35,1 % y psicotraumática en el 7,6 %. Al término de la evaluación, el diagnóstico más frecuente es la depresión crónica (aproximadamente el 40 % de los

casos, muchas de ellas de forma grave). Se diagnostica un episodio depresivo mayor en el 5,3 % de los adolescentes. A estos trastornos depresivos les siguen los trastornos ansioso-depresivos, los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, los trastornos de conducta y, con menor frecuencia, la esquizofrenia o el trastorno por estrés postraumático.

9. Tratamiento terapéutico

Ante la ausencia de una unidad de hospitalización especializada en psiquiatría infantil en Marrakech, se ha establecido un seguimiento ambulatorio intensivo en el 61,8 % de los adolescentes. Este tratamiento se basa en un enfoque integrador que combina psicoterapia de apoyo, intervenciones psicoeducativas y acompañamiento familiar, de acuerdo con

las recomendaciones actuales para la prevención de las recaídas suicidas en adolescentes, y se organiza en forma de sesiones terapéuticas cada 24 horas en el hospital de día. Posteriormente, la frecuencia se adapta en función de la respuesta en la fase aguda (atención cada 48-72 horas durante las cuatro primeras semanas).

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ISSN 1578-1062

Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1-19

Este artículo está bajo una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

Los adolescentes que presentaban un riesgo elevado según la evaluación de Riesgo-Urgencia-Peligrosidad (RUD), es decir, el

38,2 % de los casos, fueron derivados a servicios de hospitalización psiquiátrica infantil situados fuera de la ciudad.

Tabla 5. Diagnóstico, tipo de crisis, tratamiento y evolución

Variable	n	%
Tipo de crisis		
Psicopatológico	75	57,3
Psicosocial	46	35,1
Psicotraumatológica	10	7,6
Diagnóstico principal seleccionado (agrupado)		
Depresión crónica (todas las formas)	≈ 52	≈ 40
Episodio depresivo mayor (EDM)	7	5,3
Trastorno ambiental/psicosocial	≈ 33	≈ 25
Adolescencia conflictiva	9	6,9
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	≈ 4	≈ 3
Trastorno de conducta	4	3,1
Esquizofrenia	2	1,5
Otros (trastorno ansioso-depresivo, TOC, trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar...)	≈ 20	≈ 15
Pasar por un servicio somático antes de llegar a psiquiatría infantil		
No	62	47,3
Sí	69	52,7
Entorno asistencial		
Atención ambulatoria intensiva	81	61,8
Ingreso hospitalario	50	38,2

* Porcentajes calculados sobre el conjunto de la cohorte (N = 131).

En total, el tratamiento es ambulatorio en el 61,8 % de los casos y es necesaria la hospitalización en el 38,2 % de las situaciones. En el ámbito ambulatorio, el tratamiento combina casi sistemáticamente la psicoterapia (97 % de los casos) con un tratamiento farmacológico.

La fluoxetina (20 mg) se prescribe como tratamiento de primera línea en los episodios depresivos mayores, a veces asociada a la risperidona en una dosis media

de 0,5 a 1 mg, o a otros antidepresivos como la sertralina.

Por otra parte, tras la fase aguda se pone en marcha un taller psicoterapéutico grupal dedicado a la gestión de la crisis suicida. Este taller, que ahora se ofrece de forma sistemática a todos los pacientes, constituye un enfoque estructurado destinado a reforzar las habilidades de los adolescentes en materia de regulación emocional, identificación de los factores

desencadenantes y desarrollo de estrategias de adaptación. Se enmarca en una perspectiva de prevención secundaria y de reducción del riesgo de reincidencia suicida.

Este seguimiento ambulatorio intensivo ha permitido una **estabilización clínica**, así como la recuperación del funcionamiento psicosocial en la mayoría de los adolescentes atendidos de forma ambulatoria

DISCUSIÓN

El intento de suicidio constituye una urgencia médico-psicológica de gran importancia y uno de los problemas de salud pública más preocupantes a escala mundial. Su elevada frecuencia, unida a la gravedad de sus consecuencias, lo convierte en un fenómeno que no puede abordarse sin una movilización colectiva y multisectorial.

La adolescencia constituye un periodo de especial vulnerabilidad, marcado por cambios identitarios, afectivos y neurobiológicos que exponen al joven a un mayor riesgo de llevar a cabo el acto. La impulsividad, rasgo característico de este grupo de edad, desempeña un papel determinante en la dinámica suicida, acortando el tiempo que transcurre entre la idea y el acto, lo que hace que la prevención sea aún más urgente y compleja.

Ante la magnitud de este fenómeno, es imprescindible llevar a cabo una evaluación

10. Evolución

Al término del seguimiento, la evolución es favorable en la mayoría de los casos, con una resolución de la crisis en un plazo medio de 3 a 4 semanas y una recuperación del funcionamiento en numerosos adolescentes. Sin embargo, se perdió el contacto con el 6,9 % de los pacientes. Por otra parte, algunos pacientes han requerido una reorientación hacia la hospitalización debido a una evolución desfavorable, a la reaparición de ideas suicidas o a un intento de suicidio (observado en el 2 % de los casos).

rigurosa y una labor de sensibilización a todos los niveles: en la escuela, en el seno de la familia, en la sociedad en general, entre los médicos de atención primaria — que suelen ser el primer punto de contacto— y, por último, en los servicios especializados de salud mental, garantes de una atención adecuada y coordinada.

Edad y género:

La edad media de $14,71 \pm 1,378$ años, con dos picos de frecuencia a los 15 y 16 años, concuerda con los datos nacionales e internacionales. Se aproxima a los resultados del estudio de Khaloui et al. (2025) en Casablanca, que registró una edad media de $15,03 \pm 1,35$ años. Este grupo de edad corresponde a un periodo de gran vulnerabilidad relacionado con los cambios de la pubertad, las presiones escolares y la aparición de trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, otro estudio marroquí había registrado una edad media más baja (12 años y medio) (Salimi et al., 2013).

En nuestra serie se observa un claro predominio femenino (82,4 %, ratio de sexos F/G = 4,68), lo que concuerda con los datos de la literatura nacional e internacional, que reconocen que el género femenino predomina en la realización de intentos de suicidio (Khaloui et al., 2025; Abderrahmane et al., 2022; Ay et al., 2025; Rhodes et al., 2014).

Plazo de atención en psiquiatría infantil y servicios de referencia

En nuestro estudio, el plazo medio entre la solicitud y la atención en psiquiatría infantil es de $5,63 \pm 11,89$ días, y el 46,6 % de los pacientes son atendidos el mismo día. Este plazo es más corto que el descrito por Khaloui et al. (8,91 días) (Khaloui et al., 2025). La vía de acceso a la atención sigue siendo, en su mayoría, a través de los servicios de urgencias pediátricas del Hospital Universitario (35,1 %) y de los servicios somáticos, lo que pone de relieve la necesidad de una mejor coordinación con la psiquiatría infantil para una evaluación precoz, lo cual reduce significativamente el riesgo de reincidencia suicida (Apicella et al., 2023; Fontanella et al., 2020). Este plazo observado en nuestra serie pone de manifiesto un retraso frecuente en la consulta con el psiquiatra infantil tras la derivación inicial por parte del médico somático. Desde el punto de vista clínico, este retraso invita a reflexionar sobre factores psicosociales como la vergüenza, la culpa que sienten el paciente y/o su familia, así como la posible trivialización del acto por parte del entorno, que pueden contribuir a posponer la solicitud o la aceptación de una atención especializada.

Nivel socioeconómico

Se observó un nivel socioeconómico bajo en el 58 % de los casos, lo que concuerda con los datos de la literatura (Khaloui et al., 2025; Abderrahmane et al., 2022; Tom y Mahfoud, 2022). Sin embargo, este resultado debe interpretarse con cautela debido a un posible sesgo de selección, ya que nuestro centro universitario atiende principalmente a pacientes sin recursos y procedentes de entornos sociales precarios.

Factores familiares y psicosociales

Los factores familiares y relacionales son especialmente preocupantes: conflictos entre los padres o violencia doméstica (61,1 %), mala comunicación familiar (55,7 %), apoyo parental percibido como insuficiente (88,5 %) y antecedentes de maltrato (90,1 %, de los cuales el maltrato psicológico representa el 91,6 %). Estos resultados concuerdan con la bibliografía reciente, que confirma el papel fundamental de la disfunción familiar (OR $\approx 1,94$) y del maltrato en las conductas suicidas de los adolescentes (Pu et al., 2025; Arias et al., 2025; Chia et al., 2025).

Antecedentes personales y familiares

Un tercio de los adolescentes (33,6 %) ya había realizado al menos un intento de suicidio anterior sin consecuencias, el 29,8 % presentaba autolesiones no suicidas y el 41,2 % tenía antecedentes psiquiátricos personales, entre los que predominaba el trastorno depresivo mayor (31,3 %). Estas cifras concuerdan con las de otros estudios

(Khaloui et al., 2025; Ay et al., 2025; Baldini et al., 2025).

Los antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos (32,8 %) también constituyen un importante factor de vulnerabilidad (Pu et al., 2025). El retraso en el diagnóstico de la depresión y la falta de tratamiento constituyen un factor agravante importante del riesgo suicida, y un intento de suicidio que no vaya seguido de una derivación al psiquiatra infantil expone al adolescente a un riesgo de reincidencia de aproximadamente el 30 % en el mismo año, con el uso de medios potencialmente más letales (Ligier et al., 2016). Estos datos ponen de manifiesto el perfil de alta vulnerabilidad de los adolescentes de nuestra serie y subrayan la necesidad de una evaluación exhaustiva, un seguimiento estrecho y una prevención secundaria específica en los pacientes con antecedentes de intento de suicidio y/o un trastorno depresivo mayor.

Características del intento de suicidio

El predominio del conflicto familiar como factor desencadenante (63,4 %) no resulta sorprendente en el contexto sociocultural marroquí. Las tensiones intrafamiliares, ya estén relacionadas con conflictos entre los padres o con presiones escolares, constituyen una fuente importante de sufrimiento que a menudo es trivializada por el entorno. Estos datos justifican plenamente la integración sistemática de la terapia familiar en nuestro protocolo de tratamiento.

Estos resultados concuerdan con la literatura internacional, que destaca el papel central de los conflictos familiares y las adversidades tempranas (Ligier et al., 2016; Miller et al., 2013; Chen et al., 2026). Abogan por una evaluación estructurada del riesgo suicida desde la primera atención, especialmente por parte de los médicos de atención primaria.

El carácter excepcional de la comunicación previa de ideas suicidas (0,8 %) resulta especialmente preocupante. Refleja el silencio que rodea a la crisis suicida en nuestro contexto, vinculado al estigma, al temor al juicio familiar y a la falta de espacios de expresión adecuados para los adolescentes. Esta constatación subraya la urgencia de desarrollar programas de sensibilización en el ámbito escolar y familiar, con el fin de permitir que los adolescentes expresen su sufrimiento antes de pasar a la acción.

Por otra parte, la elevada proporción de métodos violentos (53,4 %) y de complicaciones somáticas graves (21,4 %) es comparable a los datos de Casablanca (6). Estos resultados ponen de relieve la gravedad de los intentos de suicidio en esta población y refuerzan la necesidad de una intervención precoz y multidisciplinar.

Diagnóstico y tratamiento

El predominio del trastorno depresivo mayor como diagnóstico principal ($\approx 40\%$) pone de manifiesto el retraso en el diagnóstico que se observa con frecuencia en nuestra práctica. De hecho, la depresión en los adolescentes suele pasar

desapercibida, trivializarse o confundirse con «dificultades de conducta» o una «adolescencia conflictiva». Esto conduce a un acto suicida sin que se haya iniciado previamente ningún tratamiento psiquiátrico. Esta constatación concuerda con los datos de la literatura científica, que indican que solo un tercio de los adolescentes con depresión recibe un tratamiento adecuado (Walter et al., 2023). El predominio del tratamiento ambulatorio intensivo (61,8 %) en nuestra serie refleja, ante todo, una limitación estructural relacionada con la ausencia de una unidad de hospitalización psiquiátrica infantil especializada en Marrakech. Aunque no fue una elección deliberada, esta modalidad ha demostrado ser eficaz en nuestra práctica, siempre que se apoye en una organización rigurosa del seguimiento (frecuencia inicial elevada, coordinación multidisciplinar y participación activa de la familia). Se da prioridad a este enfoque ambulatorio siempre que el riesgo suicida y el nivel de funcionamiento del adolescente lo permitan, reservándose la hospitalización para los casos graves o de alto riesgo (Aabbassi y Manoudi, 2026).

Nuestro enfoque terapéutico multimodal combina la psicoeducación, el asesoramiento parental, las psicoterapias (psicodinámica, cognitivo-conductual e interpersonal) y la farmacoterapia, si está indicada. La psicoeducación de las familias, eje central de nuestra intervención, ha permitido mejorar la adherencia terapéutica y reducir los factores de vulnerabilidad ambientales, lo que confirma los datos de la literatura sobre la eficacia de los enfoques multidisciplinarios tempranos (Baldini et al.,

2025; Morcillo et al., 2025; Verlenden et al., 2024).

La tasa de pacientes perdidos de vista (6,9 %) se debe principalmente al estigma persistente de los trastornos psiquiátricos, a las dificultades socioeconómicas que limitan el acceso a la atención sanitaria, a la lejanía geográfica y a la sensación de mejoría precoz que incita a interrumpir el seguimiento. Sin embargo, la falta de seguimiento tras un primer intento de suicidio multiplica significativamente el riesgo de reincidencia a lo largo del año, a menudo con métodos más letales (Ligier et al., 2016). Esta constatación aboga por la puesta en marcha de estrategias activas para mantener el vínculo terapéutico, en particular mediante contactos telefónicos sistemáticos y una coordinación reforzada con los médicos de atención primaria.

CONCLUSIÓN Y PERSPECTIVAS

Los intentos de suicidio en los adolescentes suelen producirse en un contexto de vulnerabilidad multifactorial en el que predominan los trastornos depresivos, la disfunción familiar, el maltrato, la precariedad y muchos otros factores. Esto subraya la urgencia de reforzar la prevención (detección en el ámbito escolar, sensibilización de las familias y los jóvenes sobre la salud mental y la tendencia suicida), mejorar la coordinación de la atención sanitaria y desarrollar unidades especializadas en situaciones de crisis. Se necesitan estudios prospectivos multicéntricos y cualitativos para adaptar mejor las estrategias de prevención al contexto marroquí, centrándose en la

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ISSN 1578-1062

Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1-19

Este artículo está bajo una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

detección de las poblaciones de riesgo y en el desarrollo de estrategias

multidisciplinares de salud integral en la edad pediátrica.

REFERENCIAS

OMS. Santé des adolescents (2014) [Internet]. [Cité 9 mai 2026]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Antoine Moreau. La narration dans la crise suicidaire de l'adolescent : l'exemple du manga. Médecine humaine et pathologie. 2024. <dumas-04918837>

Fédération Française de Psychiatrie. (2000). La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge : Texte court. https://www.sfm.org/upload/consensus/cc_crise_suicidaire_court.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2026, 28 août). Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Tom, A., & Mahfoud, Z. R. (2022). Factors associated with suicidality among school attending adolescents in Morocco. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 885258. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.885258>

World Health Organization. (2025). *Suicide worldwide in 2021: Global health estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069>

Khaloui, G., Mabkhout, A., Rachidi, L., & Benjelloun, G. (2025). Clinical and epidemiological profile of adolescent suicide attempters in Morocco: A 10-year retrospective study from the adolescent psychiatric inpatient unit in Casablanca. *Middle East Current Psychiatry*, 32, 66. <https://doi.org/10.1186/s43045-025-00560-8>

Salimi, S., Bouhdadi, S., Rachid, A., Atlas, R., & Dehbi, F. (2013). Tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent : Une expérience marocaine. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 26(1), 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2012.10.001>

Abderrahmane, A., Kharbach, A., Azzine, H., Lkoul, A., Bouchriti, Y., Cherrat, Z., et al. (2022). Suicide attempts in Morocco: A systematic review. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 70(5), 243–251. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.05.006>

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ISSN 1578-1062

Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1-19

Este artículo está bajo una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

Ay, B., Balatacı, U., & Ay, A. (2025). Sociodemographic and clinical characteristics of adolescents following suicide attempts: A single-center study from Türkiye. *Psychiatry Investigation*, 22(12), 1350–1357. <https://doi.org/10.30773/pi.2025.0169>

Rhodes, A. E., Boyle, M. H., Bridge, J. A., Sinyor, M., Links, P. S., Tonmyr, L., Skinner, R., Bethell, J. M., Carlisle, C., Goodday, S., Hottes, T. S., Newton, A., Bennett, K., Sundar, P., Cheung, A. H., & Szatmari, P. (2014). Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. *World Journal of Psychiatry*, 4(4), 120–132. <https://doi.org/10.5498/wjp.v4.i4.120>

Apicella, M., Serra, G., Trasolini, M., Andracchio, E., Chieppa, F., Aversa, R., Iannoni, M. E., Infranzi, A., Moro, M., Guidetti, C., Maglio, G., Raucci, U., Reale, A., & Vicari, S. (2023). Urgent psychiatric consultations for suicide attempt and suicidal ideation before and after the COVID-19 pandemic in an Italian pediatric emergency setting. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1135218. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1135218>

Fontanella, C. A., Warner, L. A., Steelesmith, D. L., Brock, G., Bridge, J. A., & Campo, J. V. (2020). Association of timely outpatient mental health services for youths after psychiatric hospitalization with risk of death by suicide. *JAMA Network Open*, 3(8), e2012887. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12887>

Tom, A., & Mahfoud, Z. R. (2022). Factors associated with suicidality among school attending adolescents in Morocco. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 885258. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.885258>

Pu, M., Guo, L., Cheng, P., Gao, Q., & Zhu, H. (2025). Family dysfunction and risk of suicidal behavior in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 370, 427–433. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.11.025>

Arias, P., Arqueros, M., Suárez-Soto, E., García-Ramos, A., Ayad-Ahmed, W., Ovejero-Ruiz, A., et al. (2025). Early life adversity and suicide: The role of childhood trauma and risk factors in adolescent suicidal behavior. *Children and Youth Services Review*, 179, 108648. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2025.108648>

Chia, A. Y. Y., Hartanto, A., Wan, T. S., Teo, S. S. M., Sim, L., & Kasturiratna, K. T. A. S. (2025). The impact of childhood sexual, physical and emotional abuse and neglect on suicidal behavior and non-suicidal self-injury: A systematic review of meta-analyses. *Psychiatry Research Communications*, 5(1), 100202. <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2025.100202>

Baldini, V., Gnazzo, M., Varallo, G., Di Vincenzo, M., Scorza, M., Franceschini, C., et al. (2025). A comprehensive approach to adolescent suicide prevention: Insights from a narrative

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ISSN 1578-1062

Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1-19

Este artículo está bajo una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

review perspective. *Frontiers in Psychology*, 16, 1612067.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1612067>

Pu, M., Guo, L., Cheng, P., Gao, Q., & Zhu, H. (2025). Family dysfunction and risk of suicidal behavior in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 370, 427–433. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.11.025>

Ligier, F., Kabuth, B., & Guillemin, F. (2016). MEDIACONNEX: A multicenter randomised trial based on short message service to reduce suicide attempt recurrence in adolescents. *BMC Psychiatry*, 16, 251. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0965-8>

Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146–172. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0131-5>

Chen, Y., Black, M., Bennett, D., McGovern, R., Sharp, H., Rehkopf, D., Taylor-Robinson, D. C., & Adjei, N. K. (2026). Multiple trajectories of family adversity and poverty and adolescent self-harm and suicide attempts: Findings from the UK Millennium Cohort Study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 20, 75. <https://doi.org/10.1186/s13034-026-01023-6>

Walter, H. J., Abright, A. R., Bukstein, O. G., Diamond, J., Keable, H., Ripperger-Suhler, J., et al. (2023). Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with major and persistent depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(5), 479–502. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.10.001>

Aabbassi, B., & Manoudi, F. (2026). L'évaluation diagnostique et la prise en charge de la dépression de l'adolescent « en cinq étapes ». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 39(3), 159–163. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2025.10.008>

Verlenden, J. V., Fodeman, A., Wilkins, N., Jones, S. E., Moore, S., Cornett, K., Sims, V., Saelee, R., & Brener, N. D. (2024). Mental health and suicide risk among high school students and protective factors—Youth Risk Behavior Survey, United States, 2023. *MMWR Supplements*, 73(4), 79–86. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su7304a9>

Morcillo, V., Ferrer-Ribot, M., Mut-Amengual, B., Bagur, S., & Rosselló, M. R. (2025). Mental health and suicide attempts in adolescents: A systematic review. *Healthcare*, 13(9), 1039. <https://doi.org/10.3390/healthcare13091039>