

**INTENTO DE SUICIDIO Y DIAGNOSTICO PSICOPATOLOGICO EN  
ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL NIVEL II, POPAYAN 2001 A 2005**

**SANDRA LILIANA GOMEZ TOVAR  
EUGENIA AMPARO RIOS PRIETO  
GLORIA EDITH VILLOTA ENRIQUEZ**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA – UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGÍA  
POPAYÁN  
2005**

**INTENTO DE SUICIDIO Y DIAGNOSTICO PSICOPATOLOGICO EN  
ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL NIVEL II, POPAYAN 2001 A 2005**

**SANDRA LILIANA GOMEZ TOVAR  
EUGENIA AMPARO RIOS PRIETO  
GLORIA EDITH VILLOTA ENRIQUEZ**

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de  
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

Asesora:

Enf. Mag. CARMEN DAZA CORDOBA

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA – UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGÍA  
POPAYÁN  
2005**

Nota de Aceptación

---

---

---

---

Presidente del jurado

---

Jurado

---

Jurado

Popayán, 19 de agosto de 2005

*A Dios*

*A mi esposo Hebert por su amor, paciencia y  
apoyo incondicional*

*A mi Padre Franco por su ejemplo de  
superación y entrega*

*Sandra Liliana Gomez Tovar*

*Mi gratitud y fidelidad al Rey del Cielo; quien  
me ha concedido el don de tener a mis padres,  
mis hijos y mi esposo, quienes con su Paciencia  
y Amor, construyeron el alcance de esta Meta*

*Gloria Edith Villota Enriquez*

*Al Todopoderoso*

*A mi Madre Ana por su apoyo.*

*A mi hijo LuisMi por su colaboración,  
desvelo y sacrificio.*

*Eugenia Amparo Rios Prieto*

## **AGRADECIMIENTOS**

A los Directivos y Docentes de las diferentes facultades de la Universidad del Cauca y del Bosque por su apoyo incondicional en la ejecución del proyecto.

A nuestra prestigiosa Universidad Del Cauca por permitirnos formar parte de esta valiosa oportunidad de preparación académica.

A la renombrada Universidad El Bosque por hacernos parte de su familia académica.

A nuestros entrañables compañeros por su aporte incondicional, colaboración y amistad.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	17
1. JUSTIFICACIÓN	22
2. OBJETIVOS	28
2.1. OBJETIVO GENERAL	28
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
3. MARCO TEÓRICO	30
3.1. LA ADOLESCENCIA	30
3.2. EL PENSAMIENTO DEL ADOLESCENTE SUICIDA	33
3.3. FACTORES ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO	38
3.3.1 Género	39
3.3.2 Genética	39
3.3.3 Métodos	40
3.3.4 Edad	41
3.3.5 Religión	43
3.3.6 Profesión	44
3.3.7 Salud mental	44
3.3.8 Estado civil	44
3.3.9 Disfunción familiar	46
3.4. SICOPATOLOGÍA RELACIONADA CON EL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES	48
3.4.1 Esquizofrenia: CIE 10: F20	49
3.4.2 Trastorno de ansiedad: CIE 10: F40	49
3.4.3 Trastorno afectivo bipolar: CIE 10: F31	52
3.4.4 Retardo mental. CIE 10:F79	52



	Pág.
3.4.5 Trastornos del humor (afectivos) persistentes. CIE 10:F34	52
3.4.6 Trastornos de adaptación. CIE 10:F43	53
3.4.7 Fármacodependencia. CIE10: F11	53
3.4.8 Alcoholismo. CIE10: F10	54
3.4.9 Síndrome Depresivo: CIE 10: F33	54
3.5. EL SÍNDROME DEPRESIVO EN ADOLESCENTES COMO PRINCIPAL SICOPATOLOGÍA RELACIONADA CON EL INTENTO DE SUICIDIO	56
3.6. OTROS FACTORES ASOCIADOS CON EL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES	61
3.6.1 Conducta suicida previa	61
3.6.2 Tendencias actuales	63
4. METODOLOGÍA	67
4.1. TIPO DE ESTUDIO	67
4.2. POBLACIÓN	68
4.2.1 Criterios de inclusión	68
4.2.2 Criterios de exclusión	68
4.3. RECOLECCION DE INFORMACIÓN	68
4.4. LIMITACIONES	70
4.5. DEFINICION Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	70
5. RESULTADOS	72
5.1. TENDENCIA	72
5.2. CARACTERIZACION SOCIODEMOGRÁFICA	74
5.2.1 Edad	74
5.2.2 Sexo	74
5.2.3 Procedencia	74
5.2.4 Zona	75
5.2.5 Estrato	75
5.3. CARACTERISTICAS PSICOPATOLOGICAS	75

	Pág.
5.3.1 Diagnóstico de Ingreso	75
5.3.2 Motivo de Consulta	77
5.3.3 Diagnóstico psicopatológico de egreso	78
5.3.4 Método de autoagresión	79
5.3.5 Intentos previos	80
5.3.6 Riesgo de suicidio según clasificación psiquiátrica	81
5.4. RELACION ENTRE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y PSICOPATOLOGICAS	81
5.4.1 Caracterización sociodemográfica según motivo de consulta por edad y sexo	81
5.4.2 Caracterización sociodemográfica según motivo de consulta por procedencia y zona	84
5.4.3 Caracterización sociodemográfica según motivo de consulta por estrato	86
5.4.4 Caracterización sociodemográfica según diagnóstico de egreso por edad y sexo	88
5.4.5 Caracterización sociodemográfica según diagnóstico de egreso por procedencia y zona	90
5.4.6 Caracterización sociodemográfica según diagnóstico de egreso por estrato	92
5.4.7 Diagnóstico psicopatológico de egreso y riesgo de suicidio	93
5.4.8 Caracterización sociodemográfica según intentos previos por edad y sexo	94
5.4.9 Caracterización sociodemográfica según intentos previos por procedencia	94
5.4.10 Caracterización sociodemográfica según intentos previos por estrato	97
5.4.11 Características sociodemográficas según método de autoagresión por edad y sexo	98

	Pág.
5.4.12 Características sociodemográficas según método de autoagresión por procedencia y zona	98
5.4.13 Características sociodemográficas según método de autoagresión por estrato	101
5.4.14 Características sociodemográficas según riesgo de suicidio por edad y sexo	102
5.4.15 Características sociodemográficas según riesgo de suicidio por procedencia y zona	104
5.4.16 Características sociodemográficas según riesgo de suicidio por estrato	105
6. DISCUSION	106
7. CONCLUSIONES	115
8. RECOMENDACIÓN	119
BIBLIOGRAFÍA	123
ANEXOS	130

## LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Definición y Operacionalización de Variables.	71
Cuadro 2. Tendencia anual intentos de suicidio en adolescentes, Hospital nivel II, Popayán, junio 2001 a junio 2005	73
Cuadro 3. Características sociodemográficas de los adolescentes con intento de suicidio, Hospital nivel II Popayán junio 2001 - junio 2005	76
Cuadro 4. Frecuencia de diagnostico de Ingreso de adolescentes con intento de suicidio, Hospital nivel II Popayán, Junio 2001 a Junio 2005.	77
Cuadro 5. Frecuencia del Motivo de Consulta en adolescentes con intento de suicidio, Hospital nivel II Popayán, 2001-2005	78
Cuadro 6. Frecuencia del diagnóstico psicopatológico de egreso en adolescentes con intento de suicidio. Hospital nivel II junio 2001 a junio 2005.	79
Cuadro 7. Frecuencia del método de autoagresión en adolescentes con intento de suicidio, Hospital nivel II junio 2001 a junio 2005	79
Cuadro 8. Frecuencia de intentos previos en adolescentes con intento de suicidio, Hospital Nivel II, Popayán, junio 2001 a junio 2005	80
Cuadro 9. Clasificación del Riesgo de reintento de suicidio en adolescentes Hospital Nivel II. Popayán, junio 2001 a junio 2005	81
Cuadro 10. Caracterización sociodemográfica (edad, sexo) según motivo de consulta. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005	83
Cuadro 11. Caracterización sociodemográfica (procedencia y zona) según motivo de consulta. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005	85
Cuadro 12. Caracterización sociodemográfica por estrato según el motivo de consulta en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005	87

	Pág.
Cuadro 13. Características sociodemográficos (edad y sexo) según diagnóstico de egreso Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005	89
Cuadro 14. Caracterización sociodemográfica por procedencia y zona según el diagnóstico de egreso en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005	91
Cuadro 15. Caracterización sociodemográfica por estrato según diagnóstico de egreso en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005	92
Cuadro 16. Diagnóstico psicopatológico y riesgo en adolescentes con intento de suicidio Hospital Nivel II Popayán, junio 2001- 2005	93
Cuadro 17. Caracterización sociodemográfica por edad y sexo según intentos previos en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005	95
Cuadro 18. Caracterización sociodemográfica por procedencia y zona según intentos previos en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005	96
Cuadro 19. Caracterización sociodemográfica por estrato según intentos previos en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005	97
Cuadro 20. Caracterización sociodemográfica por edad y sexo según método de autoagresión en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005	99
Cuadro 21. Caracterización sociodemográfica por procedencia y zona según método de autoagresión en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005	100
Cuadro 22. Caracterización sociodemográfica por estrato según método de autoagresión en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005	101
Cuadro 23. Caracterización sociodemográfica por edad y sexo según riesgo en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005	103

	Pág.
Cuadro 24. Caracterización sociodemográfica por procedencia y zona según riesgo en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005	104
Cuadro 25. Caracterización sociodemográfica por estrato según riesgo en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005	105

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Tendencia anual intentos de suicidio en adolescentes, Hospital nivel II, Popayán, junio 2001 a junio 2005	73
Figura 2. Frecuencia de intentos previos en adolescentes con intento de suicidio, Hospital Nivel II, Popayán, junio 2001 a junio 20	80

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Formato de encuesta piloto	130
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos	





## INTRODUCCION

Se considera intento de suicidio al acto que el individuo realiza en forma voluntaria, para hacerse daño y con el cual busca la muerte; no obstante, independientemente de la gravedad de la lesión, se ve frustrado, pues no consigue llegar a ese estadio<sup>1,2,3,4,5</sup>

Como problema de salud pública, el intento de suicidio y el suicidio propiamente dicho, han adquirido especial relevancia en los últimos años a nivel mundial, al observarse un incremento en la incidencia de dichos eventos, principalmente en la población adolescente.

La Adolescencia está definida por la Organización Mundial de la Salud como la etapa que transcurre entre los 10 a los 19 años, en la cual se pueden distinguir 3 fases; adolescencia temprana entre los 10 a 13 años; adolescencia media entre los 13 y 17 años y adolescencia tardía entre los 17 y 19 años. Se inicia con cambios puberales, que se caracterizan por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales; muchas de ellas generadoras de riesgos,

---

<sup>1</sup>MOSCIKI, E. Epidemiology of suicide. En: Jacobs D (editor) Harvard Medical School Guide to Assessment and Intervention in suicide. San Francisco: Jossey-Bass; 1998. p. 40-51.

<sup>2</sup>KAPLAN, HI, SADOCK, BJ. Comprehensive textbook of psychiatry, 6th ed. Baltimore: Williams&wikins, 1995.

<sup>3</sup>MORALES, M.L, JIMÉNEZ, A. El suicidio desde la perspectiva forense. En: Revista Col Psiquiatría (mar.-1996); 35(1): 29-37

<sup>4</sup>NAVARRO, G. FORERO, P. Estudio de corte transversal de las características sociodemográficas y diagnósticas de los intentos de suicidio de los pacientes que ingresaron a la unidad de salud mental del Hospital San Ignacio entre enero de 1986 a enero de 1995. Bogotá: Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana.

<sup>5</sup>MALONE, KM. SZANTO, K. CORBITT E.M. y MANN, J.J. Clinical assessment of suicidal behaviour. Am J Psychiatry 1995 Nov; 152: 1601-7

conflictos y contradicciones. Es una etapa del desarrollo en la que se experimenta fuertes situaciones de estrés, confusión, dudas sobre si mismo, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos. Se presenta el intento de suicidio, como una vía de solución, tanto en aquellos casos de buena formación y desarrollo de personalidad, como en adolescentes que viven en condiciones socio familiares adversas, lo cual puede desembocar en una tragedia que afecta al adolescente y a su entorno familiar<sup>6</sup>.

Los intentos de suicidio en adolescentes se asocian a condiciones socioeconómicas adversas y a psicopatologías de base, algunas de las cuales pueden ser diagnosticadas y tratadas a tiempo<sup>7</sup>. La psicopatología se entiende como el síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad, o a un riesgo de morir o de sufrir dolor, discapacidad, o pérdida de libertad significativamente aumentado<sup>8</sup>.

La mayor parte de los cambios de conducta en la adolescencia son propios de la edad; sin embargo, muchas veces los problemas no son transitorios, sino trastornos psiquiátricos serios que se presentan en el 20 por ciento de los adolescentes, por lo que padres, maestros y médicos, deben estar pendientes para detectar los indicadores en los cambios conductuales<sup>9</sup>. Dentro de los factores psicológicos causales se enfatiza, desde la psicodinamia, la presencia de conflictos, pérdidas y cambios en las relaciones, donde el suicidio es visto como

---

<sup>6</sup>FREEDMAN, A., KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. Comprehensive Textbook of psychiatry, 3a ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.

<sup>7</sup>SHAFFER, D., GARLAND, A., GOULD, M. y FISHER, P. Trautman PD: Preventing teenage suicide: a critical review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1988; 27: 675-87 [Medline]

<sup>8</sup>LARZELERE, R.E., SMITH, G.L, BATENHORST, L.M, KELLY, D.B. Predictive validity of the suicide probability scale among adolescents in group home treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 166-72.

<sup>9</sup>PERIODISMO DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA. El suicidio en adolescentes. Abril 2002.

un acto depresivo o sicótico, asociado algunas veces con las fantasías de escape, recompensa<sup>10</sup>.

La psicología conductual propone el comportamiento suicida como una condición depresiva aprendida, generada por carencia de reforzamiento positivo o exposición prolongada a situaciones negativas. La remisión oportuna, evaluación de funcionamiento familiar y el desarrollo de un tratamiento adecuado en gente joven con morbilidad psiquiátrica, pueden ser muy efectivos para disminuir la conducta suicida. Como factores protectores se mencionan: sentirse bien emocionalmente y contar con una estrecha y comprometida relación con los padres y familiares<sup>11,12,13,14</sup>.

Toda persona que piensa suicidarse emite una serie de señales de angustia que pueden ser detectadas por las personas que le rodean o por profesionales entrenados. Dentro del comportamiento suicida, se pueden presentar diversas formas de manifestación de deseos mórbidos, como pueden ser, deseo de morir, representaciones suicidas, ideas suicidas, amenaza suicida, intento suicida, suicidio frustrado, accidental e intencional<sup>15,16,17</sup>. De todos los componentes del comportamiento suicida, los mas frecuentes son ideas suicidas, intentos de

---

<sup>10</sup>HENDIN, H. Psychodynamics of suicide, with particular referente to the young. *Am J Psychiatr* 1991;148: 1150-1158.

<sup>11</sup>KOSKY, R., SILBURN, S., ZUBRICK, S.R. Symptomatic depression and suicidal ideation: a comparative study with 628 children. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 523-8. [Medline].

<sup>12</sup>OHRING, R., APTER, A., RATZONI, G., WEIZMAN, R., TYANO, S., PLUTCHIK, R. State and trait anxiety in adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 154-7. [Medline]

<sup>13</sup>DE WILDE, E.J., KIENHORST, ICWM, DIEKSTRA, R.F.W, WOLTERS, WHG. The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 51-9. [Medline]

<sup>14</sup>BIRMAHER, B., RYAN, N.D., WILLIAMSON, D.E. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1427-39.

<sup>15</sup>PETERSON, B., ZHANG, H., SANTA LUCÍA, R., KING, R., LEWIS, M: Risk factors for presenting problems in child psychiatric emergencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35: 1162-73 [Medline].

<sup>16</sup>PFEFFER, C., NORMANDIN, L., KAKUMA, T. Suicidal children grow-up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 1087-97. [ Medline ]

<sup>17</sup>BRENT, D.A., JOHNSON, B., BARTLE, S. et al. Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32:69-75.

suicidio y suicidio consumado, sea accidental o intencional. Se considera que el suicidio consumado no aparece antes de los 12 años por considerarse que la inmadurez cognitiva es un factor protector para estas conductas<sup>18</sup>.

El intento suicida esta estrechamente vinculado con el suicidio consumado, así mismo se considera, que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de 300<sup>19</sup>. Para esta población existen determinados factores asociados al intento suicida como son: crisis de identidad, sentimientos de rechazo, temor de diferenciarse del grupo de pares y vulnerabilidad a los ambientes caóticos, agresivos y negligentes, y para las conductas suicidas existen factores precipitantes tales como: conflictos y discusiones con los miembros de la familia y con su pareja, como detonantes: estrés, pérdida de un ser querido, divorcio de los padres, formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, mudanza a un lugar lejano, confusiones propias de la edad y presiones para triunfar, entre otras<sup>20,21,22</sup>.

El suicidio es frecuente pero aún más el intento de suicidio, la correlación más importante para suicidio en jóvenes es el antecedente de un intento de suicidio previo; en general se acepta que los intentos de suicidios son 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios consumados<sup>23,24</sup>. Estos son más comunes entre los hombres; las mujeres tienen un mayor riesgo de ideas suicidas e intentos de

---

<sup>18</sup>EL SUICIDIO. En: <http://usuarios.lycos.es/igon3al/suicidio.htm>.

<sup>19</sup>RETAMAL, P., RESZCZYNSKI, C., ORTO, M., OJEDA, Y., MEDINA, P. Aspectos generales del suicidio en Chile. Bol Hospital San Juan de Dios 1995; 42: 29-49.

<sup>20</sup>Op.cit. El suicidio.

<sup>21</sup>VALDIVIA, M.,EBNER, D., FIERRO, V., GAJARDO, C, MIRANDA, R. Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: una revisión de cuatro años. En: Revista Chil Neuro-Psiquiat 2001; 39(3): 211-218.

<sup>22</sup>MARDOMINGO, M.J., CATOLIN\_ZAMORA, M.L., Características de personalidad, medio familiar y rendimiento escolar en los intentos de suicidio en los niños y adolescentes. Pediatría 1992;12/5

<sup>23</sup>LOLAS, F., VERDUGO, S., CASTELLÓN, C. Relaciones entre hostilidad verbal, depresión y desesperanza en una muestra de pacientes con ideación suicida. En: Rev Chil Neuro-Psiquiatr 1988; 26: 12-25.

<sup>24</sup>HENDIN, H. Psychodynamics of suicide, with particular referente to the young. Am J Psychiatr 1991;148: 1150-1158.

suicidio<sup>25</sup>. Los servicios médicos de urgencias atienden con frecuencia pacientes que realizan tentativas de suicidio, con tóxicos principalmente, y se describe que éste hecho tiende a incrementarse en todo el mundo especialmente en la población adolescente<sup>26</sup>.

Por la preocupación ante este marcado incremento en la incidencia de intento de suicidio en el adolescente, se realiza este estudio en la población adolescente entre los 10 y los 19 años de la ciudad de Popayán que ingresaron al un Hospital Nivel II con diagnóstico de intento suicida, durante los cinco últimos años (2001-2005) y tiene como objetivo, caracterizar el intento de suicidio según el diagnóstico psicopatológico por ser un fenómeno impactante en nuestra sociedad, de tal forma que permita tener bases para proponer medidas preventivas pertinentes junto a un grupo interdisciplinario para disminuir la incidencia de suicido, dar tratamiento oportuno y apoyo adecuado al adolescente y a su familia.

---

<sup>25</sup>Op.cit. LOLAS, et.al. p. 12-25

<sup>26</sup>Op.cit. MORALES, et. al. p. 29-37

## 1. JUSTIFICACION

La información epidemiológica en nuestro país sobre el intento suicida es poco confiable en virtud al subregistro, mal registro de la causa de muerte, deficiente comunicación, etc. Sin embargo, estudios internacionales describen prevalencias en la población mundial entre 0.04% y 4.6%; la relación entre intento suicida y suicidio fluctúa entre 6:1 a 25:1, con un promedio de 18: 1 en el mundo; el intento de suicidio por adolescentes es cerca de 100 veces mas frecuente que el suicidio consumado<sup>27, 28</sup>. Del total de personas que intentan suicidarse terminan en suicidio posteriormente entre el 10% y el 15%, estudios de seguimiento de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, muestran que un 10% se suicidan dentro de los 10 años siguientes.

En las últimas décadas se ha observado la creciente incidencia del intento de suicidio entre adolescentes y jóvenes adultos sin una explicación clara para este fenómeno, sin embargo desde hace 4 siglos se reconoce una asociación entre el comportamiento suicida, la melancolía y otros trastornos mentales severos; en efecto se acepta que alrededor del 90% de los suicidios están relacionados con un diagnostico psiquiátrico o abuso de sustancias, o con la presencia de ambos, donde cerca del 60% están asociados con un trastorno afectivo<sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> Op.cit. MOSCIKI. p. 40-51.

<sup>28</sup> BOSTWICK, J., PANKRATZ, V. Affective disorders and suicide risk: a reexamination, Am J Psychiatry 200; 157: 1925-1932.

<sup>29</sup> COLOMBIA MÉDICA Vol 34. No. 1. 2003

Según las estadísticas de Estados Unidos en 1980 el suicidio fue la séptima causa de muerte entre adolescentes, convirtiéndose en la quinta para 1993 y en la segunda en 1998<sup>30</sup>. Se producen anualmente unos 300.000 intentos de suicidio, de los cuales se consuma el 10%. Los intentos de suicidio representan cerca del 20% de los ingresos médicos por urgencias y aproximadamente el 10% de todos los ingresos. La tasa actual es de 12.5/100.000 habitantes<sup>31</sup>.

En Cuba el suicidio ha ido aumentando durante las últimas décadas llegando a ocupar en los últimos años el sexto lugar entre las causas de muerte con una tasa de 22,0 por cien mil habitantes en 1984. A partir de este momento ha tenido etapas de incremento y en otras se comporta de manera estacionaria. La provincia de Granma se ha destacado por sus elevadas cifras de suicidio y su incremento entre jóvenes y adolescentes, encontrándose tasas de 13,4; 26,6 y 23,6 ocupando el quinto lugar entre las causas de muerte y el tercer lugar por años de vida perdidas<sup>32</sup>.

Internacionalmente, las proporciones se extienden desde un máximo de 25/100.000 en Escandinavia, Suiza, Alemania, Austria, países europeos del Este (el cinturón suicida), y Japón, hasta un mínimo de 10/100 000 en España, Italia, Irlanda, Egipto y Países Bajos<sup>33</sup>.

---

<sup>30</sup> UNITED STATES. Department of Health and Human Services. Health United states 1995 Table 1980 and 1993. Hyattsville; Centers of disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Vital Statistics of the United States; 1995.

<sup>31</sup> CAMPOS, R. M. Prevención de Suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes. Costa Rica 2004.

<sup>32</sup>MARTINEZ JIMÉNEZ, A. y colaboradores. Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil. En: Revista Cubana de Medicina Gen Integr 1988; 124(6):554-9.

<sup>33</sup> Op.cit. CAMPOS.



En Costa Rica se tiene una tasa de 7-8 suicidios por 100.000 habitantes. En Chile, según los datos consolidados por el Departamento de Informática del Ministerio de Salud<sup>34</sup> desde 1986 a 1996, las tasas de suicidio han tenido un aumento gradual en los últimos años, a excepción de los años 1992 y 1993. En el caso de los adolescentes las tasas han permanecido relativamente estables. En 1996 la tasa de suicidio en la población general fue de 6,35 y de 2,87 para la población adolescente.

Argentina es el país latinoamericano que registra mayor cantidad de suicidios de adolescentes, con un promedio de cinco por semana, un fenómeno que los especialistas atribuye, entre otras causas a la falta de ideales, la crisis de valores y los problemas socio-económicos. En 1990 la tasa de suicidios en adolescentes era de 4.7 por cada cien mil y, diez años más tarde, se situó en 8.3 por cada cien mil<sup>35</sup>.

En Colombia según el estudio Nacional de Salud Mental se conoce que el suicidio corresponde a la cuarta causa de muerte en jóvenes adolescentes; que 57 de cada 1.000 colombianos intentan suicidarse durante su vida, y entre el 10 y el 15% terminan en suicidio (1997). En el año 2000 la tasa nacional de suicidio era de 4.9 por cada 100.000 habitantes según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, datos para la Vida Bogota 2000. En algunos estudios se ha evidenciado que el sexo femenino realiza más intentos de suicidio que el sexo masculino en una proporción 3 a 1<sup>36</sup>. En el 2004 se registraron en Colombia 622 intentos de suicidio, de los cuales el 18% fueron menores de 14 años. Respecto al

---

<sup>34</sup> MINOLETTI, A., LÓPEZ, C. Enfermedades mentales en Chile. Magnitudes y consecuencias. Departamento Programa de las Personas. Unidad de Salud Mental 1999.

<sup>35</sup> WERD, C. Argentina-Pobreza. La indigencia golpea a amplios sectores de la población Argentina.(EFE) UNICEF. Mayo 24: 2002.

<sup>36</sup> COLOMBIA. Instituto Nacional de Medicina Legal. Centro de Referencia Nacional sobre violencia. Subdirección de Servicios Forenses, 1998.

2003 subió en un 10% el intento de suicidio. Todos los tipos de trastorno mentales pueden asociarse con el suicidio, e intento de suicidio siendo el más importante el síndrome depresivo el cual se encuentra encabezando la lista de las enfermedades mentales más comunes, con el 30 % de los diagnósticos de la consulta externa general, seguida de depresión, ansiedad y pánico<sup>37</sup>. Cerca de dos millones de colombianos han intentado suicidarse, así lo revela el Estudio de Salud Mental y Estilos de Vida divulgado en marzo de 2004 por el Ministerio de Protección Social, según el cual el 40,1% de la población colombiana, entre los 18 y 65 años de edad, ha sufrido algún tipo de trastorno mental en su vida. Según este estudio, la prevalencia de intento de suicidio para la población Colombiana fue de 4.9%. La idea de suicidarse mostró un 12,3% y el plan de suicidio el 41%.

El principal problema de este tipo de estudios es la fidelidad de las cifras oficiales y el tipo de error más frecuente guarda relación con el reconocimiento, adjudicación y registro del suicidio como causa de muerte. La prevalencia del intento de suicidio es aún más difícil de conocer, ya que frecuentemente solo se cuenta con informaciones locales, muestreos que incluyen solo consulta satisfecha y en muchas ocasiones la información se encuentra dispersa entre los servicios de pediatría y de adultos. En general se acepta que los intentos son 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios<sup>38</sup>.

El intento suicida o el suicidio consumado en los adolescentes se ha incrementado progresivamente en el mundo y en Colombia. Es de gran relevancia, ya que afecta a población joven, la cual es el potencial económico y productivo del país, perdiéndose así la capacidad energética e intelectual que éstos representan para una sociedad, y aumentando así mismo los gastos en la prestación de servicios

---

<sup>37</sup> [www.bogota.gov.co/bogota/histoback](http://www.bogota.gov.co/bogota/histoback)

<sup>38</sup> Op.cit. LOLAS, F. et.al. p. 12-25

para este fin y desviando rubros que pudieran ser utilizados para la prevención o manejo de otras patologías de importancia epidemiológica ya que la atención de los intentos suicidas en los adolescentes no puede limitarse a un grupo médico en particular; constituyen un problema multidisciplinario, que incluye en primera instancia el médico del servicio de urgencias que debe estar debidamente entrenado para manejar estos casos, el equipo de salud mental, la trabajadora social, los especialistas, las enfermeras, y demás personal que debe estar atento no solo del adolescente que intentó suicidarse, sino también del entorno familiar y social del que forma parte de esta persona. El paciente adolescente que consulta a una unidad de Urgencias de un Hospital no solamente necesita de el apoyo vital por parte del personal médico para su reanimación y el proceso siguiente de detoxificación, sino que también requiere posteriormente el manejo psiquiátrico para investigar acerca de la dinámica familiar, y los mecanismos verdaderos que originaron el intento de suicidio, además de valorar el grado de riesgo o de reincidencia y decidir si es necesario hospitalizar o tratar al paciente ambulatoriamente una vez recuperado.

Considerando la importancia del **Intento de Suicidio en población adolescente**, y su potencial letalidad por su asociación al suicidio consumado, se ha buscado determinar factores de riesgo asociados a los intentos de suicidio en población pediátrica y adolescente, encontrando que el factor de riesgo más importante para suicidio en jóvenes es el antecedente de un intento de suicidio previo, adicionalmente asociado con ideación suicida secundario a depresión, uso de sustancias, pérdida de un familiar o un amigo por suicidio, fácil acceso a armas de fuego, ser víctima o generador de violencia, género femenino, familias monoparentales, sobretodo por ausencia del padre, rasgos de personalidad narcisista o antisocial, pobreza, problemas de interrelación, abuso físico o sexual, limitadas capacidades adaptativas, trastornos de alimentación, eventos vitales estresantes como la pérdida de una persona significativa o una mascota,

problemas con las autoridades legales o escolares, cambio de domicilio, o en general conflictos intrafamiliares, ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar. Estas circunstancias, generan el interés de intensificar la prevención en casos de personas que demuestran tales conductas, de tal manera que ningún intento, gesto o ideación suicida pueda ser desestimado, debiéndose estimular en este sentido campañas de prevención, dirigidas a grupos familiares enfatizando en las relaciones afectivas tempranas y el dialogo familiar<sup>39, 4041</sup>.

Debe ser clara la actitud de las instituciones de salud frente a los casos de suicidio consumado y no consumado, puesto que en el primer caso, los miembros de la familia se convierten en potenciales suicidas, y el segundo caso, el individuo corre el riesgo de volver a cometer el acto suicida de manera más contundente<sup>42</sup>.

Por lo mencionado previamente consideramos importante la realización de este trabajo de investigación, a fin de determinar la tendencia del intento suicida en adolescentes de la región caucana, sus características psicopatológicas y sociodemográficas, el motivo de consulta y el riesgo de presentar nuevo intento de suicidio en dichos adolescentes del departamento del Cauca.

---

<sup>39</sup> PETERSON, B. ZHANG, H., SANTA LUCÍA, R, et.al. Risk factors for presenting problems in child psychiatric emergencies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35: 1162-73 [Medline].

<sup>40</sup> BEAUTRAIS, A., JOYCE, P., MULDER, R. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 1174-82. [ Medline ]

<sup>41</sup> BRENT, D.A, PERPER, J.A, MORITZ, G. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32: 521-9.

<sup>42</sup> Op.cit. BEAUTRAIS, A., et.al. Prevalence and Comorbidity of Mental Disorders in Persons making Serious Suicide Attempts: A Case-Control Study. Am J Psychiatry 1996; 153: 1009-14 [Medline].

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar el intento de suicidio según diagnóstico psicopatológico en adolescentes que consultaron un Hospital de segundo Nivel de Atención. Popayán junio 2001 - junio 2005.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar la tendencia de intento de suicidio en adolescentes de 10 a 19 años en un hospital de segundo Nivel de atención en Popayán, entre junio de 2001 y junio de 2005.
2. Describir las características sociodemográficas de los adolescentes con intento de suicidio
3. Caracterizar el intento de suicidio de la población a estudio según diagnóstico psicopatológico.
4. Determinar la frecuencia de riesgo de nuevos intentos de suicidio en los adolescentes estudiados según la clasificación descrita en la historia clínica.

5. Relacionar características sociodemográficas con características psicopatológicas en la población a estudio.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. LA ADOLESCENCIA**

La adolescencia es el período de vida del individuo que más se ha estudiado y definido históricamente. Existen diferentes enfoques sobre la adolescencia, que van desde la concepción de una etapa de constante crisis y pérdida de valores, hasta visiones más integrales que la conceptualizan como un período de crecimiento y desarrollo que le permite al ser humano elaborar su propia identidad.

La Organización Mundial de la Salud la define como el período en el cual el individuo progresa desde la aparición de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual, cronológicamente se encuentra entre los 10 a 12 años de edad y los 18 a 19 años

Esta etapa se divide en tres fases, a saber (Astúa, 1998):

- Adolescencia temprana: comprende entre los 10 y 12 años, y se caracteriza por cambios de hábitos y modos de conducta. Cobra importancia singular el grupo de pares.

- Adolescencia media: comprende entre los 13 y 16 años, se caracteriza por un aumento en el alcance e intensidad de los sentimientos y el crecimiento de la importancia del grupo de pares y el rol de grupos.
- Adolescencia tardía: comprende entre los 17 y 19 años , se caracteriza por el crecimiento de su interés por sus padres y su familia. Existe más tranquilidad en cuanto a su imagen física y los valores de grupo se vuelven menos importantes y se inclinan por la búsqueda de una relación con una persona.

Durante estas fases, se presentan en los adolescentes, 8 características principales:

1. Proyecto de Vida: el adolescente organiza su vida en función de sus sueños, y comienza a elaborar su estrategia para lograrlos; aunque muchas ideas y pensamientos iniciales surgieron desde su infancia. Este proyecto de vida será mediatizado por las posibilidades que el medio externo familiar y social ofrezcan y del esfuerzo del propio adolescente.
2. Sexualidad: es parte del proceso iniciado en las etapas anteriores de la vida, hay más necesidad de establecer una relación afectiva con otras personas, y como consecuencia de la maduración sexual se da la manifestación genital de la sexualidad. (Aparición de las primeras eyaculaciones y menstruaciones)
3. Crecimiento y Desarrollo: este es una continuación del proceso que comenzó en el momento de la fecundación. En esta etapa la velocidad de crecimiento es muy grande y el proceso de desarrollo adquiere características especiales, como lo son un incremento acelerado en la estatura y el peso, y cambios en los tejidos y proporciones del cuerpo.



4. Búsqueda de Identidad: la búsqueda del ser YO, se da un marcado e imprevisto reconocimiento de sus propias habilidades, por lo que lucha por adquirir mayor independencia y autonomía. Se da cuenta de que pertenece a una sociedad, a una cultura y a una familia y por lo tanto incorpora en su personalidad algunos de los valores manifiestos en estas.
5. Creatividad: el o la adolescente posee una gran energía que debe ser encaminada a realizar actividades que le permitan explotar y estimular su gran capacidad creativa con el fin de que logre mejorar su auto percepción.
6. Autoestima: el adolescente necesita fundamentalmente saber que los otros piensan bien de él, y que él se siente bien como persona con su cuerpo, sus afectos y sus ideas. En este aspecto es muy importante la relación que entablen con el grupo de pares. La autoestima es Conceptualizada como los sentimientos e ideas que uno tiene de sí mismo. “Para una persona con autoestima alta, los temores se convierten en oportunidades que le permiten enfrentarlos con confianza, y así favorecer el conocerse más íntimamente.”<sup>43</sup> Con ello se puede establecer la importancia de una buena autoestima, ya que en el caso de su deficiencia el individuo reacciona ante los retos con miedo y desesperanza, lo que puede favorecer los estados de depresión que pueden culminar en un suicidio. “Sin embargo una persona con autoestima alta puede experimentar situaciones que le afecten en algún momento y la hagan sentirse mal con una autoestima baja.”<sup>44</sup>.
7. Juicio Crítico: en la adolescencia se produce una expansión de la capacidad de analizar críticamente el mundo que lo rodea, desarrollar una identidad más amplia y un fundamento más sólido de sus valores, sus pensamientos y sus efectos.

---

<sup>43</sup> BRENES, VALVERDE, ZÚÑIGA. Trazando el Camino, 9º año. Guía para el docente. 1a ed. San José, Costa Rica, 2001. p. 8, 17, 18, 19, 20, 21, 57, 58.

<sup>44</sup> Ibid.

8. Proceso Educativo: este proceso inicia en la etapa intrauterina, prosigue durante la infancia con la educación informal realizada dentro de la familia y del entorno social y de la educación formal del período escolar, colegial y universitario.

Estas características se convierten en un importante insumo para desarrollar en el adolescente, la capacidad de buscar nuevas posibilidades culturales y experimentar diversas fuentes de estimulación sensorial, que le faciliten “integrarse” a la vida y descubrir su propio “yo”. De esta forma, desarrolla nuevas formas de pensamiento que posibilitan una comprensión más amplia e integradora de los acontecimientos.

### **3.2. EL PENSAMIENTO DEL ADOLESCENTE SUICIDA**

Durante esta etapa, el adolescente se siente muy inseguro en razón de su desarrollo corporal, por otro lado, durante la adolescencia, el individuo abandona gran parte de sus ideas e imágenes infantiles, tan importantes para él durante todo su desarrollo anterior. De esta manera el intento suicida puede ser la representación de su trabajo de duelo. La manipulación de la idea de muerte en el joven suele ser frecuente; sin embargo, hay que distinguir entre el adolescente que piensa en el suicidio, inclusive como una idea «romántica», y aquél que realmente lo lleva a cabo.

El intento de suicidio en adolescentes puede tener varios significados posibles:

1. La huida, es decir, el intento de escapar de una solución dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de su vida, ya que ésta se percibe como insoportable.
2. El duelo, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante de la persona.
3. El castigo, cuando el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria. Aquí el joven se siente responsable por un acto negativo y desea autocastigarse para mitigar la culpa.
4. El crimen, cuando el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte.
5. La venganza, es decir, cuando se atenta contra la vida para provocar el remordimiento de otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad.
6. La llamada de atención y el chantaje, cuando mediante el intento suicida se intenta ejercer presión sobre otro.
7. El sacrificio, en donde se actúa contra la vida para adquirir un valor o un estado considerado superior, es morir por una causa.
8. El juego, común en los adolescentes, cuando se atenta contra la vida para probarse a sí mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo.

Ahora bien, es importante resaltar que no puede considerarse la conducta suicida del joven como un acto plenamente dirigido por el deseo de morir; el intento

suicida involucra un debate interno, una lucha entre el deseo de morir y el de seguir vivo. El adolescente que intenta suicidarse, lucha internamente entre ambos deseos. Este dato es importante para las personas que desean ayudar a los adolescentes, pues se sabe que en su interior sí existe un deseo de seguir viviendo.

Entre las razones más comunes en intento suicida, tenemos:

- Dolor psíquico intolerable del cual se desea escapar.
- Necesidades psicológicas frustradas, tales como: seguridad, confianza y logros.
- Intento por acabar con la conciencia, sobre todo la del dolor.
- Falta de opciones, o bloqueo para verlas.
- Impulso súbito de odio a sí mismo, en un marco de alineación grave.
- Autoevaluación negativa, con autorrechazo, desvaloración, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo.

En la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente, quien, generalmente, exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos. Estas llamadas de auxilio se dirigen

frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular. El joven intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos.

El adolescente que está contemplando el suicidio puede:

- Quejarse de ser "malo" o de sentirse "abominable."
- Lanzar indirectas como: "no les seguiré siendo un problema", "nada me importa", "para qué molestarse" o "no te veré otra vez."
- Poner en orden sus asuntos; por ejemplo, regalar sus posesiones favoritas, limpiar su cuarto, botar papeles o cosas importantes, etc.
- Ponerse muy contento después de un período de depresión.

Del mismo modo, puede desarrollar conductas autodestructivas, como:

1. Robar (Comisión de actos delictivos).
2. Mentir
3. Escapar de la casa o el colegio.
4. Incurrir en actos de promiscuidad sexual.
5. Abusar de las drogas o el alcohol
6. Cambiar súbitamente sus creencias religiosas.
7. Accidentes frecuentes.
8. Fallo escolar o laboral.

Como corolario de lo anterior, tenemos los siguientes signos de alerta en una adolescente que está pensando en suicidarse:

Amenazar con suicidarse, hablar o escribir acerca de su deseo de morir, parecer deprimida, triste, ajena o desesperada, presentar significativos cambios en su comportamiento, aspecto, humor o disposición (ya sea que cambie de "normal" a deprimida, o viceversa), abusar de drogas o alcohol, lastimarse a sí misma, deliberadamente decir que si faltara, nadie la extrañaría, regalar sus más preciados efectos personales.

Algunos autores<sup>45,46</sup> consideran que la impulsividad propia del adolescente, explica en parte el acto suicida. Así, mientras mayor sea la impulsividad de un individuo, mayor será la posibilidad de autodestrucción. A su vez, se ha encontrado una relación entre la incapacidad del joven para manejar las situaciones angustiantes y la tendencia al suicidio, y una preocupación excesiva con respecto al fracaso. De este modo, la conducta autodestructiva puede entenderse como un mecanismo utilizado por algunos jóvenes para manejar tanto el estrés como las situaciones indeseables en la vida. La seriedad del intento suicida radica en lo que el joven hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si el fin del acto es comunicar un estado de descontento en general, el joven provocará ser descubierto antes de alcanzar su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de un adolescente que arregla todo para no ser descubierto, siempre debe prestarse la atención debida y ayudar al joven a elaborar y superar la crisis por la que atraviesa.

---

<sup>45</sup> BRENT, D.A., JOHNSON, B., BARTLE, S., et al: Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32:69-75.

<sup>46</sup> Op.cit. Mardomingo p. 12/5

### 3.3. FACTORES ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO

Según Botega<sup>47</sup> y Forster<sup>48</sup>, existen dos tipos de factores de riesgo asociados al suicidio, a saber, los fijos y los modificables.

Los factores de riesgo fijos, son aquellos en los que no existe la posibilidad de cambiarlos, incluso realizando un buen tratamiento del trastorno psiquiátrico. Incluyen intento de suicidio previo, ideación suicida del momento, factores genéticos, de género, edad, etnia, estado civil, situación económica y orientación sexual. La población de riesgo fijo esta compuesta por hombres blancos enfermos, adolescentes homosexuales, hombres desempleados (Botega, 2002); (Forster, 2002).

Los factores de riesgo modificables son la ansiedad, la desesperanza, (identificada como factor de riesgo mayor para suicidio y que predice el riesgo a largo plazo, pero no a corto plazo), acceso a medios para cometer suicidio, interrupción del tratamiento, trastorno psiquiátrico (90% o mas de los sujetos que cometen suicidio, tienen un trastorno psiquiátrico severo), aislamiento social, enfermedades médicas<sup>49,50</sup>.

Los siguientes factores son los que más frecuentemente se asocian al suicidio:

---

<sup>47</sup> BOTECA, N.J., RAPELLI, C.B., Tentativa de suicidio. In: Bodega NJ, organizador. Práctica psiquiátrica no hospital peral: interconsulta e emergencia. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.365-77.

<sup>48</sup> FORSTER, P.L, WU, L.H. Assessment and treatment of suicidal patients in an emergency setting. Re Psychiatry 2002; 21: 75-113.

<sup>49</sup> Op.cit. BOTECA p.365-77

<sup>50</sup> Op.cit. FOSTER. P. 75-113

**3.3.1 Género.** Mientras que los suicidios completados son más comunes entre los hombres, las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas<sup>51</sup>. En una investigación de Kotila y Lonqvist (1989)<sup>52</sup> la tasa de riesgo de suicidio durante los 5 años siguientes al intento fue 4 veces más alto en niños que en niñas y la tasa de muerte violenta fue 7 veces más alta.

Varias explicaciones se han planteado para entender la diferencia existente entre los hombres y las mujeres en relación al suicidio: los hombres estarían más expuestos a sufrir las consecuencias de las fluctuaciones socioeconómicas; tienen mayor prevalencia de alcoholismo; utilizan medios más violentos y por lo tanto el intento de suicidio es más exitoso en ellos que en las mujeres<sup>53</sup>; en cambio, en las mujeres es más prevalente el intento, ya que en ellas predomina la depresión.

**3.3.2 Genética.** Se ha sugerido la existencia de un factor genético en el suicidio. Los estudios<sup>54,55</sup> muestran que tiende a presentarse en determinadas familias. Sin embargo, en algunas situaciones, particularmente entre adolescentes, el miembro de la familia que se había suicidado podía servir de modelo, con el que identificarse cuando la probabilidad de suicidarse se convierte en una posible solución a la angustia psicológica insoportable.

---

<sup>51</sup> ANDREWS, J.A., LEWINSON, P.M. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 655-62. [Medline].

<sup>52</sup> KOTILA, L., LONNQVIST, L. Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 453-9. [ Medline ]

<sup>53</sup> RETAMAL, P., RESZCZYNSKI, C., ORTO, M., OJEDA, Y., MEDINA, P. Aspectos generales del suicidio en Chile. *Bol Hosp San Juan de Dios* 1995; 42: 29-49.

<sup>54</sup> NAVARRO, G. FORERO, P. Estudio de corte transversal de las características sociodemográficas y diagnósticas de los intentos de suicidio de los pacientes que ingresaron a la unidad de salud mental del Hospital San Ignacio entre enero de 1986 a enero de 1995. Bogotá: Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana.

<sup>55</sup> BRENT, D.A., JOHNSON, B., BARTLE, S, et al: Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32:69-75.



**3.3.3 Métodos.** La proporción más alta de suicidios consumados en hombres se relaciona con los métodos que utilizan (armas de fuego, ahorcamiento o salto desde lugares elevados). Las mujeres tienen más probabilidad de tomar una sobredosis de sustancias psicoactivas o de veneno, pero están comenzando a usar armas de fuego más a menudo que anteriormente.

En Cuba, Martínez A. et al., realizaron un estudio prospectivo analítico sobre el comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil encontrando que el método más utilizado fue la ingesta de psicofármacos, así como de otras tabletas. Más de la tercera parte de los adolescentes tienen intentos suicidas previos y el 66.2% antecedentes en sus familiares de comportamiento suicida. Además se concluyó que predominó el sexo femenino, jóvenes de 16 y 17 años, seguidos de los de 18 y 19 años y el método más utilizado fue la ingestión de psicofármacos. Alrededor de la mitad de los casos tenían antecedentes de Intento de suicidio previos en proporción con sus familiares. Los conflictos familiares, malas condiciones socioeconómicas, maltrato físico con humillación fueron los factores que prevalecieron<sup>56</sup>.

Para efectos de clasificación de los diferentes métodos de autoagresión según el diagnóstico por la CIE10, tenemos como los más frecuentemente utilizados por los adolescentes los siguientes:

- X68: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a plaguicidas, que incluye: raticidas, insecticidas, herbicidas, fungicidas fumigantes y conservadores de madera.

---

<sup>56</sup> Op.cit. MARDOMINGO. p. 12/5.

- X60: Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos.
- X61: Envenenamiento autoinflingido por exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos y psicotrópicos.
- X64: Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas. En este grupo entraría el hipoclorito de sodio.
- X70: Lesión autoinflingida intencional por ahorcamiento o sofocación.
- X78: Lesión autoinflingida intencional por objeto cortante.

**3.3.4 Edad.** La suicidabilidad aumenta con la edad<sup>57</sup>. El suicidio antes de los 15 años es inusual. Shaffer (1974)<sup>58</sup> publicó un artículo de 30 casos de suicidio completado entre 12 y 14 años ocurridos entre 1962 y 1968 en Inglaterra, en el que concluye que un grupo de estos niños eran inteligentes y aislados, y sus madres frecuentemente tenían problemas psiquiátricos; y otro grupo era agresivo, presentaba problemas conductuales en el colegio y exhibía una conducta de suspicacia y vulnerabilidad frente a la crítica. En ambos grupos se presentaban conductas antisociales y todos ellos eran altos, física y mentalmente precoces, y el suicidio era frecuentemente precipitado por una crisis disciplinaria.

---

<sup>57</sup>PETERSON, B., ZHANG, H., SANTA LUCÍA, R., KING, R., LEWIS, M. Risk factors for presenting problems in child psychiatric emergencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35: 1162-73 [Medline].

<sup>58</sup> SHAFFER, D. Suicide in childhood and early adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 1974; 15: 275-91. [Medline].

Thompson, en 1987<sup>59</sup>, estudió 19 niños y adolescentes menores de 15 años con suicidio completado; en ellos encontró mayor rabia, nerviosismo y menor depresión que en adolescentes mayores.

Hoberman y Garfinkel, en 1988<sup>60</sup>, estudiaron 21 casos de niños y adolescentes tempranos con suicidio completado, encontrando que el ahorcamiento fue el método suicida más frecuentemente utilizado entre los 10 a 15 años de edad. Groholt publicó recientemente (1998)<sup>61</sup> un estudio comparativo entre niños menores de 15 años (n = 14) con adolescentes entre 15 y 19 años de edad que cometieron suicidio (n = 115) y un grupo control (n = 889). Los resultados muestran que los adolescentes tempranos, comparados con los adolescentes tardíos suicidas, más frecuentemente usaron el ahorcamiento como método (93% vs 35%), la ideación suicida (7% vs 39%) y eventos precipitantes (29% vs 49%) descritos menos frecuentemente en los primeros y los adolescentes mayores tenían más trastornos psiquiátricos (77% vs 43%). Comparados con los controles, los factores de riesgo de suicidio para los dos grupos estudiados fueron: trastornos del ánimo, trastornos disruptivos y no vivir con ambos padres biológicos. Ellos concluyeron que los niños y adolescentes tempranos están tan expuestos como los adolescentes tardíos a cometer suicidio cuando los factores de riesgo están presentes.

Estos resultados nos hacen plantear la interrogante de por qué pocos jóvenes entre 10 y 14 años cometen suicidio, comparado con adolescentes entre 15 y 20 años de edad. Tres probables explicaciones se pueden sugerir a partir de los

---

<sup>59</sup> THOMPSON, T.R. Childhood and adolescent suicide in Manitoba. *Can J Psychiatry* 1987; 32: 264-9. [Medline].

<sup>60</sup> HOBERMAN, H.M., GARFINKEL, B.D. Completed suicide in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 689-95. [Medline].

<sup>61</sup> GROHOLT, B., EKEBERG, O., WICHSTROM, L., HALDORSEN, T. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 473-81.

hallazgos: a) menor exposición al estrés y factores de riesgo: los adolescentes tempranos son aún en parte dependientes de sus padres, lo que les provee mayor apoyo emocional y social; b) a menor edad menor tasa de prevalencia de trastornos del ánimo, y c) factores madurativos: la capacidad de planear y llevar a cabo un acto suicida requiere un nivel de maduración no alcanzado por niños o adolescentes tempranos. Los hallazgos de Shaffer<sup>62</sup>, recientemente descritos, apoyan esta hipótesis, en el sentido que los niños y adolescentes tempranos suicidas son física y mentalmente precoces.

Según el estudio realizado por Valdivia et al., en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción Chile, se encontró una mayor proporción de intentos de suicidio en el sexo femenino y una mayor cantidad de púberes y adolescentes que de niños menores de 10 años. Este último aspecto se podría explicar por la maduración cognitiva que permite el desarrollo de un concepto maduro de muerte sobre los 10 años, una menor autonomía y menor acceso a métodos letales en niños menores, y mayor efecto contenedor de la familia, colegio o ambiente y una menor incidencia de depresión a esa edad<sup>63</sup>. En la gran mayoría de los intentos fue posible consignar un suceso desencadenante y en general hubo tiempos muy breves de planificación previa, lo que habla del importante grado de impulsividad que se encuentra en los intentos de suicidio en este grupo etareo.

**3.3.5 Religión.** Históricamente la proporción de suicidio entre la población católica ha sido menor que la existente entre protestantes y judíos. Parece ser que una medida más precisa de riesgo en esta categoría es el grado de ortodoxia e integración en la religión, más que la simple afiliación institucional religiosa.

---

<sup>62</sup> SHAFFER, D. Suicide in childhood and early adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 1974; 15: 275-91. [Medline]

<sup>63</sup> Op.cit. VALDIVIA, M. et.al. p. 211-218.

**3.3.6 Profesión.** Cuanto más alto es el status social de una persona más grande es el riesgo de suicidio, las múltiples ocupaciones, conllevan a desconectar el lazo familiar y a deteriorar la comunicación empática, así como también una caída en el status social aumenta este riesgo. El trabajo, en general, protege contra el suicidio.

**3.3.7 Salud mental.** Factores psiquiátricos altamente significativos en el suicidio son el abuso de sustancias, los trastornos depresivos, la esquizofrenia, y otros trastornos mentales. Casi el 95% de los pacientes que se suicidan o hacen tentativas tienen un trastorno mental diagnosticado. Los trastornos depresivos forman el 80% de este perfil, la esquizofrenia el 10% y la demencia o el delirio el 5%.

**3.3.8 Estado civil.** Los casados con hijos tienen un menor riesgo de suicidio, el calor familiar, el amor, la responsabilidad, generan un ambiente menos propenso.

Algunos estudios han mostrado altas tasas de divorcio o separación parental entre adolescentes que han intentado suicidarse, comparados con grupos control de la comunidad no suicida<sup>64</sup>. El divorcio puede tener efecto en aumentar el riesgo suicida al incrementar la vulnerabilidad temprana a la psicopatología, como es la depresión, que constituye un factor de riesgo para el suicidio. Alternativamente, la asociación puede emerger desde factores sociales y ambientales que incrementan tanto el riesgo de divorcio como el riesgo de la conducta suicida, como por ejemplo Psicopatología parental.

---

<sup>64</sup> SPIRITO, A., BROWN, L., OVERHOLSER, J., FRITZ, G. Attempted suicide in adolescence: a review and critique of the literature. Clin Psychol Rev 1989; 9: 335-63.

Los problemas conyugales encabezan los móviles de los suicidios. Por esa causa se mataron 85 de las 263 personas fallecidas en el 2000. Le siguen los líos económicos<sup>65</sup>; pasionales<sup>66</sup> y familiares<sup>67</sup>. En general, los hombres (más de un 90 por ciento de los casos) se suicidan más que las mujeres. En Costa Rica, fallecen más personas a causa de suicidios que de homicidios (730 casos contra 703 entre 1998 y el 2000). Un estudio de los médicos Guido Miranda –expresidente de la Caja Costarricense de Seguro Social– y Luis del Valle reveló que cada vez más las personas menores a los 20 años recurren al suicidio.

En relación a este tema, Gould (1998)<sup>68</sup> realizó autopsia psicológica en 120 jóvenes suicidas menores de 20 años y los comparó con 127 jóvenes de la comunidad pareados en edad, sexo y grupo étnico que vivían en el área de Nueva York; los resultados muestran que 58 víctimas de suicidio y 49 controles de la comunidad venían de familias en las que existía una permanente separación o divorcio de los padres biológicos.

Se estudió la edad del joven al momento de la separación, la existencia de un nuevo matrimonio después de la separación, frecuencia de contacto con el padre que no vivía con él, relación madre-hijo (o padre-hijo), y Psicopatología parental, encontrando que el divorcio o la separación tenían un impacto relativamente pequeño en el suicidio, el que fue aún menor después de tomar en cuenta la Psicopatología parental.

---

<sup>65</sup> Op.cit. SHAFFER, D. p. 15: 275-91. [Medline].

<sup>66</sup> Op.cit. RETAMAL. Et.al. p. 29-49.

<sup>67</sup> MINOLETTI, A., LÓPEZ, C. Enfermedades mentales en Chile. Magnitudes y consecuencias. Departamento Programa de las Personas. Unidad de Salud Mental 1999.

<sup>68</sup> GOULD, M., SHAFFER, D., FISHER, P., GARFINKEL, R. Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37: 155-62. [ Medline ]

Por otra parte la falta de comunicación con la madre y el divorcio, independientemente, contribuyeron a incrementar el riesgo de suicidio, y la escasa comunicación con el padre tuvo un efecto interactivo con divorcio en el riesgo suicida. Si el padre no reside en la casa como resultado del divorcio, entonces la escasa comunicación puede ser algo normativo y no particularmente disruptivo; por otra parte, cuando el padre que vive con el joven "falla en comunicarse", puede reflejar una relación más disfuncional. El que el padre con el cual reside se vuelva a casar no modificó el impacto del divorcio o separación en el suicidio. Ellos concluyeron que el incremento del suicidio en adolescentes en las pasadas tres décadas parece no ser atribuible al incremento de las tasas de divorcio.

En un estudio realizado por Beautrais<sup>69</sup> se muestra una clara asociación entre historia de abuso sexual durante la infancia, falta de cuidado parental, problemas en la relación parental e intento de suicidio; en cambio, alto control parental, abuso físico, separación o divorcio, violencia, problemas de alcoholismo o encarcelamiento parental, bajo ingreso económico y estar en cuidado institucional durante la infancia, no estuvo asociado con riesgo de intento de suicidio.

**3.3.9 Disfunción familiar.** Existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida<sup>70,71</sup>. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o

---

<sup>69</sup> Op.cit. BEAUTRAIS. Et.al. p.1174-82.

<sup>70</sup> FERGUSSON, D.M., LYNSKEY, M.T. Childhood circumstances, adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 612-22. [ Medline ]

<sup>71</sup> TAYLOR, E.A., STANSFELD, S.A. Children who poison themselves 1. A clinical comparison with psychiatric controls. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 127-35. [ Medline ]

depresión. Se ha observado que en las familias de adolescentes suicidas los padres tienden a ser débiles internamente y que a su vez padecen fuertes sentimientos de depresión, desesperanza y desaliento. El joven que por el momento en que pasa, sufre esos mismos sentimientos, no posee las herramientas para manejarlos, pues ha visto en casa una incapacidad para manejar sentimientos negativos.

Ahora bien, la familia del individuo autodestructivo suele tener problemas para controlar sus impulsos, es decir, los miembros de la familia tienden a ser impulsivos en su enfrentamiento diario con la vida. También puede existir una tendencia familiar a manejar el estrés de manera inadecuada, y el joven aprende que éste o cualquier tipo de presión son situaciones intolerables que deben evitarse a toda costa. En este tipo de familias suele haber conflictos constantes, particularmente separaciones, y antecedentes patológicos especialmente de alcoholismo o alguna adicción en uno o ambos padres. En general, en estas familias existe una estructura alterada que se caracteriza por un sistema cerrado que inconscientemente prohíbe a sus miembros comunicarse entre sí y relacionarse estrechamente con el exterior. De manera que el joven se siente aislado dentro y fuera de casa, en donde tampoco la comunicación se da abiertamente.

McKeown<sup>72</sup> realizó un estudio prospectivo longitudinal, con seguimiento de un año en adolescentes de seis escuelas públicas de Carolina del Sur, con el objetivo de identificar probables predictores de la conducta suicida y depresión. Los resultados muestran que el aumento de la cohesión familiar fue un factor protector para los intentadores de suicidio y que el no vivir con ambos padres no se asoció

---

<sup>72</sup> McKEOWN, R.E., GARRISON, CZ, CUFFE, SP., WALLER, J,L, JACKSON, K., ADDY, C. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37: 612-9.



con ninguna conducta suicida, sugiriendo que no es la estructura familiar *per se*, sino la calidad de las relaciones familiares el factor de riesgo en la conducta suicida del niño y adolescente temprano.

Durante 1998 Mckeown evaluó 22 pacientes intentadores de suicidio (17 mujeres y 5 hombres), cuyas edades fluctuaron entre 9 y 18 años (15,1 + 2,3 años), de nivel socioeconómico medio y medio bajo referidos de la Unidad de Salud Mental del Hospital Exequiel González Cortés. El estudio de la familia realizado a través de la aplicación del Eje V-Situaciones Psicosociales Anormales Asociadas, mostró como variables asociadas relevantes: relaciones familiares anormales, falta de calidez en relaciones padre-hijo, discordia intrafamiliar entre mayores de 16 años, comunicación intrafamiliar inadecuada o distorsionada, sobreprotección parental, familia aislada y pérdida de una relación de amor.

Estos resultados y los estudios antes mencionados, claramente nos sugieren la necesidad de evaluar el funcionamiento familiar al tratar a un niño y adolescente con conducta suicida, ya que disturbios en el ambiente familiar pueden ser importantes factores en los que se debe localizar el tratamiento.

#### **3.4. SICOPATOLOGÍA RELACIONADA CON EL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES**

Varias entidades psicopatológicas se encuentran relacionadas con el intento de suicidio en adolescentes, dentro de las cuales se encuentran principalmente las siguientes:

**3.4.1 Esquizofrenia: CIE 10: F20.** Conjunto de distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales. Entre sus fenómenos psicopatológicos mas importantes se encuentran el pensamiento del eco, la inserción o el robo del pensamiento la difusión del pensamiento, la percepción delirante, los delirios de control, voces alucinatorias, trastornos del pensamiento y negativismo.

Se ha encontrado que el riesgo de suicidio es elevado entre los esquizofrénicos: más del 10% mueren por suicidio. En Estados Unidos se estima que se suicidan 4 000 esquizofrénicos cada año.

**3.4.2 Trastorno de ansiedad: CIE 10: F40.** Grupo de trastornos en los cuales se experimenta una agonía diferente a la producida por las ansiedades de la vida normal y puede acompañarse de síntomas del sistema nervioso autónomo, tales como sudoración de manos, palpitaciones, ahogo, sequedad de la boca, bolo esofágico, sensación de vacío en el estómago y opresión del pecho entre otros.

Recientemente la ansiedad ha sido identificada como un importante factor de riesgo de la conducta suicida en adultos<sup>73</sup>. Estudios con adolescentes muestran resultados mixtos: Taylor y Stansfield (1984)<sup>74</sup> encontraron que los intentadores de suicidio, en comparación con otros pacientes psiquiátricos ambulatorios, exhiben mayores niveles de ansiedad (38% vs 22%), aunque esta diferencia no fue

---

<sup>73</sup>MASSION, A.O., WARSHAW, M.G., KELLER, M.,B. Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. Am J Psychiatry 1993; 150: 600-7. [Medline]

<sup>74</sup>TAYLOR, E.A., STANSFELD, SA. Children who poison themselves 1. A clinical comparison with psychiatric controls. Br J Psychiatry 1984; 145: 127-35. [ Medline ]

significativa; otro estudio (Kosky y cols., 1986)<sup>75</sup> muestra que los ideadores suicidas deprimidos (de los cuales 39% tenían ya un intento de suicidio) manifestaron altos niveles de ansiedad (76,4%), pero estos niveles no fueron significativamente diferentes de adolescentes depresivos no suicidas; y Bettes y Walker (1986)<sup>76</sup> estudiaron una amplia muestra de adolescentes consultantes, hospitalizados y ambulatorios, y sus resultados muestran que los varones que expresaban pensamientos suicidas en ausencia de actos, eran más ansiosos que los intentadores de suicidio. Los autores interpretan estos hallazgos sugiriendo que el intento de suicidio en los varones reduce síntomas, disminuyendo de esta manera la ansiedad después del acto. Consistente con esto, Andrews y Lewinsohn (1992)<sup>77</sup> encontraron una asociación significativa entre trastornos ansiosos e intento de suicidio en hombres, pero no en mujeres, en una amplia muestra comunitaria de adolescentes.

La mayoría de las investigaciones estudia la ansiedad como estado, es decir, como un trastorno que aparece en un determinado tiempo en la vida del individuo. Pero si esta es significativamente reducida después de un intento de suicidio, ¿qué ocurre con la ansiedad medida como rasgo, es decir, aquella inserta en la personalidad del individuo? Además, idealmente, los factores de riesgo usados para propósitos predictivos deberían ser estables.

---

<sup>75</sup>DE WILDE, E.J., KIENHORST, ICWM, DIEKSTRA, RFW, WOLTERS, WHG. The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 51-9. [Medline]

<sup>76</sup>KOSKY, R., SILBURN, S., ZUBRICK, SR. Symptomatic depression and suicidal ideation: a comparative study with 628 children. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 523-8. [Medline]

<sup>77</sup>KOTILA, L., LONNQVIST, L. Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 453-9. [Medline]

En relación a este tema Ohring y cols. (1996)<sup>78</sup> estudiaron 46 adolescentes israelitas entre 12 a 19 años de edad que se encontraban hospitalizados después de un intento de suicidio; ellos se compararon con 72 pacientes adolescentes psiquiátricos hospitalizados que no tenían historia de intento de suicidio. Los resultados muestran que los intentadores de suicidio presentaron significativamente mayores niveles de ansiedad como estado y como rasgo. Por otra parte, cuando la depresión fue controlada, los intentadores no difirieron en su nivel de ansiedad como estado de los no intentadores, pero ellos aún manifestaron significativamente mayores niveles de ansiedad como rasgo que los no intentadores. En relación al género no hubo diferencias significativas. Estos resultados son consistentes con un estudio anterior realizado por De Wilde y cols. (1993)<sup>79</sup> que muestra que adolescentes intentadores de suicidio exhibieron significativamente mayores niveles de ansiedad como rasgo que una muestra de pacientes hospitalizados no intentadores. De esto se puede deducir que solo la ansiedad como rasgo parece ser relativamente independiente de la depresión como factor de riesgo en la conducta suicida.

Algunos autores postulan que la presencia de ansiedad identifica un subtipo de ideación suicida infantil. En esta línea, Allan (1998)<sup>80</sup> estudió una muestra de 27 niños con ideación suicida hospitalizados, entre 8 a 11 años de edad, que fueron divididos en dos grupos, con alta y baja ansiedad. Los resultados muestran que los niños con ideación suicida y ansiedad eran menos felices y satisfechos, experimentaban más eventos vitales negativos y eran más distraídos, activos e intensos en sus reacciones que los niños con ideación suicida solamente. Además, los padres de los niños con altos niveles de ansiedad reportaron más

---

<sup>78</sup> OHRING, R., APTER, A., RATZONI, G. et.al. State and trait anxiety in adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 154-7. [Medline]

<sup>79</sup> Op.cit. DE WILDE 51-9.

<sup>80</sup> ALLAN, W., KASHANI, J., DAHLMETER, J., BECK, N, REID, J. Anxious suicidality: a new subtype of childhood suicide ideation? *Suicide Life Threat Behav* 1998; 28: 251-60 [Medline]

síntomas obsesivos compulsivos y ansiosos, así como mayor hostilidad que los padres de niños con baja ansiedad.

Con base en estos estudios podemos plantear que la ansiedad agregada a un cuadro clínico de ideación suicida crea un particular sufrimiento al estado psicopatológico infantil, jugando de esta manera un rol amplificador en el desarrollo y/o el mantenimiento de la ideación suicida

**3.4.3 Trastorno afectivo bipolar: CIE 10: F31.** Trastorno caracterizado por dos o más episodios en los cuales los niveles de actividad del paciente se hallan profundamente perturbados. En unas ocasiones presenta elevación del humor e incremento de la energía y la actividad (hipomanía o manía) y en otras, decaimiento del humor y disminución de la energía y la actividad (depresión).

**3.4.4 Retardo mental. CIE 10:F79.** Funcionamiento intelectual general significativamente por debajo del promedio, acompañado de déficit en la conducta adaptativa.

**3.4.5 Trastornos del humor (afectivos) persistentes. CIE 10:F34.** Son trastornos del humor persistentes y fluctuantes en los cuales la mayoría de los episodios individuales no son tan graves como para que se describan como episodios hipomaniacos ni depresivos leves. En este grupo tenemos dos entidades, a saber:

- **Ciclotimia:** CIE 10: F34.0: Inestabilidad persistente del humor que se manifiesta a través de varios periodos de depresión y de excitación leve, ninguno de los cuales es lo suficientemente grave como para diagnosticar trastorno bipolar o trastorno depresivo recurrente. Frecuentemente este trastorno se encuentra entre los parientes de pacientes con trastorno afectivo bipolar.
- **Distimia:** CIE 10 F34.1: Depresión crónica del humor, que dura al menos varios años y no es suficientemente grave ni prolongado como para justificar el diagnóstico de síndrome depresivo.

**3.4.6 Trastornos de adaptación. CIE 10:F43.** Incluye trastornos identificables no solo con base en su sintomatología y evolución sino también a la existencia de una u otra de las dos influencias causales: un suceso vital excepcionalmente estresante que produce una reacción aguda de estrés o un cambio vital significativo que induce circunstancias desagradables prolongadas. Este tipo de trastorno se puede dividir en reacción al estrés agudo (F43.0) y trastorno de estrés postraumático (F43.1).

**3.4.7 Fármacodependencia. CIE10: F11.** Según la OMS, se define como estado psíquico o físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizándose por cambios del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica.

Un estudio de San Diego mostró que los diagnósticos de abuso de sustancias y el trastorno antisocial de la personalidad son más frecuentes entre víctimas suicidas menores de 30 años de edad, y los de trastornos afectivos y trastornos cognitivos

son más frecuentes entre víctimas de 30 o mayores. Los factores estresantes que se asociaron al suicidio en los menores de 30 años fueron la separación, el rechazo, el desempleo y problemas legales; entre las personas suicidas de 30 años eran más frecuentes factores debidos a enfermedad

**3.4.8 Alcoholismo. CIE10: F10.** Se define como un trastorno crónico generalizado caracterizado por la ingestión de bebidas alcohólicas que interfiere con la salud y el funcionamiento social y económico del individuo. Con respecto a los problemas conductuales, múltiples estudios de conducta suicida muestran correlaciones significativas entre abuso de sustancias, conductas antisociales e intento de suicidio<sup>81,82,83</sup>. Además se ha encontrado que más del 15% de los alcohólicos se suicidan. La tasa de suicidio se estima en 270/100 000 en un año; en Estados Unidos entre 7 000 y 13 000 alcohólicos se suicidan cada año.

**3.4.9 Síndrome Depresivo: CIE 10: F33.** Aquel caracterizado por sentimiento de tristeza acompañado usualmente de inhibición psicomotora y asociado a ideas de autoacusación, minusvalía y a trastornos en el apetito, sueño y libido. Actualmente la depresión se sitúa entre las diez enfermedades de mayor prevalencia en el mundo y se estima que 1 de cada 5 personas ha tenido depresión en algún momento de su vida<sup>84,85</sup>.

En cuanto a las posibles manifestaciones del “síndrome depresivo” en el adolescente, tenemos:

---

<sup>81</sup> Op.cit. KOTILA 453-9

<sup>82</sup> FERGUSSON, D.M., LYNSKEY, M.T. Childhood circumstances, adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34: 612-22. [ Medline ]

<sup>83</sup> Op.ci.t BRENT. p. 521-9.

<sup>84</sup> SHAFFER, D., GOULD, M.S., FISHER, P. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 339-48, [Medline].

<sup>85</sup> SHAFII, M., CARRIGAN, S., WHITTINGHILL, JR., DERRICK, A. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. Am J Psychiatry 1985; 142: 1061-4.

- Cambios en los hábitos de dormir y de comer.
- Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales.
- Actuaciones violentas, irritabilidad, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa.
- Uso de drogas o del alcohol.
- Abandono poco usual en su apariencia personal.
- Cambios pronunciados en su personalidad.
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- Quejas frecuentes de dolores físicos tales como los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven.
- Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones.
- Poca tolerancia de los elogios o los premios.
- Poca disposición a aceptar ayuda o a establecer contacto.
- Conductas auto eróticas aumentadas.



### 3.5. EL SÍNDROME DEPRESIVO EN ADOLESCENTES COMO PRINCIPAL SICOPATOLOGÍA RELACIONADA CON EL INTENTO DE SUICIDIO

La principal entidad psicopatológica que se ha relacionado con el intento de suicidio es el síndrome depresivo en adolescentes, considerándose además este síndrome como una enfermedad del estado de ánimo muy frecuente, la cual afecta al ser humano en su totalidad, ya sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma óptima.

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes, el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. En algunos casos, el suicidio aparenta ser una "solución".

Existe gran evidencia para apoyar una fuerte relación entre depresión y conducta suicida<sup>86,87,88</sup>. Sin embargo, la interpretación de esta relación no es simple. Los trastornos depresivos de comienzo temprano frecuentemente se asocian con síntomas del trastorno de conducta<sup>89</sup>, aún más, estudios de conducta suicida en adolescentes han demostrado una asociación significativa con trastornos no

---

<sup>86</sup> BRENT D.A., PERPER, J.A., MORITZ, G. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 521-9.

<sup>87</sup> SHAFFER, D., GOULD, M.S., FISHER, P. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 339-48, [ Medline].

<sup>88</sup> HARRINGTON, R., BREDENKAMP, D., GROOTHUES, C., RUTTER, M, FUDGE, H. PICKLES A. Adult outcomes of child and adolescent depression III. Links with suicidal behaviours. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35: 1309-19

<sup>89</sup> Op.cit. SHAFIL p. 142: 1061-4.

depresivos, como son conductas antisociales y uso de alcohol y/o drogas. Es importante saber cuánto del riesgo de la conducta suicida asociada con depresión es función de otros factores, que frecuentemente se asocian con depresión en gente joven. Del mismo modo, las relaciones intrafamiliares pueden o no tener una contribución independiente al riesgo de conducta suicida en adolescentes, más allá de los efectos de la depresión y los síntomas conductuales.

La depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales que se pueden tratar. Hay que reconocer y diagnosticar la presencia de esas condiciones tanto en niños como en adolescentes y se debe desarrollar un plan de tratamiento. Cuando los padres sospechan que el niño o el joven pueden tener un problema serio, un examen psiquiátrico puede ser de gran ayuda.

Muchos de los síntomas de las tendencias suicidas son similares a los de la depresión. Los padres deben estar conscientes de las señales que el adolescente, emite los cuales pueden indicar que el joven está contemplando el suicidio. Los psiquiatras de niños y adolescentes recomiendan que si el joven presenta uno o más de aquellos síntomas, los padres tienen que hablar con su hijo sobre su preocupación y deben buscar ayuda profesional si los síntomas persisten.

Sobre el particular, Hollis publicó en 1996<sup>90</sup> un artículo alusivo a la depresión, cuyo objetivo fue evaluar la influencia de las dificultades en las relaciones familiares, con y sin el efecto de la depresión en el riesgo de la conducta suicida del adolescente. El estudio se basó en los datos clínicos obtenidos de niños y

---

<sup>90</sup> ANDREWS, J.A., LEWINSOHN, P.M. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 655-62. [Medline].

adolescentes que fueron atendidos en Maudsley Hospital en Inglaterra durante 1970 y 1980.

Doscientos ochenta y cuatro pacientes de  $13,9 \pm 2,6$  años con conducta suicida, definida como ideas suicidas, intento o amenaza, fueron comparados con 3.054 controles no suicidas (promedio de edad  $10,4 \pm 4,3$  años), usando análisis de regresión logística, controlando edad y sexo. Los resultados muestran que las siguientes variables fueron independientemente asociadas con conducta suicida: trastorno depresivo, discordia familiar, relación hostil madre-hijo (o padre-hijo) y falta de calidez en las relaciones familiares (rechazo, falta de interés, reacción de irritación parental y ausencia de confort físico suficiente). Los resultados que surgen desde el análisis por separado de los casos depresivos y los no depresivos sugieren que los síntomas conductuales y el género femenino solamente están asociados con un aumento en el riesgo de la conducta suicida en los casos no depresivos. En los adolescentes depresivos la discordia familiar fue la única variable que se encontró asociada independientemente con la conducta suicida.

De estos resultados se puede concluir que aunque la depresión por sí misma es un factor de riesgo entre los adolescentes con conducta suicida, las dificultades en las relaciones familiares le otorga una contribución significativa independiente a este riesgo.

Adolescentes con trastorno de conducta que intentaron suicidarse, frecuentemente niegan síntomas depresivos y posteriormente presentan lesiones autoinfligidas. Muchos adolescentes suicidas han tenido problemas legales y los adolescentes encarcelados están en extremo riesgo de suicidio<sup>91</sup>. El intento de suicidio se ha asociado con otras conductas de riesgo como son conducta sexual promiscua, uso

---

<sup>91</sup> Op.cit. SHAFIL p.142: 1061-4.

de sustancias, falta del uso de medidas de seguridad (por ejemplo, uso de cinturón de seguridad), violencia, inasistencia a clases, participación frecuente en peleas, uso de armas de fuego, enfermedades de transmisión sexual, etc.<sup>92</sup>

Apter (1995)<sup>93</sup> estudió 163 adolescentes hospitalizados, distinguiendo dos tipos de conducta suicida:

- a) Tipo internalizado, asociado con severa depresión y aparentemente en jóvenes con depresión mayor o anorexia nerviosa, y
- b) tipo externalizado, manifestado por violencia en jóvenes con trastorno de conducta. Cuando se asocian los dos trastornos, depresión mayor y trastorno de conducta, aumenta el riesgo de que el suicidio sea completado.

Estos resultados nos señalan la importancia de estar atento a la posibilidad de intento de suicidio en adolescentes impulsivos o con conducta agresiva impulsivo, que vienen de familias que evidencian bajos niveles de cohesión. Ellos pueden actuar impetuosamente sin pensar en las consecuencias.

Pfeffer, en 1994<sup>94</sup>, estudió 488 parientes de primer grado y 1.062 parientes de segundo grado de 25 niños hospitalizados que reportaron intento de suicidio, 28 niños que completaron el suicidio, 16 pacientes hospitalizados por algún trastorno psiquiátrico que no fuera suicidio y 54 niños normales, entre 8 y 13 años de edad;

---

<sup>92</sup> WOODS, E., LIN, Y., MIDDLEMAN, A., BECKFORD, P., CHASE, L., DURANT, R. The associations of suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 1997; 99: 791-6.

<sup>93</sup> APTER, A., GOTHELF, D., ORBACH, Y., WEIZMAN, R., RATZONI, G., HAR-EVEN D., TYANO S. Correlation of suicidal and violent behavior in different diagnostic categories in hospitalized adolescent patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 912-8. [Medline]

<sup>94</sup> PFEFFER, C., NORMANDIN, L., KAKUMA, T. Suicidal children grow-up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 1087-97. [Medline]

sus resultados muestran que los niños que realizaron intento de suicidio tenían significativamente mayores tasas de parientes de primer grado, principalmente sus propias madres, que reportaron intentos de suicidio. Además, tenían significativamente más parientes de primer grado con trastornos de personalidad antisocial, que los parientes de primer grado de pacientes no suicidas y niños normales. La mayoría de los parientes de primer grado de los niños intentadores de suicidio, comparados con los de niños normales, tenían historias de conducta de asaltos y abuso de sustancias. Por otra parte, la mayoría de los parientes de primer grado de niños que completaron su intento de suicidio tenían parientes de primer grado con trastorno de conducta antisocial y abuso de sustancias comparados con pacientes no suicidas. Estos resultados concuerdan con los de Garrison (1993)<sup>95</sup>, que en una muestra de 3.764 estudiantes de secundaria, pertenecientes a las escuelas públicas de California, encontró que la conducta agresiva se asocia con conducta suicida (pensamiento, planeamiento o intento de suicidio durante el año previo al estudio), sugiriendo que tanto la conducta suicida como la agresión son manifestaciones de un pobre control de impulsos.

En una línea más psicopatológica, Brent<sup>96</sup>, en 1993, comparó 37 pacientes hospitalizados intentadores de suicidio (edad:  $16,2 \pm 1,8$  años) con 29 controles psiquiátricos no suicidas hospitalizados ( $15,7 \pm 1,7$  años). Los intentadores, comparados con los controles, mostraron más trastorno de personalidad o rasgo, particularmente del tipo trastorno borderline. No hubo diferencias significativas entre los grupos con respecto a la historia retrospectiva de agresión, conductas de asalto o tendencia a una agresión impulsiva. Los intentadores con trastorno de personalidad tenían más probabilidad de tener intentos previos.

---

<sup>95</sup>GARRISON, C., MCKEOWN, R., VALOIS, R., VINCENT, M. Aggression, Substance use, and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health* 1993; 83: 179-84.

<sup>96</sup> Op.cit. BRENT. et.al. p. 32:69-75.

La conducta agresiva también se ha vinculado con la repetición del intento, la que a su vez se asocia con suicidio completado<sup>97</sup>. Un 4% de los repetidores logran suicidarse, comparado con solo 1% entre pacientes con un solo intento<sup>98</sup>. En esta línea, Stein (1998)<sup>99</sup> comparó 32 adolescentes israelitas hospitalizados por su primer intento de suicidio con 19 adolescentes hospitalizados que habían realizado 5 o más intentos de suicidio. Se les evaluó ansiedad, depresión, agresión e impulsividad. Los resultados muestran que ambos grupos presentan altos niveles de depresión y ansiedad, pero que los intentadores de suicidio múltiples tienen mayores niveles de agresión.

### **3.6. OTROS FACTORES ASOCIADOS CON EL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES**

**3.6.1 Conducta suicida previa.** Probablemente, el mejor indicador de un elevado riesgo de suicidio es la tentativa previa. Los estudios muestran que alrededor del 40% de los pacientes deprimidos que se suicidan han realizado un intento previo. El riesgo de que un paciente realice una segunda tentativa es más alto a los tres meses de la primera.

Existen varias escalas para determinar el riesgo de suicidio, cuando ha existido un intento previo y son utilizadas por los especialistas para seguimiento y tratamiento de los mismos. Entre ellas la escala SAD PERSONS (expresión en inglés) la cual es una herramienta útil para detectar el riesgo de suicidio y tomar una determinación con respecto a la conducta a seguir ya que contiene la mayoría de

---

<sup>97</sup> Op.cit. SHAFFER. et.al. 27: 675-87

<sup>98</sup> Op.cit. KOTILA . et.al. L, 79: 453-9.

<sup>99</sup> STEIN, D., APTER, A, RATZONI, G., HAR-EVEN, D., AVIDAN, G. Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37: 488-94. [ Medline ]

los factores importantes de tener en cuenta para evaluar la posibilidad de que un intento se repita. Veamos:

- S**exo: los hombres se suicidan y las mujeres hacen más intentos
- A**edad: el riesgo aumenta con la edad
- D**epresión especialmente con desesperanza
- P** intentos previos especialmente si han sido potencialmente letales
- E** abuso de etanol
- R** pérdida del pensamiento racional alucinaciones u obsesiones
- S**oporte social deficiente
- O** plan organizado
- N**ausencia de compañero o compañera
- S** enfermedad

Cada respuesta positiva se puntúa con uno, el total se clasifica de la siguiente manera:

Si el resultado esta entre 0 a 2, se clasifica como poco riesgo.

Entre 3 a 4: debe hacerse seguimiento

Entre 5 a 6: considerar hospitalización psiquiátrica

Entre 7 a 10: alto riesgo debe hospitalizarse<sup>100</sup>.

---

<sup>100</sup>WISE, M., RUNDELL, J. Concise Guide to Consultation Psychiatry. 2 ed. Washington, Am Psyc. Press 1994  
(Evidencia III Autor: Fundación Santafe de Bogotá)

Es de gran importancia la determinación del riesgo de suicidio en los adolescentes con intento previo, ya que en estos es prioritario el manejo integral y multidisciplinario para evitar que el suicidio se consuma.

**3.6.2 Tendencias actuales.** Al hablar de suicidio consumado, los análisis seculares apoyan la hipótesis de que en las últimas décadas se ha observado un dramático cambio en las causas de mortalidad adolescente. Hace 50 años los adolescentes morían en gran parte de causas naturales, mientras que ahora mueren de causas más previsibles. Parte de este cambio ha sido un aumento mundial de las tasas de suicidio adolescente en países desarrollados, como en los en vías de desarrollo, de manera similar existe un verdadero incremento de este fenómeno desde 1950 a la fecha entre los adolescentes y adultos jóvenes de la población europea y norteamericana<sup>101</sup>. Las tasas de suicidio en adolescentes entre 15 y 19 años se han cuadruplicado desde 1957 a 1987 en USA<sup>102</sup>, y es la cuarta causa de muerte entre los 10-15 años y la tercera entre los 15 y 25 años<sup>103</sup>. Este incremento hace necesario el desarrollo de programas efectivos de prevención, requiriendo la clara identificación de los factores de riesgo anteriormente citados.

Algunos autores han demostrado que las personas nacidas en el último período del siglo veinte tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos del ánimo a temprana edad<sup>104</sup>, factor de riesgo asociado frecuentemente con la conducta suicida<sup>105,106</sup>.

---

<sup>101</sup>DIEKSTRA, RFW. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 371 (Suppl): 9-20.

<sup>102</sup>LARZELERE, R.E., SMITH, GL, BATENHORST, LM, KELLY, DB: Predictive validity of the suicide probability scale among adolescents in group home treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 166-72.

<sup>103</sup>McKEOWN, RE., GARRISON, CZ., CUFFE, SP., WALLER, JL., JACKSON, K., ADDY, C. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 612-9.

<sup>104</sup>BIRMAHER, B., RYAN, N.D.; WILLIAMSON, D.E. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1427-39.

<sup>105</sup>Op.cit. SHAFFER p. 53: 339-48

<sup>106</sup>Op.cit. HARRINGTON. P. 1309-19.



Otra probable explicación es el incremento de las tasas de divorcio en las últimas décadas<sup>107</sup>.

En otros estudios, la ideación y los intentos suicidas han sido asociados a altas tasas de psicopatología<sup>108,109</sup>, altas tasas de problemas de adaptación<sup>110,111</sup>, exposición a adversidades durante la niñez<sup>112,113,114</sup>, peleas físicas<sup>115</sup>, sexo femenino<sup>116,117,118</sup>, altas tasas de conductas automutilantes y pobre regulación de los afectos<sup>119</sup>, abuso físico<sup>120</sup> y la presencia de factores precipitantes<sup>121</sup>.

El análisis de la información muestra que un alto porcentaje de los casos hospitalizados fue evaluado por psiquiatra, y que esta evaluación en general fue bastante temprana (antes de una semana de ocurrido el intento en la mayoría de los casos). Esto refleja la adecuada coordinación que se ha logrado establecer

---

<sup>107</sup> BERMAN, AL, JOBES, D.A. Suicide prevention in adolescents (age 12-18). *Suicide Life Threat Behav* 1995; 25:143-54. [Medline].

<sup>108</sup> FERGUSON, D., LYNSKEY, M. Suicide Attempts and Suicidal Ideation in a Birth Cohort of 16-Year-Old New Zealanders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 1308-17.

<sup>109</sup> GROHOLT, B., EKEBERG, O., WICHSTROM, L., HALDORSEN, T. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 473-81.

<sup>110</sup> FERGUSON, D., LYNSKEY, M. Suicide Attempts and Suicidal Ideation in a Birth Cohort of 16-Year-Old New Zealanders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 1308-17.

<sup>111</sup> Ibid. Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 612-22 [Medline].

<sup>112</sup> FERGUSON, D., LYNSKEY, M. Suicide Attempts and Suicidal Ideation in a Birth Cohort of 16-Year-Old New Zealanders. *Op.cit.*

<sup>113</sup> GROHOLT, B., EKEBERG, O., WICHSTROM, L., HALDORSEN, T. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 473-81.

<sup>114</sup> FERGUSSON. Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *Op.cit.*

<sup>115</sup> *Op.cit.* PFEFFER 1087-97.

<sup>116</sup> FERGUSON Suicide Attempts and Suicidal Ideation in a Birth Cohort of 16-Year-Old New Zealanders. *Op.cit.*

<sup>117</sup> *Op.cit.* PFEFFER. p. 33: 1087-97

<sup>118</sup> *Op.cit.* BEAUTRAIS. p. 35: 1174-82.

<sup>119</sup> ZLOTNICK, C., DONALDSON, S., SPIRITO, A., PEARLSTEIN, T. Affect Regulation and Suicide Attempts in Adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 793-798 [Medline].

<sup>120</sup> KAPLAN, S., PELCOVITZ, D., SALZINGER, S., MANDEL, F., WEINER, M. Adolescent physical abuse and suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 799-808 [Medline]

<sup>121</sup> *Op.cit.* BEAUTRAIS 153: 1009-14

entre el equipo pediátrico y la unidad de psiquiatría infantil a través del programa de psiquiatría de enlace.

Al revisar los factores de riesgo más frecuentemente descritos en la literatura científica asociados al intento de suicidio en niños y adolescentes, se ha demostrado que los padres son informantes inexactos de la psicopatología de sus hijos, tendiendo habitualmente a minimizarla o negarla<sup>122</sup>. Esto implica que el monitoreo continuo de indicadores de riesgo por parte de los médicos puede tener un importante impacto preventivo.

En un intento de integrar los hallazgos recientemente revisados, podemos destacar que las desventajas sociales, disyunción familiar y morbilidad psiquiátrica son factores de riesgo para la conducta suicida. Los niños y adolescentes que presentan conducta suicida generalmente se caracterizan por escaso cuidado parental y circunstancias familiares adversas, presentan más frecuentemente trastorno depresivo, abuso de alcohol o drogas, y/o exhiben conductas antisociales.

Por esto, los profesionales de la salud mental que trabajan en servicios de urgencia deben ser expertos en la elaboración de la historia psiquiátrica del paciente, en el examen de su estado mental, la valoración del riesgo de suicidio, y en orientar adecuadamente al adolescente, se debe conocer la necesidad de contactar con los pacientes, con su familia, realizar seguimiento, tratamiento multidisciplinario que lleve a evitar que estos adolescentes terminen con su vida.

---

<sup>122</sup> HARRINGTON, R., BREDENKAMP, D., GROOTHUES, C., RUTTER, M., FUDGE, H., PICKLES A. Adult outcomes of child and adolescent depression III. Links with suicidal behaviours. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35: 1309-19.

Los estudios aquí referidos, nos orientan, indefectiblemente, hacia la adopción de medidas preventivas, como la derivación oportuna y el desarrollo de tratamientos efectivos en gente joven con morbilidad psiquiátrica, toda vez que pueden ser muy eficaces en reducir las conductas suicidas.

Lo anterior con la advertencia de que algunos expertos creen que la tendencia hacia el aumento de los índices oficiales de suicidio en los países occidentales en el último siglo se debe a la mejora de los métodos estadísticos y a una consideración menor del suicidio como estigma.

En este estado de cosas, los datos citados solo nos dan una leve imagen de lo que se ha registrado, sin embargo, es necesario reconocer que el problema va más allá de las personas que se suicidan, ya que son muchas más aún las que lo tratan de hacer, e incontables las que a lo largo de su vida han pensado o piensan seriamente en el suicidio como alternativa<sup>123,124</sup>.

---

<sup>123</sup> Op.cit. MOSCIKI. p. 40-51.

<sup>124</sup> BOSTWICK, J., PANKRATZ, V. Affective disorders and suicide risk: a reexamination, Am J Psychiatry 200; 157: 1925-1932.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. TIPO DE ESTUDIO**

Estudio descriptivo

### **4.2. POBLACION**

Se tomaron todos los Registros Diarios de Consulta en Urgencias de un Hospital de segundo nivel de atención desde Junio del 2001 hasta junio de 2005, se revisaron y seleccionaron 137 registros que tuvieran diagnostico de intento de suicidio, intoxicación por alguna sustancia, lesión autoinfringida.

La población objeto de estudio quedo conformada con 90 historias clínicas, porque las 47 restantes no se localizaron por falta de la identificación del paciente, falta de registro completo e inconsistencias en el diagnostico.

Las 90 historias de los pacientes conformaron el universo estudio.

#### **4.2.1 Criterios de inclusión**

- Pacientes que consultaron al servicio de urgencias de un hospital Nivel II de Popayán por intento de suicidio y/o intoxicación por tóxico u otra sustancia.
- Pacientes con edades entre 10 y 19 años
- Pacientes que posean Historia Clínica completa y clara

#### **4.2.2 Criterios de exclusión.** Intoxicación producida accidentalmente

### **4.3. RECOLECCION DE INFORMACIÓN**

Antes de dar inicio al proceso de recolección de información, se llevó a cabo un estudio piloto aplicando una encuesta que permitiera definir las variables mas confiables en la recolección de la información.

El instrumento utilizado fue una encuesta que contenía las siguientes variables: Identificación, motivo de consulta, características sociodemográficas, diagnostico psicopatológico, e intentos previos. (Anexo 1)

Se aplicó en 10 historias del 2004, como resultado se realizaron las siguientes correcciones al instrumento de recolección de datos (Anexo 2) así: se eliminó la

identificación por ética para conservar el anonimato de las personas y solicitud expresa del hospital.

En el motivo de consulta se decidió copiar textualmente lo consignado en la historia clínica y se realizó una clasificación para el análisis quedando así: Conflicto familiar, conflicto de pareja, embarazo no deseado, influencia de amistades, conflictos académicos, mala adaptación al duelo y sin anotación al respecto.

Las variables sociodemográficas no se modificaron.

Se diferenciaron los diagnósticos en: diagnóstico de ingreso realizado por el médico general y de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades CIE 10 y el diagnóstico psicopatológico de egreso realizado por el especialista psiquiatra. En la valoración del especialista se encontró una clasificación tomada textualmente como riesgo de suicidio y clasificada en bajo, medio y alto.

Una vez corregido el instrumento se procedió a recoger la información que realizaron las investigadoras, previa presentación del proyecto y aprobación de parte de la Universidad del Cauca y Universidad del Bosque; se obtuvo la autorización del Hospital mediante la firma del consentimiento informado.

Para efectos de la organización de la información de las variables se utilizó el programa estadístico SPSS Versión 11.5 y su análisis se realizó con medidas de frecuencia.

#### **4.4. LIMITACIONES**

1. El acceso a la información en el Hospital fue muy complicada, con diversos grados de inconvenientes que hicieron dispendiosa la búsqueda de la información y la clasificación de las historias que cumplían con los requisitos y con los criterios de inclusión.
2. Los registros de atención en Urgencias no poseían identificación, los nombres estaban incompletos y había duplicidad, lo cual dificultó la consecución de las historias.
3. Actualmente no existe un programa de seguimiento a estos pacientes en el Hospital en estudio, lo cual dificulta la identificación, localización, seguimiento y control de estos casos.

#### **4.5. DEFINICION Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Se recolectó la información en el instrumento elaborado para tal fin (Anexo 2) con las variables que se observan en el Cuadro 1.

**Cuadro 1. Definición y Operacionalización de Variables.**

Nombre	Definición	Nivel de medición	Indicador
1. MOTIVO DE CONSULTA	Manifestación verbal del paciente o familiar explicando las razones que lo llevaron a consultar. Copia textual de la Historia Clínica	Nominal	Frecuencia
<b>2. CARACTERIZACION SOCIODEMOGRÁFICA</b>			
2.1. SEXO	Clasificación del sexo biológico de una persona en masculino y femenino.	Nominal	Frecuencia
2.2. EDAD	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la consulta, expresado en años cumplidos.	Razón	Edad en Años cumplidos.
2.3. PROCEDENCIA	Clasificación del DANE de los entes territoriales.	Nominal	Frecuencia
2.4. ZONA	Clasificación de un ente territorial de acuerdo a su desarrollo.	Nominal	Frecuencia
2.5. ESTRATO SOCIO-ECONOMICO	Clasificación de la población con base en las características de la vivienda y de su entorno. <sup>(14)</sup>	Nominal	Frecuencia
<b>3. CARACTERIZACION PSICOPATOLOGICA</b>			
3.1. DIAGNOSTICO DE INGRESO	Impresión del estado de salud del paciente después de una evaluación completa e integral realizada por el médico general. Basada en la clasificación CIE 10.	Nominal	Frecuencia
3.2. DIAGNOSTICO PSICOPATOLOGICO DE EGRESO	Se conceptualiza como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad, o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad, o pérdida de libertad. <sup>(15)</sup> Consignado por el médico psiquiatra en base a la CIE 10.	Nominal	Frecuencia
3.3. RIESGO DE SUICIDIO	Clasificación realizada por el Psiquiatra y tomada textualmente de la Historia Clínica.	Nominal	Frecuencia
3.4. METODO DE AUTOAGRESION	Mecanismos utilizados para realizar las conductas autodestructivas. <sup>(16)</sup>	Nominal	Frecuencia
3.5. INTENTOS PREVIOS	Existencia de antecedentes similares.	Nominal	Frecuencia



## **5. RESULTADOS**

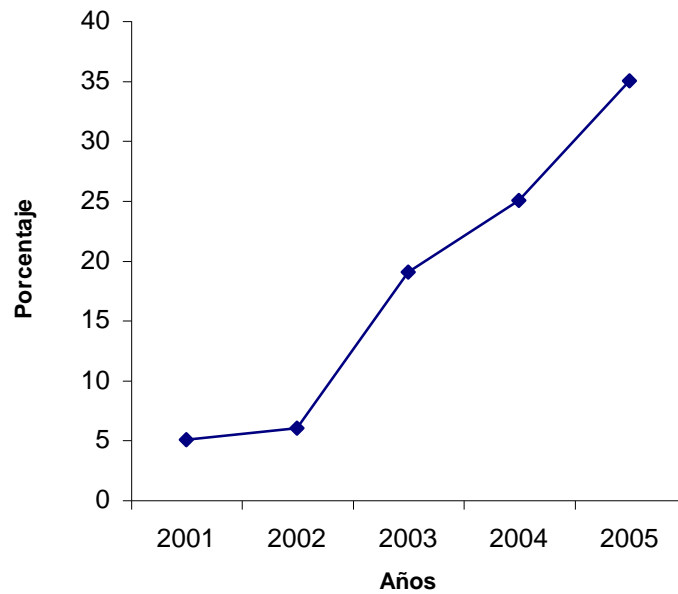
Se revisaron 90 Historias Clínicas de adolescentes entre los 10 y 19 años que fueron atendidos en Urgencias de un Hospital de Segundo Nivel en la ciudad de Popayán entre junio de 2001 a junio de 2005.

### **5.1. TENDENCIA**

Con relación al número de casos de intento de suicidio, en el periodo estudiado, se observa, un aumento progresivo cada año. En el 2005, año en el cual solo se registran los casos del primer semestre, la tendencia es similar.

Se observó un incremento anual entre 2004 al 2005 del 11,1% teniendo en cuenta que los datos obtenidos van hasta junio del 2005 (primer semestre). Del 2003 al 2004 hubo un incremento del 18,3%. Del 2002 al 2003, 14,4% y del 2001 al 2002 el 1,1%. (Ver Figura 1 y Cuadro 2.)

**Figura 1. Tendencia anual intentos de suicidio en adolescentes, Hospital nivel II, Popayán, junio 2001 a junio 2005**



**Cuadro 2. Tendencia anual intentos de suicidio en adolescentes, Hospital nivel II, Popayán, junio 2001 a junio 2005**

<b>Años</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
2001	5	5,6
2002	6	6,7
2003	19	21,1
2004	25	27,8
2005	35	38,9
Total	90	100,1

## 5.2. CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA

**5.2.1 Edad.** Con relación a la edad se encontró que el promedio fue de 16.03 años, abarcando de los 13.89 a los 18.17 años, con una desviación estándar de + ó – 2.14.

Para el estudio se agrupo las edades de acuerdo a la clasificación de la Organización Mundial de la salud como adolescencia temprana entre los 10 a 12 años, adolescencia media entre los 13 a 16 años y adolescencia tardía entre los 17 a 19 años.

Se encontró el 62.2% (56/90) entre los 13 y 16 años de edad, 31.1% (28/90) entre 17 a 19 años. La menor frecuencia se presento en el grupo de 10 a 12 años, 6.7% (6/90). (Ver Cuadro 3. )

**5.2.2 Sexo.** En total de los 90 adolescentes estudiados, se presentó el 73.37% (66/90) del sexo femenino y el 26.7% (24/90) del sexo masculino. (Ver Cuadro 3).

**5.2.3 Procedencia.** Se clasificó la información según el lugar de procedencia y se encontró: el 70% (63/90) adolescentes que consultaron del municipio de Popayán y el 30% (27/90) adolescentes que consultaron de otros municipios, entre los cuales estan: Balboa, Mercaderes, Piendamó, Timbio , Cajibío, El Tambo, Inzá, La Vega , Argelia, Caldon, Patia, Puracé y Silvia. (Ver Cuadro 3.).

**5.2.4 Zona.** En los resultados se encontró el 68.9% (62/90) de las personas pertenecientes a la zona Urbana, de las cuales 90.3% (56/62) eran de Popayán y 9.7% (6/62) de otros municipios. En la zona Rural se encontró el 31.1% (28/90), de los cuales el 75% (21/28) eran de otros municipios y 25% (7/28) de Popayán. (Ver Cuadro 3.).

**5.2.5 Estrato.** En la población a estudio, el 61.1% (55/90) se presentó en el estrato medio, seguido por el 34.4% (31/90) en el estrato bajo y por último el 4.4% (4/90) en el estrato alto. (Ver Cuadro 3.)

### **5.3. CARACTERISTICAS PSICOPATOLOGICAS**

**5.3.1 Diagnóstico de Ingreso.** Entre los diagnósticos realizados por el médico general de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades CIE 10 se observa un 36.7% (33/90) de adolescentes con diagnóstico de intoxicación por órgano fosforado; el 31.1% (28/90) de adolescentes con diagnóstico de intento de suicidio; el 22.2% (20/90) intoxicación por otro tóxico y el 10% (9/90) con otros diagnósticos (ahorcamiento, autoagresión, entre otros). (Ver Cuadro 4.)

**Cuadro 3. Características sociodemográficas de los adolescentes con intento de suicidio, Hospital nivel II Popayán junio 2001 - junio 2005, n=90**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad</b>		
▪ 10 - 12 años	6	6,7
▪ 13 a 16 años	56	62,2
▪ 17 a 19 años	28	31,1
<b>Sexo</b>		
▪ Masculino	24	26,7
▪ Femenino	66	73,3
<b>Procedencia</b>		
▪ Popayán	63	70
▪ Otros Municipios: Balboa, Mercaderes, Piendamó, Timbío, Cajibío, El Tambo, Inzá, La Vega, Argelia, Caldonó, Patía, Puracé y Silvia	27	30
<b>Zona</b>		
▪ Urbana	62	68.9
▪ Rural	28	31.1
<b>Popayán</b>		
▪ Urbana	56	88.9
▪ Rural	7	11.1
<b>Otros Municipios</b>		
▪ Urbana	6	22.2
▪ Rural	21	77.8
<b>Estrato</b>		
▪ Bajo	31	34,4
▪ Medio	55	61,1
▪ Alto	4	4,4

**Cuadro 4. Frecuencia de diagnostico de Ingreso de adolescentes con intento de suicidio, Hospital nivel II Popayán, Junio 2001 a Junio 2005.**

<b>Diagnostico de ingreso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Intento suicidio	28	31,1
Intoxicación por OF	33	36,7
Intoxicación por otro toxico	20	22,2
Otro diagnóstico	9	10,0
Total	90	100

**5.3.2 Motivo de Consulta.** Se clasificaron los 90 pacientes de acuerdo al motivo de consulta encontrándose 31.1% (28/90) que consultaron por conflicto familiar; 30% (27/90) sin clasificación porque no se encontró este dato en la Historia Clínica; 17.8% (16/90) consultaron por conflicto de pareja; 12.2% (11/90) por embarazos no deseados; 3.3% (3/90) por influencia de amistades y mala adaptación al duelo respectivamente y 2.2% (2/90) por conflictos académicos. (Ver Cuadro 5.).

**Cuadro 5. Frecuencia del Motivo de Consulta en adolescentes con intento de suicidio, Hospital nivel II Popayán, 2001-2005**

<b>Motivo de consulta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Conflicto familiar	28	31,1
Conflicto de pareja	16	17,8
Embarazo no deseado	11	12,2
Influencia de amistades	3	3,3
Conflictos académicos	2	2,2
Mala adaptación al duelo	3	3,3
Sin clasificación	27	30,0
Total	90	100

**5.3.3 Diagnóstico psicopatológico de egreso.** Entre los diagnósticos de egreso realizados por el médico especialista en psiquiatría de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades CIE 10 se encontró 70% (63/90) personas con diagnóstico de Síndrome depresivo; 14.4% (13/90) personas sin clasificación de patología psiquiátrica por no encontrarse registrado en la Historia clínica; 7.8% (7/90) con otros diagnósticos (distimia, retardo mental, ansiedad y trastorno adaptativo); 4.4% (4/90) personas con diagnóstico de esquizofrenia y 3.3% (3/90) personas con diagnóstico de drogadicción. (Ver Cuadro 6 )

**Cuadro 6. Frecuencia del diagnóstico psicopatológico de egreso en adolescentes con intento de suicidio. Hospital nivel II junio 2001 a junio 2005.**

<b>Diagnóstico de egreso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Síndrome depresivo	63	70,0
Esquizofrenia	4	4,4
Drogadicción	3	3,3
Otros	7	7,8
Sin clasificación patológica	13	14,4
Total	90	100

**5.3.4 Método de autoagresión.** Entre los métodos de autoagresión, el mayor porcentaje 83.3% (75/90) se presentó por la ingesta de tóxicos; 8.9% (8/90) se presentó por ingesta de medicamentos; 4.4% (4/90) personas autoagredidas con arma blanca; 2.2% (2/90) con otros métodos (ingesta de otras sustancias) y 1.1% (1/90) con ahorcamiento. (Ver Cuadro 7.)

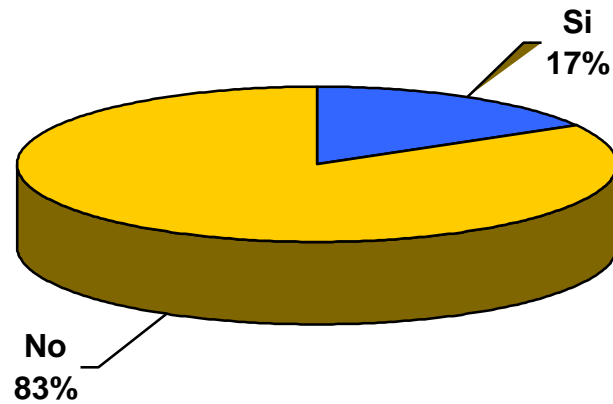
**Cuadro 7. Frecuencia del método de autoagresión en adolescentes con intento de suicidio, Hospital nivel II junio 2001 a junio 2005**

<b>Método de autoagresión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Arma blanca	4	4,4
Ahorcamiento	1	1,1
Ingesta medicamentos	8	8,9
Ingesta tóxicos	75	83,3
Otros	2	2,2
Total	90	100



**5.3.5 Intentos previos.** Se presento un 83.3% (75/90) personas sin intentos previos y 16,7% (15/90) personas con intentos previos de suicidio. (Ver Figura 2 Cuadro 8.).

**Figura 2. Frecuencia de intentos previos en adolescentes con intento de suicidio, Hospital Nivel II, Popayán, junio 2001 a junio 20**



**Cuadro 8. Frecuencia de intentos previos en adolescentes con intento de suicidio, Hospital Nivel II, Popayán, junio 2001 a junio 2005**

Intentos previos	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	16,7
No	75	83,3
Total	90	100,0

**5.3.6 Riesgo de suicidio según clasificación psiquiátrica.** Se tomó el riesgo textualmente de las historias clínicas analizadas y se observó que 41.1% (37/90) personas fueron clasificadas con riesgo bajo; 23.3% (21/90) personas con riesgo alto; 21.1% (19/90) personas con riesgo medio, y 14.4% (13/90) personas no fueron clasificadas. (Ver Cuadro 9.)

**Cuadro 9. Clasificación del Riesgo de reintento de suicidio en adolescentes Hospital Nivel II. Popayán, junio 2001 a junio 2005**

<b>Riesgo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No clasificado	13	14,4
Bajo	37	41,1
Medio	19	21,1
Alto	21	23,3
Total	90	100,0

#### **5.4. RELACION ENTRE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y PSICOPATOLOGICAS**

A continuación se explorará la relación que pueda existir entre las variables sociodemográficas y psicopatológicas

**5.4.1 Caracterización sociodemográfica según motivo de consulta por edad y sexo.** En el sexo masculino se evidencia entre los 10-12 años un solo

adolescente que consultó por conflicto familiar; entre los 13 a 16 años se observa 46.2% de conflicto familiar y de pareja, se presentaron en igual proporción 15.4% (2/13) respectivamente, sin clasificación (6/13); luego influencia de amistades y mala adaptación al duelo cada uno con 7.1% (1/13) y por último en el grupo etareo de 17 a 19 años en el 60% no fue clasificado y el principal motivo correspondió al conflicto familiar 20% (2/10), seguido por el conflicto de pareja y conflictos académicos, cada uno con 10% (1/10).

En cuanto al sexo femenino en el grupo etareo de 10 a 12 años igualmente se encuentra como único motivo de consulta el conflicto familiar; en el grupo etareo entre 13 a 16 años el 30.2% sin clasificación (13/43); el primer motivo de consulta correspondió al conflicto familiar con un 30.2% (13/43) seguido del conflicto de pareja 18.6% (8/43), embarazo no deseado 14% (6/43), influencia de amistades 4.7% (2/43) y por último conflictos académicos 2.3% (1/43). En el grupo etareo de 17 a 19 años se observó 11.1% sin clasificación y el principal motivo correspondió al conflicto de pareja y embarazo no deseado, ambos con 27.8% (5/18), seguido del conflicto familiar 22.2% (4/18) y por último mala adaptación al duelo 11.1% (2/18) (Ver Cuadro 10)



**5.4.2 Caracterización sociodemográfica según motivo de consulta por procedencia y zona.** Con respecto a la zona Urbana, se evidencia en la ciudad de Popayán que el motivo de consulta no se clasificó en un 32.1% (18/56), el principal motivo encontrado fue el conflicto familiar 28.6% (16/56), seguido conflicto de pareja 16.1% (9/56), embarazo no deseado 12.5% (7/56) y por último se encontró conflictos académicos, influencia de amistades y mala adaptación al duelo cada uno con 3.6% (2/56). En los otros municipios se observó que el mayor motivo de consulta fue el conflicto de pareja con un 50% (3/6), seguido de conflicto familiar y embarazo no deseado cada uno con 16.7% (1/6).

En la zona rural se observó en la ciudad de Popayán que el principal motivo de consulta fue el conflicto familiar 42.9% (3/7), seguido de embarazo no deseado 28.6% (2/7) y por último conflicto de pareja y sin clasificación con 14.3% (1/7) cada uno. En los otros municipios el mayor motivo de consulta fue el conflicto familiar 38.1% (8/21), sin clasificación se encontró un 33.3% (7/21) seguido de conflicto de pareja 14.3% (3/21) y por último embarazo no deseado, influencia de amistades y mala adaptación al duelo cada uno con un 4.8% (1/21). (Ver Cuadro 11.)

**Cuadro 11. Caracterización sociodemográfica (procedencia y zona) según motivo de consulta. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005**

		Urbana			Rural		
		Popayán	Otros	Total	Popayán	Otros	Total
<b>Conflicto familiar</b>	Recuento	16	1	17	3	6	9
	%	28.6	16.7	27.4	42.9	28.6	32.1
	% tabla	17.8	1.1	18.9	3.3	6.7	10.0
<b>Conflicto de pareja</b>	Recuento	9	3	12	1	4	5
	%	16.1	50.0	19.4	14.3	19.0	17.9
	% tabla	10.0	3.3	13.3	1.1	4.4	5.6
<b>Embarazo no deseado</b>	Recuento	7	1	8	2	2	4
	%	12.5	16.7	12.9	28.6	9.5	14.3
	% tabla	7.8	1.1	8.9	2.2	2.2	4.4
<b>Influencia de amistades</b>	Recuento	2		2		1	1
	%	3.6		3.2		4.8	3.6
	% tabla	2.2		2.2		1.1	1.1
<b>Conflictos académicos</b>	Recuento	2		2			
	%	3.6		3.2			
	% tabla	2.2		2.2			
<b>Desadaptac. al duelo</b>	Recuento	2		2		1	1
	%	3.6		3.2		4.8	3.6
	% tabla	2.2		2.2		1.1	1.1
<b>No aplica</b>	Recuento	18	1	19	1	7	8
	%	32.1	16.7	30.6	14.3	33.3	28.6
	% tabla	20.0	1.1	21.1	1.1	7.8	8.9
<b>Total</b>	Recuento	56	6	62	7	21	28
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	% tabla	62.2	6.7	68.9	7.8	23.3	31.1

**5.4.3 Caracterización sociodemográfica según motivo de consulta por estrato.** En cuanto al motivo de consulta se observó en el estrato bajo un 32.3% (10/31) de conflicto familiar, seguido de la categoría sin clasificación 29% (9/31), embarazo no deseado 16.1% (5/31), conflicto de pareja 9.7% (3/31), influencia de amistades 6.5% (2/31) y por último conflictos académicos y mala adaptación al duelo ambos con 3.2%.

En el estrato medio se observa que 30.9% (17/55) no fue clasificado y el principal motivo de consulta fue el conflicto familiar 29.1% (16/55) seguido de conflicto de pareja 23.6%(13/55), embarazo no deseado 10.9% (6/55), mala adaptación al duelo 3.6% (2/55) y por último influencia de amistades 1.8% (1/55)

En el estrato alto se evidencia que el principal motivo de consulta fue el conflicto familiar con un 50% (2/4) seguido de conflictos académicos y no clasificados, cada uno con 25% (1/4). (Ver Cuadro 12.)

**Cuadro 12. Caracterización sociodemográfica por estrato según el motivo de consulta en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005**

Motivo	Estrato			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Conflicto familiar	10	16	2	28
	32,3	29,1	50	31,1
Conflicto de pareja	3	13	0	16
	9,7	23,6	0	17,8
Embarazo no deseado	5	6	0	11
	16,1	10,9	0	12,2
Influencia de amistades	2	1	0	3
	6,5	1,8	0	3,3
Conflictos académicos	1	0	1	2
	3,2	0,0	25	2,2
Desadaptación al duelo	1	2	0	3
	3,2	3,6	0	3,3
No aplica	9	17	1	27
	29,0	30,9	25	30,0
Total	31	55	4	90
	100	100	100	100



**5.4.4 Caracterización sociodemográfica según diagnóstico de egreso por edad y sexo.** En el sexo masculino con respecto al diagnóstico psicopatológico de egreso se encontró que en el grupo etareo de 10 a 12 años no hay ninguna patología, mientras que en el grupo de 13 a 16 años el principal diagnóstico encontrado fue síndrome depresivo con 61.5% (8/13), seguido de otros diagnósticos y sin clasificación patológica, cada uno con 15.4% (2/13) y por último esquizofrenia con 7.7% (1/13). En el grupo de 17 a 19 años el 60% (6/10) correspondió a síndrome depresivo, seguido de ausencia de clasificación con 30% (3/10) y por último esquizofrenia 10% (1/10).

En el sexo femenino se evidenció que entre 10 a 12 años la mayor frecuencia correspondió al síndrome depresivo 60% (3/5) seguido de esquizofrenia y sin patología ambos con 20% (1/5). Entre los 13 y 16 años el síndrome depresivo ocupó el primer lugar con 72.1% (31/43), seguido de otros diagnósticos con 11.6% (5/43), sin patología 9.3%(4/43), drogadicción 4.7 % (2/43) y esquizofrenia 2.4 % (1/43). En el grupo etareo de 17 a 19 años el Principal diagnóstico fue síndrome depresivo con 83.3% (15/18) seguido de “sin clasificación patológica” 11.1% (2/18), y drogadicción 5.6% (1/18). (Ver Cuadro 13.)

**Cuadro 13. Características sociodemográficos (edad y sexo) según diagnóstico de egreso Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005**

		10 - 12 años			13 a 16 años			17 a 19 años		
		Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
<b>Síndrome depresivo</b>	Recuento		3	3	8	31	39	6	15	21
	%		60.0	50.0	61.5	72.1	69.6	60.0	83.3	75.0
	% tabla		3.3	3.3	8.9	34.4	43.3	6.7	16.7	23.3
<b>Esquizofrenia</b>	Recuento		1	1	1	1	2	1		1
	%		20.0	16.7	7.7	2.3	3.6	10.0		3.6
	% tabla		1.1	1.1	1.1	1.1	2.2	1.1		1.1
<b>Droga-dicción</b>	Recuento					2	2		1	1
	%					4.7	3.6		5.6	3.6
	% tabla					2.2	2.2		1.1	1.1
<b>Otros</b>	Recuento				2	5	7			
	%				15.4	11.6	12.5			
	% tabla				2.2	5.6	7.8			
<b>Sin patología</b>	Recuento	1	1	2	2	4	6	3	2	5
	%	100.0	20.0	33.3	15.4	9.3	10.7	30.0	11.1	17.9
	% tabla	1.1	1.1	2.2	2.2	4.4	6.7	3.3	2.2	5.6
<b>Total</b>	Recuento	1	5	6	13	43	56	10	18	28
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	% tabla	1.1	5.6	6.7	14.4	47.8	62.2	11.1	20.0	31.1

**5.4.5 Caracterización sociodemográfica según diagnóstico de egreso por procedencia y zona.** Con respecto a la zona Urbana, se evidencia en la ciudad de Popayán que el síndrome depresivo ocupó el primer lugar en frecuencia con un 62.5% (35/56), seguido de “sin clasificación “ 19.6% (11/56), otros diagnósticos 7.% (4/56) y por último esquizofrenia y drogadicción, cada uno con 5.4% (3/56). En los otros municipios se observó con mayor frecuencia el síndrome depresivo con 83.3% (5/6) y “ sin clasificar” 16.7% (1/6)

En la zona rural se observó en la ciudad de Popayán que el principal diagnóstico fue síndrome depresivo 71.4% (5/7) seguido de esquizofrenia y otros diagnósticos con 14.3% (1/7) respectivamente. En otros municipios el síndrome depresivo ocupó el primer lugar con 85.7% (18/21) seguido de otros diagnósticos 9.5% (2/21) y “sin clasificar” 4.8% (1/21). (Ver Cuadro 14.)

**Cuadro 14. Caracterización sociodemográfica por procedencia y zona según el diagnóstico de egreso en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005**

Zona	Diagnóstico de egreso	Procedencia		Total
		Popayán	Otros	
Urbana	Síndrome depresivo	35	5	40
		62,5	83,3	64,5
	Esquizofrenia	3	0	3
		5,4	0,0	4,8
	Drogadicción	3	0	3
		5,4	0,0	4,8
	Otros	4	0	4
		7,1	0,0	6,5
Sin patología	11	1	12	
	19,6	16,7	19,4	
Total	56	6	62	
	100	100	100	
Rural	Síndrome depresivo	5	18	23
		71,4	85,7	82,1
	Esquizofrenia	1	0	1
		14,3	0,0	3,6
	Otros	1	2	3
		14,3	9,5	10,7
	Sin patología	0	1	1
		0,0	4,8	3,6
Total	7	21	28	
	100	100	100	

**5.4.6 Caracterización sociodemográfica según diagnóstico de egreso por estrato.** Según el diagnóstico de egreso, en el estrato bajo la principal patología fue síndrome depresivo con 71% (22/31) seguida de otros diagnóstico y “sin clasificación”, ambos con 12.9% (4/31) y por último esquizofrenia 3.2% (1/31). En el estrato medio se encontró en primer lugar el síndrome depresivo 67.3% (37/55) seguido de “sin clasificar” 16.4% (9/55) y por último esquizofrenia, drogadicción y otros diagnósticos, cada uno con 5.5% (3/55).

En el estrato alto encontramos como única patología el síndrome depresivo 100% (4/4). (Ver Cuadro 15.)

**Cuadro 15. Caracterización sociodemográfica por estrato según diagnóstico de egreso en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005**

Diagnostico de egreso	Estrato			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Síndrome depresivo	22	37	4	63
	71,0	67,3	100,0	70,0
Esquizofrenia	1	3		4
	3,2	5,5		4,4
Drogadicción		3		3
		5,5		3,3
Otros	4	3		7
	12,9	5,5		7,8
Sin patología	4	9		13
	12,9	16,4		14,4
Total	31	55	4	90
	100	100	100	100

**5.4.7 Diagnóstico psicopatológico de egreso y riesgo de suicidio.** En cuanto al diagnóstico psicopatológico de egreso según el riesgo de suicidio tomado textualmente de la historia clínica, la mayor concentración de la población adolescente se encontró en la categoría Síndrome depresivo con un 70% (63/90), clasificados en un 49.2% (31/63) como de riesgo bajo, en un 25.4% (16/63) como riesgo medio y alto respectivamente; en orden de frecuencia sigue la categoría “sin clasificación patológica” con un 14.4% (13/90), de los cuales el 92.3% (12/13) se clasificaron con riesgo bajo y 7.7% (1/13) con riesgo alto; Seguidamente se encontró la categoría “otros diagnósticos” (distimia, retraso mental, trastorno adaptativo) con un 7.8% (7/90), entre ellos el 71.4% (5/7) como riesgo bajo y 28.6% (2/7) como riesgo medio; a continuación encontramos esquizofrenia con un 4.4% (4/90) presentándose el 75% (3/4) como riesgo alto y 25% (1/4) como riesgo bajo; por último la categoría drogadicción con un 3.3% (3/90) con un 66.7% (2/3) riesgo alto y 33.3 (1/3) como riesgo bajo. (Ver Cuadro 16.)

**Cuadro 16. Diagnóstico psicopatológico y riesgo en adolescentes con intento de suicidio Hospital Nivel II Popayán, junio 2001- 2005**

Riesgo	Diagnóstico de Egreso					Total
	Síndrome depresivo	Esquizofrenia	Drogadicción	Otros	Sin clasificación patológica	
Bajo	31	1		5	12	49
	49,2	25		71,4	92,3	54,4
Medio	16		1	2		19
	25,4		33,3	28,6		21,1
Alto	16	3	2		1	22
	25,4	75	66,7		7,7	24,4
Total	63	4	3	7	13	90
	70	4.4	3.3	7.8	14.4	100

**5.4.8 Caracterización sociodemográfica según intentos previos por edad y sexo.** En el sexo masculino no se presentaron adolescentes con intentos previos en la edad de 10 a 12 años. Entre los 13 a 16 años se encontraron intentos previos en un 23.1% (3/13) y entre los 17 a 19 años 20% (2/10).

En el sexo femenino no se presentaron intentos previos de suicidio entre los 10 a 12 años. Entre los 13 a 16 años hubo 14% (6/43) de adolescentes con intentos previos y en la edad de 17 a 19 años 22.2% (4/18). (Ver Cuadro 17.)

**5.4.9 Caracterización sociodemográfica según intentos previos por procedencia.** En la zona urbana se encontró en Popayán un 19.6% (11/56) de intentos previos de suicidio mientras que en los otros municipios no se presentó ninguno.

En la zona rural se observó en Popayán 28.6% (2/7) de intentos previos y en otros municipios solo correspondió al 9.5% (2/21). (Ver Cuadro 18.)

**Cuadro 17. Caracterización sociodemográfica por edad y sexo según intentos previos en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II. Popayán, junio 2001 a junio 2005**

Intentos previo		10 - 12 años			13 a 16 años			17 a 19 años		
		Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Si	Recuento				3	6	9	2	4	6
	%				23.1	14.0	16.1	20.0	22.2	21.4
No	% tabla				3.3	6.7	10.0	2.2	4.4	6.7
	Recuento	1	5	6	10	37	47	8	14	22
	%	100.0	100.0	100.0	76.9	86.0	83.9	80.0	77.8	78.6
	% tabla	1.1	5.6	6.7	11.1	41.1	52.2	8.9	15.6	24.4
Total	Recuento	1	5	6	13	43	56	10	18	28
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	% tabla	1.1	5.6	6.7	14.4	47.8	62.2	11.1	20.0	31.1



**Cuadro 18. Caracterización sociodemográfica por procedencia y zona según intentos previos en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005**

Intentos Previos		Urbana			Rural		
		Popayán	Otros	Total	Popayán	Otros	Total
Si	Recuento	11		11	2	2	4
	%	19.6		17.7	28.6	9.5	14.3
	% tabla	12.2		12.2	2.2	2.2	4.4
No	Recuento	45	6	51	5	19	24
	%	80.4	100.0	82.3	71.4	90.5	85.7
Total	% tabla	50.0	6.7	56.7	5.6	21.1	26.7
	Recuento	56	6	62	7	21	28
	% columna	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

**5.4.10 Caracterización sociodemográfica según intentos previos por estrato.**

Presentaron intentos previos de suicidio, en el estrato bajo el 16.1% (5/31), en el estrato medio 16.4% (9/55) y en el estrato alto 25% (1/4). (Ver Cuadro 19)

**Cuadro 19. Caracterización sociodemográfica por estrato según intentos previos en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005**

Intentos previos	Estrato			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Si	5	9	1	15
	16,1	16,4	25,0	16,7
No	26	46	3	75
	83,9	83,6	75,0	83,3
Total	31	55	4	90
	100	100	100	100

**5.4.11 Características sociodemográficas según método de autoagresión por edad y sexo.** En el sexo masculino se observó que en los grupos etareos de 10 a 12 y 13 a 16 años el único método de autoagresión utilizado fue la ingesta de tóxicos con un 100 % (1/1) y 100% (13/13) respectivamente, entre los 17 a 19 años el principal método fue la ingesta de tóxicos 50% (5/10), seguido de ingesta de medicamentos 20 % (2/10) y por último arma blanca y ahorcamiento 10% (1/10).

En el sexo femenino se encontró que entre los 10 y 12 años el único método de autoagresión fue la ingesta de tóxicos 100% (5/5), entre los 13 a 16 años el primer lugar correspondió a ingesta de tóxicos 90.7% (39/43), seguida de ingesta de medicamentos con 7% (3/43) y otros métodos 2.3% (1/43). (Ver Cuadro 20)

**5.4.12 Características sociodemográficas según método de autoagresión por procedencia y zona.** En la zona urbana se encontró en Popayán el principal método de agresión la ingesta de tóxicos con un 76.8% (43/56) seguida de ingesta de medicamentos 10.7% (6/56), luego arma blanca 7.1%(4/56), otros métodos 3.6% (2/56) y ahorcamiento 1.8% (1/56). En los otros municipios el único método de autoagresión fue la ingesta de tóxicos 100% (6/6).

En la zona rural se observó que en Popayán los métodos utilizados fueron la ingesta de tóxicos con 85.7% (6/7) seguida de ingesta de medicamentos 14.3% (1/7). En los otros municipios los métodos fueron la ingesta de tóxicos 95.2% (20/21) y la ingesta de medicamentos 4,8% (1/21). (Ver Cuadro 21.)

**Cuadro 20. Caracterización sociodemográfica por edad y sexo según método de autoagresión en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio de 2001 – junio de 2005**

Método de Autoagresión		10 - 12 años			13 a 16 años			17 a 19 años		
		Masculino	femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Arma blanca	Recuento							1	3	4
	%							10.0	16.7	14.3
	% tabla							1.1	3.3	4.4
Ahorcamiento	Recuento							1		1
	%							10.0		3.6
	% tabla							1.1		1.1
Ingesta medicamentos	Recuento					3	3	2	3	5
	%					7.0	5.4	20.0	16.7	17.9
	% tabla					3.3	3.3	2.2	3.3	5.6
Ingesta toxicos	Recuento	1	5	6	13	39	52	5	12	17
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	90.7	92.9	50.0	66.7	60.7
	% tabla	1.1	5.6	6.7	14.4	43.3	57.8	5.6	13.3	18.9
Otros	Recuento					1	1	1		1
	%					2.3	1.8	10.0		3.6
	% tabla					1.1	1.1	1.1		1.1
Total	Recuento	1	5	6	13	43	56	10	18	28
	% columna	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	% tabla	1.1	5.6	6.7	14.4	47.8	62.2	11.1	20.0	31.1

**Cuadro 21. Caracterización sociodemográfica por procedencia y zona según método de autoagresión en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005**

		Urbana			Rural		Total
		Popayán	Otros	Total	Popayán	Otros	
Arma blanca	Recuento	4		4			
	%	7.1		6.5			
	% tabla	4.4		4.4			
Ahorcamiento	Recuento	1		1			
	%	1.8		1.6			
	% tabla	1.1		1.1			
Ingesta medicamentos	Recuento	6		6	1	1	2
	%	10.7		9.7	14.3	4.8	7.1
	% tabla	6.7		6.7	1.1	1.1	2.2
Ingesta tóxicos	Recuento	43	6	49	6	20	26
	%	76.8	100.0	79.0	85.7	95.2	92.9
	% tabla	47.8	6.7	54.4	6.7	22.2	28.9
Otros	Recuento	2		2			
	%	3.6		3.2			
	% tabla	2.2		2.2			
Total	Recuento	56	6	62	7	21	28
	% columna	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	% tabla	62.2	6.7	68.9	7.8	23.3	31.1

**5.4.13 Características sociodemográficas según método de autoagresión por estrato.** En el estrato bajo los métodos de autoagresión fueron ingesta de tóxicos con 93.5% (29/31) e ingesta de medicamentos con 6.5% (2/31). En el estrato medio el principal método de autoagresión fue la ingesta de tóxicos 81.8% (45/55) seguida de ingesta de medicamentos 10.9% (6/55) arma blanca 3.6% (1/55) y finalmente ahorcamiento y otros métodos cada uno con 1.8% (1/55). En el estrato alto los métodos utilizados fueron arma blanca 50% (2/4) seguido de ingesta de tóxicos y otros métodos cada uno con 25% (1/4). (Ver Cuadro 22.)

**Cuadro 22. Caracterización sociodemográfica por estrato según método de autoagresión en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005**

Método	Estrato			Total
	Bajo	Medio	alto	
Arma blanca		2	2	4
		3,6	50	4,4
ahorcamiento		1	0	1
		1,8	0	1,1
Ingesta medicamentos	2	6	0	8
	6,5	10,9	0	8,9
Ingesta tóxicos	29	45	1	75
	93,5	81,8	25,0	83,3
Otros		1	1	2
		1,8	25	2,2
Total	31	55	4	90
	100	100	100	100

**5.4.14 Características sociodemográficas según riesgo de suicidio por edad y sexo.** En el sexo masculino se observó entre los 10 a 12 años únicamente riesgo bajo 100% (8/1). En la edad de 13 a 16 años, se presentó principalmente riesgo bajo 69.2% (9/13) y riesgo medio y alto, cada uno con 15.4% (2/13). Entre los 17 a 19 años los principales riesgos encontrados fueron alto y bajo, cada uno con 40% (4/10) seguido de riesgo medio 20% (2/10).

En el sexo femenino se evidenció en el grupo etareo de 10 a 12 años los principales riesgos fueron bajo y medio cada uno con 40% (8/20) seguido de riesgo alto 20% (4/20). Entre los 13 a 16 años el principal riesgo encontrado fue bajo 60.5% (26/43) seguido de riesgo medio 20.9% (9/43) y riesgo alto 18.6% (8/43). Entre los 17 a 19 años los principales riesgos encontrados fue bajo y alto con 38.9% (7/18) respectivamente, seguido de riesgo medio 22.2% (4/18). Ver Cuadro 23

**Cuadro 23. Caracterización sociodemográfica por edad y sexo según riesgo en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005**

Riesgo de Reintento		10 - 12 años			13 a 16 años			17 a 19 años		
		Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Bajo	Recuento	1	2	3	9	26	35	4	7	11
	%	100.0	40.0	50.0	69.2	60.5	62.5	40.0	38.9	39.3
	% tabla	1.1	2.2	3.3	10.0	28.9	38.9	4.4	7.8	12.2
Medio	Recuento		2	2	2	9	11	2	4	6
	%		40.0	33.3	15.4	20.9	19.6	20.0	22.2	21.4
	% tabla		2.2	2.2	2.2	10.0	12.2	2.2	4.4	6.7
Alto	Recuento		1	1	2	8	10	4	7	11
	%		20.0	16.7	15.4	18.6	17.9	40.0	38.9	39.3
	% tabla		1.1	1.1	2.2	8.9	11.1	4.4	7.8	12.2
Total	Recuento	1	5	6	13	43	56	10	18	28
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	% tabla	1.1	5.6	6.7	14.4	47.8	62.2	11.1	20.0	31.1



**5.4.15 Características sociodemográficas según riesgo de suicidio por procedencia y zona.** En la zona urbana se encontró en la ciudad de Popayán predominó el riesgo bajo con un 55.4% (31/56) seguido de riesgo alto 23.2% (13/56) y riesgo medio 21.4% (12/56). En los otros municipios se encontró Principalmente riesgo bajo 66.7% (4/6) seguido de riesgo medio y alto cada uno con 16.7% (1/6).

En la zona rural se evidenció que en Popayán predominó el riesgo medio y alto con 42.9% (3/7) cada uno, seguido de riesgo bajo 14.3% (1/7). En los otros municipios se presentó el riesgo bajo con 61.9% (13/21) seguido de riesgo alto 23.8%(5/21) y riesgo medio 14.3% (3/21). (Ver Cuadro 24.)

**Cuadro 24. Caracterización sociodemográfica por procedencia y zona según riesgo en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005**

Riesgo de Reintento		Urbana			Rural		
		Popayán	Otros	Total	Popayán	Otros	Total
Bajo	Recuento	31	4	35	1	13	14
	%	55.4	66.7	56.5	14.3	61.9	50.0
	% tabla	34.4	4.4	38.9	1.1	14.4	15.6
Medio	Recuento	12	1	13	3	3	6
	%	21.4	16.7	21.0	42.9	14.3	21.4
	% tabla	13.3	1.1	14.4	3.3	3.3	6.7
Alto	Recuento	13	1	14	3	5	8
	%	23.2	16.7	22.6	42.9	23.8	28.6
	% tabla	14.4	1.1	15.6	3.3	5.6	8.9
Total	Recuento	56	6	62	7	21	28
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	% tabla	62.2	6.7	68.9	7.8	23.3	31.1

**5.4.16 Características sociodemográficas según riesgo de suicidio por estrato.** En el estrato bajo predominó el riesgo bajo con 54.8% (17/31) seguido de riesgo medio y alto cada uno con 22.6% (7/31). En el estrato medio el principal riesgo encontrado fue el bajo con 56.4% (31/55) seguido de riesgo alto 23.6% (13/55) y riesgo medio 20% (11/55). En el estrato alto el principal riesgo fue alto con 50% (2/4), seguido de riesgo bajo y medio cada uno con 25% (1/4). (Ver Cuadro 25.)

**Cuadro 25. Caracterización sociodemográfica por estrato según riesgo en adolescentes con intento de suicidio. Hospital Nivel II Popayán, junio 2001 a junio 2005**

Riesgo	Estrato			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Bajo	17	31	1	49
	54,8	56,4	25,0	54,4
Medio	7	11	1	19
	22,6	20	25	21,1
Alto	7	13	2	22
	22,6	23,6	50	24,4
Total	31	55	4	90
	100	100	100	100

## 6. DISCUSION

La tendencia anual del intento de suicidio en adolescentes del departamento del Cauca aparejado con lo demostrado en los estudios nacionales e internacionales (Mckrown,1998,Martinez-Cuba,Andrey Coli-España), se incrementa cada año. En las últimas décadas el suicidio ha adquirido especial v relevancia como problema de salud pública. Los análisis apoyan la hipótesis de que existe un verdadero incremento de este fenómeno desde 1950 a la fecha, entre los adolescentes y adultos jóvenes de la población europea y norteamericana<sup>125</sup>. Las tasas de suicidio en adolescentes entre 15 y 19 años se han cuadruplicado desde 1957 a 1987 en USA<sup>126</sup>, es la cuarta causa de muerte entre los 10-15 años y la tercera entre los 15 y 25 años<sup>127</sup>. Este incremento hace necesario el desarrollo de programas de prevención efectivos, requiriendo la clara identificación de los factores de riesgo de la conducta suicida. Este dramático incremento también se observa en Europa occidental y en otros países como en el Japón, donde 25.000 casos de muertes por suicidio ocurridos en 1986, 1.000 correspondieron a jóvenes menores de 20 años (17). En España la prevalencia de la conducta suicida en adolescentes escolares encontrados por *Andrés y coll.* 1992 fue 7.1%<sup>128,129</sup>

El aumento porcentual del intento de suicidio en los adolescentes de este estudio entre 2001 y 2004, es alrededor del 17.2%, en el primer semestre del año 2005 se

---

<sup>125</sup> DIEKSTRA, RFW. The epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1993; 371 (Suppl): 9-20.

<sup>126</sup> LARZELERE, RE., SMITH, GL, BATENHORST, LM, KELLY, DB: Predictive validity of the suicide probability scale among adolescents in group home treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 166-72.

<sup>127</sup> Op.cit. McKEOWN. Et.al. p. 37: 612-9.

<sup>128</sup> Op.cit. MARDOMINGO. Et.al. p-415-30.

<sup>129</sup> SARRÓ MARTÍN, B., CRUZ COMA, C de la. Evaluación del riesgo de suicidio. En: Rev psiquiatr Jan 2-8 Mayo 1997; L11 No. 1211.

observa que este incremento ya alcanza el 11.1% con respecto al año inmediatamente anterior. Estas cifras son alarmantes demostrando el gran problema de Salud Pública cuya consecuencia final es el suicidio, el cual ha ido aumentando progresivamente hasta convertirse en la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 12 a 15 años de edad según el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia 2002.

Respecto a la caracterización sociodemográfica, la edad en que más se presentaron intentos de suicidio está dada entre los 13-16 años (adolescencia media), seguida por el grupo entre los 17-19 años (adolescencia tardía). La edad en que menos intentos se presentaron fue entre 10-12 años (adolescencia temprana). Estos resultados concuerdan con los estudios realizados por Valdivia y colaboradores (Chile 2001) quienes para sustentar esto refieren que “estos adolescentes tienen menor autonomía, menor acceso a métodos letales, mayor efecto contenedor de la familia, colegio o ambiente y una menor incidencia de depresión a esa edad”. Sin embargo, otros autores tales como Shaffer (1974), Thomson (1987), Hoberman y Garfinkel (1988) analizan este hecho tomando toda la población adolescente y plantean que “los adolescentes tempranos están tan expuestos como los adolescentes tardíos a cometer suicidio cuando los factores de riesgo están presentes, factores como trastornos del ánimo, no vivir con sus padres biológicos, conflictos familiares y patología psiquiátrica parental”.

Otro factor a destacar es el sexo cuya tendencia relacionada con el intento de suicidio se marca principalmente en las mujeres como lo demuestra este estudio, donde 66 de los pacientes analizados eran de sexo femenino y 24 de sexo masculino. Estos resultados son comparables con la literatura revisada donde se encontró una mayor proporción de sexo femenino, según Wilfredo Guibert Reyes (Cuba 2002) “las hembras intentan suicidarse mas frecuentemente que los

varones, y estas pueden estar precipitadas por un problema interpersonal (familiar, afectivo, etc), otros factores precipitantes, son los problemas escolares, ambientes abusivos, duelo, rechazo, problemas de drogas, etc. Cuando no existen factores precipitantes suelen estar mas relacionados con la existencia de una depresión”. Además la depresión se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino debido a los cambios cíclicos hormonales y estado gestacional que conllevan a la mujer a ser más vulnerable y susceptible a situaciones de estrés generadas por el medio externo. Por su parte, investigadores como Kotila y Lonqvist (1989) plantean explicaciones para entender las diferencias existentes entre hombres y mujeres en relación con el suicidio: “Los hombres estarían mas expuestos a sufrir las consecuencias de las fluctuaciones socioeconómicas; tienen mayor prevalencia de alcoholismo, utilizan medios mas violentos y por lo tanto el intento de suicidio es mas exitoso en ellos que en las mujeres; en cambio en las mujeres es mas prevalente el intento.

Los resultados nos muestran mayor frecuencia de intentos de suicidio en el municipio de Popayán en un 70%, del cual, el 88.9% se presentó en la zona urbana; el 30% restante, corresponde a otros municipios pertenecientes al área de influencia del hospital, por ser este una entidad pública. Los intentos presentados en los otros municipios se manejaron en sus respectivos centros hospitalarios, y solo se remitieron los pacientes que se consideraron de mayor gravedad. Entre estos municipios se encontró: Timbío (3 pacientes), Piendamó (3 pacientes), Mercaderes (3 pacientes), Balboa (3 pacientes); Cajibío, Tambo, Inzá, La Vega y Totoró (2 pacientes), con un solo caso Argelia, Caldon, Puracé, Patía, y Silvia; presentándose con mayor frecuencia ( 77.8%) en la zona rural de estos. La mayor proporción de intentos presentados en la zona urbana de Popayán, a diferencia de la zona rural en los otros municipios, se podría explicar por la distribución de la población. En la zona urbana de la ciudad de Popayán, los adolescentes se encuentran más expuestos a diferentes problemas de orden

sociocultural como son la drogadicción, presiones por parte de grupos de satanismo, abandono por el trabajo de ambos padres, influencia de los medios de comunicación, el estrés y el ritmo de vida mas acelerado. En la zona rural de los otros municipios la problemática sociocultural es de otra índole, como los problemas generados por la violencia, presiones por grupos al margen de la ley y las dificultades económicas que son más tangibles en dicha zona.

La mayor frecuencia de intento de suicidio se presentó en el estrato socioeconómico medio seguido por el estrato bajo. Esto refleja en parte los problemas de pobreza, privaciones sociales, dificultades domésticas y desesperanza. Puede explicarse por la zona de influencia del Hospital, que siendo público atiende niveles medio y bajo en mayor proporción y las personas de estrato alto son llevadas a Hospitales o clínicas privadas.

Respecto a la caracterización psicopatológica, en el diagnóstico de ingreso se encontró que solo en el 31.1% se realizó un buen diagnostico de ingreso, que fue intento de suicidio, reflejando el gran porcentaje de subregistro lo cual dificulta la planeación de políticas en salud publica porque no se evidencia la realidad del problema en estudio. En el estudio realizado por Lolas F, Verdugo S, Castellón C se concluye que “el subregistro hace que la prevalencia del intento de suicidio sea difícil de conocer, ya que frecuentemente solo se cuenta con información local, muestreo, que incluyen solo consulta satisfecha y en muchas ocasiones la información se encuentra dispersa entre los servicios de pediatría y adultos, por lo cual se acepta que en general los intentos son de 10 a 50 veces mas numerosos que los suicidios”.

El motivo de consulta que presentó mayor porcentaje fue el conflicto familiar 31.1%, esto se explica por fragmentación de la familia, desestructuración de la misma, ausencia de uno de los padres, separación o abandono, relaciones conflictivas entre padres y entre padres e hijos, falta de atención, desinterés por el joven y falta de comunicación familiar entre otros que son el reflejo de la sociedad en el día de hoy, corroborado por los resultados encontrados por Mckeown (1998) quien concluye que “la cohesión familiar es un factor protector para los intentadores de suicidio y que el no vivir con ambos padres no se asoció con ninguna conducta suicida, sugiriendo que no es la estructura familiar *per se* sino la calidad de las relaciones familiares que conllevan a una conducta suicida en el adolescente”, y por los estudios de Marttunen y Mardomingo quienes sostienen que “el intento de suicidio es 3 a 6 veces mas frecuente en el niño y el adolescente con falta de soporte familiar ,siendo la causa del 88% en los niños que realizan intento de suicidio”. Por otro lado, impacta que el 30% de los motivos de consulta no fueron consignados en la historia clínica, circunstancia muy preocupante toda vez que este subregistro puede enmascarar el verdadero motivo que impulsa a los adolescentes a suicidarse, e incide negativamente en los resultados y búsqueda de medidas preventivas.

En orden de frecuencia se encuentran los conflictos de pareja con un 17.8% y embarazo no deseado con un 12.2%, lo cual refleja el problema social actual de nuestro país, donde cada vez es más frecuente encontrar embarazos en edades mas tempranas y niñas catalogadas como madres cabeza de familia.

Al 14.4% de los adolescentes que intentaron suicidarse, no se les encontró clasificación siquiátrica con respecto al diagnóstico de egreso, haciéndose evidente la falta de un programa de salud mental efectivo y continuo para obtener

la valoración psiquiátrica de todos los pacientes que ingresan por intento suicida u otros diagnósticos asociados al servicio de urgencias.

Al analizar la caracterización sociodemográfica según el motivo de consulta se encontró que tanto en el sexo masculino como femenino predomina el conflicto familiar fenómeno que prevalece entre los 13-15 años (adolescencia media), sexo femenino, área urbana y en el estrato medio en Popayán. Lo que concuerda con la evidencia de que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida (36,37). La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión.

Según el diagnóstico psicopatológico de egreso se observa que el síndrome depresivo representa un 70 % a nivel general, al analizarlo según la caracterización sociodemográfica se encontró con mayor frecuencia en las edades de 13 a 16 años, entre mujeres, Popayán y en el estrato socioeconómico medio. En el sexo femenino se evidenció que entre los 10 a 12 años la mayor frecuencia correspondió al síndrome depresivo a diferencia del sexo masculino donde en este grupo etareo no se presentó ninguna patología. Cabe destacar que el síndrome depresivo es más frecuente en la zona urbana de Popayán mientras que en los otros municipios es más frecuente en la zona rural. La drogadicción solo se presentó en el estrato medio, en el sexo femenino y en la zona urbana de Popayán. Estos resultados difieren de lo encontrado en la literatura donde la drogadicción es más frecuente en los hombres sin embargo consideramos que el hecho de ser mujer potencializado con la drogadicción y la depresión aumentano la posibilidad de un intento de suicidio. Los demás resultados concuerdan con los



hallazgos existentes que apoyan la fuerte relación entre la depresión y la conducta suicida, entre ellos, los resultados encontrados por Valdivia (2001) indican que “el trastorno depresivo es el diagnóstico psiquiátrico más frecuente encontrado en población pediátrica”. Así mismo, Árales Nápoles L, y H. Hernández (1998) concluyeron que “el síndrome depresivo fue la patología psiquiátrica más frecuente en los adolescentes seguida de trastornos de personalidad, abusos de drogas y alcohol”. Hollis, por su parte, en 1996 sostuvo que “las variables asociadas con conducta suicida fueron trastornos depresivos, discordia familiar y relación hostil madre-hijo”. La adolescencia, como etapa de desarrollo del individuo, es una etapa dolorosa en la que el joven debe afrontar cambios difíciles que le producen ansiedad y depresión. Por esto, la tentativa del suicidio es una de las conductas más significativas del adolescente, en atención al contexto depresivo que lo envuelve. La tentativa de suicidio plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis durante la adolescencia.

Al analizar el método de agresión según las características sociodemográficas se encontró que: la ingesta de tóxicos corresponde al mayor porcentaje en todas las edades, con prevalencia entre los 13-16 años; en el sexo femenino y en la zona urbana de Popayán. Con relación al método el más utilizado fue la ingestión de tóxicos con un 83.3 % resultados que no concuerdan con la literatura, Prada DB (Cuba-1990-1998) reporta el mayor porcentaje en la ingesta de medicamentos, principalmente psicofármacos al igual que los resultados obtenidos por Analgizar Martínez Jiménez (Cuba 1998), Mario Valdivia (Chile2001) . La ingesta de tóxicos según Mardomingo MJ, Catolin\_Zamora ML ,(65) demostraron además la relación con el sexo femenino, lo cual sustenta que utilizan métodos blandos al contrario de los hombres. Los resultados demuestran que el acceso a tóxicos es muy fácil para los adolescentes lo que determina que no se está llevando un control en la distribución y comercialización de éstos a menores de edad.

En cuanto al riesgo de suicidio según características sociodemográficas el porcentaje más alto lo obtuvo el grupo de los 13-16 años, seguido de los 17-19 años en ambos sexos, con una presentación más alta en el sexo femenino, cuya mayor frecuencia en cuanto a procedencia fue la zona urbana de Popayán.

Con respecto al diagnóstico de egreso y el riesgo, se clasificaron como riesgo bajo el 49,2 % de los diagnosticados con síndrome depresivo, pero llama la atención la esquizofrenia y la drogadicción clasificadas por el psiquiatra como riesgo alto de reintento de suicidio. Esta clasificación del riesgo debería ser aplicada en el paciente no solamente por el psiquiatra o psicólogo, sino también por un grupo interdisciplinario de especialistas médicos, como, entre otros, el pediatra, el internista y el médico general, quien atendió al paciente en su periodo de recuperación, y no limitarse a la atención de la herida o intoxicación producto del método de autoagresión del individuo. El grupo médico en general debe ser un ente proactivo en el manejo y prevención de futuros intentos, haciendo una clasificación precisa del riesgo de suicidio del paciente para determinar si el manejo es expectante, basado en medicamentos, o si necesita hospitalización, no solamente por las consecuencias físicas de la auto agresión, sino también por el riesgo que tiene cada adolescente de reintentar el suicidio.

Si existe un intento previo de suicidio en el adolescente, se deben tomar las medidas correspondientes según la clasificación del riesgo, para evitar a futuro, el reintento o la consumación final del suicidio.

En cuanto al riesgo y los intentos previos, se encontró que 15 adolescentes 16.7% tuvieron intentos previos, 10 presentaron riesgo alto 45.51% y 4 presentaron riesgo medio 21.1%, estos resultados confirman lo encontrado por Stein (1998),

donde los adolescentes que presentaron intentos de suicidio repetidos presentan niveles más elevados de depresión y ansiedad. Además es muy importante destacar el hecho de que la mayor proporción de adolescentes con riesgo alto y medio se encuentran entre los 13 a 19 años grupo que debe ser el objetivo para implementar un manejo integral con estrategias multidisciplinarias dirigidas a evitar que se presente el suicidio.

Por estas razones, el profesional de la salud mental que trabaja en servicios de urgencia, debe ser experto en la elaboración de la historia psiquiátrica del paciente, en el examen de su estado mental, la valoración del riesgo de suicidio, y en orientar adecuadamente al adolescente, debe conocer la necesidad de contactar con los pacientes, con su familia, realizar seguimiento y tratamiento multidisciplinario, a fin de evitar que estos adolescentes terminen con su vida.

## 7. CONCLUSIONES

1. El intento de suicidio en adolescentes es un problema alarmante en la ciudad de Popayán y en el mundo entero debido al incremento anual acelerado y a la indiferencia de las autoridades que no reconocen su importancia y el impacto que conllevan todos los factores asociados en el núcleo familiar y en su entorno social a un desequilibrio psíquico y emocional que puede terminar en la pérdida de una vida con todo un futuro por delante.
2. Los conflictos familiares son los motivos mas frecuentes por los cuales nuestros adolescentes toman la determinación de intentar acabar con su vida. La relación familiar juega un papel muy importante ya que estos adolescentes manifiestan la falta de comunicación y comprensión especialmente de parte de la madre lo cual los lleva a la depresión con las consecuencias estudiadas.
3. El incremento del intento de suicidio en los adolescentes de 13 a 16 años debe llevar a reflexionar desde el ámbito de los hogares, sobre la manera de educar a los hijos desde muy temprana edad inculcándoles valores, ayudándoles a mejorar su autoestima y buscar soluciones a sus conflictos.
4. Es muy importante referir que una mala comunicación con los padres especialmente con la madre, lleva a situaciones de desesperanza en la que el único camino es dar fin a su existencia, se quiere resaltar la importancia y la influencia que ejerce la madre en todo el núcleo familiar así también indicar

que las niñas son las personas que más intentan suicidarse mostrando la necesidad del llamado de atención para centrar el interés de su familia en torno a su problema.

5. Se resalta el hecho que en un 68.9% no se realizó el diagnóstico de intento de suicidio como diagnóstico de ingreso por cuenta de los médicos generales, Usualmente se diagnostica intoxicación por órgano fosforados, por carbonatos, o por medicamentos, pero no intento de suicidio, lo cual es de gran importancia, mostrando el subregistro que serviría para prender la alarma en salud pública y tener un diagnóstico real de la magnitud del problema y quizá así poder tomar medidas drásticas tanto políticas como de salud para cortar esta cadena que puede llevar a la muerte de los adolescentes y por lo tanto a alterar la salud mental de toda la familia. Muchas veces las familias y los médicos ocultan la tendencia suicida y no debiera sorprender que muchos “accidentes” en ésta etapa de la vida sean en realidad intentos de suicidio.
  
6. Es sorprendente como el síndrome depresivo en un 70% se relaciona con la psicopatología encontrada en los adolescentes objeto de estudio, lo que nos lleva a pensar que fue una patología mal considerada como de adultos y mayores por los múltiples problemas tanto económicos, conyugales, violentos, armados etc., pero ha cambiado su presentación en una edad que no debería padecer de depresión, es muy importante que este estudio sirva de base para seguir escudriñando causas que puedan evitar que llegue a presentarse en nuestros adolescentes esta patología y si la hay diagnosticarla y tratarla a tiempo.. Es indispensable y urgente que en nuestra sociedad se creen programas de recreación, cultura y actividades deportivas que incentiven a los adolescentes a estar con su mente y su cuerpo sano y activo.

7. El 15.6% corresponde a patologías siquiátricas clasificadas como esquizofrenia, drogadicción, y otras como la distimia, el alcoholismo, las cuales no deben ignorarse y su manejo debe iniciarse temprano para prevenir complicaciones posteriores.
  
8. Sin clasificación de patología psiquiátrica se tiene un 14.4%, porcentaje que no debería existir en un centro donde hay un programa de salud mental, especialmente cuando se presenta un adolescente con un intento previo de suicidio. El 60% de los adolescentes que presentaron intentos previos se clasificaron con riesgo alto de suicidio, estos antecedentes implican un mayor riesgo de que el suicidio se concrete, por lo tanto, se requiere el seguimiento psicológico por un grupo multidisciplinario de estos grupos para prevención de futuros suicidios.
  
9. El 44.4% de todos los adolescentes fueron clasificados con riesgo medio y alto de suicidio, hubieran o no presentado intentos previos lo cual es una cifra alarmante y lo más probable es que vuelvan a intentarlo para lograr su objetivo. Identificar, valorar y manejar a los pacientes con intentos de suicidio es una tarea importante del médico quien juega un papel crucial en la prevención del suicidio.
  
10. Se observa que el método de autoagresión utilizado en mayor porcentaje fue la ingesta de tóxicos, especialmente en la zona rural, entre ellos los organofosforados y los carbomatos utilizados en diversas actividades plaguicidas, tanto como herbicidas, insecticidas o fungicidas, lo cual facilita la adquisición y su compra por el bajo precio.

11. Es importante realizar campañas para evitar la venta de estos tóxicos a menores de edad e instruir a los padres sobre el uso, la restricción y el manejo de estas sustancias.
  
12. Se observa el mayor porcentaje de intento de suicidio en el estrato socioeconómico medio con un 61.1% por la zona de influencia del hospital en estudio.
  
13. En el hospital de nivel II donde se realizó este estudio, existe un programa de salud mental, este programa inicia con la valoración casi inmediata del paciente con intento de suicidio por parte de psiquiatría y psicología, pero lastimosamente por el sobrecupo de pacientes y por falta de continuidad en el personal médico que labora en esta institución no siempre se realizan estos procedimientos ni el respectivo seguimiento.

## 8. RECOMENDACIÓN

Los resultados de este estudio demuestran que se debe intensificar la prevención en adolescentes con intento de suicidio y que ningún caso puede ser desestimado, debiéndose implementar por parte de las Autoridades e Instituciones de Salud programas de prevención dirigidos no solo al individuo sino también al grupo familiar y otras organizaciones, enfatizando en los mecanismos de afrontamiento seguro, relación afectiva temprana, y diálogo familiar. Estos grupos multidisciplinarios deben incluir al médico general, medico familiar, pediatra, psicóloga, trabajadora social, psiquiatra e incluir un programa de salud mental.

Tanto el medico familiar como el pediatra juegan un papel importante en la prevención identificando a los jóvenes con mayor riesgo y reconociendo los indicios del comportamiento en los que se visualizan la posibilidad de intento de suicidio.

Es indispensable la necesidad de prevención de nuevos intentos, para lo cual debe hacerse un seguimiento psiquiátrico adecuado por lo menos durante un año a los adolescentes que intentan suicidarse por la relación entre los intentos y el suicidio. Se recomienda para esto utilizar las escalas de clasificación de riesgo de suicidio estandarizadas como la escala de SADPERSONS y realizar el seguimiento tanto individual como familiar de estos adolescentes.



Para lograr este objetivo, se debe motivar a estudiantes, docentes, padres de familia, profesionales en salud y todos los demás involucrados, a participar como “luchadores activos” en contra de esta problemática, a través de la preparación y el conocimiento sobre el tema, los factores de riesgo, los signos de alerta, la manera de ayudar y los lugares donde se puede encontrar esta ayuda, además de la invitación a formar parte de grupos de apoyo que ayuden a la prevención.

Entre las medidas principales a tomar para ayudar a una persona con ideas suicidas se encuentra el hablar, se debe recordar que el suicidio es a menudo la solución permanente de un problema pasajero y cuando estamos deprimidos tenemos la tendencia de enfocar las cosas bajo un punto de vista muy estrecho. Con el paso de una semana o un mes, las cosas podrían cambiar completamente de aspecto. La mayoría de las personas que han contemplado alguna vez el suicidio, posteriormente se alegran de estar vivas. Dicen que no querían poner fin a sus vidas (sencillamente deseaban evitar la pena).

Estos mensajes deben ser usados, no sólo orientados a enseñar a las personas en caso de emergencia, sino también con el objetivo de influir directamente en los que anteriormente hayan pensado en el suicidio y estén presentes en la exposición.

El paso más importante es hablar con alguien. Las personas que están al borde del suicidio no deberán intentar arreglárselas a solas. Tienen que buscar ayuda ahora. El solo hablar con un miembro de la familia o con un amigo o compañero puede aportar un gran alivio. En el caso de que no se pueda confiar en la familia o amigos, existen centros que ofrecen apoyo y amistad, donde se puede hablar con voluntarios que han sido entrenados para escuchar. Por otro lado, si una persona

está pasando por un largo período de abatimiento o al borde del suicidio, es posible que él o ella sufra una depresión clínica. Este es un estado causado por un desequilibrio químico que generalmente puede ser tratado por un médico mediante la prescripción de medicamentos y/o unas sesiones de terapia.

Es imprescindible que a todo paciente deprimido o en que se sospeche que está en riesgo se le pregunte cuidadosamente sobre ideas de suicidio, debe descartarse la idea de que con estas preguntas se inculca una idea de autodestrucción, al contrario, comentar esto con el paciente le da al médico una idea de la profundidad del trastorno y la desesperación del paciente, y es muy probable que el individuo se sienta aliviado al poderse confiar a alguien.

La evaluación de un suicidio potencial requiere de una historia completa, un examen cuidadoso del estado mental del paciente, un estudio de los síntomas depresivos, de los pensamientos suicidas, propósitos, planes y tentativas.

En el caso de encontrarse en una situación de emergencia cuando una persona amenaza con suicidarse debe tenerse siempre presente que el deseo de morir es ambivalente y a menudo transitorio, por lo que el médico o la persona que ayuda debe concentrarse en apoyar el deseo de vivir, se le debe ofrecer una esperanza de solución al individuo que pasa por una crisis como ésta. Esta recomendación es difícil de ponerse en práctica en nuestros hospitales, donde se nota una seria deficiencia en el tratamiento que se les da a los pacientes que ingresan a emergencias por intento de autoeliminación, ya que es necesario no sólo tratar la urgencia médica (intoxicación por ejemplo), sino que el mismo médico sea una fuente de ayuda sólida y segura, con una atención cordial y expresando su preocupación y comprensión hacia los sentimientos que originaron en la persona

la toma de esa decisión. En lugar de esto, se muestra a menudo un total desinterés y hasta un menosprecio hacia este tipo de pacientes, siendo ellos, precisamente los que más necesitarían una atención especial. La atención médica de los pacientes suicidas se logra mejor cuando los médicos proporcionan servicios completos, incluyendo una evaluación y tratamientos médicos y psicosociales. La atención completa y continua da al médico la oportunidad de obtener la información necesaria para detectar a los jóvenes que presentan riesgos de suicidio u otras conductas autodestructivas. Este modelo de servicio también ayuda a crear una relación médico-paciente con apoyo social, que puede moderar las influencias adversas que los adolescentes encuentran en su entorno.

Se recomienda a todos los estamentos de salud socializar la clasificación internacional de enfermedades para obtener así información clasificada en forma unánime y sea mas fácil, ágil y oportuno obtener datos para realizar estudios que aporten al mejoramiento de la salud de la población.

Se llama la atención a los gobiernos de turno, para que dentro de sus planes de gobierno se incluya la implementación de programas de bienestar y recreación que incluyan al adolescente y su familia.

## BIBLIOGRAFÍA

ALLAN, W., KASHANI, J., DAHLMETER, J., BECK, N., REID, J. Anxious suicidality: a new subtype of childhood suicide ideation? *Suicide Life Threat Behav* 1998; 28: 251-60 [Medline]

ANDREWS, J.A., LEWINSOHN, PM. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 655-62. [Medline].

APTER, A., GOTHELF, D., ORBACH, Y., WEIZMAN, R., RATZONI, G., HAREVEN, D., TYANO, S. Correlation of suicidal and violent behavior in different diagnostic categories in hospitalized adolescent patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 912-8. [ Medline ]

BEAUTRAIS, A., JOYCE, P., MULDER, R. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1174-82. [ Medline ]

BEAUTRAIS, A., JOYCE, P., MULDER, R., FERGUSON, D., DEAVOLL, B., NIGHTINGALE, S. Prevalence and Comorbidity of Mental Disorders in Persons making Serious Suicide Attempts: A Case-Control Study. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1009-14 [Medline].

BERMAN, A.L., JOBES, D.A. Suicide prevention in adolescents (age 12-18). *Suicide Life Threat Behav* 1995; 25:143-54. [ Medline ].

BIRMAHER, B., RYAN, ND., WILLIAMSON, D.E. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1427-39.

BOSTWICK, J., PANKRATZ, V. Affective disorders and suicide risk: a reexamination, *Am J Psychiatry* 200; 157: 1925-1932.

BOTEGA, N.J, RAPELI, C.B. Tentativa de suicidio. In: Bodega NJ, organizador. Práctica psiquiátrica no hospital peral: interconsulta e emergencia. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.365-77.

BRENES, VALVERDE, ZÚÑIGA. Trazando el Camino, 9º año. Guía para el docente. 1ª ed.. San José, Costa Rica, 2001.

BRENT, D.A., JOHNSON, B., BARTLE S. et al. Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32:69-75.

BRENT, D.A., PERPER, J.A., MORITZ, G. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32: 521-9.

CAMPOS RAMON, M. Prevención de Suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes. Costa Rica 2004.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE 10)

COLOMBIA MÉDICA Vol 34.No. 1. 2003

COLOMBIA. Instituto de Medicina Legal. Centro de Referencia Nacional sobre violencia. Subdirección de Servicios Forenses. 1998.

DE WILDE, E.J., KIENHORST, ICWM., DIEKSTRA, RFW., WOLTERS, WHG. The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32: 51-9. [Medline]

DIEKSTRA, RFW.: The epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1993; 371 (Suppl): 9-20.

FERGUSON, D., LYNSKEY, M. Suicide Attempts and Suicidal Ideation in a Birth Cohort of 16-Year-Old New Zealanders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34: 1308-17.

FERGUSON, D., LYNSKEY, M. Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 612-22 [Medline].

FORSTER, PL, WU, L.H. Assessment and treatment of suicidal patients in an emergency setting. *Re Psychiatry* 2002; 21: 75-113.

FREEDMAN, A.M., KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. *Comprehensive Textbook of psychiatry*, Third Ed. Williams & Willkins. Baltimore 1997.

GARRISON, C., MCKEOWN, R., VALOIS, R., VINCENT, M. Aggression, Substance use, and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health* 1993; 83: 179-84.

GOULD, M., SHAFFER, D., FISHER, P., GARFINKEL, R. Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 155-62. [ Medline ]

GROHOLT, B., EKEBERG, O., WICHSTROM, L., HALDORSEN, T. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 473-81.

HACKETT, T.P., CASSEM, N.H *Handbook of general Hospital Psychiatry*.C.V. Mosby. St. Louis,1991

HARRINGTON, R., BREDENKAMP, D., GROOTHUES, C., RUTTER, M., FUDGE, H., PICKLES, A. Adult outcomes of child and adolescent depression III. Links with suicidal behaviours. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35: 1309-19.

HENDIN, H. Psychodynamics of suicide, with particular referente to the young. *Am J Psychiatr* 1991;148: 1150-1158.

HOBERMAN, H.M., GARFINKEL, B.D. Completed suicide in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 689-95. [Medline].

<http://usuarios.lycos.es/igon3al/suicidio.htm>. El suicidio

JOFFE, R., OPPONRD, D., BOYLE, M.. Ontario Child Health Study: Suicidal Behavior in youth 12-16 years. Am J Psychiatry 1988; 145: 1420-3.

KAPLAN, HI, SADOCK BJ. Comprehensive textbook of psychiatry, 6th ed. Baltimore: Williams&wikins; 1995.

KAPLAN, S., PELCOVITZ, D., SALZINGER, S., MANDEL, F., WEINER, M. Adolescent physical abuse and suicide attempts. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 799-808 [Medline]

KOSKY, R., SILBURN, S., ZUBRICK, S.R. Symptomatic depression and suicidal ideation: a comparative study with 628 children. J Nerv Ment Dis 1986; 174: 523-8. [Medline]

KOTILA L, LONNQVIST L: Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. Acta Psychiatr Scand 1989; 79: 453-9. [ Medline ]

LARZELERE, RE., SMITH, GL., BATENHORST, LM., KELLY, DB. Predictive validity of the suicide probability scale among adolescents in group home treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 166-72.

LOLAS, F., VERDUGO, S., CASTELLÓN, C. Relaciones entre hostilidad verbal, depresión y desesperanza en una muestra de pacientes con ideación suicida. En: Rev Chil Neuro-Psiquiatr 1988; 26: 12-25.

MALONE, KM., SZANTO, K., CORBITT, EM., MANN, JJ. Clinical assessment of suicidal behaviour. Am J Psychiatry 1995 Nov; 152: 1601-7

MARDOMINGO CRUZ, MJ. Psicopatología del niño y el adolescente. En: Suicidio e intento de suicidio. Ediciones Driz de Sotos, 1994:415-30).

MARDOMINGO, M.J., CATOLIN ZAMORA, M.L., Características de personalidad, medio familiar y rendimiento escolar en los intentos de suicidio en los niños y adolescentes. Pediatrka 1992;12/5.

MARTINEZ JIMÉNEZ, A. Et.al. Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil. Revista Cubana de Medicina Gen Integr 1988; 124(6):554-9.

MASSION, A.O., WARSHAW, M.G., KELLER, M.B. Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 600-7. [Medline]

McKEOWN, RE, GARRISON, CZ., CUFFE, SP., WALLER, JL., JACKSON, K., ADDY, C. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 612-9.

MINOLETTI, A., LÓPEZ, C. Enfermedades mentales en Chile. Magnitudes y consecuencias. Departamento Programa de las Personas. Unidad de Salud Mental 1999.

MORALES, ML, JIMÉNEZ, A. El suicidio desde la perspectiva forense. *Rev Col Psiquiatría* 1996 mar; 35(1): 29-37

MOSCIKI, E. Epidemiology of suicide. En: Jacobs D (editor) *Harvard Medical School Guide to Assessment and Intervention in suicide*. San Francisco: Jossey-Bass; 1998. p. 40-51.

NAVARRO, G. FORERO, P. Estudio de corte transversal de las características sociodemográficas y diagnósticas de los intentos de suicidio de los pacientes que ingresaron a la unidad de salud mental del Hospital San Ignacio entre enero de 1986 a enero de 1995. Bogotá: Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana.

OHRING, R., APTER, A., RATZONI, G., WEIZMAN, R., TYANO, S., PLUTCHIK, R. State and trait anxiety in adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 154-7. [Medline]

PERIODISMO DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA El suicidio en adolescentes.. Abril 2002.

PETERSON, B., ZHANG, H., SANTA LUCÍA, R., KING, R., LEWIS, M. Risk factors for presenting problems in child psychiatric emergencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35: 1162-73 [Medline].

PFEFFER, C. Suicide and suicidality . En: Wiener J(editor) *Textbook of child and Adolescent Psychiatry*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1997)



PFEFFER, C., NORMANDIN, L., KAKUMA, T. Suicidal children grow-up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 1087-97. [ Medline ]

RETAMAL, P., RESZCZYNSKI, C., ORTO, M., OJEDA, Y., MEDINA, P. Aspectos generales del suicidio en Chile. *Bol Hosp San Juan de Dios* 1995; 42: 29-49.

SARRÓ MARTÍN, B., CRUZ COMA C de la. Evaluación del riesgo de suicidio. En: *Rev psiquiatr* Jan 2-8 Mayo 1997; L11 No. 1211.

SHAFFER, D. Suicide in childhood and early adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 1974; 15: 275-91. [Medline].

SHAFFER, D., GARLAND. A., GOULD, M., FISHER, P., TRAUTMAN, P.D. Preventing teenage suicide: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 675-87 [Medline]

SHAFFER, D., GOULD, M.S., FISHER, P. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 339-48, [ Medline].

SHAFII, M., CARRIGAN, S., WHITTINGHILL, JR., DERRICK, A. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1061-4.

SPIRITO, A., BROWN, L., OVERHOLSER, J., FRITZ, G. Attempted suicide in adolescence: a review and critique of the literature. *Clin Psychol Rev* 1989; 9: 335-63.

STEIN, D., APTER, A., RATZONI, G., HAR-EVEN, D., AVIDAN, G. Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 488-94. [ Medline ]

TAYLOR, E.A., STANSFELD, S.A. Children who poison themselves 1. A clinical comparison with psychiatric controls. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 127-35. [ Medline ]

THOMPSON, TR. Childhood and adolescent suicide in Manitoba. *Can J Psychiatry* 1987; 32: 264-9. [Medline].

UNITED STATES. Department of Health and Human Services. Health United states 1995 Table 1980 and 1993. Hyattsville; Centers of disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Vital Statistics of the United States; 1995.

VALDIVIA, M., EBNER, D., FIERRO, V., GAJARDO, C., MIRANDA, R., Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: una revisión de cuatro años. En: Rev Chil Neuro-Psiquiat 2001; 39(3): 211-218.

WERD, Carlos. Argentina-Pobreza. La indigencia golpea a amplios sectores de la población Argentina.(EFE) UNICEF.Mayo24: 2002.

WISE, M., RUNDELL, J. Concise Guide to Consultation Psychiatry. 2 ed. Washington, Am Psyc. Press 1994 (Evidencia III Autor: Fundación Santafe de Bogotá

WOODS, E., LIN, Y., MIDDLEMAN, A., BECKFORD, P., CHASE, L., DURANT, R. The associations of suicide attempts in adolescents. Pediatrics 1997; 99: 791-6.

[www.bogota.gov.co/bogota/histoback](http://www.bogota.gov.co/bogota/histoback)

[www.cm.binass.sa.cr/adolescencia/466](http://www.cm.binass.sa.cr/adolescencia/466). Desarrollo humano, trabajo y adolescencia.

ZLOTNICK, C., DONALDSON, S., SPIRITO, A., PEARLSTEIN, T. Affect Regulation and Suicide Attempts in Adolescent inpatients. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 793-798 [Medline].