



Revista Facultad Nacional de Salud
Pública

ISSN: 0120-386X

revistasaludpublica@udea.edu.co

Universidad de Antioquia
Colombia

Guerrero-Martínez, Luis F.

Descripción del intento de suicidio como constructo de violencia en la población pediátrica
femenina

Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 34, núm. 3, septiembre-diciembre, 2016,
pp. 306-315

Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12046949005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Descripción del intento de suicidio como constructo de violencia en la población pediátrica femenina

Description of attempted suicide as a construct of violence among female pediatric population

Descrição da tentativa de suicídio como constructo de violência na população pediátrica feminina

Luis F. Guerrero-Martínez¹

¹ Epidemiólogo, Médico Cirujano. Residente de Pediatría, Universidad de Cartagena. Correo electrónico: doctorpacho@hotmail.com

Recibido: 05 de mayo de 2015. Aprobado: 15 de marzo de 2016. Publicado: 03 de septiembre de 2016.

Citación sugerida: Guerrero-Martínez LF. Descripción del intento de suicidio como constructo de violencia en la población pediátrica femenina. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 34(3): 306-315. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n3a05.

Resumen

Objetivo: caracterizar clínicamente el intento de suicidio desde el enfoque del constructo de violencia en la población pediátrica femenina. **Metodología:** estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, multivariado, desarrollado en el Hospital Infantil Los Ángeles de la ciudad de Pasto (Nariño), sobre la atención de pacientes femeninas entre 10 y 17 años, con diagnóstico de intento de suicidio, entre los años 2009 a 2014. **Resultados:** 97 pacientes (IC: 95%, Z=1,96, e: 10, p=50%). Mayor incidencia entre los 13 y 16 años (88%), predominio año 2011 (37%) y en los meses de abril, mayo, julio y agosto. Municipios de Nariño con mayor número de casos: Pasto, La Unión y El Tambo (56%). Putumayo (21%). Intentos de suicidio previos (33%). Mecanismo mayormente utilizado: ingestión de tóxicos y medicamentos (92%). Como factores de riesgo emocional: las discusiones con familiares (32%), las

relaciones afectivas fallidas (14%) y la convivencia diferente a sus padres (17%), representan más del 88%. Subregistro en la determinación de violencia intrafamiliar, abuso sexual y consumo de sustancias psicoactivas (70%). Valoración por parte de psicología (98%), y por psiquiatría (65%), frente a una ideación suicida y seguimientos menores del 5%.

Discusión: la caracterización clínica del intento de suicidio desde el constructo de violencia, teniendo en cuenta el análisis de los diferentes factores de riesgo, permitirán identificar el abordaje clínico de las pacientes, fuente del adecuado plan de tratamiento, seguimiento y pautas de prevención, como base correlativa y reproducible para el manejo multidisciplinario.

----- **Palabras clave:** intento de suicidio, violencia, mujer, pediatría, factores de riesgo.

Abstract

Objective: to characterize attempted suicide clinically from the perspective of the construct of violence among female pediatric population. **Methodology:** a descriptive, retrospective, cross-sectional and multivariate study conducted at the Los Angeles Children's Hospital in the city of Pasto, Nariño. The study focused on the care provided to female patients aged 10 to 17 and diagnosed with attempted suicide between 2009 and 2014. **Results:** a total of 97 patients (95% CI, $Z = 1.96$, $e: 10$, $p = 50\%$) were studied. There was increased incidence among those aged 13 to 16 (88%). Incidence was predominant in 2011 (37%) and in the months of April, May, July and August. Municipalities of Nariño with more cases: Pasto, La Unión, El Tambo (56%), Putumayo (21%). Previous suicide attempts: 33%. Most used mechanism: ingestion of toxic and drugs (92%). Emotional risk factors: having arguments with family

members (32%), failed emotional relationships (14%) and different coexistence with their parents (17%). These represent more than 88%. Registration in the determination of domestic violence, sexual abuse and psychoactive substance use (70%). Rating by psychology (98%), and psychiatry (65%) compared with suicidal ideation and minor follow-up of 5%. **Discussion:** the clinical characterization of attempted suicide based on the construct of violence becomes perennial. Furthermore, taking into account the analysis of the different risk factors will make it possible to identify the clinical way to approach patients, the source of an appropriate treatment plan and the monitoring and prevention guidelines as a correlative and reproducible basis for multidisciplinary handling.

-----**Keywords:** attempted suicide, violence, women, pediatrics, risk factors.

Resumo

Objetivo: caracterizar clinicamente o intento de suicídio desde o enfoque do constructo de violência na população pediátrica feminina. **Metodologia:** estudo descritivo, retrospectivo e transversal, multivariado, desenvolvido no Hospital Infantil Los Angeles da cidade de Pasto (Nariño), sobre a atenção de pacientes femininas entre 10 e 17 anos, com diagnóstico de intento de suicídio, entre os anos 2009 a 2014. **Resultados:** 97 pacientes (IC: 95%, $Z = 1,96$, $e: 10$, $p = 50\%$). Maior incidência entre os 13 e 16 anos (88%), predomínio ano 2011 (37%) e nos meses de abril, maio, julho e agosto. Municípios de Nariño com maior número de casos: Pasto, La Unión e El Tambo (56%). Putumayo (21%). Intentos de suicídio prévios (33%). Mecanismo maiormente utilizado: ingestão de tóxicos e medicamentos (92%). Como fatores de risco emocional: as discussões com familiares (32%), as relações afetivas

falidas (14%) e a convivência diferente aos seus pais (17%), representam mais do 88%. Menos registro na determinação de violência intrafamiliar, abuso sexual e consumo de substâncias psicoativas (70%). Valoração por parte de psicologia (98%), e por psiquiatria (65%), frente a uma ideação suicida e seguimentos menores do 5%. **Discussão:** a caracterização clínica do intento de suicídio desde o constructo de violência se faz perene, levando em conta o análise dos diferentes fatores de risco, permitirá identificar a abordagem clínica das pacientes, fonte do adequado plano de tratamento, seguimento e pautas de prevenção, como base correlativa e reproduzível para o manejo multidisciplinar.

-----**Palavras chave:** intento de suicídio, violência, mulher, pediatria, fatores de risco.

Introducción

Tras el desarrollo de estudios sobre el intento de suicidio en la población infantil, la caracterización clínica del mismo es crucial en la atención médica. Estudios desarrollados en Colombia, han caracterizado más allá de una problemática psicopatológica, una entidad que involucra y atañe el bienestar físico [1]. Las proyecciones de causas de muerte por edad y por sexo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estiman que para los años 2015 y 2030, el suicidio se encuentra dentro de las primeras 20 causas [2]. Es así como el intento de suicidio se caracteriza bajo factores familiares, socioculturales, económicos, psicológicos y educativos, expresando la vulnerabilidad de la población infantil y la vigencia del maltrato dentro del

contexto nacional de violencia. Se complementa desde el punto de vista del grado de aceptación corporal femenino, abuso sexual, trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias psicoactivas (alcoholismo, drogadicción), uso de nuevas tecnologías y causas de tipo afectivo [1, 3]; factores medioambientales como la disponibilidad de drogas, influencias culturales y de compañeros [4]. La caracterización del intento de suicidio identifica factores de riesgo relacionados. Estudios describen la relación con el grupo etario comprometido [1, 5, 6, 7].

El intento de suicidio es el principal predictor de suicidio como factor de atención en la población general. Sin embargo, desde el punto de vista fisiológico y psíquico la vulnerabilidad en la población pediátrica, se hace evidente, teniendo en cuenta el desarrollo formativo de las funciones cerebrales superiores, la interacción con el

medio, los factores socio-ambientales, genéticos y propios de la niñez, la inmadurez de las conexiones frontales con el sistema límbico y tálamo corticales, responsables de la elaboración compleja de la conducta [3].

El problema de la intención suicida al hecho del suicidio como tal, describe una situación lamentable en la población, puesto que la mitad de los pacientes, tuvieron contacto previo con instituciones de salud, meses antes del evento suicida, sugiriendo la posibilidad de la prevención. Sin embargo, la evaluación y la determinación del riesgo suicida es uno de los más difíciles en la práctica clínica [8].

El suicidio y el intento de suicidio como una problemática en el campo de la salud mental, se presenta en la población infantil con una alta prevalencia, y es la principal consecuencia de morbilidad en la depresión. La prevalencia de la depresión en la población escolar es del 1 al 2%, y del 4 al 6% en los adolescentes; es decir, 1 de cada 20 adolescentes cursa con un cuadro clínico patológico de depresión. Siendo de igual proporción para los niños y las niñas durante la etapa escolar y mayor en los hombres durante la adolescencia, 2:1 [9].

Factores de predisposición para el intento de suicidio frente a lo descrito, podrían ejemplificarse tanto de forma directa como indirecta como predictores o factores de riesgo, tales como: las causas de tipo afectivo (discusiones - problemas de pareja - disfunción familiar - falta de atención y cuidado negligencia), bullying, alteraciones de la aceptación corporal, trastornos alimentarios (anorexia), además de aquellos de importancia en salud pública como la violencia intrafamiliar, la violencia contra la mujer y la violencia sexual [10, 11, 12].

Estudios surgen bajo la necesidad prioritaria que deja el conocimiento de estos problemas como verdaderos factores de riesgo para intento de suicidio, estableciendo posibles factores relacionados para su desarrollo y, por ende, dejando abierto el planeamiento de programas de prevención [13].

Aunado al hecho de que este tipo de patologías se halla primordialmente en el sexo femenino, en especial la anorexia nerviosa ha demostrado que los intentos de suicidio son mucho más elaborados, tanto desde el punto de vista de la complejidad, como del porcentaje de letalidad, más alto con respecto a los intentos de suicidio efectuados por la población general, lo que hace ver que la tasa de letalidad es aún más alta por el mecanismo utilizado [14].

Con respecto a los adolescentes, el llamado sistema de recompensas, es la estructura del cerebro responsable para los sentimientos de placer que pueden conducir a repetir comportamientos. Este sistema se activa con las relaciones diarias de supervivencia, tales como el deseo sexual y la alimentación, además del uso de sustancias psicoactivas [4].

El comportamiento y la conducta, como referente de toma de decisiones ante las situaciones de la vida diaria, son factores de riesgo importantes en la evaluación de la base del riesgo suicida y fundamenta la práctica de la prevención. Estudios revelan que la atención previa al intento de suicidio, es decir, consulta de personas al psicólogo o psiquiatra antes del intento, se logra identificar que la mayor parte de los pacientes cursan con trastornos de tipo psiquiátrico complejo, primordialmente depresión [15].

Estudios sobre el uso de drogas y sustancias psicoactivas en personas adolescentes, muestra una fuerte asociación entre la sustancia o droga en uso y el suicidio; el 50% de los adolescentes que consumen drogas, realizarán un intento suicida [16].

La violencia, un constructo psicológico multifactorial, representa en sí mismo un factor de riesgo del intento de suicidio y es también una autolesión, definida como una forma de violencia que permite distinguir por sí sola una patología de interés en salud pública, al lado de la violencia intrafamiliar y otros tipos de violencia, como el abuso sexual [17].

No se puede generar solamente una atención previa para aquellos pacientes en los cuales no se ha identificado una intención suicida real, sino también, la prevención se puede ejercer desde la atención misma del paciente con un antecedente de intento de suicidio, pues la atención posterior es primordial y se convierte en un reto adicional para las instituciones de salud que valoran este tipo de patologías [18, 19]. Violencia como causa, como consecuencia y como parte de un constructo multifactorial, que permite la permanencia de los trastornos en salud mental, el aumento de la intención suicida y de los suicidios [20].

Villalobos [21] refiere en un estudio realizado en el año 2009, con población de colegios y universidades del municipio de Pasto, la preponderancia del intento de suicidio en la población infantil, siendo la segunda población más importante entre los 15 y los 19 años, predominando el género femenino sobre el masculino.

Así, la descripción de modelos de estrés - afrontamiento, en el contexto causal del intento suicida, deja al pendiente a la violencia y sus formas, relegadas a conceptos difíciles de dilucidar y de caracterizar, bajo el contexto de la salud mental de niños y adolescentes [22].

El objetivo del presente estudio es caracterizar clínicamente el intento de suicidio desde el enfoque del constructo de violencia en la población pediátrica femenina.

Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, desarrollado en el Hospital Infantil Los Ángeles de la ciudad de Pasto (Nariño) sobre la atención de pacientes

femeninas con diagnóstico de intento de suicidio, entre los años 2009 a 2014. Muestra representativa de 97 pacientes, entre los 10 y los 17 años. Análisis multivariado para medición cuantitativa y caracterización clínica.

A través de la determinación clínica de los signos y los síntomas descritos en las historias clínicas revisadas, se establece la definición e identificación de los casos de intento de suicidio en la población infantil y adolescente femenina haciendo un seguimiento a las diferentes variables instituidas para definir los casos: intento de suicidio, edad, procedencia, escolaridad, régimen de seguridad social, intentos de suicidio previos, método o mecanismo del intento, comunicación de intención suicida, trastornos psiquiátricos, abuso sexual, uso de nuevas tecnologías, aceptación corporal, neuroticismo, violencia intrafamiliar, estado ponderoestatural/nutricional, valoración psicológica, valoración psiquiátrica, seguimiento e ideación suicida. Las variables y conceptos de las mismas se tratan de forma individual y no son manipulables. Se pretende, tras estudios anteriormente realizados, categorizar y fortalecer tanto las variables como la población objetivo, permitiendo emitir hipótesis de tipo descriptivas adicionales, que clarifiquen el estado de la situación del intento de suicidio entre la población infantil y adolescente femenina, desde un punto de vista clínico.

Según el centro de información estadística del DANE, proyecciones de población de 2014 total por sexos y grupos de edad, específicamente sexo femenino y edad entre los 10 y los 18 años, se evidencia un estimativo a junio de 2014 para el departamento de Nariño de 146.854 personas y para el departamento del Putumayo de 33.899 personas, total población considerada de 180.753 personas [23]. Según los objetivos del presente estudio, del enfoque de la investigación del mismo y la contribución que se piensa realizar, se obtendrán como muestra todos los eventos de intentos de suicidio,

en niñas, desde diciembre de 2009 a octubre de 2014, registrados en el Hospital Infantil Los Ángeles.

Con un intervalo de confianza del 95% ($Z=1,96$), un margen de error de 10, una proporción de 50% ($p= 0,5$) y una población pediátrica femenina de 10 a 17 años estimada en 180.753 personas, para una muestra representativa de 96 pacientes. Se obtuvo un total de 104 historias clínicas, de pacientes pediátricas femeninas con diagnóstico de intento de suicidio, registradas en la base de datos de atención en el servicio de urgencias del Hospital Infantil Los Ángeles, entre diciembre de 2009 y octubre de 2014. siete historias clínicas fueron excluidas del estudio (7%): dos pacientes con diagnóstico de intoxicación medicamentosa, no autoinfligida, de 16 y 3 años, respectivamente; tres pacientes que cursaron con una intoxicación por sustancia química, no autoinfligida, 3, 14 y 17 años, respectivamente; un paciente no se encuentra en el sistema HOSVITAL con el número de historia de la base; un paciente no corresponde a una intoxicación auto infligida.

Una muestra total de 97 pacientes (93%) (IC: 95%, $Z = 1,96$, $e: 10$, $p = 50\%$), a la cual se le realiza el correspondiente análisis, cumpliendo con los criterios de inclusión determinados: pacientes atendidas en el servicio de urgencias del Hospital Infantil Los Ángeles entre diciembre de 2009 y octubre de 2014, ingreso por sus propios medios o remitidas de instituciones de salud de los departamentos de Nariño y Putumayo, pacientes de sexo femenino entre los 10 y los 17 años de edad, pacientes con diagnóstico principal o relacionado de intento de suicidio, se debe encontrar registro tanto en la base de datos del centro de estadísticas del Hospital Infantil Los Ángeles como en el sistema de información clínica de la institución (HOSVITAL), disponibilidad y acceso a las historias clínicas a través del sistema de información clínica (figura 1).

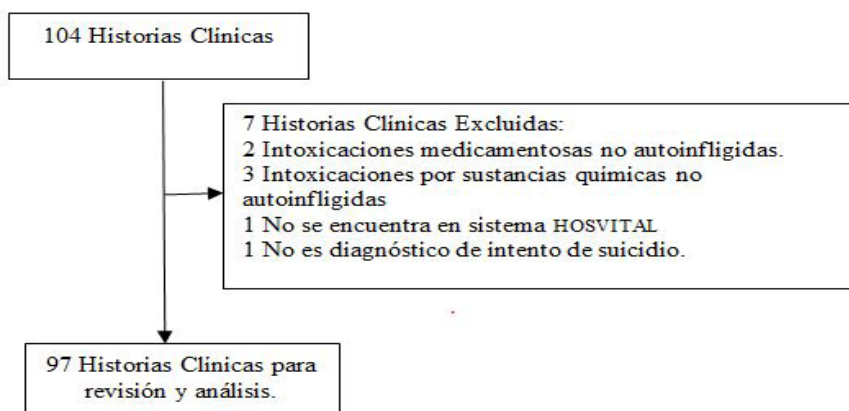


Figura 1. Selección de la información

La información contenida en el presente estudio, si bien se basa principalmente en los hallazgos consignados en la historia clínica, de tipo entrevista organizada, se objetiva el desarrollo de la anamnesis y el examen físico, dependiendo de la descripción del contexto patológico individual y clínico de cada paciente. La elaboración de una historia clínica completa y la evaluación clínica del examinador permite describir el criterio del riesgo de suicidio establecido sobre la población aplicada y fortalece la información recolectada y el reporte de los resultados.

El plan de análisis se realiza en dos formas: univariado, determinando variable por variable y su análisis se realizará bajo la determinación de tabla de frecuencias (frecuencia absoluta, frecuencia relativa, frecuencia relativa acumulada), gráficos de frecuencias, asociado a medidas de tendencia central y de dispersión según sean indicadas. Bivariado, variables de tipo ordinal (edad y año) y nominal (ideación suicida, método o mecanismo, abuso sexual, violencia intrafamiliar, y neuroticismo) se entrecruzan para realizar el análisis estadístico descriptivo a través de tablas cruzadas, tomando un nivel de confianza del 95%, y pruebas estadísticas de relación/independencia (chi-cuadrado) entre las variables, test exacto de Fisher para el análisis de las variables.

El control de sesgos, mediante un adecuado diseño epidemiológico y generación de validez interna, revisión exhaustiva de las historias clínicas, estratificación y análisis multivariado y los sesgos de confusión, fueron controlados desde el análisis de los resultados.

Las consideraciones éticas bajo la confidencialidad de la historia clínica y el anonimato de los pacientes, son de carácter exclusivamente científico. La solicitud se tramitó formal a la institución y diligenciamiento de los formatos requeridos.

Resultados

Se realizó el análisis sobre una base de datos de pacientes, obtenida del software de información clínica HOSVITAL, del Hospital Infantil Los Ángeles, entre los años 2009 y 2014. Se presentaron pacientes con diagnóstico de intento de suicidio con un límite inferior de 10 años y un límite superior de 17 años, media de 13,5 años, y mediana de 15 años (DS: 1,4 / $\delta 2:2$). La mayor cantidad de casos descritos es para la edad de 15 años que corresponde al 33% del total de la muestra analizada, y más de las 2/3 partes de los casos, correspondientes al 88% del total, se presentaron entre los 13 y los 16 años (Figura 2).

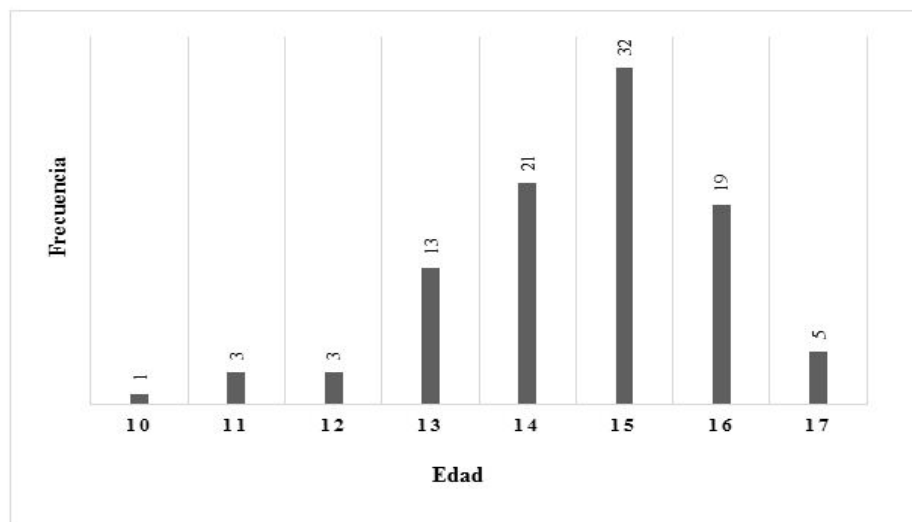


Figura 2. Frecuencia de pacientes según la edad

Tabla 1. Características por año

Año	Casos	FR (%)	FA (%)
2009	0	0	0
2010	14	13	13
2011	34	37	50
2012	18	19	69
2013	17	16	85
2014	14	15	100
Total	97	100	

Con referencia a los municipios del departamento de Nariño, la frecuencia de casos clínicos de intento de suicidio abarca a 23 de sus municipios (79% del total de la muestra), que requirieron atención en el Hospital Infantil Los Ángeles, con una mayor incidencia, es decir por encima del 5%, para los municipios de Pasto, La Unión y El Tambo. Asimismo, teniendo en cuenta que el Hospital Infantil Los Ángeles es un centro de referencia para el suroccidente colombiano, en el caso del departamento del Putumayo se representa en 7 municipios (21% del total de la muestra), y la mayor incidencia son: Puerto Asís, Mocoa y Puerto Guzmán.

Tabla 2. Características intentos de suicidio previos

No. Intentos Previos	No. Pacientes (IC 95%: 11+/-3)	FR (%)	FRA (%)
1 vez	21	66	66
2 veces	8	25	91
3 o más	3	9	100
Total	32	100	

Tabla 3. Características método del intento suicida

Método o mecanismo del Intento	Pacientes	FR (%)	FRA (%)
Ingestión de tóxicos	46	47	47
Ingestión de medicamentos	44	45	92
Arma blanca	6	7	99
Ahorcamiento	1	1	100
Total	97	100	

La frecuencia del neuroticismo como factor de riesgo para la intención suicida, representa las más altas incidencias en las discusiones con sus familiares (32%), las relaciones afectivas fallidas (14%), convivencia diferente a sus padres (17%), fenómenos individuales directos y mixtos (25%). El neuroticismo como parte de la conducta emocional [15] se presenta relacionado con la ideación suicida en las pacientes con intento de suicidio, las formas mixtas presuponen un solapamiento de los estados de la conducta (Tablas 4 y 5).

Tabla 4. Características causas de tipo afectivo

Neuroticismo	Pacientes	FR (%)	FRA (%)
1 Discusiones con sus familiares	30	32	32
2 Relaciones afectivas fallidas	15	14	46
3 Convivencia diferente a sus padres	17	17	63
4 Falta de atención y cuidado	1	1	64
5 Antecedentes de negligencia	0	0	64
6 Mixto 1 y 2	2	2	66
7 Mixto 1 y 3	24	25	91
8 Mixto 2 y 3	4	5	96
9 Mixto 3 y 4	2	2	98
10 Mixto 1,3 y 4	1	1	99
11 No determinado	1	1	100
Total	97	100	

Se observa la preponderancia de la no determinación con respecto a la valoración de la presencia de violencia intrafamiliar en un 70% (68 pacientes), sobre un total de 20% (19 pacientes) la presencia de la misma, y su ausencia en 10% (10 pacientes) (Tablas 6 y 7).

De los casos de intentos de suicidio que recibieron valoración inicial y seguimiento para las pacientes con intento de suicidio por parte de psicología y psiquiatría, el 56% de las pacientes presentó ideas suicidas establecidas, persistentes y recurrentes, contra a un 27% que no las presentaron. Se realizó un seguimiento al 7% de las pacientes a su egreso de la institución, teniendo como base que el 58% residían fuera del municipio de Pasto. Al 65% de las pacientes que ameritaron valoración por psiquiatría, se les realizó en instituciones externas; hay limitaciones derivadas del acceso por amparo, se evidenció que el 15% pertenecen al régimen contributivo y 75% al subsidiado, con 14% de las EPS

Tabla 5. Asociación de neuroticismo con la presencia de ideación suicida

			Discusión Familiar	Relaciones Fallidas	Convivencia No Paterna	Falta de Atención	Mixto 1 y 2	Mixto 1 y 3	Mixto 2 y 3	Mixto 3 y 4	Total
Ideas	Sí	n	14	8	11	1	0	12	4	2	52
		%	4,4	8,2	11,3	1,0	0,1	12,4	4,1	2,1	54
	No	n	8	3	2	3	0	11	2	0	26
		%	8,2	3,1	2,1	0,0	0,1	11,3	2,1	0,0	27
No determinado		n	5	2	5	3	2	5	0	0	19
		%	5,2	2,1	5,2	0,0	2	5,2	0,0	0,0	20
Total		N	27	13	18	1	2	28	6	2	97
		%	27,6	13,4	18,5	1,0	2	26,9	6,2	2,1	100

Tabla 6. Asociación de la presencia de violencia intrafamiliar y la ideación suicida

			Sí	No	No determinado	Total
Ideas	Sí	n	9	4	39	52
		%	9,3	4,1	40,2	54
	No	n	6	4	16	26
		%	6,2	4,1	16,5	27
	No determinado	n	4	2	13	19
		%	4,1	2,1	13,4	20
Total		n	19	10	68	97
		%	19,6	10,3	70,1	100

	Valor	gl	Sig. Asintótica	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	1,774	4	,777	,784	,702	,865
Razón de verosimilitud	1,726	4	,786	,784	,702	,865
Prueba exacta de Fisher	2,116			,742	,655	,829
No de casos válidos	97					

Tabla 7. Asociación de la presencia de abuso sexual y la ideación suicida

			Sí	No determinado	Total
Ideas	Sí	n	6	46	52
		%	6,2	47,4	54
	No	n	0	26	26
		%	0,0	26,8	27
	No determinado	n	2	17	19
		%	2,1	17,5	20
Total		n	8	89	97
		%	8,2	91,8	100

Continuación tabla 7

	Valor	gl	Sig. Asintótica	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	3,212	2	,201	,289	,198	,379
Razón de verosimilitud	5,266	2	,072	,155	,083	,227
Prueba exacta de Fisher	3,360			,258	,171	,345
No de casos válidos	97					

pertenecientes a comunidades indígenas y de fuera del departamento de Nariño.

En la asociación de la edad y el método de acción del intento suicida no existe una relación estadísticamente significativa ($p = 0,56$). Relación no estadísticamente significativa en la asociación de la ideación suicida con la presencia de violencia intrafamiliar ($p = 0,74$) y el abuso sexual ($p = 0,25$). La presencia de abuso sexual y violencia intrafamiliar, como asociación, en los casos de intento de suicidio registrados no se encuentran determinados en un 66%, y su asociación dentro del contexto de las pacientes valoradas se presenta en un 6,2%.

Discusión

La violencia y en especial todas las formas de violencia contra la mujer: violencia sexual, violencia intrafamiliar, abuso sexual, es un potencial factor de riesgo importante, tanto para la ideación como para la conducta suicida entre la población adolescente, caracterizado en el presente estudio con variación de 2:1 la presencia de violencia vs. la ausencia de la misma [6]. Sin embargo y pese al subregistro de presencia de abuso sexual, la asociación de abuso sexual y violencia intrafamiliar en el contexto de intento de suicidio, es estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$). Como lo establecido por Tomasula *et al.* [24] hay asociación las historias de abuso sexual con la presencia de al menos un intento de suicidio, con un $OR = 6,4$ ($X^2 = 302,5$, $p < .001$).

La base de un trastorno mental dentro de las pacientes en estudio representó una prevalencia del 8%, entre las cuales el trastorno psicótico, los trastornos del estado del ánimo y el síndrome de ansiedad son los más frecuentes. Estudios reportan porcentajes de 7% para la prevalencia de los trastornos psicóticos, Kelleher *et al.* [8] con un $OR = 10,01$.

Los factores de riesgo relacionados en el presente estudio con el intento suicida en la población pediátrica femenina, además de los descritos para la población en general, describen un enfoque principal sobre los

relacionados con la violencia: abuso sexual, violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar, negligencia y abandono. Como lo describe Harada *et al.* [15], los factores de riesgo son múltiples tanto para la ideación suicida como para la conducta suicida y representan entre el neuroticismo y su gama, además de los antecedentes personales de trastorno mental, más de las 2/3 partes de los factores de riesgo asociados.

El contacto inicial con el paciente con intento suicida es médico. La importancia de la entrevista clínica define riesgo e intencionalidad. Sin embargo, la falta de información objetiva del evento, permite un vacío en la caracterización clínica y los hallazgos sugieren una limitada evaluación médica especializada y favorecimientos del fortalecimiento del riesgo suicida al egreso del paciente [19].

El plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [7] advierte la necesidad de la valoración especializada y la atención de los pacientes, en los casos que así lo ameriten, sin desconocer la importancia de salvaguardar la prevención y la objetividad del examen físico y de ciertas herramientas (escalas), como mecanismos operadores en la descripción del riesgo suicida.

Nuevos intentos de suicidio representan 1/3 del total de las pacientes y de estos más de 1/3 se han presentado en dos o más ocasiones. Como lo refiere Shucheng *et al.* [16], la persistencia de otras variables, representadas en otros factores de riesgo, como la violencia y el uso de sustancias psicoactivas, advierte odds ratio de 5,0 (IC 95%: 4,3–5,7) hasta 23,6 (IC 95%: 23,1–24,2), comparado con la no presencia de dichos factores. La ideación suicida como mayor factor predictor de riesgo asociado, sin embargo, se encuentra subvalorada en la revisión de las historias clínicas, y por ende, la falta de correspondencia con la atención especializada y el subregistro en el hallazgo.

Con respecto a la conducta suicida y en particular a la selección del mecanismo o método del intento suicida, el uso de tóxicos y medicamentos predomina en

la población adolescente, por encima del 90%, como lo referido en el estudio de Villalobos [21], donde además del hecho de la intención, claramente se evidencia el subregistro bajo, la pérdida de la consulta por parte de los padres y familiares por encima del 80%.

La atención se registró desde el ingreso de la paciente al servicio de urgencias, así como la valoración clínica. Como lo indicado en el estudio realizado por Goldman-Mellor *et al.* [18], determinó su mayor deterioro físico, con más trastornos cardiovasculares (índice de Framingham 42,0), síndrome metabólico (RR = 2,2), trastornos mentales: depresión (RR = 2,3), farmacodependencia (RR = 3,9), nuevo intento de suicidio (RR = 5,5), violencia y problemas sociales (relación 2:1). Sin embargo, el subregistro y la relación con el sistema de referencia y contrareferencia, aunado al régimen de seguridad social y del sistema de salud, y las condiciones socioeconómicas, encontrado en el presente estudio, revelan una limitación en la posibilidad de seguimiento de las pacientes a su egreso.

Con referencia a las asociaciones de dos variables categóricas, se establece una relación de independencia, generando posibilidad de criterio de la conducta suicida como multifactorial, determinando una correspondencia mayor con el factor del neuroticismo y la enfermedad mental, como lo expuesto por Harada [15]. Lo encontrado en el estudio, la multifactorialidad, el subregistro y la predominancia en el sexo femenino, se halla en el estudio de Jiménez *et al.* [1], donde se estableció, tanto el aumento de los casos de intento de suicidio, como el intervalo de edad entre los 13 y 16 años, y divergiendo en el hallazgo de edades aún menores (10 años).

El estudio encuentra sus limitaciones en los sesgos definidos, en la determinación de un error estadístico más bajo por falta de pacientes, principalmente por la categorización secundaria o no principal del diagnóstico en la base de datos y el subregistro. Además, la elección de ciertas variables como: acceso a nuevas tecnologías, antecedentes personales o familiares de consumo de sustancias psicoactivas, estado nutricional - pondoestatural, nivel socioeconómico, escolaridad, no aplicaron para la toma de resultados debido a la ausencia de información e insuficiente registro en el sistema HOSVITAL.

Conclusiones

Es preciso abordar la problemática del suicidio como una causa principal de atención en los servicios de urgencias del país, caracterizar la labor de los entes territoriales, centrales, departamentales y municipales, tendientes en la elaboración de políticas públicas, que fomenten en la visión de los centros de urgencias, hospitalización, consulta externa, y programas de promoción y prevención de las redes locales, lineamientos claros

en la atención de pacientes con riesgo de suicidio, así como una intervención rápida y un abordaje fehaciente y óptimo, fomentando una cultura adecuada frente y relacionada con el suicidio en los niños y jóvenes [7].

Aumentar la capacidad de recolectar datos sobre la violencia. Para este propósito, es importante disponer de datos fidedignos sobre la violencia, no sólo para fijar prioridades o poder utilizarlos como orientación a la hora de elaborar y supervisar programas, sino también para sensibilizar a la población. Sin información, poca presión puede ejercerse para que las personas reconozcan el problema o reaccionen ante él [6].

La caracterización clínica del intento de suicidio se hace perenne, teniendo en cuenta el análisis de los diferentes factores de riesgo, variables que permitirán identificar el abordaje clínico de las pacientes, fuente del adecuado plan de tratamiento, de seguimiento y de las pautas de prevención, como base correlativa y reproducible para el manejo multidisciplinario, desde instituciones de salud, instancias municipales y departamentales, y demás organizaciones sociales concernientes en el desarrollo y la elaboración de nuevas políticas públicas [7].

Referencias

- 1 Jiménez M, Hidalgo J, Camargo C, Dulce B. El intento de suicidio en la población pediátrica, una alarmante realidad. *Rev Cienc Salud* 2014; 12 (1):59-83. doi: dx.doi.org/10.12804/revsalud12.1.2014.05
- 2 World Health Organization. Global Health Estimates Summary Tables: Deaths by Cause, Age and Sex by various regional grouping. Geneva, World Health Organization, 2013. Available at http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/ (July 2013).
- 3 Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Langstrom N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ*. 2010; 341: c3222.
- 4 Lopes G, Araújo B, Del Prette G, Scivoletto S. Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2013; 35: S51-S61.
- 5 Jiménez M, Hidalgo J, Camargo C, Dulce B. Una mirada global frente al intento de suicidio. *Revista Unimar*. 2011; 58: 27-44.
- 6 Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.
- 7 Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013.
- 8 Kelleher I, Corcoran P, Keeley H, Wigman J, Devlin N, Ramsay H, *et al.* Psychotic Symptoms and Population Risk for Suicide Attempt: A Prospective Cohort Study. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70(9): 940-948.
- 9 Naqvi S. Review of child and adolescent psychiatry. *FOCUS*. 2004; Vol. II (4): 529-40.
- 10 Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Violencia contra la mujer, intrafamiliar y sexual. Colombia: INS; 2014.

- 11 Brunstein KA, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(1): 40-9.
- 12 Attia E, Walsh T. Behavioral management for anorexia nervosa. *N Engl J Med*. 2009; 360: 500-6.
- 13 Tayli A. School size as a predictor of bullying. *International Journal of Academic Research Part B*. 2013; 5(5): 124-130.
- 14 Guillaume S, Jaussent I, Olie' E, Genty C, Bringer J, *et al*. Characteristics of Suicide Attempts in Anorexia and Bulimia Nervosa: A Case-Control Study. *PLoS ONE*. 2011; 6(8): e23578. doi:10.1371/journal.pone.0023578.
- 15 Harada K, Eto N, Honda Y, Kawano N, Ogushi Y, *et al*. A comparison of the characteristics of suicide attempters with and without psychiatric consultation before their suicidal behaviours: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2014; 14:146. doi: 10.1186/1471-244X-14-146.
- 16 Shucheng S, Zhou B, Goebert D, Hishinuma E. The risk of adolescent suicide across patterns of drug use: a nationally representative study of high school students in the United States from 1999 to 2009. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013; 48:1611-1620
- 17 Harford T, Yi H, Grant B. Associations between childhood abuse and interpersonal aggression and suicide attempt among U.S. adults in a national study. *Child Abuse & Neglect*. 2014; 38 (8): 1389-1398.
- 18 Goldman-Mellor S, Caspi A, Harrington HL, Hogan Sean, Naderaja S, Poulton R. Suicide Attempt in Young People: A Signal for Long-term Health Care and Social Needs. *JAMA Psychiatry*. 2014; 71(2): 119-127.
- 19 Inter-Agency Standing Committee (IASC). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva; 2007.
- 20 World Health Organization. Global campaign for violence prevention: plan of action for 2012-2020. Geneva, World Health Organization, 2012.
- 21 Villalobos F. Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental*. 2009; 31: 165-171.
- 22 Villalobos F. Aplicación del modelo procesual del estrés a la conducta suicida. *Revista Universidad y Salud*. 2007; 1(8):126-41.
- 23 Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Proyecciones de población: información estadística – visor. Colombia: DANE; 2014. Disponible en <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>.
- 24 Tomasula J, Anderson L, Littleton H, Tillman C. The Association Between Sexual Assault and Suicidal Activity in a National Sample. *School Psychology Quarterly*. American Psychological Association. 2012; 27 (2), 109-119. DOI: 10.1037/a0029162