

**Revista de
Neuro - Psiquiatría**

Revista de Neuro-Psiquiatría

ISSN: 0034-8597

revista.neuro.psiquiatria@oficinas-
upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

CABREJOS, C.; KRÜGER, H.; SAMALVIDES, F.
INTENTO DE SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, SUS CARACTERÍSTICAS
BIOPSICOSOCIALES Y DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS
Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 68, núm. 1-2, 2005, pp. 55-66
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036926006>

- 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

INTENTO DE SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, SUS CARACTERÍSTICAS BIOPSIKOSOCIALES Y DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS

SUICIDE INTENT IN CHILDREN AND ADOLESCENTS, THEIR BIOPSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS AND PSYCHIATRIC DIAGNOSES

C. CABREJOS¹, H. KRÜGER² y F. SAMALVIDES³

RESUMEN

El presente estudio, describe las características biopsicosociales y los diagnósticos psiquiátricos en los pacientes menores de 18 años, que ingresaron al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia y recibieron el Diagnóstico de Intento de Suicidio.

Es un estudio descriptivo y prospectivo en el que se evaluó un total de 24 pacientes, atendidos entre marzo y julio del 2002. Se utiliza el FEIA como instrumento, y las clasificaciones diagnósticas DSM-IV y CIE-10. En los resultados se encontró que el 83.3% era de sexo femenino ($p < 0.01$), y la media de edad fue de 15.54 años. El 79% presentaba problemas académicos; el 62.5% de los intentos ocurrió en los fines de semana y el 50% de ellos durante las mañanas ($p < 0.05$). Los “daños reales o amenazadores” desencadenaron el 70.8% de los casos, siendo 87.5% intoxicaciones. Los síntomas más frecuentes fueron: tristeza (100%) e ideación suicida (95.8%) siendo depresión mayor (91.7%) y distimia (79.2%) los diagnósticos más frecuentes. Resalta que ocurrieron con mayor frecuencia entre pacientes de sexo femenino, los fines de semana y los “daños reales o amenazadores” estuvieron asociados a abuso físico predominando los síndromes depresivos.

PALABRAS-CLAVE : Intento de suicidio, niños, adolescentes, emergencia, biopsicosocial.

ABSTRACT

The present study describes the biopsychosocial features and the clinic-psychiatric diagnosis of younger than 18 years old patients that entered to the Emergency Room of the National Hospital Cayetano Heredia after they attempted suicide.

¹. Médico-Cirujano. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

². Psiquiatra del HNCH. Profesor Auxiliar del Dpto. de Psiquiatría. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

³. Infectóloga y Epidemióloga. Profesora auxiliar del Departamento de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

It is a descriptive and prospective study, 24 patients were evaluated between March and July 2002. The instrument used was the FEIA, and the DSM-IV and ICD-10 diagnosis classifications. We find that 83.3% were female ($p < 0.01$) and the mean age was 15.54 years old. The 79% reported academic problems the 62.5% of the attempts occur at weekend and 50% during the mornings ($p < 0.05$). "Real or threatening damage" unchained 70.8% of cases; being 87.5% intoxications. The most frequent symptoms: sadness (100%) and suicidal ideation (95.8%) being major depression (91.7%) and distimia (79.2%) the most frequent diagnosis. We point that they occur mostly among female patients, at weekends and the "real or threatening damage" were associated to physical abuse, being predominant the depressive syndromes.

KEY WORDS: Suicidal attempt, children, adolescents, emergency, biopsychosocial.

INTRODUCCIÓN

Mientras de que la incidencia de muertes por suicidio en la población general disminuyó hasta en 13% en los últimos 20 años,^{1,5,8,11,12,14,29} lo inverso viene ocurriendo con los adolescentes y niños, en quienes las tasas de suicidio se han incrementado en EUA y Europa como en Latinoamérica.^{1,3-11,14,17} La relación entre intento de suicidio y el suicidio permanece en una relación de 50:1.^{1,3,11,14,25} Lo que supone que ambos fenómenos de manera conjunta han aumentado; no así el éxito de los intentos. El intento de suicidio en menores se convierte entonces en un problema de salud pública que cada vez involucra pacientes de menor edad. Estudios realizados dentro y fuera de Latinoamérica revelan que entre 9% y 18% de la población de niños y adolescentes ha intentado suicidarse en alguna ocasión¹⁰ y si sólo consideramos a los menores de 12 años la cifra fluctúa entre 2,6% y 8%.^{4,10,17}

Latinoamérica carece de información adecuada ya que la existente es en su mayoría retrospectiva,^{4,5,25} lo que impide el manejo preventivo de este fenómeno. Nuestro país no es la excepción; no existe información que se pueda generalizar pues sólo se cuenta con estudios retrospectivos de características

especiales en los grupos de estudio, que han sido tomados de instituciones especializadas en Salud Mental²⁰ o que incluyen una población poco representativa.¹⁵ En el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Krüger,⁷ en un estudio piloto encontró que el intento de suicidio motivó 78.79% de interconsultas en Emergencia y 50% de los intentos fue cometido por pacientes menores de 18 años.

Por otro lado, el intento de suicidio no es únicamente consecuencia o reflejo de una o más patologías psiquiátricas, sino que revela un medioambiente propicio para la génesis de éstas^{35,36} y que a su vez va en detrimento del desarrollo de un adulto sano y productivo, que pueda adaptarse a la sociedad.^{14,16,19} He aquí la importancia de considerar las características que rodean el intento de suicidio, para luego definir en qué grupos se necesita mayor énfasis en cuanto a la prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento.

La literatura sobre el tema nos muestra diferencias de EUA y Europa con respecto a Latinoamérica tanto en las características que rodean el intento de suicidio,^{1-5,7,10,11,13,14} cuanto en la dificultad para recavar los datos relacionados a éste, debido a que en Latinoamérica se encuentra mayor reserva y prejuicio respecto a la enfermedad mental. Es así

que la población suele esconder información respecto a los antecedentes familiares psiquiátricos, e incluso respecto al propio intento de suicidio, alegando que el familiar traído al servicio de emergencia se hizo daño de manera accidental.^{26,28}

METODOLOGÍA

El presente es un estudio descriptivo, prospectivo, individual de corte transversal en período. Se consideró como universo a todos los pacientes menores 18 años que fueron atendidos en los Servicios de Emergencia (Adultos y Pediatría), del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH). La población en estudio constó de los pacientes que ingresaron entre los meses de marzo y julio del año 2002 y se les asignó el diagnóstico de Intento de Suicidio. El tamaño muestral obtenido para un α de 95% fue de 24, usando una prevalencia para Intento de Suicidio de 18%¹⁰ en la población de niños y adolescentes, y considerando 2,6%¹⁰ la menor prevalencia aceptada.

- Criterios de Inclusión. 1) Pacientes que acudan al Servicio de Emergencia Pediátrica o de Adultos, con diagnóstico de Intento de Suicidio, entre las fechas establecidas. 2) Pacientes que no hayan cumplido 18 años.

- Criterios de exclusión. 1) Pacientes de 18 años o mayores. 2) Pacientes que se causaron algún tipo de daño, de manera accidental. 3) Pacientes con diagnóstico de gesto suicida.

Definición de las Variables. 1) Edad: medida en años; 2) Sexo: masculino y femenino; 3) Grado de Instrucción: el número de años aprobados. Se consignará el número cero para aquellos pacientes que no hayan aprobado el primer año de primaria, 12 a quienes hayan concluido el 5° grado de

secundaria y el número 13 a aquellos que tengan instrucción superior. 4) Religión: de acuerdo a lo que el paciente refiera como tal; católica, evangelista, protestante, etc., con la posibilidad de que el paciente no pertenezca a ninguna; 5) Ocupación: actividad principal que realiza el paciente (por ejemplo: estudiante, obrero, ama de casa, etc.); 6) Lugar de intento: lugar específico dentro de la casa: el dormitorio, la cocina, el baño, etc; y fuera de casa en general; 7) Día del intento: uno de los 7 días de la semana; 8) Hora: desde la hora cero hasta las 24 horas; 9) Instrumento utilizado: nombre general del instrumento usado: organofosforados (raticidas de diferentes tipos y marcas), arma blanca (cuchillos, vidrio, verduguillo, etc.) benzodiazepinas (diazepam, alprazolam, etc.), polifarmacia (combinación de más de un fármaco de cualquier tipo); 10) Conflicto: Ver definiciones operacionales; 11) Evento o estresor desencadenante: Ver definiciones operacionales; 12) Intentos anteriores: referidos por el paciente o por sus familiares; 13) Abuso sexual: presencia o ausencia de éste; 14) Abuso de sustancias: ausencia o presencia de éste; 15) Maltrato infantil: presencia o ausencia de éste; 16) Diagnósticos psiquiátricos en la familia: presencia o ausencia de éstos; 17) Suicidio o intento de suicidio en la familia: presencia o ausencia de éste; 18) Diagnósticos en el eje I: de acuerdo con el DSM-IV; 19) Diagnóstico en el eje III y IV: según el CIE-10.

Intervención. Se entrevistó a cada uno de los pacientes (1 a 3 entrevistas por paciente durante su hospitalización) y a los familiares responsables, completando a través de la entrevista el Formato de Evaluación Inicial Abreviado²² (FEIA). Además se registró los datos relacionados a las características del intento de suicidio; considerándose éstas como variables, que se clasificaron numéricamente. La intervención se llevó a cabo bajo

supervisión de un psiquiatra del HNCH, quien estableció el diagnóstico psiquiátrico (Eje I), según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión (DSM-IV), y el diagnóstico de los problemas psicosociales y ambientales (Eje IV) o diagnóstico de factores contextuales, según la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Las entrevistas se llevaron a cabo, en su mayoría, en la sala de observación de Emergencia y en algunos casos, en las salas de hospitalización cuando los pacientes se encontraban en situación médica estable. El consentimiento para el uso de la información se dio de manera verbal al inicio de cada entrevista por el paciente y los responsables de éste.

Definiciones operacionales. 1) Intento de suicidio: conducta que lleva a daño auto infringido por el paciente con el propósito de quitarse la vida, sin lograrlo;³³ 2) Gesto suicida: Conducta que pretende suicidio pero a través de la cual el paciente no tiene intención de quitarse la vida, sino de utilizar esta posibilidad como forma de manipulación;³³ 3) Conflicto: Situación descrita por el propio paciente como la que lo coloca en enfrentamiento consigo mismo (tendencias biológicas vs. espirituales) o con su medioambiente;³³ 4) Estresor desencadenante: Experiencia que agrava o acentúa el conflicto y lleva al paciente a la decisión de quitarse la vida. Estos eventos los clasificaremos según las "Categorías y Especificaciones de los Estresores Psicosociales en Servicios de Emergencia" establecidas por Mori y cols.^{6,23}

Análisis estadístico e interpretación de la información. La información obtenida, permitió el establecimiento de una base de datos, verificando su calidad a través de la imputación de datos perdidos. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las caracte-

rísticas demográficas de la muestra que determinó las frecuencias, medias y respectivas desviaciones estándar para presentarlas en tablas estadísticas. Para determinar asociación entre dos variables categóricas, se utilizó la prueba de contraste de Chicuadrado. Los datos se analizaron utilizando el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Los 24 pacientes de la muestra representaron 38% del total de ingresos por intento de suicidio. El 83.3% de los pacientes fue de sexo femenino ($p < 0.01$). Las edades fluctuaron entre los 9 y 17 años con una media de 15.54 años (desviación estándar = 1.91). El grado de instrucción fue desde 4° grado de primaria hasta la educación universitaria incompleta, estando el promedio en el 2° grado de secundaria. El 100% era católico y soltero. El 68% era escolar y 12% desempeñaba algún oficio, pero sólo una paciente (4.2%) trabajaba y estudiaba al mismo tiempo. Por otro lado el 66.7% nació en Lima, 12.5% en Ica y los 5 restantes en Huánuco, Pasco, Lambayeque, La Libertad y Piura; sin embargo el 100% había vivido en Lima por lo menos un año: 33.3% procedía del distrito de Los Olivos, 29.2% del Rímac, 12.5% de San Martín de Porras, 8.3% de Independencia, 8.3% de Santa Anita, 4.2% del Cercado de Lima y 4.2% del distrito de Puente Piedra.

Antecedentes personales y familiares. Se consideró como antecedente a toda aquella situación ocurrida en la vida de los pacientes más de 12 meses antes de la entrevista, a diferencia de los factores contextuales. Sin embargo, éstos últimos incluyeron también situaciones ocurridas antes de 12 meses que hubiesen contribuido con la enfermedad actual, por lo tanto es posible que algunas de éstas hayan sido incluidas en ambos resultados. Esto no supone que ambos sean idén-

ticos. Se encontró problemas académicos en el 79% de los pacientes, abuso psicológico en 75% y abuso físico en 58%. Los intentos previos estuvieron presentes en el 29.2% de los casos y 57.1% de estos últimos intentó quitarse la vida en más de una ocasión. El 29.2% presentó antecedentes de problemas disciplinarios; 25% de alguna enfermedad física importante, 12.5% presentó algún diagnóstico psiquiátrico previo, 12.5% tenía antecedentes de problemas interpersonales y 12.5% utilizaba medicación. Encontramos antecedentes de abuso sexual en 2 de los pacientes (8.3%), en un paciente encontramos antecedentes de problemas legales y en otro, antecedentes de abuso de alcohol.

Se encontró conflictos familiares en el 75% de los casos; problemas económicos en 66.7%; en 54.2% de las familias se encontró problemas psiquiátricos previos y en el 41% de los pacientes inadecuado soporte social, ya sea de la familia o del entorno del paciente.

Características del intento actual.

Encontramos que el 62.5% de los intentos se cometió durante el fin de semana ($p<0.05$), 37.5% los domingos, 12.5% los sábados, 12.5% los viernes, 8.3% los lunes, 8.3% los martes, 12.5% los miércoles y 8.3% los jueves y el 58.3% tuvo lugar en algún dormitorio de la casa, 12.5% fuera de la casa, 12.5% en el baño, 8.3% en la cocina y una paciente llevó a cabo su intento junto a la puerta de la casa. Se encontró además que el 50% intentó suicidarse durante la mañana, 25% durante la tarde, 20.8% durante la noche y solo un 4.2% llevó a cabo su intento durante la madrugada (los períodos que se especifican en la Tabla 1). Es decir: el 75% de los intentos se cometieron durante las horas de

luz ($p<0.05$), según observamos en la Tabla 1 los eventos desencadenantes clasificados como “Daños reales o amenazadores” antecedieron al 70.8% de los intentos (Tabla 1). En la Tabla 2, al cruzar los “daños reales o amenazadores” desencadenantes del intento, con el antecedente de abuso físico y aplicar la prueba de X^2 se obtiene un p de 0.05. Además al cruzar el antecedente de problemas escolares académicos y el mismo tipo de evento desencadenante, se obtiene un p de 0.08. Veintiún intentos de suicidio (87.5%) fueron intoxicaciones, y 12.5% (4 pacientes) utilizaron métodos distintos (Tabla 1).

Diagnóstico psicosocial y ambiental factores contextuales (Eje IV).

En nuestro estudio encontramos 21 de los 82 diferentes factores contextuales considerados en el FEIA, que se distribuyeron como sigue: el 58.33% de los pacientes vivía en un contexto de ingresos insuficientes para cubrir las necesidades básicas diarias, este mismo porcentaje presentó abuso físico, 54.16% tuvo experiencias atemorizantes durante la niñez, 45.83% presentó bajo rendimiento en la escuela, 45.83% presentó un apoyo familiar inadecuado, el 41.66% de los pacientes vivió eventos que aparentemente afectaron su autoestima, 37.50% tuvo pérdidas de relación afectiva en la niñez, 37.50% había sufrido desintegración de la familia por separación o divorcio, 29.16% tenía problemas debido a sus padres y 20.83% no logró escolaridad completa para su edad. Además se encuentra que el 16.66% de los pacientes contaba con una historia familiar de problemas mentales o de conducta. El resto de los factores contextuales obtuvo porcentajes menores al 15%. Encontramos coexistencia de por lo menos tres de los cinco diagnósticos más

TABLA 1

FRECUENCIA DE HORARIOS, FRECUENCIA DE APARICIÓN DE LOS EVENTOS DESENCADENANTES Y FRECUENCIA EN EL USO DE DIFERENTES INSTRUMENTOS PARA LLEVAR A CABO INTENTO DE SUICIDIO

Horario	Frecuencia	Porcentaje (%)
Entre las 06:01 – 12:00 horas (mañana)	12	50.0
Entre las 12:01 – 18:00 horas (tarde)	6	25.0
Horas de luz	18	75.0¹
Entre las 18:01 – 00:00 horas (noche)	5	20.8
Entre las 00:01 – 06:00 horas (madrugada)	1	4.2
Horas sin luz	6	25.0
Total	24	100.0
Estresor desencadenante	Frecuencia	Porcentaje (%)
Daños reales o amenazadores	17	70.8
Tendencia instintiva no satisfecha	2	8.3
Misceláneo	2	8.3
No verificado	2	8.3
Pérdida de objeto de relación	1	4.2
Total	24	100.0
Instrumento usado	Frecuencia	Porcentaje (%)
Intoxicación de organofosforados-carbamatos	15	62.5
Intoxicación por benzodiacepínicos	4	16.7
Intoxicación con polifarmacia	2	8.3
Subtotal: Intoxicaciones	21	87.5
Ingesta de bases	1	4.2
Ingesta de ácidos	1	4.2
Subtotal: Agentes corrosivos	2	8.3
Otro	1	4.2
Total	24	100.0

¹X², p <0.05 (p = 0.014)

frecuentes en 66.7% de los casos (Tabla 3) y asociación entre la presencia de 3 ó más factores contextuales y los antecedentes de abuso físico (p<0.05), psicológico (p<0.05) e inadecuado soporte social (p<0.05%).

Diagnóstico psiquiátrico (Eje I). Para el diagnóstico psiquiátrico se computó en primer lugar la frecuencia de aparición de los

síntomas codificados en el FEIA. Del total de 42 síntomas, los pacientes presentaron sólo 19. No se consideraron los síntomas 24 (libido disminuida) y 25 (libido aumentada) porque no todos los pacientes ingresados al estudio habían iniciado su vida sexual o no tenían un desarrollo sexual suficiente. Además no se consideró el síntoma “intento de suicidio”. El 100% de los pacientes afirmó

TABLA 2

RELACIÓN ENTRE ANTECEDENTE DE ABUSO FÍSICO, ANTECEDENTE DE PROBLEMAS ESCOLARES ACADÉMICOS Y DAÑOS REALES O AMENAZADORES COMO ESTRESOR DESENCADENANTE DEL INTENTO

Daños reales o amenazadores	Abuso físico		Total (X ² , p =0.05)
	NO	SI	
NO	5	2	7
SI	5	12	17
Total	10	14	24

Daños reales o amenazadores	Problemas escolares Académicos		Total (X ² , p =0.08)
	NO	SI	
NO	3	4	7
SI	2	15	17
Total	5	19	24

TABLA 3

RELACIÓN ENTRE ANTECEDENTES DE ABUSO FÍSICO, ABUSO PSICOLÓGICO, SOPORTE SOCIAL INADECUADO Y EL DIAGNÓSTICO DE 3 Ó MÁS FACTORES CONTEXTUALES (EJE IV)

3 ó más factores contextuales	Abuso físico		Total (X ² , p <0.05)
	NO	SI	
NO	4		4
SI	6	14	20
Total	10	14	24

3 o más factores contextuales	Abuso psicológico		Total (X ² , p <0.05)
	NO	SI	
NO	3	1	4
SI	3	17	20
Total	6	18	24

3 ó más factores contextuales	SopORTE social adecuado		Total (X ² , p <0.05)
	NO	SI	
NO		4	4
SI	13	7	20
Total	13	11	24

sentirse triste la mayor parte del día y de la semana. El 95.8% presentó ideación suicida previa, 91.7% experimentó una considerable pérdida de interés en actividades que normalmente disfrutaba (anhedonia) y 87.5% presentó autoestima disminuida y sentimientos de culpa intensos. El 75.0% de los pacientes sufría hiposomnia y defectos de atención durante las labores diarias. El apetito estuvo disminuido en el 62.5% de los pacientes y 58.3% admitió incremento de la irritabilidad. Además 25.0% presentó síntomas somatomorfos y ansiedad, 16.7% impulsividad, 12.5% hipersomnia, 8.3% negligencia en su aseo y cuidado personal, y el mismo porcentaje presentó apetito aumentado y carencia de conciencia de enfermedad. Hubo hipoactividad en el 4.2% de los casos, y este mismo porcentaje presentó ataques de pánico, indicadores homicidas y delusiones distintas a paranoides o depresivas. Consideramos importante presentar además síntomas no codificados en el formato, dada la frecuencia de aparición y su relevancia para diagnóstico. Encontramos en primer lugar polo matutino en el 54.2% de los pacientes, hipobulia en 41.7% y una percepción inadecuada de la imagen corporal en el 16.7%. Con ayuda de estos síntomas se estableció los diagnósticos, 83.3% de los cuales presentó un tiempo de duración mayor de 12 meses siendo el diagnóstico más frecuente depresión mayor (91.7%) ya sea un primer episodio o más. El segundo diagnóstico más frecuente fue distimia con 79.2% y en tercer lugar el Trastorno de Ansiedad Generalizada con 12.5%. El resto de diagnósticos se presentó en menos del 10% de los casos incluyendo TEPT, Trastorno de pánico, Anorexia, Bulimia, Trastorno dismórfico corporal, Trastorno de adaptación y Fobia Social.

DISCUSIÓN

Las características demográficas en nuestra población de estudio no difieren de las obte-

nidas en estudios anteriores,^{3,4,10,15,25,28,29} presentando predominancia significativa el número de pacientes de sexo femenino sobre los de sexo masculino que llevan a cabo intentos de suicidio, en una proporción de 5:1. La media de la edad de nuestros casos coincide también con la media que establece la literatura, en especial con los datos de Latinoamérica,^{4,10,25,26} sin embargo el promedio del grado de instrucción está 2 años por debajo de lo esperado. La mayoría de los pacientes son estudiantes y escolares, así el 68% de los pacientes asistían a la escuela y de aquellos que trabajan, sólo un paciente trabajaba y estudiaba al mismo tiempo, el resto dejó de estudiar para dedicarse sólo a trabajar.

En relación con los antecedentes personales encontramos que el más frecuente se refiere a problemas académicos, en niños y adolescentes, un antecedente importante en los síndromes depresivos.^{31,34} En el 75% de los casos hay antecedentes de maltrato psicológico y en 58% de maltrato físico; lo cual podría explicar, el alto porcentaje referente a problemas académicos. La razón para esta afirmación a pesar de no encontrar diferencia estadísticamente significativa en nuestros resultados, tiene que ver con los comentarios espontáneos que recibimos de los propios pacientes, al respecto y en relación con su rendimiento escolar. Nos refieren que mientras están en clase, no pueden evitar pensar en los “problemas de la casa” refiriéndose con esto al maltrato, problemas económicos, etc, y a la sensación de impotencia que estos les producen. Recordamos en especial a una paciente que presentaba éstos pensamientos incluso como *Flashbacks* (recuerdos vívidos de eventos pasados reminiscencias), quien nos refirió la necesidad que sentía de salir de clase para mojarse la cabeza y deshacerse de los recuerdos e imágenes, a lo cual sus profesores ya se habían habituado. Debemos remarcar el número de pacientes que tenían

antecedentes de intentos de suicidio. Estamos hablando de pacientes con intentos de suicidio previos a muy corta edad (el paciente más joven del estudio tenía 9 años); si a esto le agregamos que el 57.1% de los pacientes que cometieron intentos previos, ha intentado quitarse la vida en más de una ocasión, tenemos un cuadro psiquiátrico particularmente delicado y riesgoso.

A lo anterior se asocia los antecedentes familiares, los tres más frecuentes (conflictos familiares, problemas económicos y problemas psiquiátricos), terminan de describirnos el entorno de estos pacientes. Otro factor importante en los antecedentes, es el intento de suicidio de algún familiar o conocido del paciente. En nuestro estudio se presentó en el 20.8% de los casos. Dicho antecedente ha sido claramente establecido como un factor de riesgo con gran fuerza predictiva de suicidio.^{4,5,10,13,25-27,29,30,35} Nos encontramos entonces frente a un grupo de menores provenientes de hogares con insuficiente ingreso económico, en su mayoría maltratados física y psicológicamente, rodeados por personas con sintomatología psiquiátrica o problemas de conducta, y en consecuencia con problemas en su rendimiento académico. Con respecto a la significativa mayor frecuencia de intentos de suicidio los fines de semana y en el dormitorio, estos momentos coinciden con aquellos de descanso y menor actividad de los niños y adolescentes, especialmente de los escolares. En la gran mayoría de casos algún “Daño real o amenazador” desencadenó el intento de suicidio y en el 8.3% de los casos no se pudo verificar ningún estresor desencadenante, lo cual se acerca a los resultados obtenidos en el estudio realizado por Mori y cols.²³ Encontramos además una asociación interesante entre los “daños reales o amenazadores” desencadenantes del intento y el antecedente de abuso físico con un p en el límite de su fuerza estadística.

Las intoxicaciones con distintas sustancias fueron los instrumentos más frecuentes, lo cual coincide con los datos encontrados en estudios similares, pero no así el tipo más frecuente, que es la intoxicación por benzodiazepinas,^{2-5,10,14,15,25-27} sino que se llevaron a cabo usando un veneno de libre venta y difundido entre la población como raticida, compuesto por sustancias organofosforadas y carbamatos. El resto de las intoxicaciones se llevó a cabo usando benzodiazepínicos o polifarmacia.

Al revisar los resultados obtenidos para los factores contextuales, observamos que hay coincidencia entre estos y los antecedentes personales y familiares antes presentados. Los cinco diagnósticos más frecuentes, no se presentaron en los pacientes de manera aislada sino que coexisten en el 66.7% y se verifica una asociación entre la presencia de tres ó más factores contextuales y los antecedentes de abuso físico, psicológico e inadecuado soporte social. Esto nos reitera que el maltrato y los problemas intrafamiliares serían los más importantes en el contexto de estos pacientes e influirían en la cronicidad de la patología.

Los dos síntomas más frecuentes fueron tristeza e ideación suicida. Encontramos también anhedonia y autoestima disminuida, lo cual producía en todos los casos sentimientos de minusvalía y de culpa. El 75.0% sufría hiposomnia y el 54.2% *polo matutino*. También 75.0% presentó problemas de atención en clases o durante sus labores habituales de manera que los problemas del sueño explicarían parte de los problemas académicos y disciplinarios. El 58.3% admitió irritabilidad (síntoma depresivo frecuente en niños y adolescentes).^{24,31} Respecto a la frecuencia de aparición de los diagnósticos (Eje 1), los resultados coinciden con la literatura en sintomatología como en los propios diag-

nósticos^{3,4,7,10,14,24,25,29} y 83.3% de los casos tuvo un curso crónico, por esto es de especial importancia el uso de farmacología adecuada acompañada de seguimiento psicoterapéutico. Como comentario final, agregaremos que la conducta suicida implica no solamente el intento de suicidio y el suicidio, sino además las conductas parasuicidas y su ideación.²⁴ Sin embargo, son el intento de suicidio y sus consecuencias, la manera de objetivar el alcance de la ideación suicida del paciente y

una forma, por parte del paciente, de comunicar la existencia de un problema no resuelto, más aún en este grupo poblacional que es dependiente y cuya mayor dificultad es comunicarse adecuadamente con aquellos de quienes depende.²⁴

Es importante determinar con claridad los factores de riesgo y los protectores en estudios con muestras más amplias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guyer B, Freedman M, Strobino D, Sondik E. Annual Summary of Vital Statistics: Trends in the health of Americans During the 20th Century. *Pediatrics* 2000; 106(4): 1307-17.
2. Garrido-Romero R, García-García JJ, Carballo-Ruano E, Luaces-Cubells C, Alda-Diez JA, Pou-Fernández J. Intoxicaciones voluntarias como intento de suicidio. *Anales Españolas de Pediatría* 2000; 53 (3):213-6.
3. Martínez Jiménez A, Morasen Disotuar I, Madrigal Silveira M, Almenares Alcaga M. Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 1998;14(6):554-9.
4. Larraguibel M, Gonzáles P, Martínez V, Valenzuela R. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría* 2000;71(3).
5. Osona Rodríguez B, González Vincent M, Mencía Bartolomé S, Casado Flores J. Suicidio en la edad pediátrica: presentación de 30 casos. *Anales Españoles de Pediatría* 2000;52:31-5.
6. Mori G, Díaz M, Chirinos R, Santos E, Valverde J. Emergencias en Psiquiatría. *Revista de Neuro-Psiquiatría* 1989;52:39-55.
7. Krüger H. Intentos de Suicidio: Emergencias HNCH octubre 2001. Estudio piloto. Comunicación personal.
8. World Health Organization. Mental Health: New Understanding, New Hope. The World Health Report 2001.
9. Ministerio de Salud. Oficina Ejecutiva de Análisis de Situación de Salud y Tendencias: Violencia. Oficina General de Epidemiología. ASIS 2001.
10. Fortaleza Texeira A, Villar Luis M. Distúrbios Psiquiátricos, tentativas de suicidio, lesões e envenenamento em adolescentes atendidos em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, São Paulo, 1988-1993. *Cad. Saúde Pública de Janeiro* 1997; 13(3):517-25.
11. McClure GMG. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998. *British Journal of Psychiatry* 2001; 178:469-74.

12. Sing L. In China, suicide in young women is a problem too. *BMJ* 2000;32(1):636.
13. Lewinsohn P, Rohde P, Seeley J, Baldwin L. Gender Differences in Suicide attempts from Adolescence to Young Adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001;40(4).
14. Wagman Borowsky I, Ireland M, Resnick MD. Adolescent Suicide attempts: Risk and Protectors. *Pediatrics* 2001; 107(3):485-93
15. Pacheco Armas Z. Intento de suicidio en los adolescentes: aspectos epidemiológicos y clínicos. XXI Congreso Latinoamericano de Psiquiatría XVI Congreso Nacional de Psiquiatría, Lima, Perú. *Psiquiatría y Salud Integral* 2001;1(1):27-32.
16. Ferdinand R, Verhulst F. Psychopathology from Adolescence Into Young Adulthood: An 8-Year Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152(11):1586-94.
17. Horowitz L, Wang P, Koocher G, Burr B, Fallon M, Klavon S, Cleary P. Detecting Suicide Risk in a Pediatric Emergency Department: Development of a Brief Screening Tool. *Pediatrics* 2001; 107 (5): (5):1133-7.
18. Malone K, Szanto K, Corbitt E, Mann JJ. Clinical Assessment Versus Research Methods in the Assessment of Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152:1601-7.
19. Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. Attempted Suicide Among Living Co-Twins of Twin Suicide Victims. *American Journal of Psychiatry* 1995;152:1075-6.
20. Vázquez F. Estudio de intento de suicidio en el Servicio de Emergencia del Instituto de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" 1994-1996. *Anales de Salud Mental* 1997;3(1y2):59-85.
21. Vázquez F. Valoración del intento de suicidio, una aproximación para el manejo y tratamiento. *Anales de Salud Mental* 1997;3(1y2):37-57.
22. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Manual para el uso del Formato de Evaluación Inicial Abreviado (FEIA), Versión 1996.
23. Mori G, Díaz M, Chirinos R, Santos E, Valverde J. Emergencias en Psiquiatría (Segunda parte). *Revista de Neuro-Psiquiatría* 1989;52:112-137.
24. Mullen DJ, Hendren RL. El niño o el adolescente suicida. *Psiquiatría del niño y el adolescente* 1998. capítulo 14. 1ª Edición. Ediciones Harcourt, Brace. Madrid, España.
25. Arias-Gómez J, Cárdenas-Navarrete R, Alonzo-Vásquez R, Morales-Castillo M, López-García GA. Intento de suicidio en adolescentes. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 1994;51(11).
26. Saucedo-García JM, Montoya-Cabrera MA, Higuera-Romero FH, Maldonado-Durán F, Anaya-Segura A, Escalante-Galindo P. Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia: ¿síntoma de depresión o de agresividad impulsiva? 1997;54(4):169-175.
27. Espinoza-Moret A, Anzués-López B. Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes. *Revista Médica del Hospital General de México* 1999; 62(3): 183-190.
28. González-Forteza C, García G, Sánchez MA, Medina-Mora ME. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida

- en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental* 1998;21(3):1-9.
29. Welch S. A review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population. *Psychiatric Services* 2001; 52(3):368-375.
 30. Hall RCW, Platt DE, Hall RCW. Suicide Risk Assessment: A Review of Risk Factors for Suicide in 100 Patients who made Severe Suicide Attempts. *Evaluation of Suicide Risk in a time of Managed Care. Psychosomatics* 1999;40(1):18-27.
 31. Frances A, Pincus HA, First MB. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV* (Edición en español). 1995. Ediciones Masson S.A. Barcelona-España.
 32. Organización Mundial de la Salud. *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10. Trastornos Mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. 1992. Ediciones Meditor. Madrid; España.
 33. Moreno-Ceballos N. *Nomenclatura en Suicidología Clínica*. 2000. Ediciones Búho. Santo Domingo, República Dominicana.
 34. Carlos GA, Abbott SF. *Trastornos del estado de ánimo y suicidio. Tratado de Psiquiatría*, 1998. Sexta edición. Volumen 4. Capítulo 44. Ediciones Inter-Médica. Buenos Aires, Argentina.
 35. Perales A, Sogi C. *Conductas violentas en adolescentes: Identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo*. Serie: Monografías de Investigación N°3. 1995. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Lima-Perú.

Agradecimientos: Al Dr. Johann Vega, a la Dra. Zoila Pacheco, al Dr. Freddy Vásquez, al Dr. Jaime Zegarra y muy especialmente al Dr. José Cabrejos.