



Revista Ciencias de la Salud

ISSN: 1692-7273

editorial@urosario.edu.co

Universidad del Rosario

Colombia

Jiménez Quenguan, Myriam; Hidalgo Bravo, Jesús; Camargo Santacruz, Constanza; Dulce Rosero, Bernardo

El intento de suicidio en la población pediátrica, una alarmante realidad  
Revista Ciencias de la Salud, vol. 12, núm. 1, enero-abril, 2014, pp. 59-92  
Universidad del Rosario  
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56229795006>

- 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

# El intento de suicidio en la población pediátrica, una alarmante realidad<sup>1</sup>

Attempted Suicide in a Pediatric Population, Alarming Reality

A tentativa de suicídio na população pediátrica, uma alarmante realidade

Myriam Jiménez Quenguan, PhD<sup>2</sup>, Jesús Hidalgo Bravo<sup>3</sup>, Constanza Camargo Santacruz<sup>4</sup>, Méd. Pediatra Bernardo Dulce Rosero<sup>5</sup>

Recibido: 15 de octubre de 2012 • Aceptado: 5 de noviembre de 2013

Para citar este artículo: 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):59-92

## Resumen

Este artículo presenta el proceso investigativo que permitió la caracterización clínica de los casos de intento de suicidio, en la población pediátrica atendida en el Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto, entre los meses de junio de 2005 y junio de 2011.

Se estudiaron 242 historias, a partir de una mirada que incluyó aspectos generales, clínicos y legales, que permitieron conceptualizar el término *suicidio*. Fue indispensable la descripción de los principales signos y síntomas característicos de aquellas personas que han intentado suicidarse, esto contribuyó a identificar, a través de quince variables, algunas causas posibles para la comprensión del fenómeno.

Los resultados evidencian el aumento progresivo de los casos de intento de suicidio en la población pediátrica, en especial en el género femenino, entre las edades de 13 a 16 años; esta situación se ha transformado en un problema muy difícil de tratar, por esta razón, es fundamental seguir investigando, así como también, conformar equipos interdisciplinarios de profesionales, que aborden la problemática, para generar tratamientos pertinentes e integrales para este fenómeno.

<sup>1</sup> Artículo resultado de la investigación *Caracterización Clínica del Intento de Suicidio en la Población Pediátrica de 5 a 18 Años, en el Hospital Infantil Los Ángeles del Municipio de Pasto, en el Periodo Comprendido entre Junio de 2005 a Junio de 2011*.

<sup>2</sup> Doctora en Filosofía, Universidad Complutense de Madrid; Magister en Literatura Hispanoamericana, Instituto Caro y Cuervo; Especialista en Lengua y Literatura Española, Agencia Española de Cooperación Internacional; Licenciada en Filosofía y Letras, Universidad de Nariño.

<sup>3</sup> Médico Pediatra por la Universidad del Cauca. Especialista en Docencia Universitaria por la Universidad Cooperativa. Médico General de la Escuela de Medicina Juan N Corpas.

<sup>4</sup> Médico Pediatra por la Universidad del Bosque. Médico Cirujano por la Universidad del Bosque.

<sup>5</sup> Médico Pediatra por la Universidad Central de Quito. Médico Cirujano por la Universidad Central de Quito.

\* Para correspondencia: egraespejo@gmail.com

Palabras clave: suicidio, intento de suicidio, caracterización de casos, comunidad pediátrica en peligro, intervención comunitaria.

### *Abstract*

This article presents the research process that led to the clinical characterization of cases of attempted suicide in the pediatric population treated at the Hospital Infantil Los Angeles in Pasto, between June 2005 and June 2011.

242 records were studied, from a perspective of the general — including clinical and legal — aspects, thus allowing a conceptualization of the term suicide. The description of certain signs and symptoms characteristic of those who have attempted suicide was essential in contributing to identify some possible causes for further understanding this phenomenon, based on the study of 15 variables.

The results evidence a progressive increase in the cases of attempted suicide in the pediatric population, particularly in females, and between 13 and 16 years of age. This situation has developed to a problem that is very difficult to treat; for this reason, it is essential to continue researching, as well as to establish interdisciplinary groups of professionals who can address the problem and create relevant and comprehensive treatments regarding this phenomenon.

Key Words: Suicide, attempted suicide, characterization of cases, pediatric community at risk, community intervention.

### *Resumo*

Este artigo apresenta o processo investigativo que permitiu a caracterização clínica dos casos de tentativa de suicídio, na população pediátrica atendida no Hospital Infantil “Los Ángeles” de Pasto, entre os meses de junho de 2005 e junho de 2011.

Estudaram-se 242 histórias, a partir de uma olhada que incluiu aspectos gerais, clínicos e legais, que permitiram conceitualizar o termo suicídio. Foi indispensável a descrição dos principais signos e sintomas característicos de aquelas pessoas que tem tentado se suicidar, isto contribuiu a identificar, através de quinze variáveis, algumas causas possíveis para a compreensão do fenômeno.

Os resultados evidenciam o aumento progressivo dos casos de tentativa de suicídio na população pediátrica, especialmente no gênero feminino, entre as idades de 13 a 16 anos; esta situação tem se transformado em um problema muito difícil de tratar, por esta razão é fundamental seguir investigando, assim como também conformar equipes interdisciplinares de profissionais, que abordem a problemática para gerar tratamentos pertinentes e integrais para este fenômeno.

Palavras-chave: suicídio, tentativa de suicídio, caracterização de casos, comunidade pediátrica em perigo, intervenção comunitária.

El intento de suicidio en la población pediátrica, es una realidad que afecta significativamente al municipio de Pasto, representa una pérdida de la conciencia médica y social sobre la vida y su importancia, pone en evidencia las falencias del sistema y obliga a pensar en la necesidad de una óptima intervención preventiva, que permita el afrontamiento de la realidad y de los diversos estados emocionales, desde una visión más reflexiva. A nivel nacional, desde hace algunos años, el suicidio comenzó a ser un problema de salud pública reiterativo, en esta medida, es importante observar el intento de suicidio, porque a pesar de que no causa la muerte, sí deja secuelas y estragos difíciles de obviar, los cuales enuncian el panorama al que está expuesta la población pediátrica.

Sobre el tema en cuestión, se han realizado diversos estudios en la región, pero, es pertinente aclarar que estos han privilegiado el enfoque psicológico, como se puede constatar en las publicaciones del doctor Fredy Villalobos (1, 2, 3). Contrario a estos, la investigación se orientó bajo una visión clínica, así mismo, compaginó esfuerzos interinstitucionales e interdisciplinarios, para ahondar en la complejidad del fenómeno, con el fin de poder establecer y posibilitar un ambiente de protección y esperanza para la población pediátrica. El estudio determinó la relevancia del acto preventivo en el intento de suicidio, puesto que no se trata de sanar después de la autoagresión, sino mejorar la calidad de vida y dar cumplimiento efectivo a algunos de los derechos fundamentales del ser humano, partiendo del reconocimiento del acto, sus consecuencias y estragos.

La población objeto de estudio es la pediátrica, es decir, aquella que médicamente comprende de los 0 a 18 años, y que, a nivel general, puede ser denominada infantil; a ella pertenecen dos etapas o grupos etarios que se diferencian: la etapa infantil, comprende apro-

ximadamente de 0 a 7 años y la adolescente, comprende aproximadamente de los 10 a los 18 años. Un criterio de inclusión fue considerar los casos registrados a partir de los 5 años, principalmente, porque es muy difícil encontrar casos de intento de suicidio anteriores a esta edad.

Es de resaltar que Hospital Infantil Los Ángeles, HILA, es el único hospital de referencia del suroccidente colombiano y atiende principalmente a pacientes de los departamentos de Nariño, Putumayo y parte del Cauca.

Una de las mayores dificultades de este trabajo, fue precisar con exactitud la procedencia de los pacientes, pues en las historias clínicas revisadas, no siempre se completó puntualmente este rasgo, de allí que esta variable no sea considerada en los resultados que aquí se presentan. De igual forma, sobre este tema de estudio no existía en el hospital ninguna investigación similar y, por lo tanto, ninguna base de datos o referente científico cercano; inicialmente, se quiso incluir el estudio desde 2004, pero en este año no existía suficiente material, por eso se tomaron los datos a partir de junio 2005 hasta junio de 2011.

El intento de suicidio es una problemática cada vez más frecuente en el Hospital Infantil Los Ángeles, esta situación determinó la importancia de indagar sobre sus causas, características y medios de prevención; constatar o refutar este hecho como producto de los conflictos sociales, familiares, sentimentales, que no permiten reflexionar y analizar las posibles consecuencias de esta acción.

Hay que reconocer que los niños pueden intentar suicidarse, ya que esta no es una conducta exclusiva de los adultos, pero aseverar una intencionalidad consciente sobre este hecho, es no entender que también puede ser una práctica involuntaria, como respuesta al desinterés paternal, al desamor, la pobreza, la opresión, la depresión, la inconformidad, entre

otros factores; el estudio realizado por Barrera, Ordoñez, Palacios y Peña establece que:

La controversia e imposibilidad de establecer posiciones concluyentes con respecto al suicidio en niños, se explica por las bajas tasas de presentación de este fenómeno en la población infantil hasta hace pocas décadas. Es así, que el alarmante comportamiento epidemiológico del suicidio en niños durante los últimos 15 años, explica la necesidad de conocer y reconocer el fenómeno, lo que implica el desarrollo de investigaciones al respecto, como resultado de una movilización de los profesionales de la salud mental. (4)

Debido a las bajas tasas de suicidios en épocas anteriores y al no reconocer que la población pediátrica está en capacidad de pensar en suicidarse o, más preocupante aún, llegar a cometerlo, esta problemática toma por sorpresa a la sociedad en general.

Para este estudio fue indispensable la revisión de varias fuentes bibliográficas e investigaciones, que permitieron explorar y detallar, de una manera más completa, el intento de suicidio, a razón de lo anterior, aportes como el de la *Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002* (5), y apreciaciones teóricas como las de Cioran, Durkheim, Basile, Oquendo y Shain entre otros, consolidaron una visión más amplia y detallada sobre este problema.

Realizar una aproximación conceptual sobre lo que se entiende por intento de suicidio desde un punto de vista general, clínico y legal, implicó el entender el suicidio como el comportamiento sustentado en un deseo claro de morir, concretando la secuenciación de conductas necesarias para lograrlo (6), de similar manera, Gutiérrez manifiesta que: “Es aquel realizado por una persona que habien-

do decidido terminar con su vida o actuando en un impulso súbito, escoge el método más efectivo disponible, estando seguro que nadie intervendrá y fracasa” (7). Para Durkheim “se llama suicidio todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas que habría de producir este resultado”, seguidamente afirma que: “decimos que hay suicidio cuando la víctima, en el momento de cometer el acto que pondrá fin a su vida, sabe con toda certeza lo que normalmente debe resultar del mismo. Pero esta certeza puede ser más o menos viva. Bastaría matizarla con algunas dudas, y se tendría un hecho nuevo, que ya no es el suicidio sino su pariente cercano, puesto que entre ellos solo existen diferencias de grado” (8).

En relación con lo anterior, es fundamental tener en cuenta conceptos como: idea suicida, aquella que se desarrolla en un individuo que se encuentra en una crisis (9); gesto suicida, entendido como el daño autoinfligido que pretende generar cambios en el ambiente, su propósito no es la muerte (10); suicidio, concebido (etimológicamente) como la ‘muerte de sí mismo’, acto voluntario e intencional de terminar con su vida; conducta parasuicida, comprendida como conducta de alto riesgo que puede terminar en la muerte inconscientemente.

Bohórquez expone que en el año 2007 se presentaron 289 casos de suicidios en Colombia, de estos, 6 corresponden a niños entre 5 y 9 años, 58 a niños entre 10 y 14 años, 103 a jóvenes entre los 15 y los 17 años, y 122 jóvenes entre 18 y 19 años de edad (11); los anteriores datos se relacionan a los encontrados en la investigación *Caracterización clínica del intento de suicidio en la población pediátrica de 5 a 18 años, en el Hospital Infantil los Ángeles del municipio de Pasto, en el periodo comprendido entre junio de 2005 a junio de 2011*, producto

del estudio de 242 historias clínicas de pacientes originarios de diversas zonas del sur occidente del país, que fueron atendidos en el HILA.

La investigación se contextualizó desde el ámbito histórico filosófico, puesto que, frente al suicidio, son muchas y diversas las posturas a favor y en contra. Desde los tiempos de Platón se consideraba la muerte, como aquella meditación a la cual se podía llegar por medio de la filosofía; para David Hume (1711-1776), el suicidio representaba la disposición que tenía el ser humano de su vida; en el caso de Kierkegaard (1813-1855) el hombre es una construcción constante de sí mismo; otros pensadores como Sartre (1905-1980) y Cioran (1911-1995), continuaron indagando sobre las implicaciones que trae la muerte desde el suicidio.

De igual manera, desde el ámbito jurídico, este estudio tuvo en cuenta la Declaración de los Derechos de los Niños (12), que afirma lo siguiente: “El niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”, además, resalta lo expuesto en *Responsabilidad Civil de los Médicos* (13), en donde se manifiesta la necesidad de no solo cuestionar la parte ética, sino también el manejo adecuado de la ley médica y jurídica.

Desde la visión clínica, el proceso investigativo determinó que son varios los factores que intervienen en el intento de suicidio; igualmente, revela la correlación significativa entre la parte física, mental y comportamental, y su relación con las enfermedades, los fármacos, el trastorno afectivo, el abuso de sustancias, los problemas escolares, entre otros. Del mismo modo, él representa un grave problema de salud pública, así lo confirman las altas tasa de psicopatologías, su inclusión en las dificultades y adversidades de la infancia como los problemas de adaptación, las peleas físicas, el machismo,

los actos automutilantes y la escasa regulación de los afectos.

Los casos clínicos por intento de suicidio en la población pediátrica del HILA atendidos entre junio de 2005a junio de 2011, se caracterizan bajo factores familiares, psicosociales, culturales, económicos y educacionales, los cuales expresan la vulnerabilidad de dicha población y la vigencia del maltrato dentro de un contexto nacional de violencia; esta fue la hipótesis de trabajo que fundamentó la investigación. Para la caracterización clínica de los casos de intento de suicidio en la población pediátrica de estudio, fue fundamental realizar una aproximación conceptual desde un punto de vista general, clínico y legal; de igual forma lo fue, el describir sus signos y síntomas, así como también, definir algunas variables e identificar las principales causas, para, finalmente, reconocer los casos, sus motivos y circunstancias.

La investigación orientada desde el enfoque cuantitativo, permitió la descripción, el análisis estadístico y la interpretación de 242 historias clínicas, por medio de la adaptación y ejecución de un instrumento para establecerlos casos de intento de suicidio; se contemplaron quince variables: edad, sexo, estado civil, procedencia, escolaridad, ocupación, mecanismo o método, comunicación de intención suicida, momento del intento, escenario del intento, causas clínicas, causas contextuales, tratamiento, consecuencias clínicas y secuelas. Gracias a su definición se pudo determinarlas principales razones del intento de suicidio, así mismo, fue posible la creación de la primera base de datos sobre este fenómeno en el HILA, para su posterior análisis e interpretación estadística.

La experiencia investigativa demostró que, en relación con el intento de suicidio, es escasa la protección de la salud pública en el suroccidente colombiano, debido a los diferentes riesgos de la población pediátrica, en especial del género

femenino; a partir de los datos obtenidos en el HILA y teniendo en cuenta su importancia para el contexto regional, los investigadores observan que una medida importante para ayudar a la detección de este problema, debería ser la implementación de un servicio permanente de psiquiatría infantil.

Las estadísticas registradas demuestran la velocidad con que este fenómeno sigue en ascenso, se constata que los intentos de suicidio en la población pediátrica, han incrementado significativamente; esta realidad, en su momento fue prevista por Ciriacos, García y Rodríguez en Uruguay, quienes encontraron posibles indicios que estaban paulatinamente afectando a la población infantil, así como algunos factores de riesgo, asociados a conductas suicidas (14).

Al respecto, es pertinente decir que aún es mínima la literatura científica específica desde el enfoque clínico, esto exige en países como Colombia futuros trabajos de investigación. Para el tratamiento integral de la patología de estudio, es relevante contar con un equipo interdisciplinar que aborde el problema desde diferentes puntos de vista; a pesar de que se cuenta con algunos referentes investigativos regionales, los que se han realizado desde el campo de la psicología, es necesario unir esfuerzos investigativos para obtener una óptima visión, apreciación y solución del problema. Iniciativas como la creación de una cátedra de salud mental, así como, políticas integrales sobre la misma, permitirán enseñar a valorar la vida y mejorarán la autoestima.

De otro lado, es de resaltar que es casi nula la prevención existente en torno al intento de suicidio, ejemplo de ello, es la facilidad (venta libre, sin ningún tipo de restricción) con que se obtienen sustancias altamente tóxicas y nocivas. Es fundamental diseñar sistemas de derivación y seguimiento a los tratamientos, para evitar el abandono a los mismos, con el

fin de amortiguar y disminuir la realización de nuevos intentos. Los datos encontrados en la investigación, ratifican la importancia de profundizar en el estudio de problemas de violencia familiar, maltrato y flagelos, con el propósito de desarrollar estrategias de intervención desde un enfoque comunitario.

### *Consideraciones éticas*

La investigación contó con el aval de Comité Técnico de Investigaciones de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Pasto, y cumplió con los términos de referencia de la Convocatoria del Comité para el Desarrollo de la Investigación, Conadi2009, mediante los cuales se dio a evaluar el proyecto desde sus inicios tanto a pares internos como externos, aceptando y financiando el desarrollo de la misma a partir del segundo semestre de 2010. El informe final se presentó a finales del año 2012.

Para poder acceder a la información de las historias clínicas existentes sobre intentos de suicidios reportados en el Hospital Infantil Los Ángeles, durante el periodo de junio de 2005 a junio de 2011, se contó con los permisos necesarios de las directivas administrativas y científicas del HILA.

Según lo establece el Subcomité de Bioética de la mencionada universidad, en este tipo de investigación no existe riesgo físico para los pacientes, principalmente porque no se trata con ellos directamente, sino que se accede a sus datos a través de la historia clínica. Este estudio respetó y acató el buen uso de la información contenida, guardando el anonimato de los pacientes y utilizando los datos obtenidos con fines exclusivamente científicos.

### *Metodología*

La investigación se estableció como un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Descriptivo porque posibilitó la deducción de los

diferentes aspectos implícitos en la problemática presentada, puesto que se describe detalladamente todos los signos y síntomas del intento de suicidio, examinando las posibles tendencias de la población pediátrica, teniendo en cuenta el instrumento de identificación de los casos de intento de suicidio, con sus respectivas variables (edad, sexo, estado civil, procedencia, escolaridad, ocupación, mecanismo o método, comunicación de intención suicida, momento del intento, escenario del intento, causas clínicas, causas contextuales, tratamiento, consecuencias clínicas inmediatas y secuelas).

Retrospectivo porque se probó en el desarrollo de la investigación, por medio del estudio de las 242 historias clínicas, a través del instrumento de identificación de los casos de intento de suicidio, la hipótesis de trabajo referida a que los casos clínicos registrados en la población pediátrica del HILA, atendidos entre el mes de junio de 2005 hasta el mes de junio de 2011, se caracterizan bajo factores: familiares, psicosociales, culturales, económicos y educacionales; igualmente, se manifiesta la vulnerabilidad de dicha población y la vigencia del maltrato dentro de un contexto nacional de violencia; la situación anterior se analizó con los fundamentos esenciales del intento de suicidio.

Transversal porque se observó y se describió, la dinámica que maneja el fenómeno (intento de suicidio) en la población objeto de estudio, determinando su magnitud y distribución en un momento temporal concreto, teniendo en cuenta un periodo de seis años (2005-2011).

El instrumento utilizado es una adaptación de la ficha de atención que tiene el servicio de psicología del HILA, implementada por la psicóloga Ximena Erazo, la cual se empezó a utilizar desde el primer semestre de 2005. Los cambios que se realizaron fueron mínimos, y se hicieron porque era necesario detallar algunas variables, especialmente las concernientes

a las causas y consecuencias clínicas; también se decidió adoptar este instrumento porque la información consignada en las historias clínicas revisadas se hizo con base en sus variables.

De otro lado, la mayoría de los instrumentos validados hacen mayor énfasis en aspectos psicológicos, en los cuales se destacan, por ejemplo, encuestas y entrevistas con base en las cuatro preguntas de *Ask Suicide-Screening Questions* (ASQ) y otras de tipo Likert como las utilizadas por Gould, Marrocco, Kleinman, Graham, Mostkoff, Cote y Davies, en su estudio publicado bajo el título *Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial free* (15).

Bajo el enfoque cuantitativo, se procedió a la descripción, el análisis estadístico y la interpretación de la información reunida, por medio del instrumento de recolección de datos, el cual, como ya se mencionó, fue adaptado según unas variables fundamentales y necesarias para el estudio exhaustivo del intento de suicidio, con el propósito de reconocer las principales tendencias que definen esta conducta en la población pediátrica del HILA. Especificando un poco más sobre dichas variables, se encuentra: edad, comprendida entre 5 y 18 años; sexo (género), que bien podría ser mujer (femenino) u hombre (masculino); estado civil, en donde se aprecian 4 condiciones, soltero, casado, unión libre y sin dato; procedencia, municipio de donde es oriundo (zona rural o urbana); escolaridad, en donde hay 6 características: primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, ninguna y sin dato; ocupación, entre las que están: estudiante, empleado, independiente, ninguno, otros, sin dato; mecanismo o método, aquí se establecen 8 posibilidades: ingestión de medicamentos, ingestión de tóxicos, arma de fuego, arma blanca, ahorcamiento, ahogamiento, precipitación lugares altos y otros; comunicación

de la intención suicida, determinada por: si, no, sin dato; momento del intento, el cual puede ser: momento de descanso, vacaciones, actividad escolar, actividad del hogar, actividad en la calle, otros y sin dato; escenario del intento, en donde se puede realizar: vía pública, vivienda, sitios comerciales, instituciones, vehículo, áreas de deporte, otros, sin dato; causas clínicas, entre las que se encuentra: enfermedad, trastorno de ánimo, fármacos, trastorno mental, trastorno afectivo, intentos previos, y sin dato; causas contextuales, aquí se encuentra: el maltrato, el cual puede ser por abuso sexual, abuso físico o abuso verbal, de igual manera se presenta muerte de un familiar o amigo, desplazamiento, medios de comunicación, comportamiento alterado, ambiente familiar en donde se manifiesta: padres separados o divorciados, orfandad, hijo único, adecuada red de apoyo, sin dejar de lado el conflicto de pareja, otras posibilidades y sin dato; tratamiento, que puede ser farmacológico por medio de antidepresivos, ansiolíticos y otros, también el tratamiento se puede fundamentar en la psicoterapia, en donde se enuncia sí, no, sin dato; consecuencias clínicas, las cuales están determinadas en 3: unidad de cuidados intensivos, hospitalización y complicaciones, en esta última, se puede presentar falla respiratoria, arritmias, shock hemodinámico, quirúrgicas, insuficiencia renal, digestivas y otras; secuelas, las cuales pueden ser de 3 tipos: neurológicas, mentales y físicas, estas últimas secuelas se constituyen en temporales y definitivas.

Teniendo en cuenta lo anterior, y partiendo del reconocimiento de la importancia de las variables citadas con antelación, cabe agregar que, como lo señala Gonzales:

Varios hechos se esgrimen hoy día como elementos importantes que favorecen la actitud suicida: una salud psicológica quebrantada, la superioridad de lo material sobre lo espi-

ritual, la ambición desmesurada del hombre por el poder, la frialdad del cientificismo tecnológico, el estrés de la vida, la vejez desprotegida e institucionalizada, la disolución familiar, la pérdida de vínculos, la falta de valores morales, la masificación, la soledad del hombre, la pérdida de roles y valores. (16)

Comprendiendo lo establecido en los párrafos anteriores, el abordar el acto suicida y su intención, desde la suma de diferentes variables o hechos, es entendible que la comunidad pediátrica, forma parte de un contexto particular y a su vez, padezca todas las implicaciones que esto conlleva.

A partir de la adaptación y la implementación del instrumento para identificar los casos de suicidio, se realizó la recolección de datos, que posteriormente formaría parte de la base de datos de los casos de intento de suicidio registrados desde el mes de junio de 2005 hasta el mes de junio de 2011, que sería descrita, analizada e interpretada estadísticamente. Sin embargo, determinar el motivo que impulsó a la persona a realizar el intento suicida, aun estableciendo la duda de que verdaderamente deseaba la muerte o conseguir otro propósito en particular, es algo difícil de definir, por la condición de intimidad que tiene el acto (8).

Para responder a la pregunta de investigación: ¿Cuál es la caracterización clínica de los casos de intento de suicidio, en la población pediátrica del Hospital Infantil Los Ángeles del municipio de Pasto: junio 2005-junio 2011? Se hizo necesario realizar a manera conceptual una aproximación sobre lo que se entiende por intento de suicidio, desde una visión general, clínica y legal. De similar manera, el describir clínicamente los signos y síntomas del intento de suicidio permitió conocer en profundidad esta problemática; así mismo, definir algunas variables e identificar las principales causas del intento de suicidio, a pesar

de su complejidad, dejó caracterizar clínicamente los casos encontrados y fue fundamental identificarlos, analizar sus causas y circunstancias en la población pediátrica de 5 a 18 años de edad, atendida en el HILA de Pasto (2005-2011). La realización de estos objetivos, permitió caracterizar clínicamente los casos de intento de suicidio en la población pediátrica atendida en el HILA; además, es pertinente mencionar, que al ser este hospital el único centro de referencia ubicado en el suroccidente del país, requiere la inclusión de un servicio de psiquiatría infantil, ya que el intento de suicidio, como demostró la investigación, es uno de los principales problemas de la salud pública, en la población pediátrica que se atiende en el municipio de Pasto.

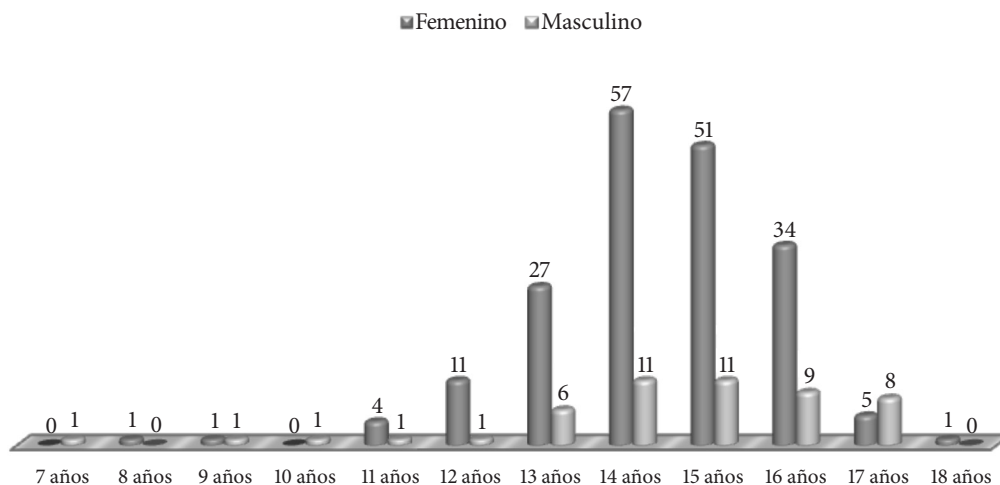
### Resultados

La investigación determinó que a partir de los 7 años de edad, se empiezan a registrar intentos de suicidio por parte de la población pediátrica del HILA, la figura 1 representa el aumento gradual que ha tenido esta problemática, según la edad y el sexo del paciente, evidenciando que el nivel

máximo de casos, comienza a los 13 años de edad y termina a los 16, siendo el género femenino el más afectado; en relación con lo anterior, el estudio realizado por Díaz, también manifiesta que el suicidio es extrañamente frecuente en menores de 10 años de edad, y que su aumento significativo se da en la adolescencia (17), de manera similar la Secretaría de Salud de México, confirma que entre los años 1998 y el 2003, aumentaron en un 4,9% anual los suicidios en niños de ese país, lo que representó una cifra preocupante de aproximadamente 300 casos más (18).

En relación con lo anterior y como lo señala la tabla 1, el 28 % de la población pediátrica que ha intentado suicidarse tiene 14 años de edad (68 casos en total), siendo el porcentaje más alto; se presentaron 57 casos donde la mujer fue la afectada (24%), y 11 (4,55 %) donde el hombre estuvo involucrado; cabe destacar, a manera general, que los intentos de suicidio, en su mayoría, fueron realizados por mujeres, con un total de 192 casos, (79,34 %), por el contrario los hombres, reportaron 50 casos menos (20,66 %) en total.

Figura 1. Intentos de suicidio según edad y sexo del paciente



Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Tabla 1. Intentos de suicidio según edad y sexo del paciente

EDAD	Femenino	%F	Masculino	%M	Total	%T
7 años	0	0%	1	0%	1	0%
8 años	1	0%	0	0%	1	0%
9 años	1	0%	1	0%	2	1%
10 años	0	0%	1	0%	1	0%
11 años	4	2%	1	0%	5	2%
12 años	11	5%	1	0%	12	5%
13 años	27	11%	6	2%	33	14%
14 años	57	24%	11	5%	68	28%
15 años	51	21%	11	5%	62	26%
16 años	34	14%	9	4%	43	18%
17 años	5	2%	8	3%	13	5%
18 años	1	0%	0	0%	1	0%
Total	192	79%	50	21%	242	100%

Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

De acuerdo con la variable de estado civil, la mayoría de los casos registrados por intento de suicidio, fueron realizados por personas solteras (228 casos, 94 %), específicamente 180 (74 %) pertenecientes al género femenino y 48 (20 %) al masculino, sin embargo, en un mínimo porcentaje (3 %), las personas involucradas estaban en unión libre, en donde se reportaron 7 casos de mujeres y únicamente 1 caso de un hombre; no se puede obviar que se presentaron 5 (2 %) casos de mujeres y 1 de hombre donde no registraron ninguna información sobre su estado civil.

Teniendo en cuenta la escolaridad y sexo del paciente (tabla 2), las personas que se intentaron suicidar no habían terminado sus estudios

secundarios (54,96 %), además, muchos de los casos, específicamente 107 (44,21 %) fueron de mujeres, y en menor medida, solamente 26 (10,74 %) hicieron alusión a hombres; de la totalidad de los casos registrados para el primer semestre del periodo 2005-2011, 56 (23,14 %) casos no registraron ninguna información sobre esta variable.

De los casos presentados en el HILA sobre intento de suicidio (periodo 2005-2011, primer semestre), un gran porcentaje de ellos (65 %) tenían como ocupación el estudio, concretamente 127 mujeres (52 %) y 31 hombres (13 %); el 9 % de los casos, conformado por 18 historias de mujeres (7 %) y 3 de hombres (1 %), no tenían ningún tipo de ocupación.

Tabla 2. Intentos de suicidio según escolaridad y sexo del paciente.

ESCOLARIDAD	Femenino	%F	Masculino	%M	Total	%T
Ninguna	1	0,41%	0	0,00%	1	0,41%
Primaria Incompleta	12	4,96%	1	0,41%	13	5,37%
Primaria Completa	29	11,98%	5	2,07%	34	14,05%
Secundaria Incompleta	107	44,21%	26	10,74%	133	54,96%
Secundaria Completa	4	1,65%	1	0,41%	5	2,07%
Sin Dato	39	16,12%	17	7,02%	56	23,14%
Total	192	79,34%	50	20,66%	242	100,00%

Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Tabla 3. Intentos de suicidio según ocupación y sexo del paciente.

OCUPACION	Femenino	%F	Masculino	%M	Total	%T
Estudiante	127	52%	31	13%	158	65%
Ninguna	18	7%	3	1%	21	9%
Otra Ocupación	8	3%	0	0%	8	3%
Empleado	2	1%	1	0%	3	1%
independiente	0	0%	2	1%	2	1%
Sin Dato	37	15%	13	5%	50	21%
Total	192	79%	50	21%	242	100%

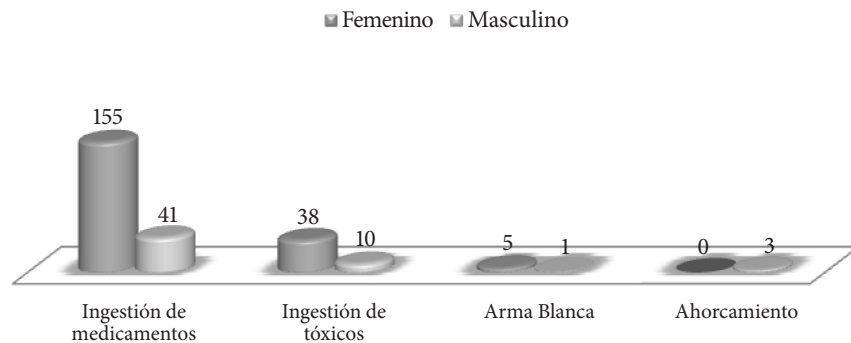
Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

El mecanismo (método) más empleado para realizar el intento de suicidio fue la ingestión de tóxicos, el 61,26 %, es decir 155 casos fueron presentados por mujeres, y el 16,21 %, 41 casos fueron presentados por hombres; cabe destacar que el ahorcamiento como mecanismo (método) para quitarse la vida, solo fue implementado por los hombres (1,19 %). Según Robledo (19) esta actitud del hombre frente a la mujer, puede estar condicionada por la fácil realización del acto suicida a través de ahorcamiento, así como también de algunos patrones a nivel cultural específicamente en la crianza, que in-

fluyen en la selección del método y la toma de la decisión siendo la ingestión de medicamentos, así como también autoagresión con arma blanca, otros mecanismos (métodos) utilizados en su mayoría por las mujeres. Gutiérrez afirma que: "El riesgo suicida es más alto cuando la decisión está claramente definida y el paciente ha pensado en los medios específicos para lograrlo" (7). Al reconocer que los elementos tóxicos son de fácil acceso y la decisión de suicidarse está tomada, estos se constituyen en un buen mecanismo para llevarlo a efecto.

Figura 2. Intentos de suicidio según mecanismo o método y sexo del paciente



Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Tabla 4. Intentos de suicidio según mecanismo o método y sexo del paciente

MECANISMO METODO	Femenino	%F	Masculino	%M	Total	%T
Ingestión de Tóxicos	155	61,26%	41	16,21%	196	77,47%
Ingestión de Medicamentos	38	15,02%	10	3,95%	48	18,97%
Arma Blanca	5	1,98%	1	0,40%	6	2,37%
Ahorcamiento	0	0,00%	3	1,19%	3	1,19%
Total	198	78,26%	55	21,74%	253	100,00%

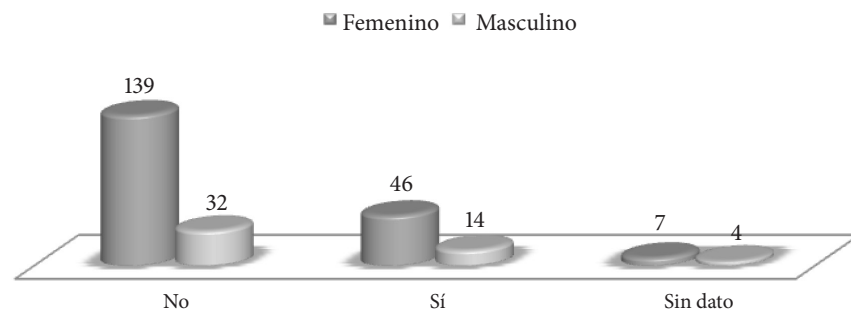
Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Gracias a la variable de comunicación de intención suicida, se pudo establecer que la mayoría de las mujeres (57,44 %) que intentan suicidarse, no comunican su intención de quitarse la vida, hecho similar ocurre con los

hombres, en donde un porcentaje significativo de ellos (13,22 %) tampoco expresan nada al respecto; solamente una parte de las mujeres (19,01 %) y de los hombres (5,79 %) sí comunican su intención.

Figura 3. Intentos de suicidio según comunicación intento de intención suicida y sexo del paciente



Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Tabla 5. Intentos de suicidio según comunicación Intento de intención suicida y sexo del paciente.

COMUNICACIÓN	Femenino	%F	Masculino	%M	Total	%T
No	139	57,44%	32	13,22%	171	70,66%
Si	46	19,01%	14	5,79%	60	24,79%
Sin Dato	7	2,89%	4	1,65%	11	4,55%
Total	192	79,34%	50	20,66%	242	100,00%

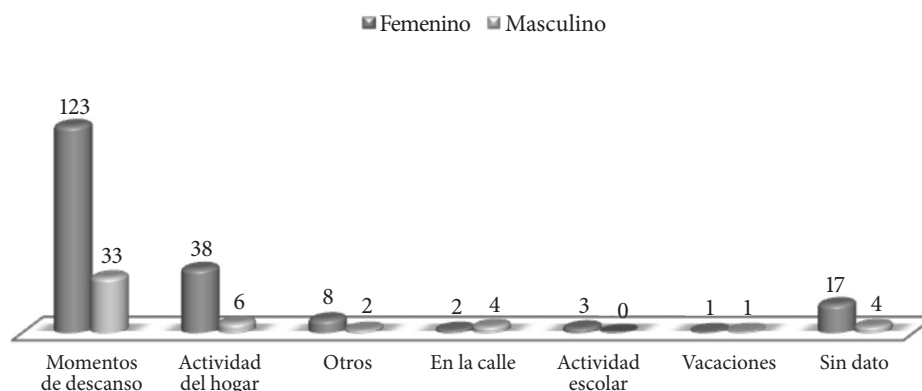
Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

De todos los momentos posibles para poder intentar suicidarse, la población pediátrica estudiada a través de sus historias clínicas, manifestó que en momentos de descanso (64,46 %) y en aquellos en donde se está realizando actividades

del hogar (18,18 %), estos son instantes precisos para cometer el acto; a pesar de esto, un porcentaje inferior seleccionó otros momentos para realizarlo, como: en la calle (2,48 %), en actividad escolar (1,24 %) e incluso en vacaciones (0,83 %).

Figura 4. Intentos de suicidio según momento del intento y sexo del paciente



Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Tabla 6. Intentos de suicidio según momento del intento y sexo del paciente

MOMENTO DEL INTENTO	Femenino	%F	Masculino	%M	Total	%T
Momentos de descanso	123	50,83%	33	13,64%	156	64,46%
Actividad del hogar	38	15,70%	6	2,48%	44	18,18%
Otros	8	3,31%	2	0,83%	10	4,13%
En la calle	2	0,83%	4	1,65%	6	2,48%
Actividad escolar	3	1,24%	0	0,00%	3	1,24%
Vacaciones	1	0,41%	1	0,41%	2	0,83%
Sin Dato	17	7,02%	4	1,65%	21	8,68%
Total	192	79,34%	50	20,66%	242	100,00%

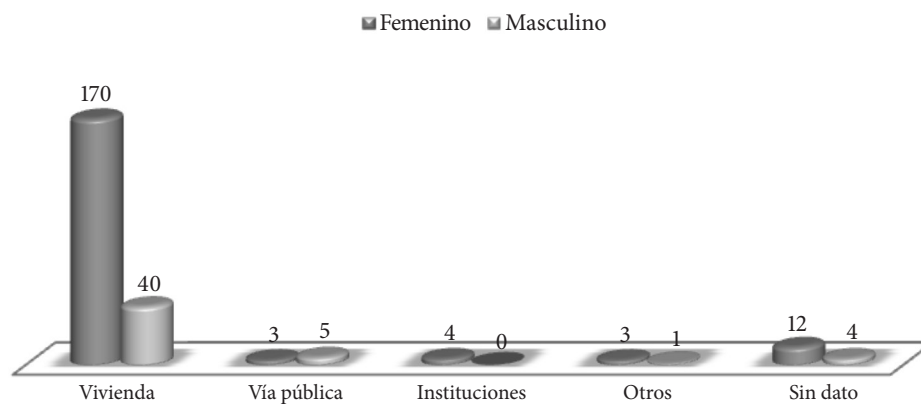
Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Teniendo en cuenta lo anterior, y sabiendo que la mayoría de los intentos se registran en momentos de descanso, se hizo preciso determinar en qué escenarios se efectuaron, de acuerdo a los datos recopilados y en coherencia con lo manifestado, se estableció que la mayoría de las mujeres (70,25 %) y de los hom-

bres (16,53 %) seleccionan la vivienda como escenario indicado; otros escenarios como las instituciones, fueron exclusivos de las mujeres, hecho constatado por medio de los cuatro casos de intento de suicidio presentados, en donde el género femenino estuvo involucrado.

Figura 5. Intentos de suicidio según escenario del intento y sexo del paciente



Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Tabla 7. Intentos de suicidio según escenario del intento y sexo del paciente

ESCENARIO DEL INTENTO	Femenino	%F	Masculino	%M	Total	%T
Vivienda	170	70,25 %	40	16,53 %	210	86,78 %
Vía pública	3	1,24 %	5	2,07 %	8	3,31 %
Instituciones	4	1,65 %	0	0,00 %	4	1,65 %
Otros	3	1,24 %	1	0,41 %	4	1,65 %
Sin Dato	12	4,96 %	4	1,65 %	16	6,61 %
Total	192	79,34 %	50	20,66 %	242	100,00 %

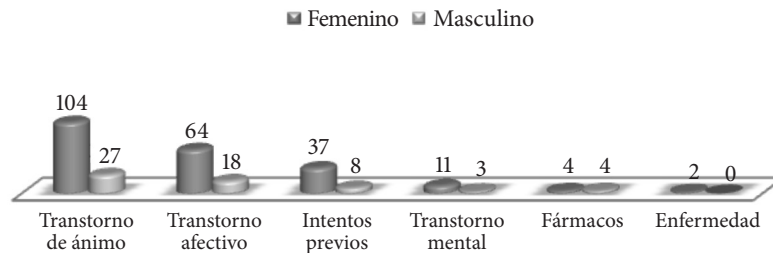
Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Los intentos de suicidio registrados, presentaron variadas causas clínicas, la más relevante fue la asociada al trastorno de ánimo (46,45 %) (referidos a los problemas como la autoestima), seguida por las relacionadas con

los trastornos afectivos (29,08 %) (referidos a los problemas emocionales y sentimentales), los intentos previos (15,96 %), el trastorno mental (4,96 %), los fármacos (2,84 %) y la enfermedad (0,71 %).

Figura 6. Intentos de suicidio según causas clínicas y sexo del paciente



Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Tabla 8. Intentos de suicidio según causas clínicas y sexo del paciente

CAUSAS CLINICAS	Femenino	%F	Masculino	%M	Total	%T
Trastorno de ánimo	104	36,88%	27	9,57%	131	46,45%
Trastorno Afectivo	64	22,70%	18	6,38%	82	29,08%
Intentos Previos	37	13,12%	8	2,84%	45	15,96%
Trastorno Mental	11	3,90%	3	1,06%	14	4,96%
Fármacos	4	1,42%	4	1,42%	8	2,84%
Enfermedad	2	0,71%	0	0,00%	2	0,71%
Total	222	78,72%	60	21,28%	282	100,00%

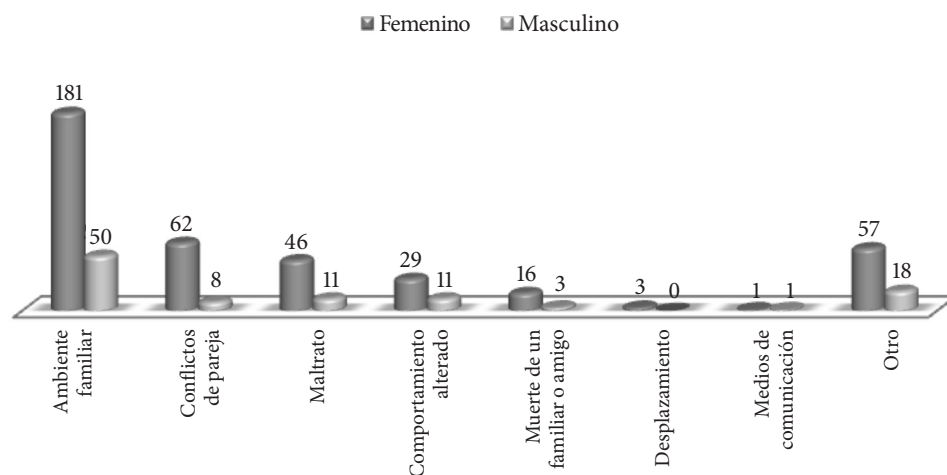
Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

De igual forma que las causas clínicas, las contextuales que influyen para que una persona se intente suicidar son variadas; la causa contextual más señalada en esta variable, fue el ambiente familiar (46,48 %) al cual pertenece el que hace intento suicida, siendo, por otro lado, la influencia de los medios de comunicación (0,40 %) la causa contextual menos probable

bajo la cual la comunidad pediátrica del HILA intentó suicidarse; cabe destacar, la existencia de otras causas contextuales (15,09 %), que influyeron severamente en la intención de quitarse la vida, manifestando así que cualquier tipo de causa que origine una razón válida para quitarse la vida, es el detonante preciso para llevar a efecto el acto.

Figura 7. Intentos de suicidio según causas contextuales y sexo del paciente



Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Tabla 9. Intentos de suicidio según causas contextuales y sexo del paciente

CAUSAS CONTEXTUALES	Fem	%F	Mas	%M	Total	%T
Ambiente familiar	181	36,42%	50	10,06%	231	46,48%
Conflictos de pareja	62	12,47%	8	1,61%	70	14,08%
Maltrato	46	9,26%	11	2,21%	57	11,47%
Comportamiento alterado	29	5,84%	11	2,21%	40	8,05%
Muerte de un Familiar o Amigo	16	3,22%	3	0,60%	19	3,82%
Desplazamiento	3	0,60%	0	0,00%	3	0,60%
Medios de comunicación	1	0,20%	1	0,20%	2	0,40%
Otro	57	11,47%	18	3,62%	75	15,09%
Total	395	79,48%	102	20,52%	497	100,00%

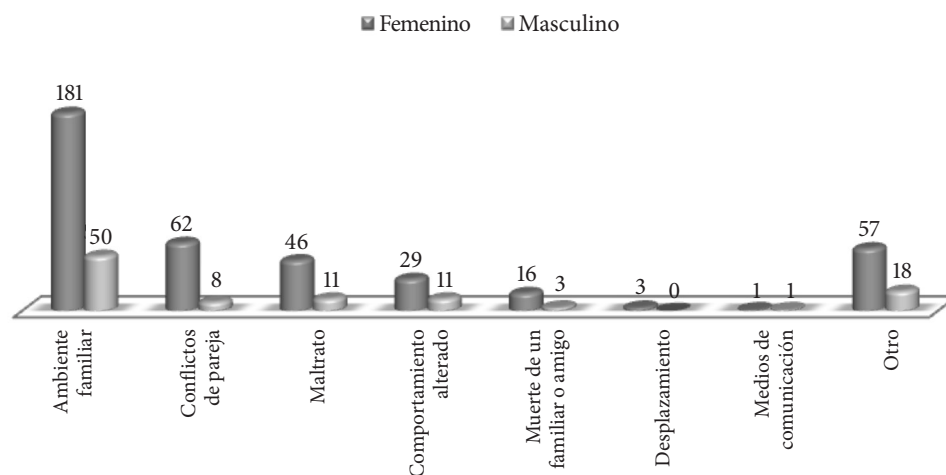
Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Al ser el ambiente familiar la causa contextual a la cual se asoció la mayoría de los casos de intento de suicidio en la población pediátrica del HILA, se determinó concretamente qué tipo de causa a nivel familiar, es la que influye drásticamente para llevar a cabo el acto; en este sentido, en ambientes familiares donde los padres se encontraban separados o divorciados

(60,17 %), había más casos de intento de suicidio, que en ambientes familiares donde prevalecía la orfandad (15,15 %), el suicida era hijo único (3,46 %), o se presentaba una adecuada red de apoyo (21,21 %), puntualizando de esta manera la importancia de los padres de familia, en el desarrollo mental y físico saludable de sus hijos.

Figura 8. Intentos de suicidio según causas contextuales, ambiente familiar y sexo del paciente



Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Tabla 10. Intentos de suicidio según causas contextuales, ambiente familiar y sexo del paciente

CAUSAS CONTEXTUALES	Femenino	%F	Masculino	%M	Total	%T
Contexto Familiar - Ambiente Familiar						
A. Padres separados o divorciados	111	48,05 %	28	12,12 %	139	60,17 %
B. Orfandad	25	10,82 %	10	4,33 %	35	15,15 %
C. Hijo Único	6	2,60 %	2	0,87 %	8	3,46 %
D. Adecuada red de apoyo	39	16,88 %	10	4,33 %	49	21,21 %
Total	181	78,35 %	50	21,65 %	231	100,00 %

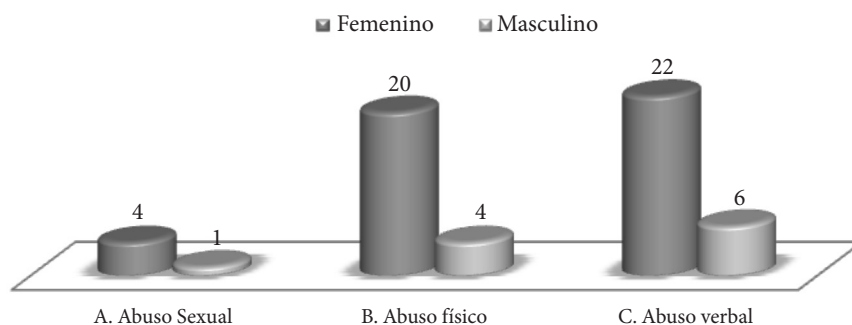
Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Siendo el maltrato una de las causas contextuales más influyentes en los intentos de suicidio, se hizo oportuno poder definir qué tipo de maltrato es el que recibía la comunidad pediátrica del HILA, para intentar suicidarse; de acuerdo a esto, hay tres aspectos importantes a mencionar: el primero es referido al abuso se-

xual (8,77 %); el segundo se encuentra relacionado con el abuso físico (42,11 %); finalmente, el tercero es el abuso verbal (49,12 %), siendo este la causa contextual más recurrente. Tanto el abuso físico como el verbal, caracterizaron los contextos que presentaron mayor intento de suicidios.

Figura 9. Intentos de suicidio según causas contextuales, maltrato y sexo del paciente



Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Tabla 11. Intentos de suicidio según causas contextuales, maltrato y sexo del paciente

CAUSAS CONTEXTUALES	Femenino	%F	Masculino	%M	Total	%T
Causa Contextual – Maltrato – Tipo de Maltrato						
A. Abuso Sexual	4	7,02 %	1	1,75 %	5	8,77 %
B. Abuso Físico	20	35,09 %	4	7,02 %	24	42,11 %
C. Abuso Verbal	22	38,60 %	6	10,53 %	28	49,12 %
Total	46	80,70 %	11	19,30 %	57	100,00 %

Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Los intentos de suicidio, según el tratamiento, se establecieron bajo dos tipologías (tabla 11), la primera de ellas relacionada al tratamiento farmacológico (45,39 %), la segunda ligada a la psicoterapia (54,61 %); en relación con el tratamiento farmacológico, que era el más utilizado por la comunidad pediátrica del HILA, se concluyó que los antidepresivos (26,74 %), eran los fármacos conocidos más utilizados por aquellas personas que intentaron suicidarse, aunque también se registró la existencia de otro

tipo de medicamentos (diversos) (65,78 %), de los cuales no se tiene conocimiento, estos formaban parte del tratamiento farmacológico, excluyendo los ansiolíticos (5,35 %) y los antipsicóticos (2,14 %). Cabe aclarar que, en relación con la variable de tratamiento, se estudia los casos, no los pacientes, calculando siempre un 100 % de casos, esto a razón de que muchos pacientes presentan diversas tipologías en su tratamiento y no una exclusiva.

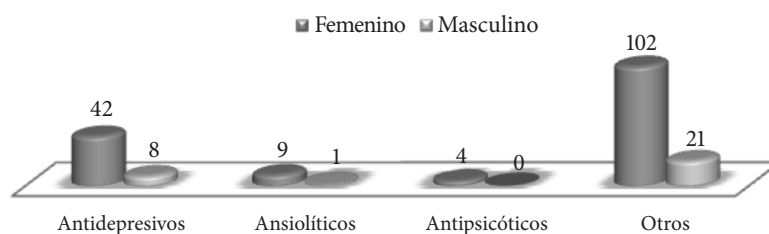
Tabla 12. Intentos de suicidio según tratamiento y sexo del paciente

TRATAMIENTO	Femenino	% F	Masculino	% M	Total	% T
Farmacológicos	157	38,11%	30	7,28%	187	45,39%
Psicoterapia	178	43,20%	47	11,41%	225	54,61%
Total	335	81,31%	77	18,69%	412	100,00%

Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Figura 10. Intentos de suicidio según tratamiento, farmacológico y sexo del paciente



Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Tabla 13. Intentos de suicidio según tratamiento, farmacológico y sexo del paciente

TRATAMIENTO	Femenino	% F	Masculino	% M	Total	% T
Tratamiento Farmacológicos - Tipos						
Antidepresivos	42	22,46%	8	4,28%	50	26,74%
Ansiolíticos	9	4,81%	1	0,53%	10	5,35%
Antipsicóticos	4	2,14%	0	0,00%	4	2,14%
Otros	102	54,55%	21	11,23%	123	65,78%
Total	157	83,96%	30	16,04%	187	100,00%

Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Tomando como referente la variable de consecuencias clínicas, los intentos de suicidio en su mayoría produjeron la hospitalización de los suicidas (68,33 %); de igual manera, complicaciones (18,48 %), entre las cuales, la falla respiratoria (42,86 %) fue la consecuencia clínica que más se presentó, sin dejar de lado otras consecuencias como: arritmias (4,76 %),

shock hemodinámico (6,35 %), quirúrgicas (3,17 %), insuficiencia renal (17,46 %), digestivas (12,70 %) y otras (12,70 %); así como también, el estar en la unidad de cuidados intensivos (13,20 %), fue una causa clínica importante, para entender parte de las consecuencias resultantes del intento suicida.

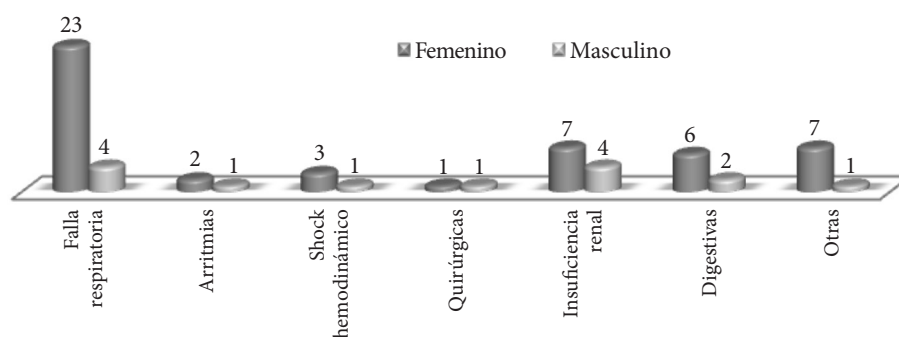
Tabla 14. Intentos de suicidio según consecuencias clínicas y sexo del paciente

CONSECUENCIAS CLINICAS	Femenino	% F	Masculino	% M	Total	% T
Hospitalización	185	54,25%	48	14,08%	233	68,33%
Complicaciones	49	14,37%	14	4,11%	63	18,48%
Unidad de cuidados intensivos	38	11,14%	7	2,05%	45	13,20%
Total	272	79,77%	69	20,23%	341	100,00%

Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011(1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Figura 11. Intentos de suicidio según consecuencias clínicas, complicaciones y sexo del paciente



Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011(1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Tabla 15. Intentos de suicidio según consecuencias clínicas, complicaciones y sexo del paciente

CONSECUENCIAS CLINICAS	Femenino	% F	Masculino	% M	Total	% T
Complicaciones						
Falla respiratoria	23	36,51%	4	6,35%	27	42,86%
Arritmias	2	3,17%	1	1,59%	3	4,76%
Shock hemodinámico	3	4,76%	1	1,59%	4	6,35%
Quirúrgicas	1	1,59%	1	1,59%	2	3,17%
Insuficiencia Renal	7	11,11%	4	6,35%	11	17,46%
Digestivas	6	9,52%	2	3,17%	8	12,70%
Otras	7	11,11%	1	1,59%	8	12,70%
Total	49	77,78%	14	22,22%	63	100,00%

Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011(1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Posteriormente, al estudiar las consecuencias clínicas que tuvieron las personas que se intentaron suicidar, es pertinente mencionar que, a partir de estas, surgieron coherentemente diversos tipos de secuelas, entre las que se

presentaron: las físicas (83,45 %), las mentales (11,38 %), las neurológicas (3,10 %), además de aquellos casos en los cuales no apareció dato alguno sobre estas (2,07 %).

Tabla 16. Intentos de suicidio según secuelas y sexo del paciente

SECUELAS	Femenino	%F	Masculino	%M	Total	%T
Secuelas Físicas	192	66,21 %	50	17,24 %	242	83,45 %
Secuelas Mentales	27	9,31 %	6	2,07 %	33	11,38 %
Secuelas Neurológicas	7	2,41 %	2	0,69 %	9	3,10 %
Sin Dato	5	1,72 %	1	0,34 %	6	2,07 %
Total	231	79,66 %	59	20,34 %	290	100,00 %

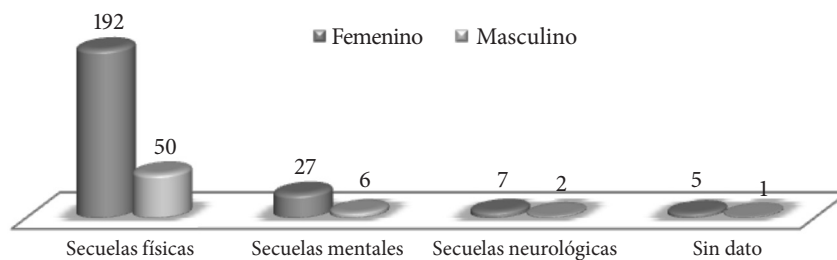
Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Al ser las secuelas físicas las más recurrentes en los casos de intento de suicidio, se determinó que aquellas derivaciones físicas se presentaban de manera temporal (81,40 %), definitiva

(11,98 %), y en otro número de casos (8) no se registraban datos sobre el tipo de consecuencia física, posterior al intento de suicidio.

Figura 12. Intentos de suicidio según secuelas, secuelas físicas y sexo del paciente



Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Tabla 17. Intentos de suicidio según secuelas, secuelas físicas y sexo del paciente

SECUELAS	Femenino	% F	Masculino	% M	Total	% T
Secuelas Físicas						
Temporales	156	64,46 %	41	16,94 %	197	81,40 %
Definitivas	23	9,50 %	6	2,48 %	29	11,98 %
Sin Dato	13	5,37 %	3	1,24 %	16	6,61 %
Total	192	79,34 %	50	20,66 %	242	100,00 %

Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

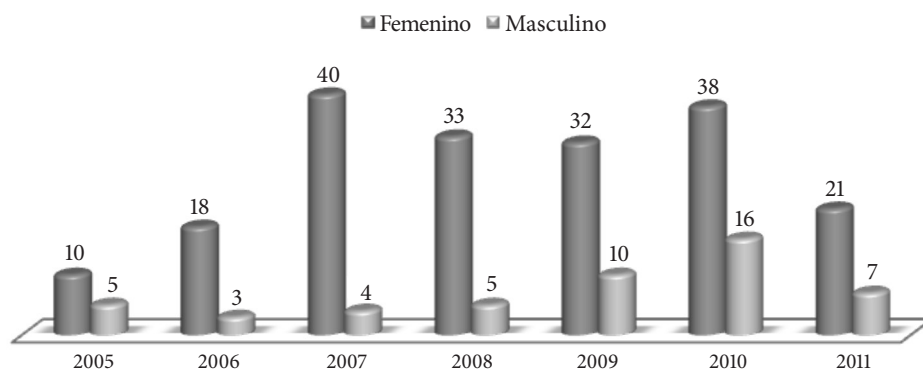
Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Los intentos de suicidio comprendidos entre los años 2005 y 2011, presentaron una dinámica, que se representó de manera general para comparar su desarrollo. Para el año 2005, se registraron en la población pediátrica del HILA, 15 casos de intento de suicidio representados en 6,20 % del total de casos; para 2006 hubo un incremento de casos, pasando de los 15 registrados en 2005 a 21, representados por el 8,68 % del total de los casos; en 2007 hubo un incremento significativo en los intentos de suicidio, ya que en comparación con el año anterior (21 casos), estos aumentaron en 44, significando un 18,18 % de totalidad de los casos; en 2008, los intentos de suicidio disminuyeron levemente, pues pasaron de 44 casos registrados en el año anterior a 38 para este año de referencia, lo que representa el 15,70 % del total de los casos; para los años 2009 y 2010, el incremento en los intentos de suicidio subió, 42 (17,36 % del

total de los casos) y 54 (22,31 % del total de los casos) casos respectivamente; para el año 2011, se presentó una baja considerable en los intentos de suicidio, siendo el tercer porcentaje más bajo en los 7 años de estudio con un 11,57 %, es decir 28 casos.

Cabe señalar, que el género femenino fue el que más intentos de suicidio realizó, a razón de esto en el estudio de las diferentes variables, fue este género el que presentó las tasas más altas, en comparación con el género masculino; de similar manera los estudios tratados en el transcurso de la investigación (20, 21, 22, 23, 24, 25, 26) coinciden en reafirmar, que en el sexo femenino, es más frecuente la ideación suicida, así como también los intentos de suicidio, en comparación con los hombres, sin embargo, cabe aclarar que este hecho se debe, a que son precisamente los hombres los que realizan un mayor número de suicidios consumados.

Figura 13. Intentos de suicidio según año de ocurrencia y sexo del paciente



Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Tabla 18. Intentos de suicidio según año de ocurrencia y sexo del paciente

AÑO DEL HECHO	Femenino	%F	Masculino	%M	Total	%T
2005	10	4,13%	5	2,07%	15	6,20%
2006	18	7,44%	3	1,24%	21	8,68%
2007	40	16,53%	4	1,65%	44	18,18%
2008	33	13,64%	5	2,07%	38	15,70%
2009	32	13,22%	10	4,13%	42	17,36%
2010	38	15,70%	16	6,61%	54	22,31%
2011	21	8,68%	7	2,89%	28	11,57%
Total	192	79,34%	50	20,66%	242	100,00%

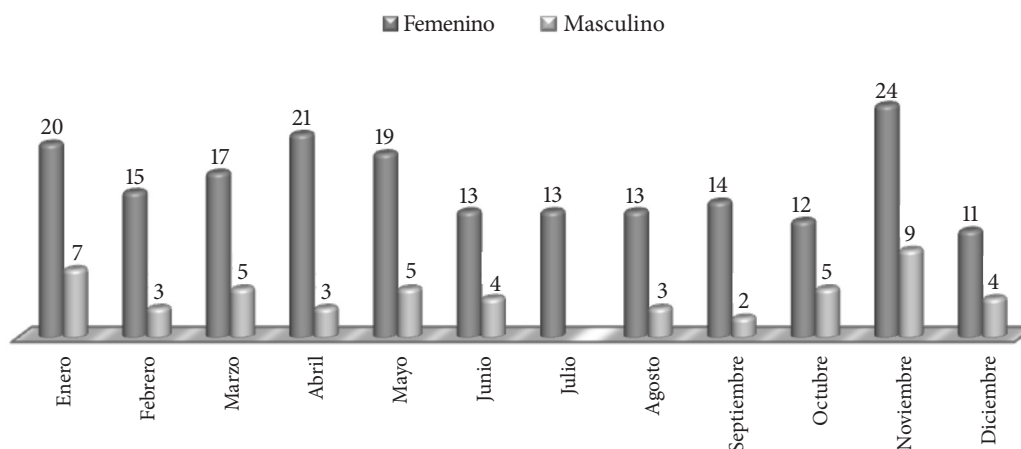
Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

En los meses de noviembre (13,64 %) y enero (11,16 %) se registran el mayor número de intentos de suicidio, siendo diciembre (6,20 %) el mes con menos intentos, manteniéndose en

similares condiciones para el resto de los meses que conforman el año, esta tendencia se puede observaren la figura 14 y en la tabla 18.

Figura 14. Intentos de suicidio según mes de ocurrencia y sexo del paciente



Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Tabla 19. Intentos de suicidio según mes de ocurrencia y sexo del paciente

MES DEL HECHO	Femenino	%F	Masculino	%M	Total	%T
Enero	20	8,26%	7	2,89%	27	11,16%
Febrero	15	6,20%	3	1,24%	18	7,44%
Marzo	17	7,02%	5	2,07%	22	9,09%
Abril	21	8,68%	3	1,24%	24	9,92%
Mayo	19	7,85%	5	2,07%	24	9,92%
Junio	13	5,37%	4	1,65%	17	7,02%
Julio	13	5,37%	0	0,00%	13	5,37%
Agosto	13	5,37%	3	1,24%	16	6,61%
Septiembre	14	5,79%	2	0,83%	16	6,61%
Octubre	12	4,96%	5	2,07%	17	7,02%
Noviembre	24	9,92%	9	3,72%	33	13,64%
Diciembre	11	4,55%	4	1,65%	15	6,20%
Total	192	79,34%	50	20,66%	242	100,00%

Fuente: Hospital Infantil los Ángeles HILA (Periodo 2005-2011 (1 Semestre))

Procesado: Roland Fernando Cañón R (Ingeniero de Sistemas)

Para calcular el índice de fiabilidad, se aplicó el alpha de Cronbach a siete de las variables numéricas utilizadas: año, sexo, edad, estado civil, procedencia, escolaridad, ocupación, las cuales pertenecen a datos discretos, es decir,

números enteros. Para realizar este proceso se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), que arrojó la información consignada en la tabla 19.

Tabla 20. Resumen del proceso de casos

		N	%
Casos	Válido	228	77,29
	Excluido	67	22,71
	Total	295	100,00

Los casos válidos son 228 que corresponden al 77,3 % del total de los datos, estos son numéricos y discretos, es decir, son números enteros.

Los casos excluidos son 67 que corresponden al 22,71 %, estos datos son excluidos bien sea por ausencia de información o porque corresponden a valores continuos, es decir, son números decimales.

Algunas de las variables específicamente clínicas, no se las puede tomar dentro de este proceso porque no solo cumplen con un valor específico, sino que tienen varias opciones. Por ejemplo, una de las causas clínicas de intento de suicidio puede estar asociada a dos procesos: trastorno de ánimo y afectivo, por esto no tomaría un solo valor sino dos valores para un mismo paciente. Por lo tanto, no es pertinente considerar todas las variables dentro de este proceso de fiabilidad.

La estadística de fiabilidad utilizada en SPSS, es el alfa de Cronbach que, para el proceso con los datos que se tuvieron en cuenta para esta investigación, muestra un resultado de 0,9 para las siete variables analizadas, lo que significa que hay una buena aproximación al valor mayor de la escala que es 1, de esta forma se confirma la fiabilidad de la escala.

Tabla 21. Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,09	7

Es pertinente aclarar que el alfa de Cronbach es un valor específico en determinados contextos y por tácito convenio, se considera que valo-

res del alfa superiores a 0,7 o 0,8 (dependiendo de la fuente) son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala (27). Sin embargo, este Alfa no se utiliza para hablar de hipótesis puesto que no está asociado a un p-valor.

Para los Alfa Level se maneja un nivel de significancia menor a 0,05, lo que indica que existe una buena relación de fiabilidad para el instrumento. Es conveniente decir que este proceso se aplica con mayor eficacia en psicometría.

### Discusión

Los resultados de este estudio coinciden con la literatura científica de todo el mundo que considera al intento de suicidio como un grave problema de salud pública, coincidiendo gran parte de ellos en la importancia de la prevención. Así, por ejemplo, en la investigación realizada en Estados Unidos *Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention* (28), se analiza a largo plazo este fenómeno tomando los datos de morbilidad del suicidio y del intento presentados en la población en el año de 1998, lo ubica como un problema público de salud mental, y sugiere con base en los datos epidemiológicos que es necesario conocer la vida y el medio ambiente de los individuos que han sido víctimas, organizar el conocimiento de los factores de riesgo y de protección para poder prevenirlo.

De similar manera, otro estudio más recientes como el titulado *Awareness in nine countries: A public health approach to suicide prevention* (29), frente al problema del suicidio y de su intento, detecta que este va más allá de las fronteras geográficas, étnicas o económicas; los investigadores proponen un modelo de prevención, a través de un manual de conciencia, para hacerlo, ponen en práctica una campaña que tiene en cuenta a nueve países de los cinco continentes; la investigación incluyó a diversos lugares, niños, padres y profesores de Armenia,

Azerbaiyán, Georgia, Uganda, Brasil, Egipto, China, Israel y Rusia; la intervención confirmó que, después de la campaña, la población objeto de estudio mostró mayor confianza al hablar del tema, desde allí se hace un llamado de atención para compartir y dialogar con los principales actores, así se contribuye a fortalecer la salud mental y a crear conciencia cultural para su prevención, siendo fundamental la detección temprana de sus signos especialmente en la población joven. De similar forma, investigadores como Basile (30) en Argentina, reconocen que este problema de salud pública, se puede ver disminuido si se realizan campañas de intervención, donde las víctimas y sus pares (en edad, es decir sus compañeros, amigos y población de la misma generación), sean los generadores de diálogo, apoyo y solución; este grupo poblacional se siente representado si es él mismo quien expresa y busca solución a sus problemas, ya que es propio de la juventud no sentirse identificado con ciertas figuras de autoridad, llámense padre, madre, médico, psicólogo, profesor, etcétera.

Otros estudios demuestran que el suicidio y su intento representan una amenaza pública, y se incrementa en los jóvenes que padecen situaciones de mayor grado de vulnerabilidad; en 2012, la investigación *Suicide and history of childhood trauma among street youth* (31) reveló que la población marginal que vive en la calle está marcada por la mortalidad precoz y un elevado riesgo de suicidio, relaciona en concreto el trauma infantil y el intento de suicidio. Toda la juventud está en riesgo, especialmente la población infantil ‘oculta’ de las ciudades.

Investigaciones más recientes coinciden en reconocer el intento de suicidio como un problema salud pública, así lo señala Michael J. McCarthy en *Internet monitoring of suicide risk in the population* (32), su estudio relaciona la influencia de internet como un factor que

afecta el suicidio. En este aspecto, es preciso recordar que en la ciudad donde se desarrolló la investigación del HILA, San Juan de Pasto, ubicada en el sur andino de Colombia, aún no representa un factor de riesgo el uso de las nuevas tecnologías comunicativas, sin embargo, tal como lo señala el estudio en mención, en países como Estados Unidos, sí, por lo tanto, es necesario supervisar su uso, porque puede ayudar a la detección temprana del riesgo de suicidio en los jóvenes.

De similar manera estudios realizados en la población adolescente en China *Family factors associated with suicide attempts among Chinese adolescent students: a national cross-sectional survey* (33), también reconocen que el intento de suicidio es un problema de salud pública, que afecta principalmente a la población adolescente. Es pertinente destacar que un grupo de investigadores españoles en *Body dissatisfaction as a predictor of self-reported suicide attempts in adolescents: a Spanish community prospective study* (34), enfocan el problema teniendo en cuenta la influencia del aspecto corporal en las víctimas jóvenes, encuentran que este es determinante para el intento de suicidio, en donde influye la aceptación o el rechazo de su cuerpo; los resultados obtenidos obligan a brindar una educación adecuada y a desarrollar programas de salud pública que mejoren la autoestima.

En cuanto a las características socio demográficas, igual como lo reporta este estudio del HILA, diversas investigaciones nacionales e internacionales confirman que es la población femenina la que registra más intentos de suicidio, la población masculina, registra más suicidios.

En un estudio realizado en Francia *A 5-year follow-up study of suicide attempts among French adolescents* (35), se evalúan posterior a un intento de suicidio a 552 adolescentes que fueron hospitalizados, los mayores porcentajes

de intento los registran las niñas y la gran parte de ellas eran pacientes no psiquiátricas.

La investigación realizada en España, (34) distingue en la muestra inicial de 1766 (887 mujeres y 878 alumnos varones) que el grado de insatisfacción corporal influye en el intento de suicidio y registra un mayor incremento en las mujeres, igual sucede con los intentos relacionados por trastornos alimentarios. Esto da pie para proponer nuevas investigaciones que incluyan las variables mencionadas; existen estudios como los del filósofo Livovestky (36) quien demuestra cómo históricamente, la mujer ha padecido y padece la imposición socioeconómica de una estética corporal, analiza por ejemplo, la influencia de la moda en el cuerpo femenino:

A través del divismo de las *top models* se expresa una cultura que valora con mayor fervor la belleza y la juventud del cuerpo. (...) Si bien ya no resulta imperativo vestir a la última moda, cada vez es más importante ofrecer una imagen juvenil y esbelta. La mujer obesa se percibe más como carente de voluntad, culpable por no saber dominarse. Mayor severidad 'moral' a la que se suma una mayor severidad estética, ya que la gordura se considera más destructora de la belleza femenina que la masculina. (pp. 167, 177)

Como se observa, la significación estética del cuerpo para los dos sexos sigue siendo desigual, hoy día, la mujer que no cumpla el rol corporal impuesto, soporta discriminación, falta de reconocimiento, cuestionamiento y, por ende, carencia de aceptación, de allí que este aspecto influya en el intento de suicidio. En estudio del HILA no se registra directamente el grado de aceptación corporal femenino, sin embargo, al ser el intento de suicidio mayoritariamente femenino, si deja abierta la posibilidad para en

futuros trabajos asociar dicha variable con su nivel de autoestima y medir así su afectación en el intento.

La *Revista Uninorte*, en su artículo "Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio" (37) incluyó diferentes edades de las víctimas de suicidio e intento de suicidio, reportadas en los hospitales de referencia del área metropolitana de la ciudad de Barranquilla, también encontró que los intentos de suicidio son mayores en la población femenina (54,1 %), correspondiendo en su mayoría a amas de casa con nivel de estudios de básica secundaria completa e incompleta; con relación al hombre, confirma que el método empleado por las mujeres es más pasivo y menos violento, frente a esta particularidad, los investigadores explican que su tentativa de suicidio es una manifestación de distrés y una forma de pedir ayuda.

Cabe resaltar que la mayoría de los estudios nacionales e internacionales analizan el intento de suicidio desde el punto de vista psicológico y psiquiátrico, en este sentido, los aportes del trabajo *Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogotá, 2004-2006* (38), registran el predominio de intento de suicidio en mujeres jóvenes, la mayoría tuvo como antecedente el abuso sexual y trastornos psiquiátricos, sin embargo, quizá por el tamaño de la muestra [pacientes atendidos en Psiquiatría en la Unidad Primaria de Atención (UPA) La Estrella entre octubre-2004 y octubre-2005], dichas variables no alcanzaron una asociación significativa con la ideación suicida.

La investigación publicada en *Anales de Psiquiatría en Chile, Intento de suicidio: características clínicas y epidemiológicas. Sexta Región de Chile 2002-2004* (39), encontró que en el servicio de Pediatría del Hospital Regional de Rancagua, el más complejo del Sistema Pú-

blico de Salud, el 88 % de los casos de intento de suicidio corresponden a mujeres, con una media de edad de 13,1 años; su predominio se debe principalmente a la facilidad que tienen los adolescentes a gran variedad de medicamentos, lo que necesariamente hace fundamental la prevención, tomando diferentes medidas de control. En el estudio del HILA, sucede igual, las pacientes mujeres son las que más intentos reportaron y dentro de los mecanismos más utilizados están la ingesta de medicamentos y diversas sustancias tóxicas como venenos; en general, este fue el método más recurrente en los pacientes de ambos sexos.

De similar forma, el estudio *Intento de suicidio en niños y adolescentes, sus características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos* (40), realizado en menores de 18 años en el hospital Cayetano de Heredia, en Perú, señala que en el intento de suicidio, predomina el sexo femenino, en una proporción con respecto al sexo masculino de cinco a uno.

Otros estudios ya mencionados como el de Mościcki Eve (28), también registran el incremento del suicidio en las mujeres, el fenómeno se asocia en poblaciones rurales y en áreas con un nivel alto de desempleo, señala además que casi el 80 % de los que completaron el suicidio son hombres, mientras que la mayoría de la población que intentó en contra de su vida fueron mujeres, independientemente de su edad y origen étnico, aunque afirma que, el grado de vulnerabilidad puede crecer en poblaciones que han sufrido discriminación como las mujeres negras. El investigador distingue que los casos disminuyen en mujeres mayores de 19 años de edad; así mismo, destaca que las mujeres son más propensas a recordar y reportar antecedentes de intentos suicidio, pero, aclara que las razones no están del todo claras y merecen mayor estudio. Al respecto, la investigación realizada en el HILA, reporta como una de las

principales causas de intento de suicidio en la población pediátrica femenina, la de tipo afectiva, sin embargo, es pertinente profundizar más en ellas.

En una investigación publicada en 2009, realizada en Italia *Suicide in Italian children and adolescents* (41), se encontró que los casos de suicidios son mayores en los hombres que en mujeres, sin embargo, ellas registran mayores casos de intento. Así también lo demuestra la investigación realizada en China por Law BMF y Shek DTL (33), que analiza en los jóvenes la prevalencia y los cambios en las autolesiones e intentos de suicidio, para predecir estos comportamientos en relación con la familia y el desarrollo positivo de los jóvenes; la población incluyó una muestra de 2.579 estudiantes de grado 8, de 28 escuelas secundarias de Hong Kong; nuevamente las niñas fueron las que presentaron mayores intentos y autolesiones.

Otro estudio realizado en China *Family factors associated with suicide attempts among chinese adolescent students: a national cross-sectional survey* (42), determina la prevalencia y los factores familiares asociados al intento de suicidio entre los estudiantes de último año de secundaria, a fin de proporcionar las bases para las medidas de prevención en este país; de manera significativa se encontró que son las niñas quienes con más frecuencia que los varones, realizan mayores intentos de suicidio; los investigadores asocian esta problemática con la exposición a ambientes familiares nocivos.

El hecho de que la mujer sea protagonista de este flagelo, obliga a seguir incluyendo en las investigaciones un especial análisis de género, puesto que ella representa una parte de la población más vulnerable y, por lo tanto, su situación requiere de una lectura atenta que ayude no solo a descifrar sus causas, sino ante todo a brindarle oportunamente la ayuda que precisa.

Otro aspecto importante que señala el estudio del HILA, es la detección de los intentos de suicidio en una franja de edad mínima, se encontró, por ejemplo, que a partir de los siete años ya se registra este problema. En la mayoría de los estudios consultados, el mayor índice de intentos de suicidio en la población pediátrica se da en los adolescentes, esto significa que es preciso prestar mayor atención y protección a la juventud. En las investigaciones mencionadas, tanto en Francia (35) como en España (27), la edad promedio es la adolescencia, en la primera se da entre los 15 y los 17 años; en la segunda, la menor edad que registró intento de suicidio por insatisfacción corporal fue de 13 años.

De otro lado, en la mayoría de los estudios tal como se encontró en el HILA, se reconoce que la población pediátrica antes de suicidarse presenta varios intentos previos, pero, en general, es preciso destacar la falta de comunicación. El estudio de Mościcki (28), considera al intento como 'un grito de ayuda', lo que hace que algunos logren ser salvados, algunas víctimas no reportaron lesiones clínicas. Se demuestra que un factor de riesgo para la intención suicida es la falta de comunicación con la familia y los amigos, así lo reporta *Suicide and deliberate self-harm in children and adolescents* (43) y el estudio de Hoven CW, Wasserman D, Wasserman C, Mandell DJ (29), resalta la importancia de los métodos de comunicación en la campaña de sensibilización del problema.

En lo referente al momento y al escenario de intento de suicidio, la mayoría de la literatura científica consultada, registra semejanza con la investigación *Caracterización clínica del intento de suicidio en la población pediátrica de 5 a 18 años, en el Hospital Infantil los Ángeles del municipio de Pasto, en el periodo comprendido entre junio de 2005 a junio de 2011*, los intentos de suicidio y de suicidios en jóvenes se dan los fines de semana en momentos de descanso,

en horas nocturnas y en escenarios privados como el jardín de la vivienda o el cuarto, así lo confirman estudios como *Suicide in children, adolescents and young adults* (44). Contrario a estos datos, hace algunos años el escenario predominante del intento de suicidio y de suicidios en otro tipo de población, la adulta, era diferente, en la investigación *Epidemiology of suicide in elderly people in Madrid, Spain (1990-1994)* (45), los suicidios de ambos sexos, presentaron como método y escenario predominante el salto desde una altura significativa.

A nivel clínico es interesante destacar que el presente estudio del HILA registra como principales causas los trastornos de ánimo y los trastornos afectivos, constituyendo la causa contextual más relevante el ambiente familiar y los conflictos de pareja, manifestados en maltrato físico y verbal. Es decir, el universo de las emociones y los afectos es un factor desencadenante del intento de suicidio. En correspondencia con estos hallazgos, está la investigación mencionada realizada en Chile (39) en donde se encuentra relación entre la intencionalidad de morir con la violencia intrafamiliar; igual ocurre en el estudio referenciado realizado en Bogotá (38) y en *Explaining suicide: Identifying common themes and diverse perspectives in an urban Mumbai slum* (46), los dos sostienen que existen factores predictores como los económicos.

Otros factores son la depresión, los trastornos de conducta, los aspectos psicosomáticos y diversas patologías como el retraso mental, el autismo, etcétera. En el reciente estudio *Suicide ideation and attempts in children with autism* (47), los niños con autismo reportaron ideación o intento suicida, se concluye, por lo tanto, que esta población debe ser examinada e intervenida, a fin de predecir a tiempo este problema. Es decir, la población pediátrica que padece alguna patología física o psíquica se convierte

inmediatamente en población de riesgo para el intento de suicidio.

Estudios como *Timing is critical: gene, environment and timing interactions in genetics of suicide in children and adolescents* (48), relacionan el problema del intento de suicidio con aspectos de carácter genético hereditario.

Así mismo, a nivel sociocultural, varios investigadores señalan otros factores influyentes en el intento de suicidio, destacándose: el consumo alcohol, la migración, la situación económica y la violencia. En este sentido, sería muy interesante apoyar estudios cualitativos.

De todo lo anterior se deduce que es importante fomentar un medio ambiente adecuado y brindar a la población pediátrica la estabilidad del vínculo afectivo y familiar, pues estos son factores protectores del intento de suicidio. Sin embargo, a pesar de las similitudes con otros estudios, el intento de suicidio registrado en el HILA, posee matices que agravan la situación, sus particulares circunstancias socio económicas y culturales, impiden que la población pediátrica se desarrolle en un ambiente mejor. En el departamento de Nariño crece la vulnerabilidad de los menores, muchos no poseen suficientes oportunidades para un desarrollo integral, por ejemplo, no existe suficiente cobertura educativa y afectiva que proteja su vida; del mismo modo, hace falta fomentar una mejor nutrición y, sobre todo, hace falta que los niños sientan su valor no solo dentro de la familia sino dentro de la sociedad. De ahí que sea necesario crear medidas protectoras y preventivas.

De igual forma, la investigación del HILA confirma la tesis de varios estudios, el intento de suicidio presenta causas multifactoriales, secuelas físicas y mentales, temporales y definitivas. Tal como se observó en los resultados, la complicación clínica más sobresaliente fue la de la falla respiratoria, sin embargo, el trasfondo del problema va más allá del cuerpo físico,

demuestra la grave situación de riesgo de la población pediátrica. De allí que el tratamiento no se puede quedar en antidepresivos, sino que debe implicar el aspecto predictivo y preventivo, lo que requiere que la población víctima sea acompañada e intervenida.

Aunque en países como Colombia existen unas normas que ordenan proteger la vida de los niños, es importante, difundir y velar por el cumplimiento de sus derechos, esta responsabilidad es de toda la sociedad.

### Conclusiones

La comunidad pediátrica no está exenta del intento suicida, prueba de esto son los múltiples casos presentados año tras año en el HILA, dicho fenómeno es evidenciado en las estadísticas desarrolladas en el proceso investigativo, en donde las diversas variables abordadas (edad, sexo, estado civil, procedencia, escolaridad, ocupación, mecanismo o método, comunicación de intención suicida, momento del intento, escenario del intento, causas clínicas, causas contextuales, tratamiento, consecuencias clínicas, secuelas) determinaron, las posibles relaciones de concordancia entre fenómenos, que desencadenarían en el intento de suicidio.

El HILA se constituye como uno de los referentes más importantes del suroccidente colombiano en la prestación de servicios de salud, específicamente para la población pediátrica, y teniendo en cuenta la alarmante situación de intentos de suicidios presentada en la investigación, es necesario que este importante centro piense en el establecimiento de un servicio permanente de psiquiatría infantil, que brinde la atención adecuada y pertinente para todos aquellos casos que la requieran.

El intento de suicidio es un problema de salud pública, que en los últimos años se ha

incrementado notablemente, este hecho se ha evidenciado en el HILA; por medio de la investigación se ha constatado, cómo la población pediátrica es la más afectada, al estar expuesta a diversos factores desencadenantes de secuelas (físicas, mentales, neurológicas).

El fácil acceso a sustancias tóxicas en los mismos hogares y la venta libre de muchos de ellos, han permitido que en la población pediátrica se generen intentos de suicidio, con este tipo de sustancias.

A partir de las secuelas que deja el intento de suicidio y de todos los riesgos para la vida de los niños y adolescentes, es indispensable desarrollar sistemas de derivación y de igual manera de seguimiento, que garanticen la estabilidad en los tratamientos de esta patología, disminuyendo la presentación de nuevos y más graves intentos.

El intento de suicidio es un campo amplio y abierto, el cual puede ser abordado por futuros trabajos investigativos, que permitan consolidar una literatura científica específica, en relación con las diferentes dinámicas que interactúan en esta problemática, consolidando así óptimos referentes para su detección y posible tratamiento.

La intervención desde un enfoque comunitario es una estrategia que permitirá profundizar en problemáticas propias del ambiente familiar, como es el caso de la violencia, maltrato y flagelos, amortiguando y previniendo los intentos de suicidio que tiene como base dichos conflictos.

A partir del trabajo interdisciplinar, entre los diferentes profesionales, como el caso de

médicos, pediatras, expertos en salud mental, psicólogos, psiquiatras, filósofos y demás, que diariamente se enfrentan al intento de suicidio en la población pediátrica, se generarán tratamientos integrales para contrarrestar dicho fenómeno; la investigación al presentarse bajo una visión clínica, complementa las diversas investigaciones realizadas desde el enfoque psicológico sobre el tema.

Es necesario poder educar para una buena salud, para ello, se debe propender por el bienestar emocional, físico y mental; el gobierno departamental a través de políticas integrales concernientes a salud en el campo mental, está obligado a garantizar un buen porvenir a la población pediátrica. Hay que valorar y enseñar a valorar la vida, reconocer la belleza y grandeza del ser, y mejorar continuamente la autoestima y la autoconfianza, brindando espacios para la recreación y adecuada ocupación del tiempo libre.

### *Agradecimientos*

A la médica especialista Claudia Liliana Figueroa Gómez por su asesoría epidemiológica; al ingeniero Roland Cañón Rodríguez, por ayudar a depurar y a organizar los datos para visualizarlos estadísticamente; al estadístico, matemático e investigador Héctor Julio Villota Oviedo, por explicar y ayudar a establecer el índice de confiabilidad; a las médicas Daniela Piedrahíta Montes y Melisa Juliana Mena Rosales, por ayudar en la revisión de historias clínicas, y por la misma tarea, a los entonces estudiantes, Jennifer Eliana Hernández Eraso y Marlón Leonardo Pérez Paz.

## Referencias

1. Villalobos F. Aplicación del modelo procesual del estrés a la conducta suicida. *Revista Universidad y Salud*. 2007;1(8):126-141.
2. Villalobos F. Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa - PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*. 2010 mayo-agosto;9(2):523-534.
3. Villalobos F, Rojas FD, Arévalo C. Adaptación del inventario de resiliencia ante el suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012;3(31):233-239.
4. Barrera AM, Ordoñez M, Palacios X, Peña ME. Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el periodo 1985-2005. *Avances en Psicología Latinoamericana* [internet]. 2007 [citado 2011 abr 27]; 25(2):40-62. Disponible en: [http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S179447242007000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S179447242007000200004&script=sci_arttext)
5. Cháves AV, Paz R, Jurado F, Mafla DM, Caviendes E, Pantoja C, Córdoba B. Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002. San Juan de Pasto: Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro; 2003.
6. Ucros S, Caicedo A, Llano G. Guías de pediatría práctica basadas en la evidencia. Bogotá: Editorial Médica Internacional Ltda; 2003.
7. Gutiérrez, F. Perfil epidemiológico 2009 [internet]. 2009 [citado 2012 mar 13]. Disponible en: [www.sanpedrodelosmilagros-antioquia.gov.co/apc-aa-files/63363331646231313531666361633435/perfil\\_epidemiologico\\_2009\\_final.pdf](http://www.sanpedrodelosmilagros-antioquia.gov.co/apc-aa-files/63363331646231313531666361633435/perfil_epidemiologico_2009_final.pdf)
8. Durkheim E. El suicidio. Buenos Aires: Editorial Schapire; 1965.
9. Shain BN. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, Official Journal of the American Academy of Pediatrics [internet]. 2007 [citado 2012 mar 13]; 120(3):669-676. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/3/669.full.pdf+html>
10. Castrillón E, Conde S, Climent C, González C, Miranda C, Torres F. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Urgencias psiquiátricas. [internet] [citado 2012 mar 13]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Urgencias%20Psiquiatricas.pdf>
11. Bohórquez M, Espinosa J, González J, Hernández H, López L, Pareja L, Sánchez A. Suicidio. Forensis, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [internet]. 2005 [citado 2012 mar 13]; 184-227. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2004/Suicidio.pdf>
12. Naciones Unidas. Examen de los informes presentados por los Estados partes con arreglo al artículo 44 de la convención. Terceros informes periódicos que los Estados partes debían presentar en 2003. Adición Colombia. [internet] 2004 [citado 2012 mar 13] Disponible en: [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/9bf1895a69e7c467c12570bc00512797/\\$FILE/G0543734.pdf](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/9bf1895a69e7c467c12570bc00512797/$FILE/G0543734.pdf)
13. Bueres A. Responsabilidad civil de los médicos. Madrid: Ed. Hammurabi; 1992.
14. Ciriacos C, García I, Rodríguez H. Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio en niños y adolescentes en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay* [internet]. 2005 [citado 2012 mar 13]; 21(2):141-150. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/2005v2/pag6.pdf>
15. Gould M, Marroco F, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff F, Cote J, Davies M. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial free. *JAMA. THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION*. 2005; 293(13):1635-1643.
16. González P. Victimología del suicidio. En: Parma C. Derecho Penal y Criminología Latinoamericana [internet] 2006 [citado 2012 mar 13]. Disponible en: [http://www.carlosparma.com.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=163:victimologia-del-suicidio-&catid=48:psicologia-forense&Itemid=27](http://www.carlosparma.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=163:victimologia-del-suicidio-&catid=48:psicologia-forense&Itemid=27)

17. Díaz M, Schaub C, Valdivia M. Intento de suicidio en niños: algunos aspectos biodemográficos. *Revista Chilena de Pediatría* [internet] 1998 [citado 2012 mar 13]; 69(2):64-67. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v69n2/art04.pdf>
18. Secretaría de Salud de México. *Salud: México 2004* [internet]. 2005 [citado 2012 mar 13]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmex2004/sm2004.pdf>
19. Robledo, P. Suicidio en adolescentes: lo que el equipo de salud debe saber. *Revista Perú de pediatría* [internet] 2007 [citado 2012 mar 13]; 60(1):61-64. Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rpp/v60n1/a11v60n1.pdf>
20. García E, Peralta V. Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales Sis San Navarra*. 2002;25(Supl. 3):87-96.
21. Caicedo A, Llano G, Ucrós S. *Guías de pediatría práctica basadas en la evidencia*. Bogotá: Editorial Médica Internacional Ltda; 2003.
22. Coronado S, Díaz I, Díaz S, Rosado A, Vargas L, Zapata A. Prevalencia del intento de suicidio en el servicio de urgencias del Hospital General "Dr. Agustín O'Horán", de enero de 1998 a diciembre de 2003. *Revista Biomédica*. 2004;15(4):207-213.
23. Ayala JP, Dussán M, Pérez I, Rodríguez E. Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil. *Revista Salud Pública*. 2007;9(2):230-240.
24. Castillo I, Jiménez Y, Ledo H. Caracterización de intentos suicidas en adolescentes en el municipio de Rodas. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*. 2007;7(1):125-142.
25. Alamos L, Leiva H, Prüssing L, Uriarte A. Características clínicas y epidemiológicas. Sexta región de Chile 2002-2004. *Anales de pediatría (Barc)*. 2008;69(2):110-114.
26. Botega NJ, Da Silva CF, Fabricio ML, Scavacini GV, Stefanello S. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2008;30(2):139-143.
27. Abad FJ, Garrido J, Olea J, Ponsoda V. *Teoría Clásica de los Tests y la Teoría de la Respuesta al ítem*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2006.
28. Mo cicki E. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*. 2001;1:310-323.
29. Hoven CW, Wasserman D, Wasserman C, Mandell DJ. Awareness in nine countries: A public health approach to suicide prevention. *Legal Medicine*. 2009;11:S13-S17.
30. Basile H. El suicidio de los adolescentes en Argentina. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2005;46(12):211-231.
31. Hadland SE, Marshall BD, Kerr T, Qi J, Montaner JS, Wood E. Suicide and history of childhood trauma among street youth. *Journal of Affective Disorders*. 2012;136(3):377-380.
32. McCarthy MJ. Internet monitoring of suicide risk in the population. *Journal of Affective Disorders*. 2010;122(3):277-279.
33. Law BME, Shek DTL. Family factors associated with suicide attempts among Chinese adolescent students: a national cross-sectional survey. *Pediatr Adolesc Gynecol*. 2013;26(3):26-32.
34. Rodríguez T, Beato L, Belmonte, A. Body dissatisfaction as a predictor of self-reported suicide attempts in adolescents: A Spanish community prospective study. *Journal of Adolescent Health*. 2006;38(6):684-688.
35. Laurent A, Foussard N, David M, Boucharlat J, Bost M. A 5-year follow-up study of suicide attempts among french adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 1998;22(5):424-430.
36. Livovestky G. *La tercera mujer*. 6a ed. Barcelona: Anagrama; 2007.
37. Tiesca R, Navarro E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Revista Uninorte*. 2003;(17):19-28.

38. Pérez I, Ibáñez M, Reyes JC, Atuesta JY, Suárez MJ. Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogotá, 2004-2006. *Revista de Salud Pública*. 2008;10(3):374-385.
39. Leiva H, Alamos L, Prüssing L, Uriarte A. Intento de suicidio: características clínicas y epidemiológicas. Sexta Región de Chile 2002-2004. *Anales de Pediatría*. 2008;69(2):110-114.
40. Cabrejos C, Krüger H, Samalvides F. Intento de suicidio en niños y adolescentes, sus características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2005;68(1-2):55-66.
41. Campi R, Barbato A, D'Avanzo B, Guaiana G, Bonati M. Suicide in Italian children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2009;113(3):291-295.
42. Xing XY, Tao FB, Wan YH, Xing C, Qi XY, Hao JH, Su PY, Pan HF, Huang L. Family factors associated with suicide attempts among Chinese adolescent students: a national cross-sectional survey. *Journal of Adolescent Health*. 2010;46(6):592-599.
43. Zakharov S, Navratil T, Pelcova D. Suicide and deliberate self-harm in children and adolescents. *Psychiatry Research*. 2013;210:302-307.
44. Schmidt P, Müller R, Dettmeyer R, Madea B. Suicide in children, adolescents and young adults. *Forensic Science International*. 2002;127(3):161-167.
45. Osuna E, Pérez, Conejero J, Abenza JM, Luna A. Epidemiology of suicide in elderly people in Madrid, Spain (1990-1994). *Forensic Science International*. 1997;87(1):73-80.
46. Parkar SR, Nagarsekar BB, Weiss MG. Explaining suicide: Identifying common themes and diverse perspectives in an urban Mumbai slum. *Social Science & Medicine*. 2012;75(11):2037-2046.
47. Dickerson S, Gorman AA, Hillwig J, Syed E. Suicide ideation and attempts in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2013;7(1):109-119.
48. Zalsman G. Timing is critical: Gene, environment and timing interactions in genetics of suicide in children and adolescents. *European Psychiatry*. 2010;25(5):284-286.